

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



BẠCH THỊ MAI HƯƠNG

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA CAO DÁN
"HOẠT LẠC CHỈ THỐNG" KẾT HỢP XOA
BÓP BẮM HUYỆT TRONG ĐIỀU TRỊ
ĐAU THẦN KINH TỌA

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



BẠCH THỊ MAI HƯƠNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA CAO DÁN
"HOẠT LẠC CHỈ THỐNG" KẾT HỢP XOA
BÓP BẮM HUYỆT TRONG ĐIỀU TRỊ
ĐAU THẦN KINH TỌA**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học: TS.BS. Nguyễn Tiến Chung

HÀ NỘI, NĂM 2025

LỜI CẢM ƠN

Trong suốt thời gian học tập và nghiên cứu tại Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, tôi đã nhận được sự giúp đỡ tận tình và tạo điều kiện của các tập thể, cá nhân, gia đình và bạn bè.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, Phòng Đào tạo Sau đại học cùng các Bộ môn, khoa phòng của Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, là nơi trực tiếp đào tạo, đã tận tình giảng dạy và truyền đạt cho tôi những kiến thức và kinh nghiệm quý báu trong suốt quá trình học tập.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới TS.BS. Nguyễn Tiến Chung, người thầy đã dành nhiều thời gian, tâm huyết, tận tình hướng dẫn, chỉ bảo, dạy dỗ giúp tôi có thể nghiên cứu và hoàn thiện luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn quý thầy, cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam đã đóng góp nhiều ý kiến quý giá và khoa học để tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi xin gửi lời cảm ơn đến Ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa y dược cổ truyền – Phục hồi chức năng tỉnh Cao Bằng, các quý đồng nghiệp trong bệnh viện đã tạo điều kiện thuận lợi và hỗ trợ nhiệt tình cho tôi trong suốt quá trình đi học cũng như thu thập số liệu hoàn thiện luận văn. Bên cạnh đó tôi xin gửi lời tri ân tới những người bệnh đã đồng ý tham gia nghiên cứu, góp phần thành công cho luận văn này.

Cuối cùng tôi xin gửi lời cảm ơn trân thành đến gia đình, những người bạn đã động viên, chia sẻ và tạo điều kiện cho tôi trong suốt thời gian học tập và nghiên cứu.

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Học viên

Bạch Thị Mai Hương

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Bạch Thị Mai Hương, học viên chuyên khoa II 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 TS. BS. Nguyễn Tiến Chung

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

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Học viên

Bạch Thị Mai Hương

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG. QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Đau TKT dưới góc nhìn của Y học hiện đại.....	3
1.1.1. Đại cương.....	3
1.1.2. Triệu chứng lâm sàng.....	4
1.1.3. Cận lâm sàng:	6
1.1.4. Chẩn đoán.....	8
1.1.5. Điều trị.....	8
1.2. Đau TKT theo góc nhìn YHCT.....	12
1.2.1. Bệnh danh.....	12
1.2.2. Bệnh nguyên và bệnh cơ	12
1.2.3. Các thể lâm sàng	13
1.3. Tổng quan về phương pháp điều trị sử dụng trong nghiên cứu....	17
1.3.1. Cao dán 'Hoạt lạc chỉ thống'.....	17
1.3.2. Xoa bóp bấm huyệt	18
1.3.3. Điện châm	20
1.4. Một số nghiên cứu về đau TKT ở Việt Nam, thế giới.....	22
1.4.1. Trên thế giới	22
1.4.2. Tại Việt Nam.....	23
Chương 2: CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP	
NGHIÊN CỨU.....	26
2.1. Chất liệu nghiên cứu	26
2.1.1. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống.....	26
2.1.2. Các vật liệu được sử dụng trong nghiên cứu	27
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	27
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHT.....	27
2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền.....	28
2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.....	28

2.3. Phương pháp NC	29
2.3.1. Thiết kế NC	29
2.3.2. Chỉ số theo dõi	29
2.3.3. Phương pháp theo dõi và lượng giá kết quả	30
2.3.4. Phương pháp tiến hành	35
2.4. Địa điểm và thời gian NC	35
2.5. Xử lý số liệu	36
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu	36
Chương 3: KẾT QUẢ.NGHIÊN CỨU	38
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng NC	38
3.1.1. Đặc điểm về tuổi	38
3.1.2. Đặc điểm theo giới	38
3.1.3. Đặc điểm bệnh nhân theo nghề nghiệp	39
3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh	39
3.1.5. Đặc điểm lâm sàng TĐT	40
3.2. Kết quả điều trị	41
3.2.1. Cải thiện mức độ đau SĐT	41
3.2.2. Cải thiện về nghiệm pháp Schober	43
3.2.3. Cải thiện về nghiệm pháp Lasègue	45
3.2.4. Cải thiện tầm vận động CSTL	47
3.2.5. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI	50
3.2.6. Kết quả điều trị chung	52
3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị	53
3.3.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị	53
3.3.2. Liên quan giữa giới và kết quả điều trị	54
3.3.3. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị	54
3.3.4. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị	55

Chương 4. BÀN LUẬN	56
4.1. Đặc điểm của đối tượng NC	56
4.1.1. Đặc điểm về tuổi	56
4.1.2. Đặc điểm về giới	57
4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp.....	57
4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	58
4.1.5. Mức độ bệnh trước điều trị	59
4.1.6. Vị trí chèn ép rễ.....	60
4.2. Bàn luận về kết quả điều trị	60
4.2.1. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS	60
4.2.2. Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng	64
4.2.3. Sự cải thiện của góc độ Lasègue sau điều trị	65
4.2.4. Sự cải thiện tâm vận động CSTL	66
4.2.5. Sự cải thiện về chức năng sinh hoạt hàng ngày	69
4.2.6. Bàn luận về kết quả điều trị chung.....	70
4.2.7. Bàn luận về kết quả không mong muốn.....	73
4.3. Về một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.....	73
4.3.1. Bàn luận về liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị	73
4.3.2. Bàn luận về liên quan giữa giới và kết quả điều trị	74
4.3.3. Bàn luận về liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị.....	75
4.3.4. Bàn luận về liên quan giữa thời gian mắc bệnh-kết quả điều trị ..	75
KẾT LUẬN	76
KHUYẾN NGHỊ.....	77
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BV	: Bệnh viện
BYT	: Bộ Y tế
CLS	: Cận lâm sàng
CSTL	: Cột sống thắt lưng
D ₀	: Thời điểm trước điều trị
D ₇ , D ₁₄ , D ₂₁	: Ngày điều trị thứ 7, 14, 21
HLCT	: Hoạt lạc chỉ thống
NĐC	: Nhóm đối chứng
NNC	: Nhóm nghiên cứu
LS	: Lâm sàng
NP	: Nghiệm pháp
ODI	: Oswestry Disability Index (Chỉ số giảm chức năng sinh hoạt)
SĐT	: Sau điều trị
TB	: Trung bình
TĐT	: Trước điều trị
TKT	: Thần kinh tọa
TVĐ	: Tầm vận động
VAS	: Visual Analog Scale (Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau)
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHĐ	: Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Định khu tổn thương rễ thần kinh.....	8
Bảng 1.2.	Thành phần cao dán 'Hoạt lạc chỉ thống'	17
Bảng 2.1.	Thành phần Cao dán HLCT.....	26
Bảng 2.2.	Bảng đánh giá điểm đau VAS.....	31
Bảng 2.3.	Bảng đánh giá độ giãn CSTL (Schober).....	31
Bảng 2.4.	Bảng đánh giá mức độ chèn ép rễ thần kinh (Lasègue).....	32
Bảng 2.5.	Bảng đánh giá TVĐ CSTL	33
Bảng 2.6.	Bảng đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI	34
Bảng 2.7.	Bảng đánh giá hiệu quả điều trị chung	34
Bảng 3.1.	Đặc điểm về tuổi	38
Bảng 3.2.	Đặc điểm về giới.....	38
Bảng 3.3.	Bảng đặc điểm theo nghề nghiệp.....	39
Bảng 3.4.	Bảng đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	39
Bảng 3.5.	Bảng các chỉ số lâm sàng TĐT	40
Bảng 3.6.	Bảng chỉ số tầm vận động cột sống TĐT	40
Bảng 3.7.	Bảng đặc điểm về vị trí chèn ép rễ	41
Bảng 3.8.	Biến đổi mức độ đau theo thang điểm VAS tại các thời điểm NC... 41	
Bảng 3.9.	Biến đổi chỉ số Schober tại các thời điểm NC.....	43
Bảng 3.10.	Bảng giá trị trung bình nghiệm pháp Lasègue.....	45
Bảng 3.11.	Bảng cải thiện TVĐ gập trước và sau điều trị	47
Bảng 3.12.	Bảng cải thiện TVĐ duỗi TĐT và SĐT	48
Bảng 3.13.	Bảng cải thiện TVĐ nghiêng TĐT và SĐT	49
Bảng 3.14.	Bảng sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI.....	50
Bảng 3.15.	Bảng phân loại ODI tại các thời điểm NC.....	51
Bảng 3.16.	Bảng kết quả không mong muốn	53
Bảng 3.17.	Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị	53
Bảng 3.18.	Liên quan giữa giới và kết quả điều trị	54
Bảng 3.19.	Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị.....	54
Bảng 3.20.	Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị	55

DANH MỤC BIỂU

Biểu đồ 3.1. Sự biến đổi điểm đau VAS TB.....	42
Biểu đồ 3.2. Sự biến đổi chỉ số Schober	44
Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi số đo góc Lasègue	46
Biểu đồ 3.4. Hiệu quả điều trị chung	52

DANH MỤC HÌNH

Hình 2.1. Thang điểm VAS.....	30
Hình 2.2. Tầm vận động cột sống thắt lưng	33

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa (TKT) là bệnh lý thường gặp trong đời sống hàng ngày và thực tiễn lâm sàng. Bệnh biểu hiện bằng cảm giác đau dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, thường do rễ L₅ và/hoặc S₁ bị chèn ép hoặc tổn thương. Đau có thể kéo dài, tái phát nhiều lần và đi kèm theo những triệu chứng toàn thân như tê bì, yếu chân, mất ngủ nên ảnh hưởng nhiều đến khả năng lao động và sinh hoạt hàng ngày, đặc biệt là ở người dân lao động tay chân và chất lượng cuộc sống của họ [1]

Đau thần kinh tọa có thể bắt nguồn từ nhiều nguyên nhân. Phần lớn căn nguyên của bệnh có thể được làm rõ thông qua bệnh sử, thăm khám thực thể toàn diện, các kỹ thuật cận lâm sàng. Tuy nhiên, vẫn có những trường hợp không có nguyên nhân rõ ràng. Trong nhóm nguyên nhân phổ biến nhất phải kể đến bệnh lý thoái hóa hoặc thoát vị đĩa đệm.[2]

Tùy theo vị trí tổn thương mà hướng lan của đau có khác nhau ở từng trường hợp [3].

Tại Việt Nam, theo tác giả Trần Ngọc Ân và cộng sự, tỷ lệ mắc đau TKT chiếm 2% dân số, nhóm người trên 60 tuổi khoảng 17% tổng số các bệnh lý cơ xương khớp [4].

Ở các quốc gia khác, nhiều nghiên cứu cũng ghi nhận bệnh lý đau thần kinh tọa là một bệnh lý phổ biến. Khoảng 66% bệnh nhân từng trải qua ít nhất một lần đau thần kinh tọa trong đời, và khoảng 50% báo cáo tình trạng đau tái phát trong vòng một năm. Tại khu vực Bắc Âu, nghiên cứu Burden of Diseases (2017) cho thấy gánh nặng bệnh tật do đau thần kinh tọa có xu hướng gia tăng đáng kể [5]. Tại Brazil, số liệu từ năm 1990 đến 2017 cũng ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh tăng lên đến 26,83% [6].

Về điều trị, y học hiện đại chủ yếu sử dụng các nhóm thuốc giảm đau, chống viêm không steroid, vitamin nhóm B và giãn cơ, đồng thời kết hợp với các phương pháp vật lý trị liệu như kéo giãn cột sống, nhiệt trị liệu và sóng ngắn. Những biện pháp này nhằm giảm triệu chứng, cải thiện chức năng vận động và hạn chế tái phát cho người bệnh [1].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau thần kinh tọa được mô tả trong các chứng “Yêu cước thống”, “Tọa cốt phong”, “Tọa điển phong”, “Yêu cước đông thống” thuộc phạm vi chứng tý [7]. Với cơ chế bệnh sinh chủ yếu liên quan đến phong – hàn – thấp xâm phạm kinh mạch vùng thắt lưng và chân. Trong điều trị, YHCT sử dụng nhiều phương pháp: châm cứu, điện châm, thủy châm, cứu ngải, xoa bóp - bấm huyệt, thuốc thang và các dạng thuốc dùng ngoài cơ thể. Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm riêng và đã được thực nghiệm lâm sàng chứng minh hiệu quả.

Trong số đó, các dạng thuốc dùng ngoài, đặc biệt lac cao dán YHCT, là một phương pháp đơn giản, an toàn và mang lại hiệu quả giảm đau đáng kể. Cao dán thường được bào chế từ các vị thuốc có tác dụng ôn kinh hoạt huyết, thông kinh lạc, khu phong – tán hàn, giúp giảm đau và cải thiện lưu thông khí huyết tại vùng tổn thương. Khi dán lên da, hoạt chất thẩm thấu trực tiếp qua da vào vị trí đau, nhờ đó hỗ trợ giảm viêm, giảm co cứng và tăng tuần hoàn tại chỗ. Cao dán “Hoạt lạc chỉ thống” đã được đánh giá tính kích ứng da trên thực nghiệm và thể hiện hiệu quả điều trị cho bệnh nhân đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ [8], đồng thời chưa thấy có tác dụng phụ trong quá trình điều trị. Để có thể phát triển rộng rãi hơn về phạm vi sử dụng trên bệnh lý đau do nguyên nhân thoái hóa như đau dây thần kinh tọa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Đánh giá tác dụng của Cao dán "Hoạt lạc chỉ thống" kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau thần kinh tọa”*** với hai mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng của cao dán "Hoạt lạc chỉ thống" kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng (yêu cước thống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp).
2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đau TKT dưới góc nhìn của Y học hiện đại

1.1.1. Đại cương

- *Vài nét sơ lược về dây thần kinh tọa:*

Dây thần kinh tọa đảm nhiệm chức năng chi phối vận động cho các nhóm cơ lớn của chi dưới, bao gồm các cơ vùng mông, các cơ phía sau đùi, cơ cẳng chân và nhiều cơ ở bàn chân. Vùng chi phối này chủ yếu do hai rễ thần kinh L_5 và S_1 đảm nhận. [1]

Đau TKT được xem là một hội chứng của thần kinh ngoại biên, đặc trưng bởi tình trạng đau theo đường đi của dây TKT và các nhánh của nó. Cơn đau thường khởi phát ở vùng thắt lưng và đi xuống mông, đùi, cẳng chân, bàn chân và có thể kết thúc ở ngón cái [2],[3]

- *Nguyên nhân gây bệnh:*

Mặc dù đau thần kinh tọa có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng phần lớn các trường hợp đều liên quan đến các tổn thương tại CSTL. Nguyên nhân hay gặp là thoái hóa CSTL hoặc thoát vị đĩa đệm CSTL; các bất thường vùng CSTL: trượt đốt sống L_5 , thoái hóa cột sống, hẹp ống sống, các loại u lành tính của xương và các thành phần khác của cột sống, ung thư, viêm đốt sống, gai đôi S_1 ; viêm khớp cùng chậu...[9]

Sự hình thành bệnh lý có thể bắt nguồn từ sự hiện diện độc lập hoặc sự cộng hưởng của nhiều yếu tố nguyên nhân [10]

Đau thần kinh tọa xuất hiện ngay sau đau thắt lưng cấp hoặc sau vài lần tái phát, đau lan dần xuống chân theo rễ thần kinh hông to một bên hoặc hai bên (theo Reichau (1949), sau lần đau thắt lưng cấp đầu tiên thì sau đó xuất hiện đau thần kinh hông to (30% sau 1 năm, 25% sau 1 – 5 năm, 19% sau 5 – 10 năm và 10% sau 10 – 20 năm)). Đau thần kinh tọa có tính chất cơ học [11].

Cơ chế bệnh sinh đau thần kinh tọa là trên cơ sở đĩa đệm bị thoái hóa, dưới tác động của áp lực quá cao (do chấn thương hoặc vận động cột sống quá mức) vòng sợi bị đứt một phần hay toàn bộ, nhân nhầy tụt ra phía sau (thoát vị sau hoặc sau bên) đè ép rễ thần kinh. Thêm vào đó những thay đổi thứ phát của thoát vị đĩa đệm như: phù nề các mô xung quanh, ứ đọng tĩnh mạch, các quá trình dính... làm cho triệu chứng bệnh tăng lên. Biểu hiện bằng 2 nhóm triệu chứng: hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh.

Các bất thường CSTL cùng (mắc phải hoặc bẩm sinh):

+ Mắc phải: viêm nhiễm tại chỗ (do lạnh, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, tiểu đường), thoái hóa cột sống (ở người cao tuổi); ung thư di căn vào cột sống (K tiền liệt tuyến, K vú, u vùng chậu nhỏ, u buồng trứng....)

+ Bẩm sinh: nhiều tác giả cho rằng trước khi chẩn đoán nguyên nhân đau thần kinh tọa do các dị tật bẩm sinh cần phải loại trừ thoát vị đĩa đệm và chỉ xem các dị tật là yếu tố thuận lợi.

Các nguyên nhân trong ống sống: u tủy và màng tủy, viêm màng nhện tủy khu trú...

Một số căn nguyên hiếm: khó chẩn đoán, thường chỉ xác định sau phẫu thuật như giãn tĩnh mạch quanh rễ, giãn tĩnh mạch màng cứng, phì đại dây chằng vàng, rễ thần kinh thắt lưng V (L_5) hoặc cùng 1 (S_1) to hơn bình thường [3].

1.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Trên lâm sàng thường được biểu hiện qua 2 nhóm triệu chứng. Thứ nhất là hội chứng khu trú tại CSTL. Thứ hai là hội chứng chèn ép rễ thần kinh L_5 hoặc S_1 [1].

* Cơ năng:

Đau lưng lan dọc xuống chi dưới 1 hay 2 bên, đau âm ỉ hoặc dữ dội

Đau lan theo 2 đường rõ rệt

- Khi rễ L_5 bị chèn ép: Đau từ thắt lưng lan xuống mông, mặt ngoài đùi/cẳng chân đến mu chân rồi tận cùng ở ngón cái.

- Khi rễ S_1 bị tổn thương: Đau từ thắt lưng lan xuống mông, mặt sau đùi/cẳng chân đến gót/gan bàn chân rồi tận cùng ở ngón út.

Triệu chứng đau dọc dây thần kinh tọa là quan trọng nhất trong chẩn đoán xác định [2].

Có thể kèm theo dị cảm (tê, nóng, đau như dao đâm, cảm giác kiến bò bên chi đau)[3].

* Khám:

- Hội chứng CSTL:

+ Biến dạng: Bệnh nhân đứng thẳng, thầy thuốc nhìn vùng thắt lưng từ góc nhìn bên nhằm phát hiện:

Mất uốn thắt lưng: mất độ cong sinh lý, gập trong cơ thắt cơ cấp tính

Gù và vẹo cột sống: độ cong quá mức hoặc gù ở thắt lưng

+ Co cứng cơ cạnh sống

+ Điểm đau cột sống: thường xuất hiện tương ứng với vị trí đốt sống bị tổn thương

+ Tầm hoạt động CSTL: tầm vận động cúi, ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái, xoay[12]

- Hội chứng rễ thần kinh

+ Nghiệm pháp Lasègue: bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, hai chi dưới duỗi thẳng, nâng chân từ từ đều đặn, giữ khớp gối thẳng trong suốt quá trình. Bình thường nâng cao được đến 90° , khi chân đau chỉ lên tới $30 - 60^\circ$ là bệnh nhân đau lan tới thắt lưng. Đây là dấu hiệu rất quan trọng, gần như lúc nào cũng có; còn dùng để theo dõi diễn tiến điều trị.

+ Nghiệm pháp Bonnet: bệnh nhân nằm ngửa, gập gối về phía bụng và xoay khớp háng vào trong, nếu đau: Bonnet (+).

+ Nghiệm pháp Néri: bệnh nhân đứng thẳng, giữ thẳng 2 gối, từ từ gập người để cổ chạm 2 tay xuống đất. Nếu bệnh nhân kêu đau và không thể thực hiện động tác này (gập gối bên đau), Néri (+).

- Nghiệm pháp gây đau bằng cách ấn vào lộ trình của dây TKT:
 - + Dấu hiệu bấm chuông: ấn tại các điểm đau cạnh sống thắt lưng xuất hiện đau dọc xuống chân theo khu vực phân bố của rễ thần kinh tương ứng
 - + Thông điểm Valleix: ấn vào những điểm trên lộ trình dây TKT (nhất là vùng dây thần kinh tọa đi gần xương) sẽ gây đau theo rễ.
 - Nghiệm pháp làm tăng áp lực dịch não tủy:
 - + Nghiệm pháp Naffziger: đè vào tĩnh mạch cổ 2 bên, nếu bệnh nhân kêu đau từ cột sống lan xuống chân, nghiệm pháp (+). Có thể phối hợp với việc bảo bệnh nhân ho[3],[12]
 - Khám cảm giác chi dưới: xác định loại rối loạn cảm giác: tăng, giảm, mất phân ly cảm giác, xác định rõ giới hạn của vùng có rối loạn cảm giác để chẩn đoán định khu rễ thần kinh bị tổn thương[1],[3]
 - Khám vận động chi dưới:
 - + Bệnh nhân đứng, nếp mông bên bệnh sẽ thấp hơn bên đối diện.
 - + Cơ bắp chân nhão.
 - + Ấn mạnh vào gân gót ghi nhận bên bệnh lõm nhiều hơn bên lành.
 - + Yếu cơ (tùy theo rễ bị tổn thương): nếu tổn thương L₅ sẽ xuất hiện yếu các nhóm cơ căng chân trước, duỗi các ngón. Bệnh nhân không đứng bằng gót được và có dấu bàn chân rơi. Nếu tổn thương S₁, xuất hiện yếu các nhóm cơ ở mặt sau căng chân. Bệnh nhân không đứng bằng ngón chân được.
- Mất hoặc giảm phản xạ gân cơ (tương ứng với rễ bị tổn thương)
- Khám thần kinh thực vật và dinh dưỡng ở chi dưới
- Giảm nhiệt độ da.
- Giảm tiết mồ hôi: biểu hiện bằng vùng da khô.
- Rối loạn vận mạch dẫn đến rối loạn dinh dưỡng biểu hiện: rụng lông, mỏng da, bong da, teo cơ.

Mất phản xạ dựng lông khi kích thích nhẹ trên da[3],[12]

1.1.3. Cận lâm sàng:

Các xét nghiệm cơ bản, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng là phương pháp giúp đánh giá được bản chất, tính chất và mức độ tổn thương bệnh lý. Các xét nghiệm máu (hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, tốc

độ máu lắng) thường không thay đổi trong trường hợp đau TKT điển hình. Những xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm bilan viêm và chọc dò dịch não tủy trong trường hợp đau TKT không điển hình mà có nghi ngờ đến khối u trong ống sống...[2],[3],[11]

- Chụp X quang cột sống quy ước:

- + Nếu có hình ảnh bản lề thắt lưng - cùng bình thường, cũng không cho phép loại trừ thoát vị đĩa đệm.

- + Dấu hiệu của thoát vị đĩa đệm: xẹp đĩa đệm biểu hiện chiều cao của khe gian đốt hẹp hơn so với khe gian đốt trên và dưới.

- + Dấu hiệu có giá trị lớn: hình kẹp hoặc hở một bên đĩa đệm. Trên phim thẳng, hở một bên có giá trị hơn hẹp một bên. Nếu trên phim chụp nghiêng, hình ảnh hở một bên đĩa đệm vẫn không mất đi thì rất có giá trị.

- Chụp X quang có cản quang: được chỉ định chủ yếu trong trường hợp nghi ngờ đau dây thần kinh tọa có khối u gây chèn ép và gồm:

- + Chụp tủy bơm hơi (sacro-radiculographie gazeuse): với kỹ thuật này, các chứng hẹp ống sống, các thoát vị đĩa đệm giữa và kế giữa thấy rất rõ trên phim, nhưng các thoát vị đĩa đệm bên không phát hiện được.

- + Chụp bao rễ thần kinh (radiculographie classique) các thoát vị đĩa đệm. giữa và kế giữa (médiannes et paramédiannes) thấy rất rõ trên phim.

- + Chụp đĩa đệm (discographie): trên phim chụp thẳng, nghiêng có thể thấy đĩa đệm bị thoái hóa, nhưng chỉ có đĩa đệm nào gây đau nhiều khi bơm thuốc cản quang mới đúng là đĩa đệm cần phẫu thuật.

- Các phương pháp thăm dò khác:

- + Điện cơ đồ: ghi điện cơ và đo thời trị dây thần kinh cho phép chẩn đoán vị trí của thoát vị đĩa đệm.

- + Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner), chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) [3],[9].

Tuy các kỹ thuật chụp Xquang, đặc biệt là chụp CT, MRI cung cấp những thông tin rất quan trọng trong việc chẩn đoán nguyên nhân đau thần kinh tọa nhưng cần phải kết hợp chặt chẽ với tiền sử và bệnh cảnh lâm sàng [9].

1.1.4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định:

+ Lâm sàng:

Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, tùy theo vị trí tổn thương mà biểu hiện ra lâm sàng có khác nhau. Đau liên tục hoặc từng cơn, có tính chất cơ học. Có thể có teo cơ

Có hội chứng cột sống (+) và hội chứng rễ (+)

+ Cận lâm sàng: kết quả Xquang CSTL, CT scanner/MRI (nếu có)[10]

- Chẩn đoán định khu tổn thương rễ thần kinh [3],[11],[12]

Bảng 1.1. Định khu tổn thương rễ thần kinh

	L₅	S₁
Vị trí đau	Đau mặt ngoài đùi, đau bắp chân và cổ chân	Đau bắp chân, đau cổ chân và gan bàn chân
Phản xạ gân gót	Bình thường	Giảm
Cảm giác (giảm/mất)	ngón cái	ngón út
Vận động (không đi được)	bằng gót chân	bằng mũi chân
Teo cơ	Teo cơ mông và cơ khu trước cẳng chân	Teo cơ mông và teo cơ cẳng chân

- Chẩn đoán phân biệt: Phân biệt với các trường hợp giả đau thần kinh tọa:

+ Đau thần kinh đùi, đau thần kinh bì đùi, đau thần kinh bịt.

+ Đau khớp háng do viêm, hoại tử, thoái hóa, chấn thương.

+ Viêm khớp cùng chậu, viêm, áp xe cơ thắt lưng chậu..[2],[10]

1.1.5. Điều trị

Điều trị đau thần kinh tọa bao gồm nhiều phương pháp khác nhau, như nội khoa, YHCT, phẫu thuật, phục hồi chức năng và thay đổi lối sống. Lựa chọn phương pháp phù hợp phụ thuộc vào nguyên nhân và mức độ đau. Ngoài ra, còn phải quan tâm đến khía cạnh tâm lý của người bệnh, vì đau thần kinh tọa thường kéo dài, có thể dẫn đến tâm lý bi quan hoặc trầm cảm [13].

Nhưng cần tuân theo nguyên tắc:

Điều trị theo nguyên nhân

Giảm đau và phục hồi vận động nhanh.

Điều trị nội khoa với những trường hợp nhẹ và vừa.

Can thiệp ngoại khoa khi có những biến chứng liên quan đến vận động, cảm giác.

Đau thần kinh tọa do nguyên nhân ác tính: điều trị chủ yếu tập trung vào giải ép cột sống kết hợp điều trị chuyên khoa [2],[10]

Cụ thể:

- Chế độ vận động:

Trong giai đoạn cấp tính, bệnh nhân nên nghỉ ngơi tại chỗ, ưu tiên nằm trên giường cứng và tránh các động tác đột ngột, đứng hoặc ngồi quá lâu.

Khi tình trạng cải thiện, cần vận động hợp lý, phù hợp với khả năng của người bệnh, tập vận động thân thể nhẹ nhàng để tăng cường độ chắc của cơ cạnh cột sống.

- Các phương pháp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng được áp dụng bao gồm: sử dụng nhiệt, xoa bóp, kéo giãn cột sống, tập cơ, các bài tập vận động nhẹ nhàng nhằm giảm đau, tăng cường tuần hoàn và duy trì chức năng vận động.

- Tâm lý liệu pháp: động viên giúp đỡ bệnh nhân kết hợp nghỉ ngơi, thư giãn [9]

- Điều trị bằng thuốc:

Phác đồ điều trị nội khoa tiêu chuẩn bao gồm sự kết hợp đa phương thức giữa các thuốc NSAIDs, thuốc giảm đau trung ương/ngoại biên, thuốc giãn cơ. Ngoài ra có thể dùng thêm thuốc giảm đau thần kinh và các thuốc chống trầm cảm [14]

* Thuốc giảm đau theo bậc thang giảm đau của WHO:

Bậc 1: Paracetamol 500 mg/lần, cách nhau 4 đến 6 giờ, không quá 4g/ngày.

Bậc 2: Paracetamol + codein hoặc với tramadol: Efferalgan-codein liều 2-4 viên/24 giờ.

Bậc 3: Opiat và dẫn xuất của opiat [14],[10],[1]

* Thuốc chống viêm không steroid:

Khi dùng thuốc lưu ý dùng liều thấp nhất có tác dụng với thời gian ngắn nhất đủ để không chế đợt đau. Không nên cho thuốc chống viêm không steroid kéo dài quá vài tuần. Chế độ dùng thuốc như vậy cho phép giảm thiểu tác dụng phụ của các thuốc CVKS. Trong giai đoạn cấp tính, khi người bệnh đau nhiều, có thể ưu tiên dùng thuốc CVKS dạng tiêm hoặc truyền trong 2-3 ngày đầu, rồi sang dạng viên để duy trì hiệu quả và thuận tiện cho người bệnh. Cần đặc biệt thận trọng khi sử dụng thuốc CVKS ở những người bệnh bệnh lý tim mạch hoặc tiền sử các rối loạn tim mạch do nguy cơ tác dụng phụ trên hệ tim mạch. Do vậy cần chú ý phát hiện và xử trí kịp thời các tác dụng phụ của thuốc [13],[15]

Cần lựa chọn một loại thuốc trong số các thuốc được chỉ định và tránh phối hợp nhiều thuốc cùng nhóm. Vì việc phối hợp không làm tăng hiệu quả điều trị mà lại làm tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn.

Diclofenac có thể được chỉ định liều 50 - 150mg/ ngày, nên uống sau bữa ăn no để giảm tác dụng phụ trên đường tiêu hóa. Trong 2 – 3 ngày đầu, nếu người bệnh đau nhiều, có thể sử dụng dạng tiêm 75mg một lần mỗi ngày, sau đó chuyển sang dạng uống khi tình trạng đau giảm và người bệnh có thể chịu được.

Có thể sử dụng Meloxicam viên 7,5 mg 2 viên mỗi ngày sau bữa ăn. Trong trường hợp người bệnh đau nhiều, có thể dùng dạng ống tiêm bắp 15mg mỗi ngày trong 2 – 3 ngày đầu, sau đó trở về đường uống theo khả năng đáp ứng và khả năng dung nạp của người bệnh.

Ngoài ra, có thể sử dụng Piroxicam 20mg 01 viên mỗi ngày sau ăn no. Trong trường hợp người bệnh đau nhiều, có thể dùng sang dạng tiêm bắp 20mg mỗi ngày trong 2 – 3 ngày đầu, sau đó trở về đường uống.

Thuốc giảm đau đường ngoài da: gel diclofenac, gel profenid, xoa 2-3 lần/ngày ở vị trí đau [1],[10].

* Thuốc giãn cơ: Eperison 50mg uống ngày 03 viên. Eperison có tác dụng giãn cơ vân và cơ trơn mạch máu, làm giảm co cứng cơ, cải thiện tuần hoàn, giảm phản xạ đau. Thuốc cải thiện khả năng vận động chân, tay mà không giảm cơ lực, không gây an thần, không làm mất tỉnh táo.

* Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm:

Piascledine 300mg uống ngày 01 viên

Glucosamine sulfate và chondroitin sulphat, dùng thuốc trong thời gian dài.

Thuốc ức chế ILI: diacerein 50mg ngày uống 1 – 2 viên, dùng thuốc trong thời gian dài.

* Thuốc giảm đau thần kinh

Thuốc chống động kinh được dùng để giảm đau trong các bệnh lý rối loạn thần kinh hay tủy sống. Đó là các thuốc phenytoin, carbamazepin, và divalproex sodium. Hiện nay thuốc điều trị đau mạn tính phổ biến là gabapentin (Neurontin) và pregabalin (Lyrica).

Gabapentin (Neurontin) viên 0,3g, 02 viên/ngày.

Pregabalin (Lyrica) 75 mg, bắt đầu bằng 01 viên/ngày, sau đó tăng dần liều đến 2-4 viên/ngày.

* Vitamin nhóm B liều cao: Có tác dụng chống viêm và chống thoái hóa, nhất là đối với tổ chức thần kinh. Sử dụng mỗi đợt 7 – 10 ngày.

Vitamin B12 500-1000 gamma tiêm bắp thịt/ngày.

Vitamin B1 0,025 x 02 ống tiêm bắp thịt/ngày[11]

* Trong một số trường hợp đau thần kinh tọa, có thể áp dụng tiêm corticoid tại chỗ. Các phương pháp tiêm bao gồm: tiêm cạnh cột sống, tiêm khớp liên mấu dưới hướng dẫn hình ảnh (dưới màn tăng sáng hoặc CT) [13],[10].

- Điều trị ngoại khoa và các phương pháp khác được xem xét trong những trường hợp chèn ép rễ thần kinh nặng hoặc không đáp ứng với điều trị nội khoa. Nếu sau 3 tháng điều trị bảo tồn, các triệu chứng vẫn tồn tại, các cơ quan chuyên khoa sẽ đánh giá tổn thương và xem xét chỉ định phẫu thuật. Phẫu thuật được chỉ định trong các trường hợp như: thoát vị đĩa đệm gây đau TKT lâu ngày, hẹp ống sống với dấu hiệu thần kinh tiến triển, hoặc ảnh hưởng đáng kể đến cuộc sống, khi các phương pháp điều trị bảo tồn không mang lại hiệu quả [13],[10].

1.2. Đau TKT theo góc nhìn YHCT

1.2.1. Bệnh danh

Theo YHCT, đau TKT được mô tả trong các y văn với nhiều bệnh danh khác nhau, bao gồm: “Yêu cước thống”, “Tọa cốt phong”, “Tọa điển phong”, “Yêu cước đông thống” và thuộc phạm vi chứng Tý[7],[16],[17]

1.2.2. Bệnh nguyên và bệnh cơ

+ Ngoại nhân:

Theo YHCT, đau thần kinh tọa khởi phát do phòng hàn thấp xâm nhập, ban đầu ảnh hưởng đến bên ngoài, sau đó xâm phạm vào kinh lạc gây khí huyết vận hành trong kinh lạc bị ứ trệ gây bệnh.

Phong có tính di chuyển nên người bệnh có triệu chứng đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa. Hàn có tính ngưng trệ, khiến khí huyết bị tắc nghẽn, từ đó gây co rút gân cơ và đau nhức dọc theo đường đi của kinh lạc bị ảnh hưởng. Thấp có tính nề trệ làm tắc trở kinh lạc gây nên cảm giác tê bì, nặng nề, vận động khó khăn [7]

+ Nội thương

Ở người cao tuổi, chức năng các tạng trong cơ thể suy giảm, có thể do đau kéo dài, bẩm tố yếu (tiên thiên bất túc) hoặc lão sủng, sinh hoạt không điều độ, như phòng dục quá độ, dẫn đến rối loạn chức năng các tạng, đặc biệt là can và thận [7],[18].

Trong YHCT, tạng can tàng huyết và chủ cân. Khi chức năng can bị rối loạn, huyết không được tàng chứa đầy đủ, không nuôi dưỡng được cân, dẫn đến gân yếu, đau mỏi, co rút và vận động khó khăn.

Thận chủ cốt tủy, thận tàng tinh, tinh sinh tủy, có quan hệ biểu lý với Bàng quang. Tủy chứa trong các khoang rỗng của xương, có tác dụng nuôi dưỡng xương. Chức năng của thận không đầy đủ dẫn tới đau nhức trong xương tủy [19],[20].

Thắt lưng là phủ của thận nên đau thắt lưng có quan hệ mật thiết đến bệnh lý tạng Thận. Tuệ Tĩnh viết: “Đau lưng là bệnh ở thận” [21]

Thận với can là quan hệ giữa tương hỏa và long hỏa, giữa chí và ý, giữa thủy và huyết, giữa sơ tiết và bế tàng. Mỗi quan hệ này thể hiện trong chức năng thận chủ tác cường, chủ các vận động tinh vi của cơ thể[20]

Khi chức năng của hai tạng can và thận suy yếu, tinh huyết giảm, dẫn đến không nuôi dưỡng được gân xương, gây ra yếu cơ, đau mỏi, co rút. Đồng thời, sự suy yếu này còn ảnh hưởng đến phủ đởm và tuần hành khí huyết, làm khí huyết trong kinh lạc không lưu thông suốt. Cụ thể theo lý luận YHCT, kinh túc Thái dương, kinh túc Thiếu dương và kinh túc Thiếu âm bị rối loạn, ảnh hưởng đến cân và xương, từ đó gia tăng triệu chứng đau thần kinh [18]

+ Bất nội ngoại nhân

Do mang vác các vật nặng sai tư thế hoặc chấn thương gây ra huyết ứ trong kinh lạc. Tình trạng này làm kinh khí bị bế tắc, không lưu thông, dẫn đến đau và hạn chế vận động[18],[7]

1.2.3. Các thể lâm sàng

Theo YHCT, Các thể bệnh của Yêu cước thống như sau[7]

1.2.3.1. Thể phong hàn thấp

Hay gặp ở người bệnh đau TKT do lạnh[7].

- Thăm khám:

Vị trí bệnh: Khởi phát sau khi bị lạnh, người bệnh thường đau từ lưng đến mông, chân, có điểm đau khu trú, không kèm teo cơ, cơn đau tăng khi trời lạnh, ẩm ướt nhưng cảm thấy dễ chịu hơn khi chườm ấm.

Toàn thân: Thường sợ lạnh và sợ gió, nhị tiện bình thường, chất lưỡi nhạt, rêu trắng. Mạch phù/phù khăn.

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

- Bài thuốc: Can khương thương truật linh phụ thang gia giảm

Can khương	08g	Quế chi	08g
Thương truật	08g	Ý dĩ	08g
Cam thảo	06g	Bạch linh	12g
Xuyên khung	16g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Châm hoặc cứu: Châm tả các huyết

+ Nếu đau theo kinh Bàng quang: các huyết Giáp tích L₄-L₅, L₅-S₁, Thận du, Đại trường du, Hoàn khiêu, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lân.

+ Nếu đau theo kinh Đờm: Giáp tích L₄-L₅, L₅-S₁, Thận du, Can du, Đại trường du, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Tam âm giao, Huyền chung, Khâu khư.

+ Kỹ thuật châm có thể sử dụng: Điện châm, điện mẫn châm, ôn châm, ôn điện châm.

+ Liệu trình: 15 – 20 ngày, mỗi ngày 1 lần, mỗi lần 25 – 30 phút

- Xoa bóp, bấm huyết: Các thủ thuật: xoa, xát, miết, day, lăn, vỗ vùng bị đau, kết hợp vận động chi dưới, đặc biệt là vận động từ thắt lưng xuống chân đau. Liệu trình thực hiện khoảng 30 phút/ 1 lần, ngày 01 lần, trong 15-30 ngày.

- Thủy châm: Có thể dùng các thuốc tiêm bắp, Được thực hiện tại các huyết như: Đại trường du, Trật biên, Thừa phù.

- Giác hơi: Nhằm giảm đau, giãn cơ và lưu thông khí huyết. Thủ thuật được thực hiện tại vùng lưng và dọc theo chân bên đau. Liệu trình ngày 01 lần

1.2.3.2. *Thể can thận hư kiêm phong hàn thấp*

Hay gặp ở người bệnh đau TKT do thoái hóa cột sống [7].

- Thăm khám

+ Vị trí bệnh: Đau từ lưng đến chân theo đường đi của dây TKT, người bệnh thường thấy đau nhiều, kèm theo cảm giác tê bì và nặng nề, đôi khi có kèm theo teo cơ. Người bệnh dễ tái phát và thời gian bị bệnh thường kéo dài.

+ Toàn thân: Có thể xuất hiện mệt mỏi toàn thân, chán ăn, khó ngủ. Lưỡi nhạt bệu, rêu lưỡi trắng, nhớt. Mạch trầm nhược/nhu hoãn.

- Pháp điều trị: Bổ can thận, khu phong tán hàn trừ thấp (nếu teo cơ thêm Kiện tỳ).

- Phương dược: Độc hoạt tang ký sinh gia giảm

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

Sắc ngày 01 thang, chia thành 2 lần

- Châm cứu: Công thức huyết như thể phong hàn thấp

Bổ các huyết: Can du, Thận du.

Liệu trình 20 – 30 phút một lần, ngày 01 lần

- Xoa bóp, bấm huyết: các thủ thuật thực hiện như trên, bấm các huyết Can du, Thận du.

Liệu trình 20 – 30 phút một lần, ngày 01 lần.

- Thủy châm: giống thể phong hàn thấp

1.2.3.3. *Thể thấp nhiệt*

Hay gặp ở người bệnh đau TKT do viêm nhiễm[7].

- Thăm khám: Đau thắt lưng xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây TKT, với cảm giác nóng rát, khó chịu như châm chích. Lưỡi thường đỏ/hồng, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sác.

- Pháp: Thanh nhiệt, trừ thấp, hành khí hoạt huyết

- Bài thuốc: Ý dĩ nhân thang và Nhị diệu thang gia giảm

Thược dược	06g	Ma hoàng	06g
Hoàng bá	12g	Ý dĩ nhân	12g
Quế chi	06g	Cam thảo	04g
Thương truật	12g	Bạch truật	12g
Đương quy	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, liệu trình 10 - 15 thang.

- Châm tả các huyết giống thể phong hàn thấp

Liệu trình: Ngày 01 lần, mỗi lần 20 – 30 phút.

1.2.3.4. *Thể huyết ứ.*

Hay gặp ở người bệnh đau TKT do chấn thương/thoát vị đĩa đệm[7].

- Khám bệnh: Người bệnh thường đau nhiều, đột ngột tại 1 vị trí nhất định, đau đến chân và vận động khó khăn rõ rệt, chất lưỡi có điểm huyết ứ, mạch sấp.

- Pháp điều trị: Hoạt huyết, hoá ứ, thông kinh hoạt lạc

- Bài thuốc: Thân thống trục ứ thang gia giảm

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

Sắc ngày 01 thang, chia 2 lần sáng - chiều.

- Châm: Phác đồ huyết như trên và thêm huyết Huyết hải
- Xoa bóp, bấm huyết: các thủ thuật thực hiện như trên, thêm: Can du, Thận du. Liệu trình 20 – 30 phút một lần, ngày 01 lần. Khi thực hiện cần tránh các động tác vận động cột sống (gập đùi vào ngực).

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

1.3.1. Cao dán 'Hoạt lạc chỉ thống'

Cao dán 'Hoạt lạc chỉ thống' là 01 chế phẩm YHCT được phát triển trên cơ sở kế thừa và sàng lọc từ công thức nghiệm phương. Chế phẩm được ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng để hỗ trợ điều trị 01 số bệnh lý cơ xương khớp

Trên cơ sở kế thừa các công thức nghiệm phương truyền thống, TS.BS Nguyễn Tiến Chung (Bệnh viện Tuệ Tĩnh) đã thực hiện nghiên cứu cải tiến cấu trúc bài thuốc. Một số vị thuốc được tinh giản để phù hợp với đặc điểm người bệnh và nguồn dược liệu, đồng thời bảo quản thuốc mà vẫn giữ nguyên công năng chủ trị của bài thuốc.

Bảng 1.2. Thành phần cao dán 'Hoạt lạc chỉ thống'

STT	Thành phần	Tên khoa học	Số lượng (g)
1	Ngải diệp	<i>Herba Artemisiae vulgaris</i>	300
2	Địa liên	<i>Rhizoma Kaempferiae galangae</i>	200
3	Quế chi	<i>Ramulus Cinnamomi</i>	150
4	Huyết giác	<i>Lignum Dracaenae</i>	150
5	Dây gấm	<i>Gnetum montanum M</i>	150
6	Tá dược		50

Trong đó các vị thuốc có tác dụng: (*chi tiết ở phụ lục 2*)

Ngải diệp vị đắng cay, tính ấm, trừ hàn thấp

Quế chi: vị cay ngọt, tính ấm, có tác dụng giải biểu hàn, thông dương

khí, ôn thông kinh mạch, hóa khí, chỉ thống

Địa liên: vị cay, tính ấm, có tác dụng hành khí, ôn trung, giảm đau, chủ trị các chứng tê thấp, đau nhức xương khớp

Huyết giác: vị đắng sáp, tính bình, có tác dụng hoạt huyết – chỉ huyết, giảm đau, tán ứ sinh tân.

Dây gấm: vị đắng, tính bình, có tác dụng trừ thấp, sát trùng, tiêu viêm, hoạt huyết, thư cân, khu phong. Chủ trị đau nhức xương khớp, chỉ thống.

Cả bài thuốc đều có tác dụng trừ phong hàn thấp, giải biểu. hành khí hoạt huyết, chỉ thống, thư cân, rất phù hợp với những người bệnh bị đau nhức xương khớp, đặc biệt là đau nhức xương khớp mạn tính.

Cao dán Hoạt lạc chỉ thống đã được thử nghiệm tính kích ứng da trên thực nghiệm. Kết quả nghiên cứu trên thực nghiệm: Đã thử nghiệm tác dụng kích ứng da thỏ của cao dán nhận thấy da thỏ hoàn toàn bình thường, khỏe mạnh, không có bất cứ biểu hiện dị ứng hay viêm nào trong suốt thời gian đắp 24h. Cao dán HLCT an toàn với da thỏ ở mức liều đã thử nghiệm.

1.3.2. Xoa bóp bấm huyết

- Định nghĩa: Xoa bóp bấm huyết là phương pháp sử dụng kỹ năng và lực chủ yếu của đôi bàn tay tác động lên cơ thể người bệnh với lực thích hợp, nhằm tạo cho người bệnh cảm giác dễ chịu, thoải mái. Phương pháp này giúp làm dịu các triệu chứng đau nhức, căng cơ, co cứng khớp đồng thời cải thiện tuần hoàn khí huyết và chức năng kinh lạc.

- Tác dụng của xoa bóp

+ Tác dụng đối với da:

Ảnh hưởng cục bộ: khi xoa bóp, lớp sừng của biểu bì được bong ra làm cho hô hấp của da được tốt hơn, nó còn tăng cường chức năng của tuyến mồ, tuyến mồ hôi nên sự đào thải các chất cặn bã qua các tuyến mồ hôi được tốt hơn. Xoa bóp làm cho mạch máu giãn, tăng cường tuần hoàn động mạch và tĩnh mạch, có lợi cho việc dinh dưỡng ở da, giúp da co giãn tốt, mịn màng, bóng khỏe. Ngoài ra, phương pháp này còn hỗ trợ chức năng bảo vệ của da,

nhờ việc tác động lên mạch máu tại chỗ và toàn thân, làm tăng tuần hoàn, cải thiện dinh dưỡng mô và chức năng sinh lý của da.

Ảnh hưởng đến toàn thân: khi xoa bóp, các chất nội tiết của tế bào được giải phóng và thâm vào máu. Quá trình này giúp tăng cường tuần hoàn máu tới thần kinh và da, cải thiện dinh dưỡng mô, chức năng thần kinh và khả năng phục hồi tổn thương.

+ Tác dụng đối với hệ thần kinh: Xuất phát từ một học thuyết về thần kinh của Set-sê-nốp và Pap- lôp, trong cơ thể, tác dụng của xoa bóp đối với cơ thể thì vai trò của hệ thần kinh là chủ đạo, tất cả các chức năng của cơ thể người ta đều do hệ thần kinh điều khiển.

Xoa bóp có thể gây ra những thay đổi sinh lý trên hệ thần kinh trung ương, bao gồm thay đổi điện não, kích thích thần kinh, tạo cảm giác hưng phấn hoặc nếu tác động quá mạnh gây ức chế thần kinh. Nhờ đó, phương pháp này vừa giúp giảm đau, thư giãn cơ bắp, vừa điều hòa hoạt động thần kinh.

+ Tác dụng đối với gân, cơ, khớp:

Đối với cơ: xoa bóp có tác dụng làm tăng tính đàn hồi của cơ, đồng thời thúc đẩy phục hồi sức khỏe cơ nhanh hơn. Khi không được xoa bóp, cơ bắp khi hoạt động quá mức có thể bị mệt mỏi, căng cứng và đau. Xoa bóp có thể giải quyết các tình trạng này bằng cách giãn cơ, cải thiện tuần hoàn và giảm đau.

Đối với gân khớp: tăng tính co giãn và đàn hồi của mô mềm, tăng tính hoạt động của khớp, làm tăng cường sự sản xuất và lưu thông dịch khớp.

+ Tác dụng lên hệ tuần hoàn: Giãn mạch và giảm gánh nặng cho tim; hạ huyết áp; tăng tốc độ và hiệu quả của tuần hoàn bạch huyết; Tăng nhẹ các tế bào máu.

+ Tác dụng khác:

Phổi và hô hấp: cải thiện chức năng thở, việc kích thích trực tiếp thành ngực và qua phản xạ thần kinh, giúp người bệnh thở sâu hơn, nâng cao chức năng hô hấp.

Tiêu hóa: Điều chỉnh nhu động và bài tiết dịch vị

Trao đổi chất: Tăng cường bài tiết (tăng lượng nước tiểu mà không làm thay đổi pH); Phân giải Protein; Tăng tiêu thụ Oxy.[22]

1.3.3. Điện châm

- Định nghĩa: Điện châm là sự phát triển của châm cứu, trong đó kim châm vào huyết vẫn là nguyên tắc căn bản, được tăng cường hiệu quả bằng cách dùng kích thích điện để thay thế cho thủ thuật truyền thống [23]. Dòng điện được truyền qua kim châm cứu hoặc điện cực nhỏ đặt lên da tại các huyết tương ứng với vùng bệnh [24].

Phương pháp này thay thế hoặc hỗ trợ thủ pháp châm cứu thông thường, giúp kích thích huyết nhanh hơn, điều hòa âm dương cơ thể, cải thiện lưu thông khí huyết[25].

- Cơ chế tác dụng

+ Theo Y học cổ truyền:

Điều hòa âm dương: Theo Y học cổ truyền, bệnh tật phát sinh ra là do sự mất cân bằng (quân bình) âm dương. Nguyên nhân gây ra sự mất cân bằng âm dương là do tác động của ngoại nhân (lục dâm), nội nhân (thất tình) và bất nội ngoại nhân. Nguyên tắc cơ bản của châm cứu là điều hoà sự cân bằng âm dương và khôi phục hoạt động bình thường của khí cơ. Bao gồm:

Châm bổ (nâng chính khí): khi người bệnh ở trạng thái hư (chính khí giảm).

Châm tả (trục tà khí): khi người bệnh ở trạng thái thực (tà khí mạnh) [24].

+ Theo YHHĐ

Tác dụng tại chỗ: Châm cứu tạo vi tổn thương, kích thích thụ thể thần kinh trong mô tại chỗ tác động (phản xạ sợi trục axon reflex), giúp giải phóng các neuropeptide gây giãn mạch và tăng tuần hoàn tại chỗ, kết quả gây hiện tượng đỏ da quanh chỗ châm.

Cơ chế giảm đau tại chỗ của châm cứu liên quan đến việc kích thích giải phóng các chất giảm đau tự nhiên (encephalin, endorphin) ngay tại vùng châm. Dưỡng bào trong mô liên kết đóng vai trò then chốt trong

quá trình này. Việc này là nền tảng khoa học giải thích cho việc sử dụng a thị huyết để điều trị. [24]

Châm cứu hỗ trợ phục hồi dây thần kinh bị tổn thương bằng cách tối ưu hoá các điều kiện sinh lý tại chỗ. Liệu pháp này giúp cải thiện tuần hoàn máu vi mô và thúc đẩy chuyển hoá tế bào, tạo môi trường thuận lợi cho sự tái sinh và phục hồi chức năng thần kinh[24].

Phản xạ bản thể - tự chủ: đóng vai trò quan trọng trong việc điều hoà cảm giác đau tại tầng tuỷ sống. Theo thuyết kiểm soát cổng, sự kích thích châm cứu ưu tiên vào các sợi dẫn truyền nhanh sẽ ức chế hoạt động của tế bào T tại sừng sau tuỷ sống. Cơ chế này sẽ dừng dẫn truyền tín hiệu đau từ các sợi dẫn truyền chậm. Từ đó ngăn chặn hoặc làm giảm cường độ tín hiệu truyền lên các trung tâm cao hơn.

Hệ thống thần kinh tuỷ sống gồm 31 đôi dây thần kinh. Mỗi dây tách thành các nhánh chịu trách nhiệm chi phối chức năng vận động và cảm giác

Phản xạ bản thể - tự chủ ở mức não bộ: là cơ chế giải thích tác dụng của giảm đau toàn thân. Kích thích châm cứu tác động lên nhiều vùng của não, giúp điều hoà sự giải phóng các chất hoá học thần kinh, qua đó kiểm soát cường độ đau và cải thiện cảm xúc của người bệnh.

Ngoài vai trò của hệ thần kinh, các thể dịch trong cơ thể cũng tham gia vào quá trình giảm đau và nâng cao ngưỡng chịu đau. Kích thích châm cứu thúc đẩy giải phóng nhiều chất hoá học nội sinh (acetylcholine, monoamine), trong đó quan trọng nhất là các peptide opioid nội sinh (đặc biệt là endorphine). Vai trò giảm đau của các chất này được khẳng định khi tá dụng giảm đau bị trung hoà bởi chất đối kháng opioid là naloxone[24].

- Phạm vi ứng dụng [24],[23]

Có hiệu quả trong việc giảm thiểu đau và kiểm soát phản ứng viêm: bệnh lý thoái hoá, bệnh lý cơ xương khớp, bệnh lý thần kinh (đau TKT, tổn thương nhiều dây thần kinh do đái tháo đường)... Đây là ứng dụng rộng rãi và có nhiều bằng chứng khoa học nhất của điện châm.

Phục hồi liệt: sau đột quy, tổn thương dây thần kinh như liệt dây quay, dây mác.

Điều chỉnh các rối loạn toàn thân và cải thiện chất lượng cuộc sống

Một số bệnh viêm nhiễm như viêm tuyến vú, chấy, lở...

Châm tê phẫu thuật

- Chống chỉ định:[23],[24]

Vùng da đang viêm nhiễm, lở loét.

Người bệnh suy giảm miễn dịch, cơ thể quá suy kiệt, phụ nữ có thai

Bệnh lý có chỉ định ngoại khoa. Người bệnh đặt máy tạo nhịp tim.

Tránh đặt các điện cực gần tim vì tim có thể phản ứng bất lợi với các xung điện.

1.4. Một số nghiên cứu về đau TKT ở Việt Nam, thế giới

1.4.1. Trên thế giới

Theo Sanna Anttila (2024) Ở độ tuổi 31, 21,1% dân số nghiên cứu báo cáo bị đau thần kinh tọa và ở độ tuổi 46, 36,7%. Đau nhiều vị trí rõ ràng là yếu tố mạnh nhất liên quan đến đau thần kinh tọa (tỷ lệ chênh lệch [OR] 2,61, KTC 95% [CI] 2,34–2,92). Theo thứ tự giảm dần về quy mô hiệu ứng, tuổi cao, trình độ học vấn thấp, triệu chứng tâm lý, mắc nhiều bệnh, thừa cân, béo phì, ít vận động và hiện đang hút thuốc có liên quan tích cực đến đau thần kinh tọa. OR của họ thay đổi trong khoảng từ 1,17 đến 2,18. Sống một mình có liên quan tiêu cực đến đau thần kinh tọa (OR 0,81, KTC 95% 0,72–0,90)[26].

Theo Xin Zhou (2022) Việc tích hợp tập thái cực quyền và xoa bóp làm tăng hiệu quả trong giảm đau và cải thiện chức năng vận động so với chỉ xoa bóp thông thường[27].

Theo Rong Deng (2019) Nghiên cứu này sẽ cung cấp bằng chứng chất lượng cao để đánh giá hiệu quả giảm cường độ đau và cải thiện rối loạn chức năng của châm cứu ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng, đồng thời đánh giá tính an toàn của châm cứu[28].

Theo Yu-Hsuan Cheng (2019) So với kéo giãn giả hoặc không kéo giãn, kéo giãn thắt lưng cho thấy giảm đau đáng kể hơn và cải thiện chức năng trong thời gian ngắn, nhưng không phải trong thời gian dài. Không có đủ bằng chứng để hỗ trợ tác dụng của kéo giãn thắt lưng đối với việc giảm kích thước đĩa đệm thoát vị[29].

Theo Abdul Nasir (2024) Flavonoid chiếm 53% thành phần, phenol và terpenoid chiếm 15%, alkaloid chiếm 13% và glycoside chiếm 6% được sử dụng trong chứng đau thần kinh. Các chất phytochemical có nguồn gốc từ các loại cây thuốc khác nhau có thể đóng vai trò là mục tiêu điều trị tiềm năng cho cả chứng đau thần kinh do chấn thương thần kinh cấp tính và mãn tính[30].

Theo Kyou – Hwan Han (2022) Phương pháp điều trị châm cứu có hiệu quả và an toàn đáng kể so với thuốc giảm đau trong điều trị đau thần kinh tọa[31].

1.4.2. Tại Việt Nam

Theo Phạm Thị Như Uyên (2024) Tuổi trung bình của người bệnh đau thần kinh tọa tại Bệnh viện Y học cổ truyền bộ công an là $61,53 \pm 14,19$; tỷ lệ nữ/nam là 1,15; Các chỉ số trung bình trước điều trị gồm: điểm VAS ($4,92 \pm 1,31$ (điểm)), độ giãn CSTL ($2,72 \pm 0,94$ (cm)), (Lasègue: $56,94 \pm 11,33$ (độ)), 83,53% hạn chế tầm vận động, điểm ODI: $9,79 \pm 2,88$ (điểm)[32].

Theo Bùi Đặng Minh Trí (2022) Đặc điểm bệnh lý trong quần thể nghiên cứu là thời gian mắc bệnh kéo dài trên 01 tháng. Đau lan theo rễ dây thần kinh chi phối, đau bên trái gặp nhiều hơn so với đau bên phải[33].

Theo Vũ Đình Quỳnh (2024) Bệnh nhân 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ đa số, tỉ lệ nữ mắc bệnh cao hơn nam. Dấu hiệu chuông bấm và Lasègue chiếm 100%. Phác đồ bài thân thống trực ứ thang cùng điện châm, kéo giãn cột sống có hiệu quả giảm đau, cải thiện vận động rõ rệt trên bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng[34].

Theo Nguyễn Văn Hưng (2019) Dùng bài thân thống trực ứ thang và điện châm có hiệu quả với người bệnh đau TKT do thoát vị[35].

Theo Nguyễn Quang Kỳ (2023) Phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm đạt hiệu quả tốt trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa CSTL[36].

Theo Lê Đắc Quang (2022) Sau 14 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu chỉ số VAS trung bình là $2,55 \pm 0,74$ điểm, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày loại tốt và khá chiếm 85%, kết quả tốt và khá đạt 82,5%; kết quả này xu hướng tốt hơn nhóm đối chứng. Dùng siêu âm trị liệu và điện châm, xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả trong điều trị đau TKT[37].

Theo Huỳnh Hương Giang (2020) Điều trị đau TKT do thoái hóa bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt cùng bài “Độc hoạt tang ký sinh” có hiệu quả trên lâm sàng. Tốt: 34,9%; Khá: 58,1%; Trung bình: 7%[38].

Theo Nguyễn Tùng Sơn (2023) Điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng cao dán "Hoạt lạc HV" và xoa bóp bấm huyệt, điện châm có hiệu quả trên lâm sàng. Tỷ lệ điều trị chung ở mức tốt, khá của nhóm nghiên cứu cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng (tương ứng 31,43%; 51,43% so với 11,43%; 40,00%)[39].

Theo Phạm Vũ Khánh (2024) Nắn chỉnh cột sống kết hợp với điện châm và hồng ngoại là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị đau thần kinh tọa. Sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện điểm VAS, nghiệm pháp Schober, chỉ số Lasegue, chức năng sinh hoạt tốt hơn ($p < 0,05$) nhóm đối chứng[40].

Theo Trần Thái Hà (2024) Điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp túi chườm thảo dược có tác dụng cải thiện điểm đau VAS, độ giãn CSTL, khoảng cách tay đất và chỉ số ODI trong điều trị bệnh nhân đau thần kinh tọa [41].

Theo Nguyễn Đức Minh (2021) Điện châm + siêu âm điều trị có hiệu quả với người bệnh đau thắt lưng do thoái hóa[42].

Theo Vòng Thị Thanh Xuân (2024) Trong các phương pháp dùng thuốc sử dụng nhiều nhất là thuốc thành phẩm, còn trong các phương pháp

không dùng thuốc sử dụng nhiều nhất là điện châm. Sử dụng kết hợp giữa phương pháp dùng thuốc và phương pháp không dùng thuốc, cho kết quả điều trị cao với tỷ lệ 98,93% bệnh nhân giảm bệnh[43].

Theo Trần Thị Thu Hương (2024) Dùng thuốc đắp HV + điện châm, hồng ngoại điều trị có hiệu quả đau TKT. Sau điều trị, các chỉ số lâm sàng đều thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, trong đó điểm đau VAS giảm $5,93 \pm 0,27$ xuống $1,53 \pm 1,30$ tương ứng 74,2%, góc Lasègue tăng 34%, từ $56,63 \pm 6,34$ (độ) lên $75,88 \pm 5,87$ (độ), độ giãn CSTL tăng từ $11,79 \pm 0,37$ (cm) lên $13,75 \pm 0,44$ (cm). Nhóm nghiên cứu có xu hướng tốt hơn nhóm đối chứng thể hiện ở chỉ số VAS, chỉ số góc Lasègue[44].

Chương 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống

Thành phần cho 1000g nguyên liệu để bào chế cao dán HLCT theo tỷ lệ sau:

Bảng 2.1. Thành phần Cao dán HLCT

STT	Thành phần	Tên khoa học	Số lượng (g)
1	Ngải diệp	<i>Herba Artemisiae vulgaris</i>	300
2	Địa liên	<i>Rhizoma Kaempferiae galangae</i>	200
3	Quế chi	<i>Ramulus Cinnamomi</i>	150
4	Huyết giác	<i>Lignum Dracaenae</i>	150
5	Dây gấm	<i>Gnetum montanum</i> M	150
6	Tá dược		50

Các vị thuốc để sản xuất cao dán được lựa chọn theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V và có nguồn gốc rõ ràng (*chi tiết tại phụ lục 3*).

Cao thành phẩm được sản xuất thành dạng miếng, kích thước 10x15cm, độ dày lớp cao từ 1 – 2 mm, lượng cao 10g/ miếng dán, Sản phẩm được đóng gói trong túi bóng kính. Khi sử dụng làm nóng cao sau đó dán lên vị trí đau.

Địa điểm bào chế: Khoa Dược - BV Tuệ Tĩnh

Địa chỉ: số 2 Trần Phú, Hà Đông, Hà Nội

Cao dán Hoạt lạc chỉ thống đạt TCCS của Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

2.1.2. Các vật liệu được sử dụng trong nghiên cứu

Kỹ thuật điện châm: Theo quy trình số 4 QĐ số 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013 của BYT [23]

Công thức huyết: Theo QĐ số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 của BYT [7].

Kỹ thuật Xoa bóp bấm huyết: Theo quy trình số 377 QĐ số 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013 của BYT [45].

Kim châm cứu: bằng thép không gỉ, kim vô trùng, dùng 01 lần

Máy điện châm: Máy điện châm M8

Miếng dán cao thuốc kích thước 10x15cm

Thước dây, thước đo độ đau VAS, thước đo tầm vận động khớp ROM, bộ câu hỏi Oswestry

Bộ đo huyết áp, bông cotton vô trùng, kẹp có máu, khay quả đậu

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Phương pháp lấy cỡ mẫu được lựa chọn thuận tiện. Người bệnh điều trị nội trú được chẩn đoán đau thần kinh tọa do thoái hóa CSTL, không phân biệt giới tính và nghề nghiệp, đúng với các tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ và đồng thuận tham gia NC.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHĐ

(Theo QĐ 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 của Bộ Y tế)

- Lâm sàng: Biểu hiện các triệu chứng trong đau thần kinh tọa do thoái hóa CSTL.

+ Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, theo rễ L₅ và/hoặc S₁

+ Đau có tính chất cơ học

+ Hội chèn chèn ép rễ thần kinh

+ Có thể có teo cơ

+ Một số nghiệm pháp:

Điểm đau Valleix(+), dấu hiệu bấm chuông (+).

Dấu hiệu Lasègue(+)

Phản xạ gân xương: Phản xạ gân bánh chè giảm/mất trong tổn thương rễ L₅, phản xạ gân gót giảm/mất trong tổn thương rễ S₁[7]

- $3 \leq \text{VAS} \leq 6$

- Cận lâm sàng: X-quang thường quy thẳng, nghiêng có hình ảnh thoái hóa CSTL.

Người bệnh tự nguyện tham gia và cam kết tuân thủ điều trị

Người bệnh không sử dụng thuốc giảm đau, chống viêm hoặc đã ngừng sử dụng các thuốc này từ 1 đến 3 ngày trước khi tham gia nghiên cứu

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền

- Theo Y học cổ truyền, bệnh nhân thuộc thể bệnh can thận hư kiêm phong hàn thấp.

+ Phong hàn thấp: Đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây TKT, người bệnh thường thấy đau nhiều, kèm theo cảm giác tê bì và nặng nề. Lưỡi nhát bệu, rêu lưỡi trắng nhớt. Mạch nhu hoãn/trầm nhược.

+ Can thận hư: Đau vùng thắt lưng, đôi khi có kèm theo teo cơ. Người bệnh dễ tái phát và thời gian bị bệnh thường kéo dài. Có thể xuất hiện mệt mỏi toàn thân, chán ăn, khó ngủ.

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Người bệnh thiếu sự tuân thủ phác đồ, tự ý dùng thuốc khác/ bỏ điều trị từ 2 ngày trở lên.

Người bệnh đang mắc hoặc đang điều trị các bệnh lý viêm cấp, hoặc đang trong tình trạng ngộ độc rượu, nghiện rượu, nghiện ma túy, hoặc có rối loạn tâm thần.

Phụ nữ mang thai

Người bệnh có các bệnh lý nặng như: suy tim độ III trở lên, suy thận độ III, viêm cột sống dính khớp, lao cột sống, u tủy, u cột sống hoặc các bệnh lý ác tính.

2.3. Phương pháp NC

2.3.1. Thiết kế NC

NC được tiến hành theo phương pháp tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước – sau điều trị, so sánh với nhóm đối chứng

Mẫu NC: Mẫu NC được chọn chủ đích 70 BN được chẩn đoán đau TKT do thoái hoá cột sống.

Người bệnh được phân vào hai nhóm dựa trên số thứ tự, với các số chẵn và số lẻ cho từng nhóm. Thời gian điều trị được quy định là 21 ngày

NNC (35 BN) điều trị bằng sử dụng cao dán HLCT đắp ngoài và xoa bóp bấm huyệt

NDC (35 BN) điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt

2.3.2. Chỉ số theo dõi

2.3.2.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

- Tuổi.
- Giới.
- Nghề nghiệp.
- Thời gian mắc bệnh

(Đây là những yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị)

2.3.2.2. Các chỉ tiêu lâm sàng trước và sau điều trị

Các chỉ số được thu thập tại các thời điểm D₀, D₇, D₁₄ và D₂₁ được lượng giá bằng các nghiệm pháp và thang điểm tương ứng:

Mức độ đau theo thang điểm VAS

Độ giãn cột sống thắt lưng (Schober)

Mức độ chèn ép rễ thần kinh (Lasègue)

Tầm vận động cột sống thắt lưng (gập, duỗi, nghiêng)

Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (ODI)

Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

2.3.3. Phương pháp theo dõi và lượng giá kết quả

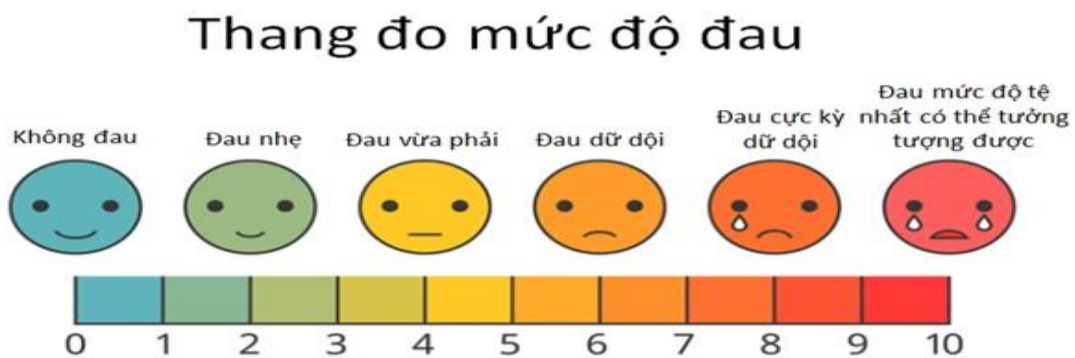
* Đặc điểm của nhóm người bệnh tham gia NC

- Tuổi: Tính theo năm dương lịch, phân theo nhóm tuổi thu thập thành 3 nhóm: từ 30-49 tuổi, từ 50-59 tuổi và trên 60 tuổi
- Giới: nam/nữ.
- Nghề nghiệp của người bệnh được chia thành 2 nhóm: nhóm lao động chân tay (bao gồm: công nhân, nông dân, lao động tự do...) và nhóm lao động trí óc (nhân viên văn phòng, giáo viên, bác sĩ...). Đối với những người bệnh đã nghỉ hưu, nghề nghiệp được xác định dựa trên công việc mà họ từng làm trong thời gian dài nhất.
- Thời gian mắc bệnh: tính từ khi người bệnh mắc đợt bệnh hiện tại đến thời điểm bắt đầu tham gia NC.

* Mức độ đau

Thang điểm VAS (Visual Analog Scale) chia làm 10 đoạn thẳng từ 0 (hoàn toàn không đau) đến 10 (đau dữ dội, không chịu được, có thể choáng ngất)

Thang điểm đánh giá mức độ đau chủ quan của người bệnh



Hình 2.1. Thang điểm VAS

Cách tiến hành: Người bệnh được hướng dẫn, giải thích về các mức độ đau và cách sử dụng thang điểm. Dựa trên cảm giác đau của cá nhân và hình tượng biểu thị trên thang điểm, người bệnh tự xác định mức độ đau của mình

Dựa trên thang điểm VAS chia thành 4 mức độ đánh giá

Bảng 2.2. Bảng đánh giá điểm đau VAS

Điểm VAS	Điểm quy đổi	Mô tả
0	0	Không đau
1 -3	1	Đau ít, khó chịu, hoạt động bình thường
4 -6	2	Đau vừa
7 – 10	3	Đau nhiều liên tục, hạn chế vận động

** Độ giãn CSTL(Nghiệm pháp Schober)*

Có nhiều phiên bản sửa đổi của nghiệm pháp Schober. Phương pháp được ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society: Hiệp Hội Quốc tế về Lượng giá Viêm khớp Đốt sống) chọn lựa được thực hiện như sau:

Bệnh nhân đứng thẳng, hai chân dang rộng bằng vai. Điểm gốc(0cm) là giao điểm của đường nằm ngang nối 02 gai chậu sau trên. Điểm mốc trên cao hơn điểm gốc 10cm. Hướng dẫn người bệnh cúi người tối đa về phía trước, giữ đầu gối thẳng. Đo lại khoảng cách giữa 02 điểm (d).

Thực hiện 02 lần đo, và lấy kết quả lớn hơn[46]

Kết quả: Bình thường chênh lệch ≥ 5 cm.

Giảm độ giãn thất lưng khi độ chênh lệch < 5 cm.

Tiêu chuẩn đánh giá

Bảng 2.3. Bảng đánh giá độ giãn CSTL (Schober)

Nghiệm pháp Schober	Điểm quy đổi	Xếp loại
$14/10 \leq d$	0 điểm	Tốt
$13/10 < d < 14/10$	1 điểm	Khá
$12/10 \leq d \leq 13/10$	2 điểm	Trung bình
$d < 12/10$	3 điểm	Kém

** Mức độ chèn ép rễ thần kinh (Dấu hiệu Lasègue)*

Cách thực hiện: Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng thoải mái. Thầy thuốc dùng 01 tay giữ cổ chân của người bệnh, tay còn lại đặt ở gối giữ chân người bệnh thẳng. Tiến hành nâng thẳng chân bệnh nhân lên khỏi mặt giường với gối duỗi (gập háng thụ động). Ngừng gập háng khi bệnh nhân cảm thấy đau ở lưng và chân.

Kết quả:

Bình thường có thể nâng thẳng chân (gập háng) từ 75 đến 90°.

Test dương tính khi tái tạo triệu chứng đau rễ của bệnh nhân chứ không phải chỉ gây đau lưng. Đảm bảo phân biệt đau chân do rễ (đau theo phân bố của một khoanh da) với đau do căng cơ hamstrings.

Nếu thoát vị đĩa đệm thường đau khi nâng thẳng chân được khoảng 30-35°. Đau trong khoảng 50 đến 70° có thể chứng tỏ kích thích dây thần kinh tọa mà không bị thoát vị đĩa đệm.

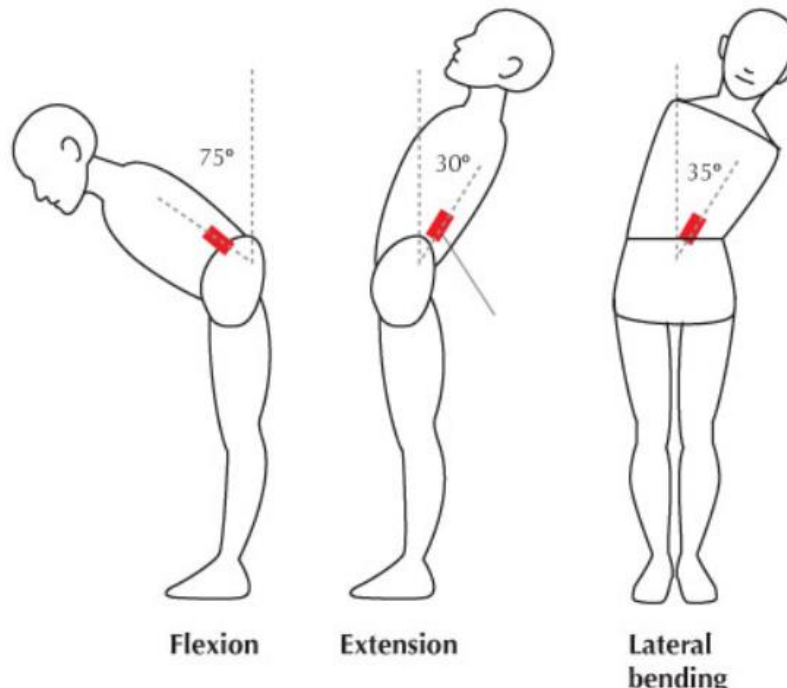
Tiêu chuẩn đánh giá

Bảng 2.4. Bảng đánh giá mức độ chèn ép rễ thần kinh (Lasègue)

Dấu hiệu Lasègue	Điểm quy đổi	Xếp loại
$75^0 \leq \text{Lasègue}$	0 điểm	Tốt
$60^0 \leq \text{Lasègue} < 75^0$	1 điểm	Khá
$45^0 \leq \text{Lasègue} < 60^0$	2 điểm	Trung bình
$\text{Lasègue} < 45^0$	3 điểm	Kém

** Tầm vận động cột sống thắt lưng (gập, duỗi, nghiêng) [47]*

Đánh giá TVĐ CSTL với 3 góc cơ bản là gập, duỗi, nghiêng và không thực hiện xoay



Hình 2.2. Tầm vận động cột sống thắt lưng [48]

- Công cụ đánh giá TVĐ khớp (ROM) sử dụng thước đo có hai nhánh: một nhánh cố định và một nhánh di động, gắn chung với thước đo độ để xác định góc vận động của khớp

- Cách tiến hành:

Cho người bệnh đứng thẳng, 02 gót sát nhau, 02 bàn chân mở một góc 60^0 , người bệnh thực hiện 03 TVĐ của CSTL là gập, duỗi, nghiêng.

Tiêu chuẩn đánh giá

Bảng 2.5. Bảng đánh giá TVĐ CSTL

Điểm quy đổi	Gập	Duỗi	Nghiêng
0 điểm	$70^0 \leq \text{gập}$	$25^0 \leq \text{duỗi}$	$30^0 \leq \text{nghiêng}$
1 điểm	$60^0 \leq \text{gập} < 70^0$	$20^0 \leq \text{duỗi} < 25^0$	$25^0 \leq \text{nghiêng} < 30^0$
2 điểm	$40^0 \leq \text{gập} < 60^0$	$15^0 \leq \text{duỗi} < 20^0$	$20^0 \leq \text{nghiêng} < 25^0$
3 điểm	$\text{gập} < 40^0$	$\text{duỗi} < 15^0$	$\text{nghiêng} < 20^0$

* Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (ODI)

Công cụ đánh giá dựa trên bộ câu hỏi Oswestry Disability Index (ODI) để đánh giá chất lượng cuộc sống và chức năng sinh hoạt ở người

bệnh đau thần kinh tọa. Bộ câu hỏi gồm 10 mục, trong đó 5 hoạt động phản ánh sự cải thiện rõ rệt gồm: chăm sóc bản thân, đi bộ, nâng vật, đứng và ngồi. Mỗi mục chấm từ 0 đến 5 điểm. Điểm số càng cao phản ánh chức năng sinh hoạt càng giảm

Cách tiến hành: Sau khi bộ câu hỏi được giải thích rõ ràng, người bệnh tự đánh giá và lựa chọn mức độ phù hợp nhất với tình trạng của bản thân, đánh dấu vào ô tương ứng

Tiêu chuẩn đánh giá

Bảng 2.6. Bảng đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI

Tổng số điểm hoạt động	Mức độ	Điểm quy đổi
0 – 5	Tốt	0
6 – 10	Khá	1
11 – 15	Trung bình	2
16 – 25	Kém	3

** Đánh giá hiệu quả điều trị*

Đánh giá kết quả điều trị dựa theo cách đánh giá của B.Amor (1985).

Bao gồm các tiêu chí:

- Mức độ đau (VAS)
- Đo độ giãn của CSTL (Schober)
- Tầm vận động của CSTL (Lasègue)
- Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (ODI)

Đánh giá kết quả chung SĐT theo công thức:

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

Bảng 2.7. Bảng đánh giá hiệu quả điều trị chung

Phân loại	Kết quả SĐT so với TĐT
Tốt	Tổng điểm SĐT $\geq 80\%$ so với TĐT
Khá	$60\% \leq \text{Tổng điểm SĐT} < 80\%$
Trung bình	$40\% \leq \text{Tổng điểm SĐT} < 60\%$
Kém	Tổng điểm SĐT $< 40\%$

2.3.4. Phương pháp tiến hành

* **Đắp cao dán HLCT**

Trước khi thực hiện thủ thuật, người bệnh được giải thích đầy đủ và kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn

Người bệnh nằm ở tư thế thoải mái, vùng thắt lưng được khám sơ bộ, sát trùng bằng cồn và để khô trước khi tiến hành dán cao dán Hoạt lạc chỉ thông. Đắp cao dán HLCT vào vùng thắt lưng trong thời gian 30 phút

Trong quá trình thực hiện, các biểu hiện cơ thể của người bệnh được quan sát kỹ để kịp thời phát hiện bất thường

Sau 30 phút, cao dán được bóc ra, làm sạch vùng thắt lưng, tiếp tục quan sát của phản ứng tại chỗ và toàn thân

* **Điện châm**

Phác đồ điều trị đau thần kinh tọa của Bộ Y tế

Giáp tích	Hoàn khiêu	Ủy trung
Côn lân	Đại trường du	Thừa phù
Dương lăng tuyền	Thứ liêu	Trật biên
Thừa sơn	A thị huyết	Thận du

Tam âm giao

Kỹ thuật châm: Theo quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế

Liệu trình: thời gian lưu kim 30 phút, ngày 01 lần

* **Xoa bóp – bấm huyết**

Sử dụng các thủ pháp như: xát, xoa, lăn, vòn, bóp, đấm, chát, bấm huyết, vận động theo phác đồ của BHYT

Liệu trình: 20 phút/ lần/ ngày, trong hết đợt điều trị.

2.4. Địa điểm và thời gian NC

Địa điểm NC: BV Đa khoa y dược cổ truyền – Phục hồi chức năng tỉnh Cao Bằng

Thời gian: từ tháng 4 đến hết tháng 10 năm 2025.

2.5. Xử lý số liệu

- Phân tích dữ liệu thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0 gồm:

Thống kê mô tả: Giá trị trung bình. Độ lệch chuẩn SD

Thống kê suy luận: Kiểm định T-test, kiểm định Chi-square

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p nhỏ hơn 0.05

- Phương pháp không chế sai số:

Sai số chọn mẫu: Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh chặt chẽ, chỉ chọn những người bệnh được chẩn đoán đúng là đau thần kinh tọa do thoái hoá cột sống thắt lưng.

Phân ngẫu nhiên người bệnh vào nhóm.

- Kiểm soát yếu tố nhiễu:

Không sử dụng thuốc giảm đau khác trong quá trình nghiên cứu.

Hướng dẫn người bệnh một chế độ sinh hoạt chung, tránh làm nặng hoặc vận động sai tư thế

Kỹ thuật thực hiện: Chuẩn hoá quy trình kỹ thuật

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

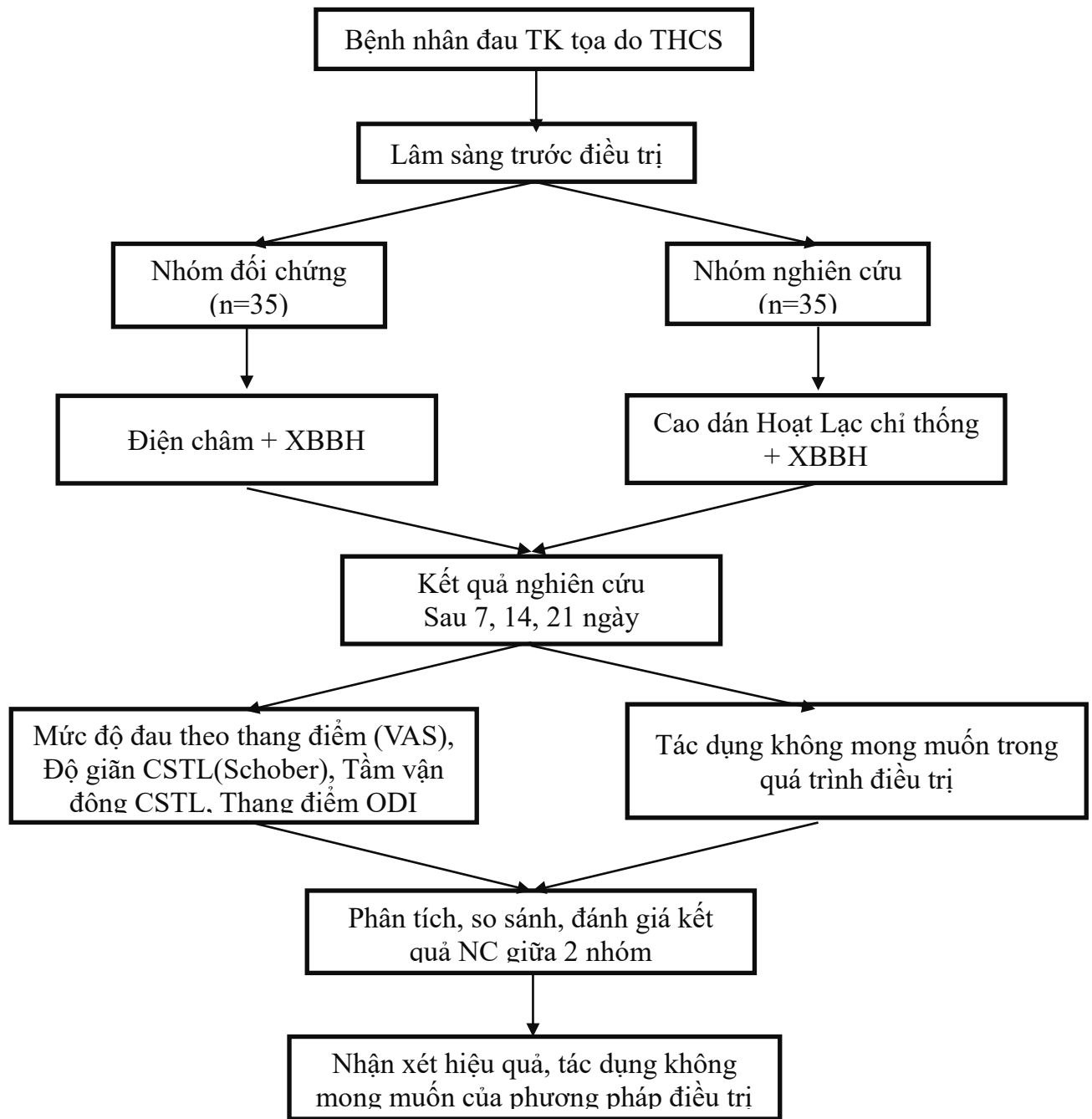
Nghiên cứu được Hội đồng chăm đề cương luận văn chuyên khoa II chuyên ngành Y học cổ truyền Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam thông qua

Được Hội đồng khoa học và đạo đức của Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam phê duyệt

Được Ban giám đốc Bệnh viện đa khoa Y dược cổ truyền – Phục hồi chức năng tỉnh Cao Bằng đồng ý trước khi tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu với mục đích bảo vệ và tăng cường sức khỏe cho người bệnh, không vì mục đích nào khác. Tất cả người bệnh tham gia NC sau khi được giải thích đầy đủ về phương pháp điều trị.

Trong trường hợp người bệnh xuất hiện dấu hiệu bệnh nặng hơn hoặc yêu cầu ngừng tham gia, nghiên cứu sẽ điều chỉnh phương pháp điều trị hoặc chấm dứt sự tham gia của người bệnh



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình NC

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng NC

3.1.1. Đặc điểm về tuổi.

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm		NDC (n=35)		P _{NC-ĐC}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
30 - 49	4	11,4	4	11,4	> 0,05
50 – 59	6	17,2	5	14,3	
≥60	25	71,4	26	74,3	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	63,71±11,35		63,51±11,40		

Nhận xét:

Trong NC, ở cả 2 nhóm, lứa tuổi trên 60 đều chiếm tỷ lệ cao. Tuổi trung bình của nhóm NC và ĐC lần lượt là $63,71 \pm 11,35$ tuổi và $63,51 \pm 11,40$ tuổi.

Sự khác biệt về nhóm tuổi và tuổi trung bình giữa NNC và NĐC không có ý nghĩa thống kê.

3.1.2. Đặc điểm theo giới

Bảng 3.2. Đặc điểm về giới

Giới	Nhóm NC (n=35)		Nhóm ĐC (n=35)		P _{NC-ĐC}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Nam	14	40	13	37,1	> 0,05
Nữ	21	60	22	62,9	

Nhận xét:

Trong NC, bệnh nhân ở NNC và NĐC đa số là nữ giới, chiếm 60% NNC và 62,9% NĐC. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm

3.1.3. Đặc điểm bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.3. Bảng đặc điểm theo nghề nghiệp

Nhóm Nghề nghiệp	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		P _{NC-ĐC}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Lao động tay chân	24	68,6	20	57,1	> 0,05
Lao động trí óc	11	31,4	15	42,9	

Nhận xét:

Tỷ lệ lao động chân tay ở hai nhóm NC và ĐC có sự chênh lệch đáng kể so với người bệnh lao động trí óc. Tỷ lệ lao động chân tay ở NNC và NĐC lần lượt là 68,6% và 57,1%.

Sự khác biệt về phân bố nghề nghiệp giữa nhóm NC và ĐC không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Bảng 3.4. Bảng đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Nhóm Thời gian	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		P _{NC-ĐC}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
1-3 tháng	3	8,6	3	8,6	> 0,05
3-6 tháng	22	62,9	20	57,1	
> 6 tháng	10	28,6	12	34,3	

Nhận xét:

Theo nghiên cứu, đa số thời gian mắc bệnh của bệnh nhân ở 2 nhóm NC và ĐC đều trong khoảng 3 – 6 tháng. NNC là 62,9%, và NĐC là 57,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.1.5. Đặc điểm lâm sàng TĐT

Bảng 3.5. Bảng các chỉ số lâm sàng TĐT

Nhóm Chỉ số trước điều trị	NNC (n=35) $(\bar{X} \pm SD)$	NĐC (n=35) $(\bar{X} \pm SD)$	$P_{NC-ĐC}$
VAS (điểm)	$5,57 \pm 0,50$	$5,43 \pm 0,50$	$> 0,05$
Schober (cm)	$11,89 \pm 0,64$	$11,96 \pm 0,68$	$> 0,05$
Lasègue (độ)	$46,69 \pm 4,73$	$48,11 \pm 4,68$	$> 0,05$
ODI (điểm)	$14,31 \pm 1,23$	$14,09 \pm 1,50$	$> 0,05$

Nhận xét:

Bảng 3.5 cho thấy TĐT các chỉ số lâm sàng: VAS, Schober, Lasègue, ODI của 02 nhóm là tương đồng, không có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.6. Bảng chỉ số tầm vận động cột sống TĐT

Nhóm Chỉ số trước điều trị	NNC (n=35) $(\bar{X} \pm SD)$	NĐC (n=35) $(\bar{X} \pm SD)$	$P_{NC-ĐC}$
Gập	$44,49 \pm 5,59$	$46,29 \pm 5,90$	$> 0,05$
Duỗi	$15,71 \pm 1,38$	$15,97 \pm 1,34$	$> 0,05$
Nghiêng	$20,74 \pm 1,44$	$20,94 \pm 1,45$	$> 0,05$

Nhận xét:

Bảng 3.6 đánh giá TVĐ CSTL (gập, duỗi, nghiêng) trước điều trị cho thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.7. Bảng đặc điểm về vị trí chèn ép rễ

Nhóm Vị trí chèn ép rễ	Nhóm NC		Nhóm ĐC		p
	n	%	N	%	
L ₅	28	80	26	74,3	> 0,05
S ₁	5	14,3	6	17,1	
L ₅ , S ₁	2	5,7	3	8,6	

Nhận xét:

Bảng 3.7 cho thấy vị trí tổn thương tại rễ L5 chiếm tỷ lệ cao tại NNC và NĐC lần lượt là 80% và 74,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

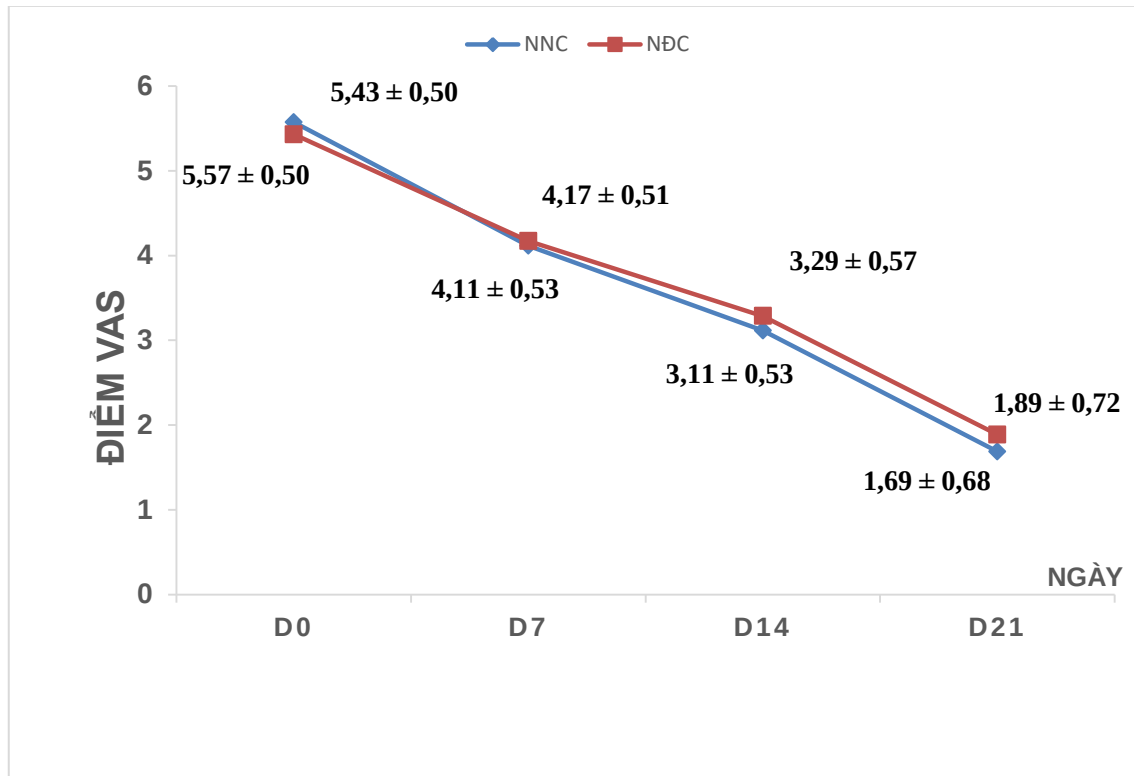
3.2. Kết quả điều trị**3.2.1. Cải thiện mức độ đau SĐT****Bảng 3.8. Biến đổi mức độ đau theo thang điểm VAS tại các thời điểm NC**

Nhóm Thời điểm		NNC				NĐC				p _{NC-ĐC}
		Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa	Đau nặng	Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa	Đau nặng	
D ₀	n	0	0	35	0	0	0	35	0	> 0,05
	%	0,0	0,0	100	0,0	0,0	0,0	100	0,0	
D ₇	n	0	3	32	0	0	2	33	0	> 0,05
	%	0,0	8,6	91,4	0,0	0,0	5,7	94,3	0,0	
D ₁₄	n	0	28	7	0	0	23	12	0	> 0,05
	%	0,0	80,0	20,0	0,0	0,0	65,7	34,3	0,0	
D ₂₁	n	3	32	0	0	3	32	0	0	> 0,05
	%	8,6	91,4	0,0	0,0	8,6	91,4	0,0	0,0	
p		p _{D0-D7} < 0,001				p _{D0-D7} < 0,001				
		p _{D0-D14} < 0,001				p _{D0-D14} < 0,001				
		p _{D0-D21} < 0,001				p _{D0-D21} < 0,001				

Nhận xét:

TĐT, toàn bộ người bệnh đều ở mức độ đau vừa, không có người bệnh nào ở mức độ đau nặng, đau nhẹ, không có sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê giữa hai nhóm. Sau 21 ngày điều trị ở cả 02 nhóm đều có sự thay đổi rõ rệt về mức độ đau, tỷ lệ giảm xuống còn 91,4% đau nhẹ và có 8,6% người bệnh không đau ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.



Biểu đồ 3.1. Sự biến đổi điểm đau VAS TB

Nhận xét:

Trước thời điểm điều trị, điểm VAS TB của NĐC là $5,43 \pm 0,50$ (điểm), tại thời điểm sau 07, 14, 21 ngày điều trị điểm VAS TB của NĐC lần lượt là: $4,17 \pm 0,51$ (điểm), $3,29 \pm 0,57$ (điểm), $1,89 \pm 0,72$ (điểm). Điểm VAS TB TĐT của NNC là $5,57 \pm 0,50$ (điểm), tại thời điểm sau 07, 14, 21 ngày điều trị điểm VAS TB của NNC lần lượt là: $4,11 \pm 0,53$ (điểm), $3,11 \pm 0,53$ (điểm), $1,69 \pm 0,68$ (điểm)

Sau 07, 14 và 21 ngày điều trị, điểm đau VAS TB ở 02 nhóm đều giảm và có ý nghĩa so với TĐT với $p < 0,001$. NNC có xu hướng cải thiện tốt hơn NĐC, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.2.2. Cải thiện về nghiệm pháp Schober

Bảng 3.9. Biến đổi chỉ số Schober tại các thời điểm NC

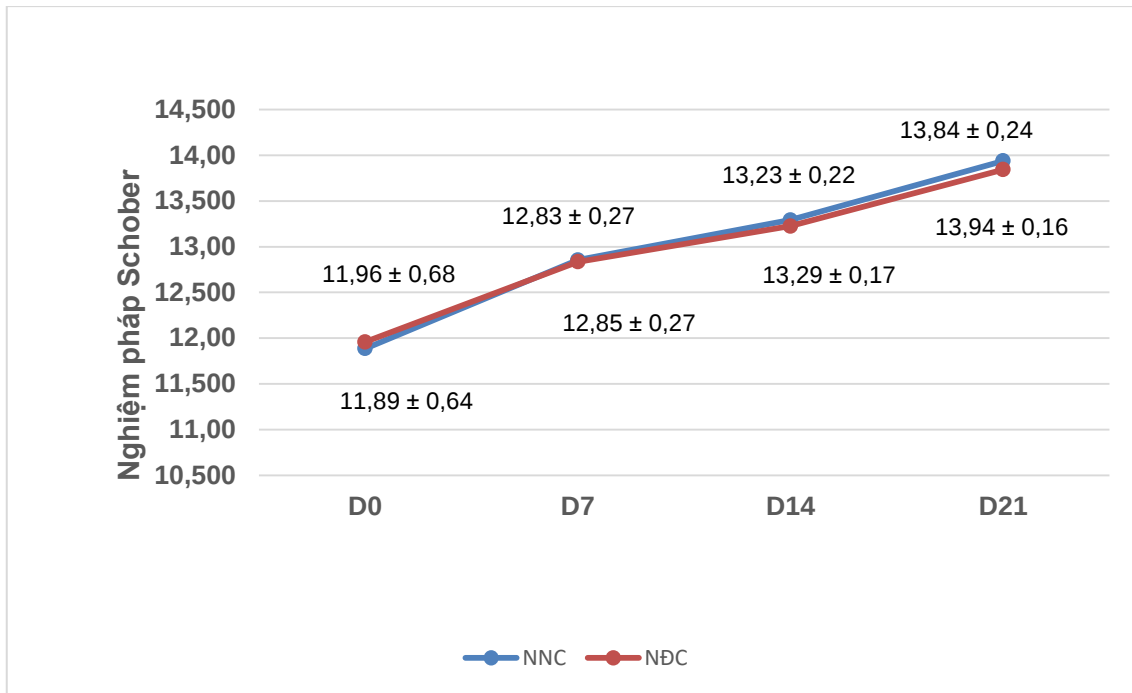
Nhóm Thời điểm		NNC				NĐC				p _{NC-ĐC}
		Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	
D ₀	n	0	0	24	11	0	0	24	11	> 0,05
	%	0,0	0,0	68,6	31,4	0,0	0,0	68,6	31,4	
D ₇	n	0	3	32	0	0	2	33	0	> 0,05
	%	0,0	8,6	91,4	0,0	0,0	5,7	94,3	0,0	
D ₁₄	n	0	29	6	0	0	25	10	0	> 0,05
	%	0,0	82,9	17,1	0,0	0,0	71,4	28,6	0,0	
D ₂₁	n	30	5	0	0	24	11	0	0	> 0,05
	%	85,7	14,3	0,0	0,0	68,6	31,4	0,0	0,0	
p		p _{D0-D7} < 0,001				p _{D0-D7} < 0,001				
		p _{D0-D14} < 0,001				p _{D0-D14} < 0,001				
		p _{D0-D21} < 0,001				p _{D0-D21} < 0,001				

Nhận xét:

Bảng 3.9 cho thấy tại thời điểm D₀, bệnh nhân chủ yếu tập trung ở nhóm có độ giãn CSTL (Schober) mức trung bình và kém. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Sau thời gian điều trị, độ giãn CSTL được cải thiện tốt, nhất là sau 14 và 21 ngày điều trị.

Sau 21 ngày, tỷ lệ bệnh nhân có độ giãn CSTL ở mức tốt và khá cao. Ở NNC tỷ lệ tốt, khá tương ứng là 85,7% và 14,3%; Ở NĐC tỷ lệ tốt, khá tương ứng là 68,6% và 31,4%.



Biểu đồ 3.2. Sự biến đổi chỉ số Schober

Nhận xét:

Biểu đồ 3.2 cho thấy hầu hết bệnh nhân TĐT đều giảm độ giãn CSTL. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Sau 14 ngày điều trị, độ giãn CSTL ở NNC cải thiện từ $11,89 \pm 0,64$ lên $13,29 \pm 0,17$; ở NĐC cải thiện từ $11,96 \pm 0,68$ lên $13,23 \pm 0,22$. Sự cải thiện về độ giãn CSTL ở D₁₄ có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Sau 21 ngày điều trị, độ giãn CSTL ở NNC tăng từ $11,89 \pm 0,64$ lên $13,94 \pm 0,16$; ở NĐC cải thiện từ $11,96 \pm 0,68$ lên $13,84 \pm 0,24$. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng ở D₂₁ có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2.3. Cải thiện về nghiệm pháp Lasègue

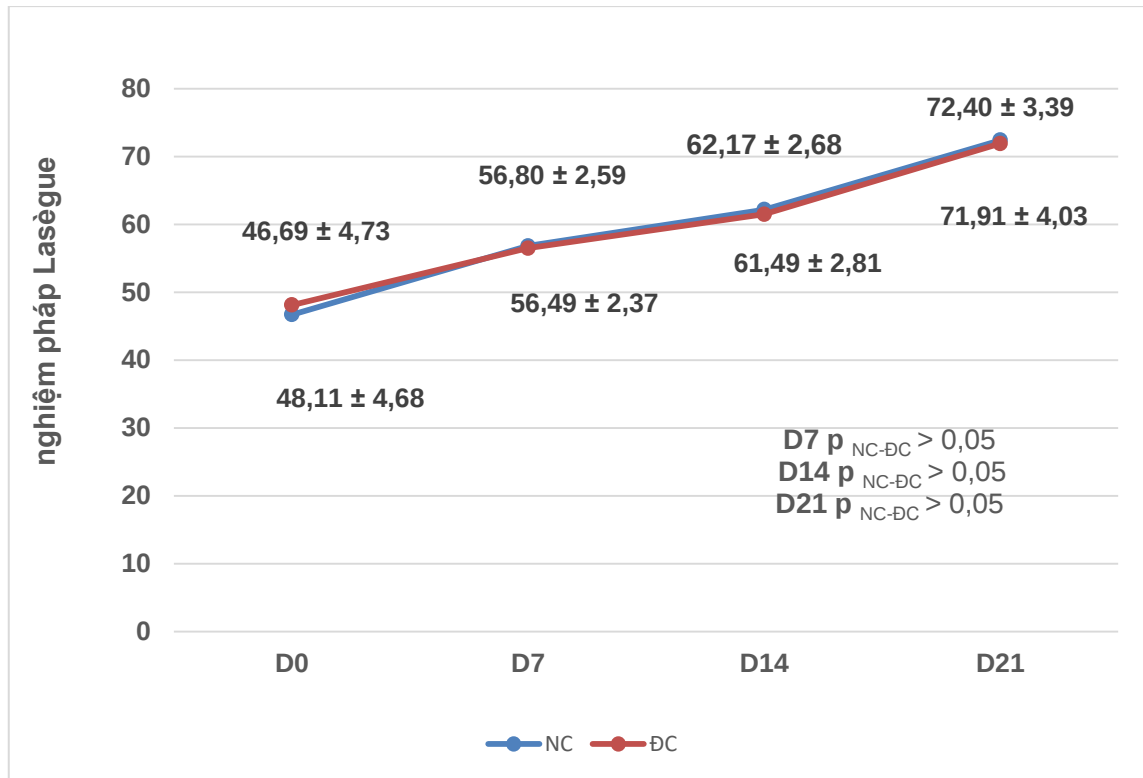
Bảng 3.10. Bảng giá trị trung bình nghiệm pháp Lasègue

Nhóm Thời điểm		NNC				NĐC				p _{NC-ĐC}
		Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	
D ₀	n	0	0	24	11	0	0	24	11	> 0,05
	%	0,0	0,0	68,6	31,4	0,0	0,0	68,6	31,4	
D ₇	n	0	3	32	0	0	1	34	0	> 0,05
	%	0,0	8,6	91,4	0,0	0,0	2,9	97,1	0,0	
D ₁₄	n	0	26	9	0	0	23	12	0	> 0,05
	%	0,0	74,3	25,7	0	0,0	65,7	34,3	0,0	
D ₂₁	n	20	15	0	0	20	15	0	0	> 0,05
	%	57,1	42,9	0,0	0,0	57,1	42,9	0,0	0,0	
p		p _{D0-D7} < 0,001				p _{D0-D7} < 0,001				
		p _{D0-D14} < 0,001				p _{D0-D14} < 0,001				
		p _{D0-D21} < 0,001				p _{D0-D21} < 0,001				

Nhận xét:

Trước điều trị, hầu hết bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở cả hai nhóm đều có số đo góc Lasègue ở mức độ trung bình và kém, không có bệnh nhân nào ở mức độ tốt và khá, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sau 7, 14 ngày, số đo góc Lasègue ở hai nhóm đều được cải thiện.

Sau 21 ngày điều trị ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt về số đo góc Lasègue so với thời điểm D₀. Tỷ lệ bệnh nhân ở mức tốt và khá cao, không có bệnh nhân ở mức độ trung bình và kém. Tỷ lệ tốt, khá ở cả NNC và NĐC lần lượt là 57,1%, 42,9%. Sự khác biệt về tỷ lệ cải thiện số đo góc Lasègue của D₂₁ so với D₀ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi số đo góc Lasègue

Nhận xét:

Biểu đồ 3.3 cho thấy TĐT, đa số bệnh nhân có nghiệm pháp Lasègue (+). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, số đo góc Lasègue ở NNC và NĐC lần lượt là $56,80 \pm 2,59$, $56,49 \pm 2,37$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Sau 14 ngày điều trị, số đo góc Lasègue tăng cả ở hai nhóm so với thời điểm trước điều trị. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Sau 21 ngày, số đo góc Lasègue tăng rõ rệt ở cả hai nhóm so với thời điểm TĐT với số đo góc lần lượt là $72,40 \pm 3,39$, $71,91 \pm 4,03$ ở NNC và NĐC, sự thay đổi so với D₀ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2.4. Cải thiện tầm vận động CSTL

Bảng 3.11. Bảng cải thiện TVĐ gập trước và sau điều trị

Gập (độ) Thời điểm	NNC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	NĐC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	$p_{NC-ĐC}$
D ₀	44,49 ± 5,59	46,29 ± 5,90	> 0,05
D ₇	55,40 ± 3,75	55,17 ± 3,76	> 0,05
D ₁₄	61,57 ± 2,10	60,86 ± 2,00	> 0,05
D ₂₁	68,29 ± 2,24	67,20 ± 2,77	> 0,05
p_{D0-D7}	< 0,001	< 0,001	
p_{D0-D14}	< 0,001	< 0,001	
p_{D0-D21}	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét:

Bảng 3.11 cho thấy TĐT đa số bệnh nhân có hạn chế vận động ở động tác gập, số đo độ gập TB ở NNC và NĐC lần lượt là 44,49 ± 5,59, 46,29 ± 5,90. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Sau 07, 14 ngày điều trị, TVĐ gập của CSTL tăng lên ở cả 2 nhóm so với TĐT, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Sau 21 ngày điều trị, TVĐ gập CSTL tăng rõ ở cả hai nhóm so với TĐT, chỉ số đo độ gập TB ở NNC và NĐC lần lượt là 68,29 ± 2,24, 67,20 ± 2,77, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.12. Bảng cải thiện TVĐ đuôi TĐT và SĐT

Duỗi (độ) Thời điểm	NNC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	NĐC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	p _{NC-ĐC}
D ₀	15,71 ± 1,38	15,97 ± 1,34	> 0,05
D ₇	18,31 ± 1,05	18,34 ± 0,99	> 0,05
D ₁₄	20,53 ± 1,07	20,10 ± 0,97	> 0,05
D ₂₁	24,06 ± 1,19	23,51 ± 1,54	> 0,05
p _{D0-D7}	< 0,001	< 0,001	
p _{D0-D14}	< 0,001	< 0,001	
p _{D0-D21}	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét

Bảng 3.12 cho thấy TĐT hầu như người bệnh có hạn chế vận động ở động tác đuôi, số đo độ đuôi TB ở NNC và NĐC lần lượt là 15,71 ± 1,38, 15,97 ± 1,34. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tại D₇, D₁₄, TVĐ đuôi của CSTL tăng lên ở cả 2 nhóm so với TĐT, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Tại D₂₁, TVĐ đuôi CSTL tăng rõ ở cả hai nhóm so với TĐT, chỉ số đo độ đuôi TB ở NNC và NĐC lần lượt là 24,06 ± 1,19, 23,51 ± 1,54, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.13. Bảng cải thiện TVĐ nghiêng TĐT và SĐT

Nghiêng (độ) Thời điểm	NNC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	NĐC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	p_{NC-ĐC}
D ₀	20,74 ± 1,44	20,94 ± 1,45	> 0,05
D ₇	23,11 ± 1,89	23,40 ± 0,98	> 0,05
D ₁₄	25,33 ± 0,95	24,96 ± 0,83	> 0,05
D ₂₁	28,69 ± 1,51	28,11 ± 1,86	> 0,05
p _{D0-D7}	< 0,001	< 0,001	
p _{D0-D14}	< 0,001	< 0,001	
p _{D0-D21}	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét:

Bảng 3.13 cho thấy TĐT hầu như người bệnh đều hạn chế vận động ở động tác nghiêng, số đo độ nghiêng TB ở NNC và NĐC lần lượt là $20,74 \pm 1,44$, $20,94 \pm 1,45$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tại D₇, D₁₄, TVĐ nghiêng của CSTL tăng lên ở cả 2 nhóm so với TĐT, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Tại D₂₁ TVĐ nghiêng CSTL tăng rõ ở cả hai nhóm so với TĐT, chỉ số đo độ nghiêng TB ở NNC và NĐC lần lượt là $28,69 \pm 1,51$, $28,11 \pm 1,86$, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.2.5. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI

Bảng 3.14. Bảng sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI

Thời điểm \ ODI	NNC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	NĐC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	$P_{NC-ĐC}$
D ₀	14,31 ± 1,23	14,09 ± 1,50	> 0,05
D ₇	11,66 ± 1,11	11,71 ± 0,99	> 0,05
D ₁₄	9,51 ± 0,89	9,86 ± 0,91	> 0,05
D ₂₁	5,83 ± 1,20	6,40 ± 1,27	> 0,05
P_{D0-D7}	< 0,001	< 0,001	
P_{D0-D14}	< 0,001	< 0,001	
P_{D0-D21}	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét:

Tại D₀, chỉ số ODI TB ở cả 2 nhóm là tương đương nhau, ở NNC và NĐC lần lượt là 14,31 ± 1,23 và 14,09 ± 1,50, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Tại D₇, D₁₄ chỉ số ODI TB ở cả 2 nhóm đều có xu hướng giảm, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê so với D₀.

Tại D₂₁, chỉ số ODI TB ở cả 2 nhóm đều giảm rõ rệt, NNC có xu hướng giảm nhiều hơn NĐC, chỉ số này ở NNC và NĐC lần lượt là 5,83 ± 1,20 và 6,40 ± 1,27. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.15. Bảng phân loại ODI tại các thời điểm NC

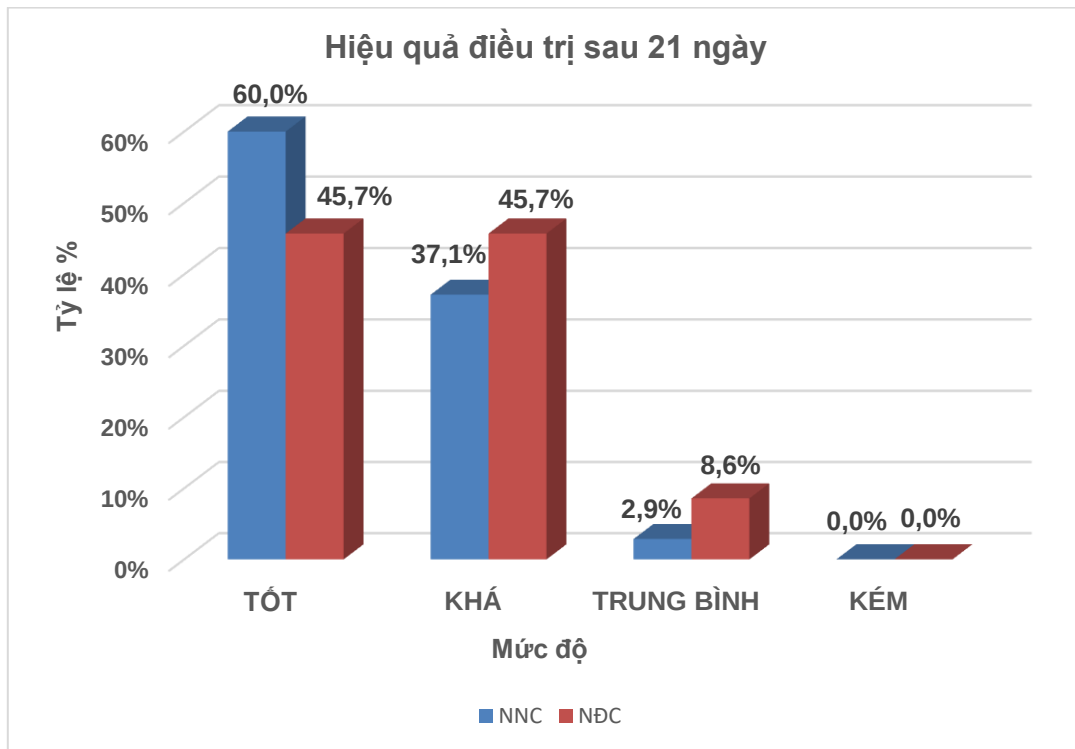
Nhóm Thời điểm		NNC				NĐC				p _{NC-ĐC}
		Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	
D ₀	n	0	0	28	7	0	0	24	11	> 0,05
	%	0,0	0,0	80,0	20,0	0	0	68,6	31,4	
D ₇	n	0	3	32	0	0	1	34	0	> 0,05
	%	0,0	8,6	91,4	0,0	0,0	2,9	97,1	0,0	
D ₁₄	n	0	31	4	0	0	27	8	0	> 0,05
	%	0,0	88,6	11,4	0,0	0,0	77,1	22,9	0,0	
D ₂₁	n	13	22	0	0	12	23	0	0	> 0,05
	%	37,1	62,9	0,0	0,0	34,3	65,7	0,0	0,0	
p		p _{D0-D7} < 0,01				p _{D0-D7} < 0,01				
		p _{D0-D14} < 0,001				p _{D0-D14} < 0,001				
		p _{D0-D21} < 0,001				p _{D0-D21} < 0,001				

Nhận xét:

Tại D₀, mức độ hạn chế của 2 nhóm tập trung ở mức trung bình và kém, không có người bệnh ở mức khá, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tại D₇ và D₁₄, có sự cải thiện về chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân ở cả 2 nhóm, không còn người bệnh ở mức kém nhưng không có người bệnh ở mức tốt, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tại D₂₁, đa số bệnh nhân ở 2 nhóm NC và ĐC ở mức tốt và khá, không có bệnh nhân ở mức trung bình và kém. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê so với D₀

3.2.6. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.4. Hiệu quả điều trị chung

Nhận xét:

Biểu đồ 3.4 cho thấy sau 21 ngày điều trị, kết quả điều trị chung đạt mức tốt và khá chiếm tỷ lệ cao.

NNC có kết quả tốt đạt 60%, khá đạt 37,1%, trung bình là 2,9%, không có kết quả kém.

NĐC có kết quả tốt đạt 45,7%, khá đạt 45,7%, trung bình là 8,6% và không có kết quả kém.

Sự khác biệt về kết quả điều trị chung của hai nhóm so với TĐT có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả điều trị chung của NNC có xu hướng tốt hơn NĐC, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.16. Bảng kết quả không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	NNC	
	n	%
Bầm tím, sưng đau	0	0
Dị ứng, phát ban, mẩn ngứa	0	0
Các triệu chứng khác	0	0

Nhận xét:

Bảng 3.16 cho thấy trong 21 ngày điều trị, trên lâm sàng chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn nào ở nhóm nghiên cứu.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị**3.3.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị****Bảng 3.17. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị**

Kết quả Nhóm tuổi		Tốt + khá		TB + Kém		RR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
NNC	< 60 tuổi (n = 10)	10	100,0	0	0,0	1,042 (0,962 – 1,128)	> 0,05
	≥ 60 tuổi (n = 25)	24	96,0	1	4,0		

**Chi-square test*

Nhận xét: Kết quả bảng 3.17 cho thấy yếu tố tuổi không ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị của phương pháp sử dụng cao dán HLCT kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau TKT do thoái hoá CSTL.

3.3.2. Liên quan giữa giới và kết quả điều trị

Bảng 3.18. Liên quan giữa giới và kết quả điều trị

Giới \ Kết quả		Tốt + Khá		TB + Kém		RR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
NNC	Nam (n = 14)	14	100,0	0	0,0	1,050 (0,954 - 1,155)	> 0,05
	Nữ (n = 21)	20	95,2	1	4,8		

**Chi-square test*

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.18 cho thấy chưa xác định được mối liên quan giữa giới tính và hiệu quả điều trị bằng phương pháp sử dụng cao dán HLCT kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau TKT do thoái hóa CSTL

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

Bảng 3.19. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị

Nghề nghiệp \ Kết quả		Tốt + khá		TB + Kém		RR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
NNC	Lao động chân tay (n = 24)	24	100,0	0	0,0	1,100 (0,913 - 1,326)	> 0,05
	Lao động trí óc (n = 11)	10	90,9	1	9,1		

**Chi-square test*

Nhận xét:

Bảng 3.19 cho thấy chưa xác định được mối liên quan giữa nghề nghiệp và hiệu quả điều trị bằng dùng cao dán HLCT kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau TKT do thoái hóa CSTL

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

Bảng 3.20. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị

Kết quả TGMB		Tốt + khá		TB + Kém		RR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
NNC	≤3 tháng (n = 03)	3	100,0	0	0,0	1,032 (0,970 – 1,099)	> 0,05
	> 3 tháng (n = 32)	31	96,9	1	3,1		

**Chi-square test*

Nhận xét:

Bảng 3.20 cho thấy chưa xác định được mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và hiệu quả điều trị bằng phương pháp sử dụng cao dán HLCT kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau TKT do thoái hóa CSTL.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng NC

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Tuổi là một trong các yếu tố liên quan đến các bệnh cơ xương khớp, nhất là thoái hóa khớp. Bảng 3.1 cho thấy tuổi TB của NNC là $63,71 \pm 11,35$ tuổi và tuổi TB của NĐC là $63,51 \pm 11,40$ tuổi. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhiều nhóm tuổi, thấp nhất là 32 tuổi, cao nhất là 82 tuổi. Sự khác biệt giữa 02 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Do vậy, kết quả NC của chúng tôi đảm bảo tính tương đồng về tuổi giữa hai nhóm NC.

Kết quả NC tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Danh Đạt (2024) [49] Tuổi TB của NNC và NĐC lần lượt là $63,0 \pm 8,75$ tuổi và $63,7 \pm 10,1$ tuổi, nhóm trên 60 tuổi đều chiếm cao nhất với 80,0% ở NNC và 66,0% ở NĐC. Kết quả này cũng khá phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Hương Giang (2020)[38] người bệnh >60 tuổi mắc bệnh nhiều nhất. Nguyễn Quang Kỳ (2023)[36] bệnh nhân > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao 73,3% ở NNC và 80,0% ở NĐC, trong đó, tuổi TB của bệnh nhân NNC là $65,37 \pm 10,13$ tuổi và độ tuổi trung bình của bệnh nhân NĐC là $66,27 \pm 8,68$ tuổi.

Từ đó cho thấy đau TKT có thể gặp ở nhiều lứa tuổi nhưng hay gặp ở người trung niên và người lớn tuổi. Sự khác biệt cho thấy tỷ lệ mắc đau TKT do thoái hóa cột sống tỷ lệ thuận với độ tuổi của bệnh nhân. Theo YHHĐ, tuổi là nguyên nhân chính của quá trình lão hóa tự nhiên, tuổi càng cao thì quá trình tái tạo sụn càng giảm, đồng thời tốc độ thoái hóa sụn tăng lên, sự mất cân bằng của hai quá trình dẫn đến tình trạng các tế bào sụn già không được thay thế, khả năng tổng hợp các chất bị rối loạn dẫn đến thoái hóa khớp[18]. Điều này phù hợp với lý luận y học cổ truyền: Can chủ cân, thận chủ cốt tủy, khi nữ giới 49 tuổi và nam giới 64 tuổi thiên quý suy kiệt,

chức năng các tạng phủ hư suy, thận hư không nuôi dưỡng được can âm dẫn tới can huyết hư. Can thận hư không nuôi dưỡng được cân cốt gây nên chứng tỳ. Mặt khác, thận khí hư, vệ khí hư yếu làm cho tà khí dễ xâm nhập vào bì phu, kinh lạc làm khí huyết không thông gây bệnh. Điều này lý giải vì sao trong NC của chúng tôi đa phần bệnh nhân đều nằm ở nhóm người cao tuổi.

4.1.2. Đặc điểm về giới

Trong NC của chúng tôi, theo kết quả của bảng 3.2 có tỷ lệ người bệnh nữ cao hơn nam. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân nữ ở NNC và NĐC lần lượt là 60,0% và 62,9%. Sự khác biệt phân bố về giới tính không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này có nét tương đồng với tác giả Nguyễn Đức Minh (2021)[42] nữ mắc bệnh nhiều hơn nam (60% ở nhóm nghiên cứu và 56,7% ở nhóm đối chứng); tác giả Nguyễn Hữu Thám (2012) với tỷ lệ nữ/nam là 59,7%/40,3%[50]; tác giả Đinh Thị Lam (2022) với tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn so với nam giới ở cả 2 nhóm (66,7% với nhóm nghiên cứu, 60,0% với nhóm đối chứng)[51]

Theo YHCT, nữ giới tương ứng với số 7 ($7 \times 7 = 49$), nam giới tương ứng với số 8 ($8 \times 8 = 64$), tại thời điểm đó thiên quý suy kiệt gây ra các triệu chứng của chứng tỳ. Thời điểm thiên quý suy của nữ giới diễn ra sớm (49 tuổi) nên nữ thường mắc bệnh nhiều hơn. Mặt khác, nữ còn ảnh hưởng bởi quá trình sinh đẻ, thời kỳ mãn kinh gây giảm lượng hormon estrogen làm giảm khả năng hấp thu canxi, chế độ ăn... gây nên tình trạng loãng xương và thoái hóa khớp. Những điều đó góp phần giải thích kết quả của nghiên cứu.

4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Trong nghiên cứu này, nghề nghiệp được phân thành 2 nhóm: Lao động chân tay bao gồm những người thường xuyên dùng sức là chính như: công nhân, nông dân, những người làm các việc nặng khác.... Lao động trí

óc là những người có xu hướng công việc thiên về trí óc như: nhân viên văn phòng, giáo viên, cán bộ hưu trí...

Theo bảng 3.3 cho thấy người bệnh là lao động tay chân mắc nhiều hơn người bệnh là lao động trí óc. Tỷ lệ người bệnh là lao động tay chân trong NNC là 68,6% và NĐC là 57,1%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Điều này cho thấy sự tương đồng về tỷ lệ nghề nghiệp được đảm bảo.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Hương Giang (2020) số người lao động nặng chiếm tỷ lệ cao nhất 67,4%, tiếp đến là lao động nhẹ chiếm 18,6% và hưu trí chiếm 14%[38]; Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hưng(2019) bệnh nhân lao động nhẹ chiếm 44,4%, lao động nặng chiếm tỷ lệ 55,6%[35]

Mặc dù phân bố độ tuổi người bệnh trong NC của chúng tôi đa số là người bệnh ≥ 60 tuổi. Tuy nhiên, theo thông tin ghi nhận được thì trước đó người bệnh đa số làm những công việc cần sử dụng sức nhiều: công nhân, nông dân... Đây là những công việc tốn nhiều sức, nên hệ cơ xương khớp(nhất là vùng thắt lưng) phải chịu sức nặng rất lớn, lâu ngày dẫn đến tổn thương. Mặt khác trong quá trình lao động có những trường hợp sai tư thế kéo dài, hệ thống dây chằng, gân, cơ xương khớp, đĩa đệm bị tổn thương đến đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống.

4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh là yếu tố đa chiều, chịu ảnh hưởng từ ý thức sức khoẻ, điều kiện kinh tế-xã hội, thời gian và địa hình. Do đối tượng NC là người bệnh mắc đau TKT do thoái hoá CSTL-một bệnh lý mạn tính-nên thời gian mắc bệnh thường kéo dài.

Theo kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 3–6 tháng có tỷ lệ cao, chiếm 62,9% ở NNC và 57,1% ở NĐC. Tiếp theo là người bệnh có thời gian mắc bệnh > 6 tháng của 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng lần lượt là: 28,6% và 34,3%. Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả của NC giống với NC của Hoàng Ngọc Minh (2024) người bệnh mắc bệnh trước điều trị 3–6 tháng chiếm tỷ lệ cao ở 02 nhóm, NNC 60% còn NĐC là 66,7%[52]; nghiên cứu của Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) người bệnh bị bệnh trước điều trị 3–6 tháng chiếm tỷ lệ cao (41,7%)[53]

Tuy nhiên so với một số NC khác, số liệu chúng tôi có sự khác biệt với NC của Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng (2020) thời gian đau bán cấp (< 3 tháng) chiếm tỷ lệ cao nhất 55,8%, đau mạn tính (> 3 tháng) chiếm 25,6%[38].

Sự khác biệt về thời gian bị bệnh của người bệnh trong NC có thể do độ tuổi TB của nhóm nghiên cứu cao hơn. Phần lớn người bệnh tham gia nghiên cứu là người trung và cao tuổi, tương thích với đặc điểm của người bệnh khám và điều trị tại BV đa khoa y dược cổ truyền – phục hồi chức năng tỉnh Cao Bằng. Đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng là một bệnh cơ xương khớp mạn tính, tiến triển từ từ, triệu chứng khởi phát thường không trầm trọng nên người bệnh thường cố chịu đựng, chỉ khi cơn đau kéo dài liên tục gây ảnh hưởng đến sinh hoạt và công việc hàng ngày thì người bệnh mới đi khám và điều trị. Mặt khác, người bệnh cao tuổi nên sức chịu đựng cũng cao hơn người trẻ tuổi, cũng như ý thức chăm sóc sức khỏe của người dân còn hạn chế nên không có thói quen kiểm tra sức khỏe định kỳ, góp phần vào việc khiến bệnh không được phát hiện và điều trị kịp thời.

4.1.5. Mức độ bệnh trước điều trị

Theo NC của chúng tôi, kết quả bảng 3.5 và 3.6 cho thấy mức độ đau theo thang điểm VAS giữa 2 nhóm giống nhau, đa số người bệnh đều đau ở mức độ vừa. Những người bệnh trong nghiên cứu đều có hạn chế vận động cột sống thắt lưng theo nhiều tư thế (gấp, ngửa, nghiêng), giảm độ giãn CSTL, giảm góc độ Lasègue, giảm điểm đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày (ODI) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên

cứu và nhóm đối chứng về tầm vận động, độ giãn cột sống thắt lưng, chỉ số góc độ Lasègue, điểm đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI.

Đặc điểm chung của nhóm NC:

Trong NC của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, mức độ bệnh TĐT.

Cho thấy sự giống nhau giữa 2 nhóm nghiên cứu về các chỉ tiêu theo dõi TĐT. Sự đồng nhất này giúp việc so sánh hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm phản ánh đúng bản chất và chi tiết hơn.

4.1.6. Vị trí chèn ép rễ.

Kết quả bảng 3.7 cho thấy trong 70 bệnh nhân nghiên cứu thì có 54 bệnh nhân có chèn ép rễ L₅ chiếm 77,1%, 11 bệnh nhân có chèn ép rễ S₁ chiếm 15,7% và 5 bệnh nhân có chèn ép cả L₅ và S₁ chiếm 7,1%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Điều này có nét tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hoàng Ngọc Minh, Nguyễn Tiến Chung (2025)[52], Nguyễn Danh Đạt, Nguyễn Tiến Chung (2024)[49].

Thoái hóa CSTL nguyên nhân do cột sống phải chịu đựng nhiều tải trọng và xảy ra liên tục, dẫn tới các biến đổi hình thái: các biến đổi thoái hóa ở các đĩa đệm, thân đốt sống và các mỏm gai sau, tình trạng hư hại phần sụn của đĩa sụn mặt trên đốt sống, đĩa đệm và sụn khớp liên mỏm gai sau, mọc gai – mô xương ở chuỗi thân đốt sống gây chèn ép thần kinh dẫn đến các triệu chứng yếu cơ và đau dọc theo đường đi của dây thần kinh[54]

4.2. Bàn luận về kết quả điều trị

4.2.1. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS

Đau TKT là một bệnh cơ xương khớp phổ biến. Mặc dù không đe dọa trực tiếp đến tính mạng, nhưng bệnh gây ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt và lao động hàng ngày, dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống. Nên trọng tâm điều trị là cải thiện tình trạng đau.

Đau là cảm giác chủ quan của người bệnh, có nhiều thang đo lường độ đau nhưng chúng tôi lựa chọn thang điểm VAS do tính đơn giản và thuận tiện, dễ dàng sử dụng cho người bệnh.

Theo thang điểm VAS, điểm đau được nhóm nghiên cứu chúng tôi đánh giá vào 4 mốc: trước điều trị (D_0), sau 7 ngày (D_7), sau 14 ngày (D_{14}) và sau 21 ngày điều trị (D_{21}). Mức độ đau được ghi nhận sự khác biệt rõ rệt theo tiến trình thời gian.

Bảng 3.8 cho thấy mức độ đau được cải thiện sau 7, 14 ngày điều trị và đạt kết quả tối ưu ngày 21. Tại D_0 100% người bệnh đều ở trạng thái đau vừa. Sau 21 ngày mức độ đau ở 02 nhóm đều đạt kết quả tối ưu, không còn người bệnh đau vừa, số người bệnh không đau chiếm tỷ lệ 8,6%, đau nhẹ chiếm 91,4% ở cả 2 nhóm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Biểu đồ 3.1, thời điểm TĐT, điểm đau TB của NĐC là $5,43 \pm 0,50$ (điểm), tại thời điểm sau 07, 14, 21 ngày điều trị điểm VAS trung bình của nhóm đối chứng lần lượt là: $4,17 \pm 0,51$ (điểm), $3,29 \pm 0,57$ (điểm), $1,89 \pm 0,72$ (điểm). Điểm đau TB TĐT của NNC là $5,57 \pm 0,50$ (điểm), tại thời điểm sau 07, 14, 21 ngày điều trị điểm đau TB của NNC lần lượt là: $4,11 \pm 0,53$ (điểm), $3,11 \pm 0,53$ (điểm), $1,69 \pm 0,68$ (điểm)

Sau điều trị, điểm đau TB ở cả hai nhóm đều giảm và có ý nghĩa so với TĐT. NNC có xu hướng cải thiện tốt hơn NĐC, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy sử dụng cao dán HLCT cùng xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả trong điều trị giảm đau tốt như với phương pháp điện châm cùng xoa bóp bấm huyệt.

Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu: Nguyễn Danh Đạt, Nguyễn Tiến Chung (2024) điểm VAS trung bình của nhóm NC giảm từ $4,77 \pm 0,88$ điểm còn $1,54 \pm 0,95$ điểm (67,7%)[49]; Trần Thái Hà, Mâu Tiến Dũng, Trần Thị Phong Lan (2024) điểm VAS trung bình trước điều trị là $5,33 \pm 1,05$ điểm, sau 15 ngày điều trị là $1,75 \pm 1,15$ điểm (67,2%)[41]; Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh (2021) sau 21 ngày điều trị, bệnh nhân

hầu hết bệnh nhân ở nhóm đau ít và không đau[55]; Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Thị Thùy An (2025) sau điều trị, 95% đau nhẹ, 5% không đau[56].

Trong đau thần kinh tọa, đau là nguyên nhân đầu tiên khiến bệnh nhân phải đi khám và điều trị. Đau trong bệnh lý thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng thường do các nguyên nhân: xương dưới sụn tổn thương gây các rạn nứt nhỏ gây kích thích phản ứng đau, sự suy giảm chức năng của dây chằng là hệ quả của lực căng bất thường, đồng thời bị thúc đẩy tình trạng thoái hóa sinh học của cấu trúc dây chằng, gây tình trạng giãn dây chằng, phù nề quanh khớp, các cơ bị co kéo[1]...mặt khác khi thoái hóa các gai xương mọc ra chèn ép trực tiếp vào rễ thần kinh đi ra từ tủy sống qua lỗ tiếp hợp, sự chèn ép này làm cho rễ thần kinh bị kích thích hoặc bị kéo căng gây ra đau, vùng rễ thần kinh bị chèn ép cũng ảnh hưởng đến sự lưu thông của tĩnh mạch làm tăng áp lực tĩnh mạch, áp lực này tác động lên đầu dây thần kinh cảm nhận đau khiến bệnh nhân cảm nhận đau. Theo YHCT chứng thống do 2 nguyên nhân chính “bất thống tắc thống” và “bất vinh tắc thống”. Khi chính khí hư suy, tà khí gồm phong, hàn, thấp thừa cơ xâm nhập vào kinh lạc, khí huyết bất sướng sinh ra đau. Tạng phủ thất điều, tinh khí huyết bất túc, khí huyết vận hành bất thông gây ra đau.

Vì thế, mục tiêu đầu tiên trong điều trị đau thần kinh tọa là giảm hoặc cắt được cơn đau cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, hai nhóm nghiên cứu đều sử dụng xoa bóp bấm huyết, khi xoa bóp các chất nội tiết của tế bào được giải phóng và thấm vào máu. Quá trình này giúp tăng cường tuần hoàn máu tới thần kinh và da, cải thiện dinh dưỡng mô, chức năng thần kinh và khả năng phục hồi tổn thương. Mặt khác, xoa bóp có tác dụng làm tăng tính đàn hồi của cơ, đồng thời thúc đẩy phục hồi sức khỏe cơ nhanh hơn, tăng tính co giãn và đàn hồi của mô mềm, tăng tính hoạt động của khớp, làm tăng cường sự sản xuất và lưu thông dịch khớp. Theo YHCT, xoa bóp bấm huyết tác động vào kinh lạc và huyết có thể đuổi tà, điều hòa dinh vệ, thông kinh hoạt lạc do đó làm giảm đau, cân bằng âm dương trong

cơ thể. Cho nên sự khác nhau về hiệu quả điều trị từ cao dán Hoạt lạc chỉ thông và điện châm[22].

Theo YHHĐ điện châm tạo vi tổn thương, kích thích thụ thể thần kinh trong mô tại chỗ tác động (phản xạ sợi trục axon reflex), giúp giải phóng các neuropeptide gây giãn mạch và tăng tuần hoàn tại chỗ, kết quả gây hiện tượng đỏ da quanh chỗ châm. Châm cứu tạo vi tổn thương, kích thích thụ thể thần kinh trong mô tại chỗ tác động (phản xạ sợi trục axon reflex), giúp giải phóng các neuropeptide gây giãn mạch và tăng tuần hoàn tại chỗ, kết quả gây hiện tượng đỏ da quanh chỗ châm. Cơ chế giảm đau tại chỗ của châm cứu liên quan đến việc kích thích giải phóng các chất giảm đau tự nhiên (encephalin, endorphin) ngay tại vùng châm. Dưỡng bào trong mô liên kết đóng vai trò then chốt trong quá trình này. Việc này là nền tảng khoa học giải thích cho việc sử dụng a thị huyết để điều trị. Theo YHCT, điện châm giúp cân bằng lại âm dương trong cơ thể, nâng cao chính khí, trục tà khí để kích thích điều hòa tự động của cơ thể[25]

Cao dán HLCT được sản xuất bằng các vị thuốc YHCT như: Ngải diệp, Địa liên, Quế chi, Huyết giác, Dây gấm. Ngải diệp ấm, vị cay dùng làm thuốc ôn khí huyết, trừ hàn thấp[57]. Địa liên vị cay, tính ôn, có tác dụng ôn trung, tán hàn, trừ thấp[57]. Quế chi vị ngọt đắng, mùi thơm, tính ấm, công dụng giải biểu hàn, thông dương khí, ôn thông kinh mạch, hóa khí[57]. Huyết giác có vị ngọt mặn, tính bình hơi ấm, tác dụng chủ yếu là hoạt huyết hóa ứ, tiêu ung chỉ thống. Dây gấm có vị đắng tính bình, có tác dụng trừ thấp, tiêu viêm giải độc, hoạt huyết, thư cân, khu phong. Các vị thuốc trong thành phần cao dán Hoạt lạc chỉ thông hầu hết đều có tính ôn, có tác dụng khu phong tán hàn trừ thấp giúp lưu thông khí huyết tại chỗ giảm đau nhức việc cho bệnh nhân đau TKT thể can thận hư-phong hàn thấp.

Tuy nhiên, hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS tại thời điểm 21 ngày cho thấy NNC có xu hướng cải thiện tốt hơn so với NĐC (hiệu quả giảm đau đạt 69,7% và 65,2% lần lượt ở nhóm nghiên cứu, nhóm đối chứng), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Cho thấy cao dán HLCT cùng xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả điều trị tương đương phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Do đó, có thể lựa chọn cao dán Hoạt lạc chỉ thống cho những trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định châm cứu hoặc bệnh nhân tự điều trị tại nhà.

4.2.2. Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng

Trong NC, chúng tôi dùng nghiệm pháp Schober để đánh giá độ giãn cột sống thắt lưng của bệnh nhân.

Theo bảng 3.9, biểu đồ 3.1 TĐT cả 02 nhóm đều có độ giãn CSTL ngang bằng nhau, tập trung chủ yếu ở mức trung bình và kém, độ giãn CSTL ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng lần lượt là $11,96 \pm 0,68$ cm, $11,89 \pm 0,64$ cm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tại D₇ độ giãn CSTL ở cả 2 nhóm đều được cải thiện, NNC là $12,83 \pm 0,27$, NĐC là $12,85 \pm 0,27$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tại D₁₄, độ giãn CSTL ở NNC cải thiện từ $11,89 \pm 0,64$ lên $13,29 \pm 0,17$; NĐC cải thiện từ $11,96 \pm 0,68$ lên $13,23 \pm 0,22$. Sự cải thiện về độ giãn CSTL ở thời điểm D₁₄ có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Tại D₂₁, độ giãn CSTL ở NNC tăng từ $11,89 \pm 0,64$ lên $13,94 \pm 0,16$; NĐC cải thiện từ $11,96 \pm 0,68$ lên $13,84 \pm 0,24$. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng ở thời điểm D₂₁ có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy việc dùng cao dán HLCT cùng xoa bóp bấm huyệt có tác dụng cải thiện độ giãn CSTL tương tự phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

Kết quả giống NC của Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy(2023) giá trị schober TB của NNC tăng từ 11.70 cm lên 14.11

cm; NDC là 11.37cm lên 13.4 cm[53]; Trần Thái Hà, Mâu Tiên Dũng, Trần Thị Phong Lan (2024) độ giãn cột sống thắt lưng trung bình của bệnh nhân trước điều trị là $12,08 \pm 0,71$ cm, sau 15 ngày điều trị là $13,93 \pm 0,54$ cm [41]; Lương Công Nam, Nguyễn Tiến Chung, Phạm Thị Bích Phượng (2024) tại D₂₁ nhóm NC đạt $14,24 \pm 0,71$ cm (tăng 54,3%), nhóm ĐC đạt $13,72 \pm 0,67$ cm (tăng 46,43%)[58]

Giới hạn TVĐ CSTL bởi nhiều nguyên nhân gây ra như: đau, co cứng cơ, tình trạng viêm, hẹp khe khớp, gai xương....Trong NC, độ giãn CSTL được cải thiện có lẽ do tác dụng đồng thời của cao dán HLCT cùng xoa bóp bấm huyệt cũng như điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Trong thành phần cao dán Hoạt lạc chỉ thông hầu hết là các vị thuốc có tính ôn ấm, khi dán tại vị trí đau nhức sẽ giúp tán hàn, trừ thấp, thông kinh lạc, thư cân, chỉ thống tại chỗ. Xoa bóp bấm huyệt giúp thư cân, lưu thông khí huyết, điều hòa dinh vệ, điều hòa âm dương trong cơ thể. Khi kết hợp hai phương pháp sẽ tăng hiệu quả giãn cơ, thư cân, giảm đau cho bệnh nhân nên bệnh nhân vận động cột sống thắt lưng dễ dàng hơn.

4.2.3. Sự cải thiện của góc độ Lasègue sau điều trị

Theo bảng 3.10, biểu đồ 3.3 cho thấy TĐT hầu hết người bệnh tham gia NC ở cả hai nhóm NC và ĐC đều có số đo góc Lasègue ở mức độ trung bình và kém, không có bệnh nhân nào ở mức độ tốt và khá, số đo góc Lasègue ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $46,69 \pm 4,73$ độ, $48,11 \pm 4,68$ độ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Tại D₇, chỉ số Lasègue TB cả hai nhóm đều tăng, số đo góc Lasègue ở NNC và nhóm ĐC lần lượt là $56,80 \pm 2,59$ độ, $56,49 \pm 2,37$ độ. Sự tăng chỉ số Lasègue TB SĐT so với TĐT của cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

Tại D₁₄, nhóm NC có số đo góc Lasègue trung bình là $62,17 \pm 2,68$ độ, nhóm ĐC có số đo góc Lasègue trung bình là $61,49 \pm 2,81$ độ, tăng cả

ở hai nhóm so với thời điểm TĐT. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm.

Tại D₂₁, số đo góc Lasègue tăng rõ rệt ở cả hai nhóm so với thời điểm TĐT với số đo góc lần lượt là $72,40 \pm 3,39$ độ (tăng 25,71 độ), $71,91 \pm 4,03$ độ (tăng 23,8 độ) ở NNC và NĐC, sự thay đổi so với D₀ có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm

NC có sự giống với kết quả NC của Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng (2020) Mức độ chèn ép rễ thần kinh tọa theo Lasègue tăng từ $53,160 \pm 7,148$ độ lên $73,330 \pm 6,074$ độ ở nhóm NC[38]. Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Phương, Lại Thanh Hiền (2025) nghiệm pháp Lasègue trung bình của nhóm nghiên cứu tăng từ $58,73 \pm 6,96$ độ lên $83,03 \pm 7,89$ độ (tăng 24,3 độ)[59]

Dấu hiệu Lasègue (căng rễ thần kinh tọa) là một phương thức thăm khám lâm sàng thần kinh quan trọng để đánh giá sự chèn ép của rễ thần kinh tọa, thường được dùng trong chẩn đoán và đánh giá tác dụng điều trị trên bệnh nhân bị đau TKT nguyên nhân do các rễ thần kinh L₅ và S₁ vốn to lại chui qua một rãnh liên đĩa mỏm tương đối hẹp nên rất dễ bị tổn thương, do bị chèn ép hoặc kích thích gây đau rễ dây thần kinh tọa[60]. Thoái hóa cột sống, co cứng cơ, co rút các gân cơ và dây chằng càng tạo điều kiện thuận lợi làm chèn ép rễ thần kinh. Cao dán HLCT gồm các thành phần dược liệu có tính ấm, bình có tác dụng tán hàn, trừ thấp, giải cơ, thông kinh lạc tại chỗ, có tác dụng giảm đau, giãn cơ, xoa bóp bấm huyệt dùng tay can thiệp lên da, cơ, khớp của bệnh nhân giúp giảm đau, giãn cơ...Hai phương pháp này hiệp đồng tác dụng với nhau tạo nên hiệu quả làm giảm sự chèn ép rễ hay làm tăng giá trị của góc độ Lasègue.

4.2.4. Sự cải thiện tầm vận động CSTL

Thoái hóa CSTL thường gây đau thần kinh tọa và hạn chế vận động[61]. Cử động cột sống thắt lưng bị hạn chế do nhiều nguyên nhân

như: do đau, cơ vùng thắt lưng, do gai xương và nhất là do tổ chức xơ co kéo bao khớp và màng hoạt dịch.

4.2.4.1. Vận động gập

Bảng 3.11 cho thấy, TĐT đa số người bệnh đều khó khăn ở động tác gập, đo độ gập TB ở nhóm NC, nhóm ĐC lần lượt là $44,49 \pm 5,59$ độ, $46,29 \pm 5,90$ độ. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tại D_7 số đo độ gập TB của NNC là $55,40 \pm 3,75$ độ, của nhóm ĐC là $55,17 \pm 3,76$ độ. Tại thời điểm D_{14} số đo độ gập trung bình của nhóm NC là $61,57 \pm 2,10$ độ, của nhóm ĐC là $60,86 \pm 2,00$ độ. Kết quả cho thấy TVĐ gập của CSTL tăng ở cả 2 nhóm so với TĐT, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm.

Tại D_{21} , TVĐ gập CSTL tăng rõ ở 02 nhóm so với TĐT, số đo độ gập TB ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $68,23 \pm 2,24$ độ và $67,20 \pm 2,77$ độ, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này cho thấy dùng cao dán HLCT cùng xoa bóp bấm huyệt mang lại hiệu quả điều trị trong việc cải thiện tầm vận động gập của bệnh nhân.

Kết quả này có nét tương đồng với kết quả của Đỗ Hải Linh, Trần Thị Lan (2025) tầm vận động gập từ $41,47 \pm 6,48$ lên $70,37 \pm 7,89$ ở nhóm nghiên cứu[62]; Đỗ Ngọc Hân, Nguyễn Văn Hải, Trần Văn Chiến (2024) cải thiện tầm vận động gập vào D_{21} là $77,3 \pm 8,2$ ở NNC và $68,7 \pm 6,7$ ở NĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê[63]

4.2.4.2. Vận động duỗi

Bảng 3.12 cho thấy, TĐT hầu hết người bệnh hạn chế ở động tác duỗi, độ duỗi TB ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $15,71 \pm 1,38$ độ, $15,97 \pm 1,34$ độ. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tại D_7 độ duỗi TB của NNC là $18,31 \pm 1,05$ độ, của nhóm ĐC là $18,34 \pm 0,99$ độ. Tại thời điểm D_{14} số đo độ duỗi trung bình của nhóm NC

là $20,53 \pm 1,07$ độ, của nhóm ĐC là $20,10 \pm 0,97$ độ. Kết quả cho thấy TVĐ duỗi của CSTL tăng lên ở cả 2 nhóm so với TĐT, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tại D_{21} , TVĐ duỗi CSTL tăng rõ ở 02 nhóm so với TĐT, độ duỗi trung bình ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $24,06 \pm 1,19$ độ và $23,51 \pm 1,54$ độ, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này cho thấy dùng cao dán HLCT cùng xoa bóp bấm huyệt mang lại hiệu quả điều trị trong việc cải thiện TVĐ duỗi của bệnh nhân.

Kết quả này có nét tương đồng với kết quả của Đỗ Hải Linh, Trần Thị Lan (2025) tầm vận động duỗi từ $12,97 \pm 4,31$ lên $30,0 \pm 2,94$ ở nhóm nghiên cứu[62]; Đỗ Ngọc Hân, Nguyễn Văn Hải, Trần Văn Chiến (2024) cải thiện tầm vận động duỗi vào D_{21} là $30,0 \pm 4,5$ ở nhóm NC và $24,8 \pm 2,8$ ở nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê[63]

4.2.4.3. Vận động nghiêng

Bảng 3.13 cho thấy, TĐT hầu hết người bệnh có khó khăn ở động tác nghiêng, số đo độ nghiêng TB ở nhóm NC, nhóm ĐC lần lượt là $20,74 \pm 1,44$ độ, $20,94 \pm 1,45$ độ. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tại D_7 độ nghiêng TB của NNC là $23,11 \pm 1,89$ độ, của nhóm ĐC là $23,40 \pm 0,98$ độ. Tại thời điểm D_{14} số đo độ nghiêng trung bình của nhóm NC là $25,33 \pm 0,95$ độ, của nhóm ĐC là $24,96 \pm 0,83$ độ. Kết quả cho thấy TVĐ nghiêng của CSTL tăng lên ở 2 nhóm so với TĐT, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tại D_{21} , TVĐ nghiêng CSTL tăng rõ ở 02 nhóm so với TĐT, độ nghiêng TB ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $28,69 \pm 1,51$ độ và $28,11 \pm 1,86$ độ, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này cho thấy dùng cao dán HLCT cùng xoa bóp bấm huyệt mang lại hiệu quả điều trị trong việc cải thiện TVĐ nghiêng của bệnh nhân.

Kết quả này có nét tương đồng với kết quả của Đỗ Hải Linh, Trần Thị Lan (2025) tầm vận động nghiêng từ $16,33 \pm 4,77$ lên $30,37 \pm 3,39$ ở nhóm nghiên cứu[62]; Đỗ Ngọc Hân, Nguyễn Văn Hải, Trần Văn Chiến (2024) cải thiện tầm vận động nghiêng vào D_{21} là $30,7 \pm 4,9$ ở nhóm NC và $28,8 \pm 2,8$ ở nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê[63]

Sau 21 ngày, NNC có xu hướng cải thiện hơn so với nhóm chứng về TVĐ, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống. Điều này cho thấy việc dùng cao dán HLCT cùng xoa bóp bấm huyệt có tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng cho bệnh nhân, ngoài ra hiệu quả giảm đau cũng giúp cải thiện TVĐ. Có thể do cỡ mẫu nhỏ, thời gian NC ngắn nên chưa thấy sự khác biệt rõ rệt trong kết quả của việc kết hợp hai phương pháp điều trị này.

4.2.5. Sự cải thiện về chức năng sinh hoạt hàng ngày

Trong bệnh lý đau TKT do thoái hóa cột sống, triệu chứng đau và hạn chế vận động thể hiện bằng những hạn chế trong lao động và sinh hoạt hàng ngày gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và tâm lý của người bệnh. Nên việc giảm đau và cải thiện tầm vận động đều nhằm mục đích để bệnh không ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày.

Trong NC sử dụng thang điểm ODI để đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Bộ câu hỏi đánh giá gồm 10 mục. Tuy nhiên, để phù hợp với thực trạng chung của bệnh nhân tại Bệnh viện đa khoa y dược cổ truyền – phục hồi chức năng tỉnh Cao Bằng, chúng tôi lựa chọn 5 mục để đánh giá là: cường độ đau, đi bộ, ngồi, đứng, nâng vật nặng.

Theo bảng 3.14 và 3.15, tại thời điểm D_0 , mức độ hạn chế của 2 nhóm tập trung ở mức trung bình và kém, không có bệnh nhân ở mức khá, chỉ số ODI trung bình ở cả 2 nhóm là tương đương nhau, ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $14,31 \pm 1,23$ điểm và $14,09 \pm 1,50$ điểm, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Tại D₇ và D₁₄, có sự cải thiện về chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân ở cả 2 nhóm, không còn bệnh nhân ở mức kém nhưng không có người bệnh ở mức tốt, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tại D₂₁, đa số bệnh nhân ở 2 nhóm NC và ĐC ở mức tốt và khá, không có bệnh nhân ở mức trung bình và kém. Chỉ số ODI trung bình ở 2 nhóm NC và ĐC lần lượt là $5,83 \pm 1,20$ điểm (giảm 59,3%) và $6,40 \pm 1,27$ điểm (giảm 54,6%). Ta thấy chỉ số ODI trung bình ở cả 2 nhóm đều giảm rõ rệt, nhóm NC có xu hướng giảm nhiều hơn nhóm ĐC, Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả của NC phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lương Công Nam, Nguyễn Tiến Chung, Phạm Thị Bích Phượng(2024) sau 21 ngày điều trị điểm ODI trung bình ở nhóm NC đạt $6,79 \pm 4,6$ điểm (giảm 69,02%), nhóm ĐC đạt $8,29 \pm 4,75$ điểm (giảm 62,01%)[58]; Trần Thái Hà, Mâu Tiến Dũng, Trần Thị Phong Lan (2024) sau 15 ngày điều trị chỉ số ODI trung bình giảm 50,6%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [41]

Do đó, dùng cao dán HLCT kết hợp xoa bóp bấm huyệt mang lại kết quả rõ rệt: vừa kiểm soát cơn đau, vừa cải thiện các chỉ số vận động cột sống. Nhờ đó, chất lượng cuộc sống và khả năng sinh hoạt của người bệnh được nâng cao.

4.2.6. Bàn luận về kết quả điều trị chung

Đau thần kinh tọa do thoái hóa CSTL là hội chứng gồm nhiều triệu chứng khác nhau nên để đánh giá được hiệu quả điều trị phải tổng hợp đánh giá các chỉ số: mức độ giảm đau, cải thiện chèn ép rễ thần kinh, cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng và tầm vận động CSTL, cải thiện về chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI. Được tính theo công thức đánh giá hiệu quả điều trị chung. Theo kết quả biểu đồ 3.4

Sau 21 ngày điều trị đều đạt mức tốt, khá ở cả 02 nhóm

NNC có kết quả tốt 60%, khá 37,1%, trung bình 2,9%, không có kém.

NĐC có kết quả tốt 45,7%, khá 45,7%, trung bình 8,6% và không có kém.

Sự khác biệt về kết quả điều trị chung của hai nhóm so với TĐT có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả điều trị chung NNC có xu hướng tốt hơn NĐC, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả có nét giống với kết quả nghiên cứu của một số tác giả như:

Đỗ Ngọc Hân, Nguyễn Văn Hải, Trần Văn Chiến (2024) Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập WILLIAMS. Sau điều trị, ở NNC tốt 56,7%, khá 33,3%, trung bình 10,0%, kém 0%[63]

Nguyễn Danh Đạt, Nguyễn Tiến Chung (2024) Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Dưỡng cốt HV trên bệnh nhân đau TKT do thoái hóa cột sống. Sau điều trị, NNC tốt 65,7%, khá 31,4%, trung bình 2,9%, kém 0%[49]

So với một số nghiên cứu khác:

Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng(2020) Đánh giá hiệu quả điều trị đau TKT do thoái hóa cột sống bằng điện châm+xoa bóp bấm huyệt, bài thuốc độc hoạt tang ký sinh. Sau 15 ngày điều trị, loại tốt chiếm 34,9%, loại khá chiếm 58,1%, trung bình chiếm 7% và không có loại kém. Kết quả NC của chúng tôi có phần cao hơn có thể là do thời gian NC của chúng tôi dài hơn[38]

Lương Công Nam, Nguyễn Tiến Chung, Phạm Thị Bích Phượng (2024) Đánh giá tác dụng của cao dán Ôn kinh phương trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Sau điều trị NNC có kết quả tốt 71.1%, khá 13.2%, trung bình 15.7%, kém 0%[58]. Kết quả NC của chúng tôi có phần thấp hơn có thể là do có sự khác nhau về cỡ mẫu

Trong NC của chúng tôi, nhóm nghiên cứu dùng cao dán HLCT cùng xoa bóp bấm huyệt. Cao dán HLCT gồm các vị thuốc Ngải diệp, Địa liên, Quế chi, Huyết giác và Dây gấm được phối ngũ theo pháp điều trị khu phong, tán hoàn, hoạt huyết, thông lạc, chỉ thống. Trong đó, ngải diệp và quế chi có tác dụng ôn thông kinh lạc, tán hàn chỉ thống. Địa liên giúp hành khí, tán hàn, giảm đau. Huyết giác có tác dụng hoạt huyết tiêu ứ, sinh cơ,

giảm đau. Dây gấm giúp khu phong thấp, thư cân hoạt lạc, tăng hiệu quả giảm đau và phục hồi vận động[64]. Do vậy cao dán Hoạt lạc chỉ thống có công dụng ôn kinh tán hàn, thúc đẩy khí huyết lưu thông, giảm đau và thư cân hoạt lạc thường được sử dụng trong điều trị chứng phong hàn thấp tý.

Theo YHHĐ các vị thuốc trong cao dán Hoạt lạc chỉ thống chứa nhiều hoạt chất sinh học có tác dụng chống viêm, giảm đau và tăng cường tuần hoàn máu tại chỗ. Tinh dầu trong Ngải diệp, Quế chi, Địa liên chủ yếu là cineol, borneol, camphene, cinnamaldehyd, eugenol...có khả năng ức chế enzym cyclooxygenase (COX) và giảm tổng hợp prostaglandin giúp giảm viêm và giảm đau[57],[65],[66],[67],[68]. Huyết giác chứa dracorhodin và flavonoid có tác dụng chống oxy hóa, thúc đẩy tăng sinh tế bào mô hạt và phục hồi tổ chức bị tổn thương[69]. Dây gấm giàu trans - resveratrol, Resveratrolside và Isorhapontigenin-13-glucoside giúp giảm viêm khớp, chống thoái hóa khớp và giảm sưng đau[70]. Khi sử dụng cao dán Hoạt lạc chỉ thống lên vùng đau, các hoạt chất trong cao dán thấm qua da, kích thích tuần hoàn tại chỗ, làm giãn mạch, giảm co cứng cơ và giảm đau. Nhiệt năng và tinh dầu từ cao dán ức chế dẫn truyền cảm giác đau tại vùng bị tổn thương, từ đó làm cho bệnh nhân giảm đau và cải thiện chức năng vận động.

Xoa bóp bấm huyết chủ yếu dùng lực của bàn tay tác động trực tiếp lên vùng thắt lưng, có tác dụng hoạt huyết thư cân, thông kinh lạc, giúp giảm co cứng cơ, giải phóng chèn ép rễ thần kinh và cải thiện tuần hoàn tại chỗ. Nhờ đó, khí huyết được lưu thông, tà khí được trừ, chính khí được phục hồi, giảm cảm giác đau và tê xuống chi dưới. Ngoài ra, xoa bóp bấm huyết còn giúp tăng cường nuôi dưỡng gân cốt, phục hồi chức năng vận động và nâng cao thể trạng, góp phần hỗ trợ hiệu quả cho điều trị thoái hóa và ngăn ngừa tái phát.

4.2.7. Bàn luận về kết quả không mong muốn

Trong quá trình nghiên cứu và theo dõi, chưa chưa nhận bất kỳ trường hợp nào xuất hiện tác dụng không mong muốn nào liên quan đến cao dán, như mẩn đỏ, ngứa hoặc các phản ứng da cục bộ khác tại vùng sử dụng

Thử nghiệm kích ứng da trên thử nghiệm xác nhận cao dán Hoạt lạc chỉ thống không gây kích ứng da và được dung nạp tốt. Toàn bộ thử đều giữ trạng thái lâm sàng bình thường, không có biểu hiện dị ứng hay viêm tại vùng do sử dụng cao.

Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Xuân Hoàng (2025) với nguồn gốc từ dược liệu tự nhiên và sự kiểm soát chất lượng nghiêm ngặt, các thành phần của cao dán được đánh giá là an toàn và ít có khả năng gây ra các tác dụng phụ hay phản ứng tại chỗ cho người sử dụng[8]

Tóm lại, cao dán Hoạt lạc chỉ thống đảm bảo tính an toàn cho người bệnh sử dụng, các thành phần dược liệu trong cao dán không gây kích ứng trên da, không gây ngứa hay mẩn đỏ.

Tác dụng không mong muốn của các phương pháp khác:

- Xoa bóp bấm huyệt: không ghi nhận trường hợp có tác dụng không mong muốn: đau tăng lên, đau sau bấm huyệt, tổn thương cột sống.....

4.3. Về một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

4.3.1. Bàn luận về liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Dựa vào bảng 3.17, áp dụng hiệu chỉnh Haldane-Anscombe chúng tôi tính ra được tỷ số chênh (OR hiệu chỉnh) = 1,29.

Theo kết quả bảng 3.17 cho thấy trong tổng số 35 bệnh nhân, nhóm < 60 tuổi có 10 trường hợp (chiếm 28,6%), tất cả đều đạt kết quả điều trị tốt và khá (100%). Nhóm $\geq$ 60 tuổi có 25 trường hợp (71,4%), trong đó 24 bệnh nhân đạt kết quả tốt + khá (96%) và 1 bệnh nhân có kết quả trung bình (4%). Kết quả này chứng tỏ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ kết quả điều trị giữa 2 nhóm tuổi với $p > 0,05$. Tuy nhiên xu hướng

cho thấy nhóm ≥ 60 tuổi có kết quả điều trị trung bình cao nhẹ hơn nhóm < 60 tuổi, tỷ số OR và tỷ số nguy cơ (RR) = 1,042 (CI 95% 0,962 - 1,128) cho thấy khả năng đạt kết quả tốt ở nhóm < 60 tuổi cao hơn khoảng 1,29 lần so với nhóm ≥ 60 tuổi, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này chứng tỏ tuổi chưa phải là yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị.

Tuy nhiên, xét trên phương diện sinh lý bệnh của YHHĐ, tuổi được xem là yếu tố ảnh hưởng đến khả năng hồi phục. Độ đàn hồi kém của gân cơ, dây chằng do lão hoá, với sự hiện diện của các bệnh lý nên mạn tính (tăng huyết áp, đái tháo đường...), đã làm suy yếu khả năng đáp ứng với các phương pháp điều trị ở người cao tuổi. Dưới góc nhìn của YHCT thì người cao tuổi thuộc phạm trù khí huyết hư suy, can thận lão hóa, tân dịch giảm, khí huyết không đủ nuôi dưỡng cân cơ, kinh lạc bị bế tắc nên dễ đau nhức và phục hồi chậm hơn.

Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, do đặc thù chuyên môn sâu về Y học cổ truyền, cơ cấu người bệnh đến thăm khám và điều trị tại bệnh viện có tỷ trọng lớn là người cao tuổi, do đó tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu khá cao. Mặt khác, có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn nên mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị chưa thể hiện tính quy luật rõ rệt.

4.3.2. Bàn luận về liên quan giữa giới và kết quả điều trị

Dựa vào bảng 3.18, áp dụng hiệu chỉnh Haldane-Anscombe chúng tôi tính ra được tỷ số chênh (OR hiệu chỉnh) = 2,23

Theo bảng 3.18 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ kết quả điều trị giữa 2 giới nam và nữ. Tuy nhiên xu hướng cho thấy nữ có kết quả điều trị trung bình + kém cao hơn khoảng 2,23 lần so với nam, kết quả này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Trong nghiên cứu, ở độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu $63,53 \pm 11,27$ thì nữ giới thiên quý đã suy kiệt (thời điểm thiên quý suy của nữ giới diễn ra sớm hơn 49 tuổi). Mặt khác, nữ giới còn liên quan đến quá trình sinh đẻ, thời kỳ mãn kinh gây giảm lượng hormon estrogen làm giảm khả năng hấp thu canxi, chế độ ăn...gây nên tình trạng loãng

xương và thoái hóa khớp. Vì vậy, ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc và giảm điều trị của nữ giới.

Mối liên hệ giữa giới và kết quả điều trị chưa thể hiện rõ ràng có khả năng là do kích thước mẫu còn khiêm tốn

4.3.3. Bàn luận về liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị

Kết quả bảng 3.19 cho thấy nhóm lao động chân tay chiếm tỷ lệ khá cao trong nhóm nghiên cứu (68,6%), tỷ lệ này là do Cao Bằng là một tỉnh miền núi nên bệnh nhân chủ yếu là nông dân và lao động tự do

Kết quả cho thấy tỷ lệ điều trị tốt + khá của nhóm lao động chân tay là 100%, trong khi tỷ lệ điều trị tốt + khá của nhóm lao động trí óc là 90,9%. Tuy nhiên chưa thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị với $p > 0,05$.

Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc điểm thể chất và thói quen sinh hoạt của bệnh nhân. Người lao động tay chân thường xuyên vận động, giúp tăng cường tuần hoàn, trao đổi chất và tăng khả năng hồi phục. Mặt khác, nhóm lao động trí óc thường chịu ảnh hưởng của căng thẳng tinh thần, ít hoạt động thể lực dẫn đến khả năng đáp ứng điều trị có thể hạn chế hơn. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể là do cỡ mẫu chưa đủ lớn và thời gian nghiên cứu còn ngắn.

4.3.4. Bàn luận về liên quan giữa thời gian mắc bệnh-kết quả điều trị

Thời gian từ lúc bị bệnh đến khi đi thăm khám và điều trị thường phụ thuộc vào quan điểm của mỗi bệnh nhân về bệnh tật. Quan điểm này chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố: trình độ văn hóa, kinh tế gia đình, tập quán địa phương, tình trạng địa lý (xa cơ sở khám chữa bệnh)...

Trong bảng 3.20 cho thấy, nhóm mắc bệnh ≤ 3 tháng có tỷ lệ điều trị tốt + khá là 100%, nhóm mắc bệnh > 3 tháng có tỷ lệ điều trị tốt + khá là 97%. Thời gian mắc bệnh càng ngắn, kết quả điều trị càng cao và ngược lại. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể là do cỡ mẫu chưa đủ lớn, tỷ lệ nhóm mắc bệnh > 3 tháng cao hơn so với nhóm còn lại và thời gian nghiên cứu còn ngắn.

KẾT LUẬN

Qua NC trên 70 người bệnh đau TKT do thoái hóa CSTL (yêu cước thống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp) trong đó 35 người bệnh NNC được điều trị bằng cao dán HLCT kết hợp xoa bóp bấm huyết, 35 người bệnh NĐC điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyết.

Chúng tôi rút ra kết luận như sau:

1. Hiệu quả điều trị của cao dán HLCT kết hợp xoa bóp bấm huyết trên người bệnh đau TKT do thoái hóa cột sống thắt lưng (yêu cước thống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp).

Hiệu quả giảm đau: Giảm 69,7% điểm đau theo thang điểm VAS sau 21 ngày điều trị, hiệu quả bắt đầu từ D₇ ($p < 0,001$), tiếp tục giảm ở D₁₄ và D₂₁ ($p < 0,001$)

Hiệu quả giãn CSTL: Tăng 14,7% sau 21 ngày điều trị, có ý nghĩa thống kê so với D₀, từ D₇ đã có hiệu quả ($p < 0,001$), D₁₄ và D₂₁ tiếp tục cải thiện hơn ($p < 0,001$)

Hiệu quả giảm chèn ép rễ thần kinh: Tại D₁₄ đã có sự cải thiện và tăng 35,5% tại D₂₁, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Hiệu quả cải thiện TVĐ CSTL: Tăng 34,8% độ vận động gập; Tăng 34,7% độ vận động duỗi; Tăng 27,7% độ vận động nghiêng so với thời điểm D₀. Hiệu quả cải thiện các tầm vận động bắt đầu từ D₀ ($p < 0,001$), D₁₄ và D₂₁ tiếp tục cải thiện hơn ($p < 0,001$)

Hiệu quả cải thiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày(ODI): Giảm sau 21 ngày điều trị là 59,3%, hiệu quả bắt đầu bắt đầu D₀ ($p < 0,001$), tiếp tục giảm ở D₁₄ và D₂₁ ($p < 0,001$). NNC có xu hướng giảm nhiều hơn NĐC, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Hiệu quả điều trị chung: Tốt đạt 60%, khá đạt 37,1%, trung bình 2,9%

Tác dụng không mong muốn: chưa ghi nhận trường hợp nào

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

Kết quả nghiên cứu chưa ghi nhận thấy sự liên quan giữa tuổi, giới, nghề nghiệp và thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị.

KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu chúng tôi chứng minh phương pháp sử dụng cao dán “Hoạt lạc chỉ thống” kết hợp xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả điều trị tương đương phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và khẳng định tính an toàn trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng (yêu cầu thống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp). Chúng tôi kiến nghị:

1. Theo dõi tác dụng của cao dán HLCT trong điều trị đau TKT do thoái hóa CSTL ở quy mô lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Lan**,(2012)), "*Thoái hóa khớp*", "*Đau vùng thắt lưng và đau dây thần kinh tọa*", Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản y học: Hà Nội. p. 138-162, 361-364.
2. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan**,(2013)), "*Đau thần kinh tọa*", "*Thoái hóa cột sống thắt lưng*", Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam: Hà Nội. p. 191-197, 204-211.
3. **Nguyễn Thị Bay**,(2007)), "*Điều trị đau thần kinh tọa theo YHCT*", Bệnh học và điều trị nội khoa (kết hợp đông – tây y). Nhà xuất bản Y học: Hà Nội. p. 469.
4. **Trần Ngọc Ân**,(2002) Bệnh thấp khớp. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
5. **Leboeuf-Yde, C., N. Klougart, and T. Lauritzen**,(1996),*How common is low back pain in the Nordic population? Data from a recent study on a middle-aged general Danish population and four surveys previously conducted in the Nordic countries*. Spine (Phila Pa 1976). **21**(13): p. 1518-25; discussion 1525-6.
6. **de David, C.N., et al.**,(2020),*The burden of low back pain in Brazil: estimates from the Global Burden of Disease 2017 Study*. Popul Health Metr. **18**(Suppl 1): p. 12.
7. **Bộ Y tế**,(2020)),*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền kết hợp y học hiện đại*.
8. **Đỗ Xuân Hoàng, Nguyễn Tiến Chung**, (2024),*Đánh giá kết quả của cao dán Hoạt lạc chỉ thống kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ*.
9. **Vũ Thị Thanh Thủy**,(2012)), "*Thoái hóa cột sống*", "*Đau cột sống thắt lưng và đau thần kinh tọa*", Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội. p. 56-64, 75-87.

10. **Bộ Y Tế** (2016) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
11. **Hồ Hữu Lương**,(2012) Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
12. **Hồ Hữu Lương**,(2006) Khám lâm sàng hệ thần kinh. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
13. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh, Phạm Quang Vinh**,(2012)), "*Đau vùng thắt lưng và đau dây thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm*", Bệnh học nội khoa tập 2. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội. p. 252.
14. **Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. WHO Analgesic Ladder.** [Updated 2023 Apr 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>.
15. **Đào Văn Phan**,(2012) Các thuốc giảm đau - chống viêm. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
16. **Trần Thúy, Hoàng Bảo Châu, Phạm Duy Nhac**,(2005)), "*Đau lưng*", "*Đau dây thần kinh hông*", Bài giảng Y học cổ truyền tập 2. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội. p. 155-156, 166-167.
17. **Trần Thúy**,(2006) Nội khoa Y học cổ truyền (sách dùng cho đối tượng sau đại học). Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
18. **Phạm Vũ Khánh** (2009) Lão khoa Y học cổ truyền. Nhà xuất bản y học: Hà Nội. p. 189-194.
19. **Ngô Anh Dũng**,(2008) Y lý Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
20. **Phan Quan Chí Hiếu**,(2007) Bệnh học và điều trị đông y (sách đào tạo bác sỹ y học cổ truyền). Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
21. **Nguyễn Bá Tĩnh**,(2007) Tuệ Tĩnh toàn tập. Nhà xuất bản Y học.

22. **Trần Quang Đạt, Trần Thái Hà**,(2024)), "*Phương pháp xoa bóp*", Điều trị một số chứng bệnh thường gặp trên lâm sàng bằng phương pháp châm cứu, xoa bóp, khí công, dưỡng sinh. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
23. **Bộ Y tế**,(2013) Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu.
24. **Trịnh Thị Diệu Thường**,(2021)), "*Cơ chế thần kinh sinh học của châm cứu*", "*Điện châm*", Giáo trình giảng dạy đại học Châm cứu học 2. Nhà xuất bản Y học: Thành phố Hồ Chí Minh. p. 1-11, 81-93.
25. **Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy**,(1997) Châm cứu sau đại học. Nhà xuất bản Y học: Hà Nội. p. 247.
26. **Anttila, S., et al.**,(2024), *Associations of socioeconomic and lifestyle characteristics, psychological symptoms, multimorbidity, and multisite pain with sciatica - a 15-year longitudinal study*. Spine J. **24**(5): p. 842-850.
27. **Zhou, X., et al.**,(2022), *Effect of traditional Chinese exercise combined with massage on pain and disability in patients with lumbar disc herniation: A multi-center, randomized, controlled, assessor-blinded clinical trial*. Front Neurol. **13**: p. 952346.
28. **Deng, R., et al.**,(2020), *The effectiveness and safety of acupuncture in the treatment of lumbar disc herniation: Protocol for a systematic review and meta-analysis*. Medicine (Baltimore). **99**(12): p. e18930.
29. **Cheng, Y.-H., C.-Y. Hsu, and Y.-N. Lin**,(2020), *The effect of mechanical traction on low back pain in patients with herniated intervertebral disks: a systemic review and meta-analysis*. Clinical rehabilitation. **34**(1): p. 13-22.
30. **Nasir, A., et al.**,(2024), *Mitigation of sciatica injury-induced neuropathic pain through active metabolites derived from medicinal plants*. Pharmacol Res. **200**: p. 107076.

31. **Han, K.H., et al.,**(2022),*The effectiveness and safety of acupuncture treatment on sciatica: A systematic review and meta-analysis.* Complement Ther Med. **71**: p. 102872.
32. **Phạm Thị Như Uyên, Cao Thị Huyền Trang, Nguyễn Thị Thu Hiền,** (2024),*Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân đau thần kinh tọa tại bệnh viện y học cổ truyền bộ công an.* Tạp Chí Y học Việt Nam. (543(1)).
33. **Bùi Đặng Minh Trí, Bùi Tùng Hiệp, Trần Văn Kha, Nguyễn Vương Vũ,** (2022),*Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại bệnh viện Thống nhất.* Tạp chí Y học Việt Nam. **518**(1).
34. **Vũ Đình Quỳnh, Nguyễn Thanh Duy, Đậu Thị Hồng, Nguyễn Thị Bích Tiên,** (2024),*Một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng thuốc thang kết hợp điện châm, kéo giãn cột sống.* Tạp chí Y học Việt Nam. **534**(1).
35. **Nguyễn Văn Hưng, Nguyễn Trúc Quỳnh, Nguyễn Thị Tân,** (2019),*Hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa thể huyết ứ bằng bài thuốc thân thống trực ứ thang kết hợp điện châm.* Tạp chí Y Dược học-Trường Đại học Y Dược Huế, tập. **9**.
36. **Nguyễn Quang Kỳ,** (2023),*Đánh giá kết quả của phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm điều trị đau thần kinh tọa.* Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam. **53**(6): p. 15-20.
37. **Lê Đắc Quang,** (2023),*Đánh giá kết quả phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh tọa.* Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam. **51**(4): p. 59-65.
38. **Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng,** (2020),*Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc độc hoạt tang ký sinh.* Tạp chí Y dược học - Trường Đại học Y dược Huế. **4**(10).

39. **Nguyễn Tùng Sơn, Nguyễn Tiến Chung**, (2023), *Tác dụng của cao dán Hoạt lạc HV trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*. Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam. 52(5): p. 9-15.
40. **Phạm Vũ Khánh, Nguyễn Tiến Chung, Nguyễn Việt Anh, Đinh Công Bắc**, (2024), *Nghiên cứu tác dụng điều trị đau thần kinh tọa của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại*. Tạp chí Y học Việt Nam. 539(3).
41. **Trần Thái Hà, Mâu Tiến Dũng, Trần Thị Phong Lan**, (2024), *Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp túi chườm thảo dược điều trị đau thần kinh tọa*. Tạp Chí Y học Việt Nam. 540(1).
42. **Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc**, (2021), *Tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp siêu âm điều trị*. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 504(1).
43. **Vòng Thị Thanh Xuân, Hồ Ngọc Liễn, Tăng Khánh Huy, Lê Bảo Lưu**, (2024), *Tình hình sử dụng các phương pháp điều trị y học cổ truyền trên người bệnh đau thần kinh tọa*. Tạp Chí Y học Việt Nam. (535(1)).
44. **Trần Thị Thu Hương, Đoàn Quang Huy, Nguyễn Tiến Chung, Lê Thúy Hạnh**, (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)).
45. **Bộ Y tế**, (2013), *"Xoa bóp bấm huyệt điều trị hội chứng thắt lưng hông"*, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu.
46. **MinhDat Rehab**, *Nghiệm pháp Schober - Y HỌC PHỤC HỒI*, 2021-12-17T13:23:43+00:00, 2022-10-18 21:30:13, https://yhocphuchoi.com/PHCN_Online_videos/nghiem-phap-schober/.

47. **Hoàng Ngọc Chương, Lê Quang Khanh,**(2010) Lượng giá chức năng hệ vận động. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam: Hà Nội.
48. *Human Anatomy Fundamentals: Flexibility and Joint Limitations*
Available from: <https://design.tutsplus.com/articles/human-anatomy-fundamentals-flexibility-and-joint-limitations--vector-25401>
49. **Nguyễn Danh Đạt, Nguyễn Tiến Chung,** (2024),*Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Dưỡng cốt HV trên bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống.* . Tạp Chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 54(01). .
50. **Nguyễn Hữu Thám, Nguyễn Thị Tân,** (2012),*Nghiên cứu hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp thuốc Y học cổ truyền.* . Tạp chí Y Dược học–Trường Đại học Y Dược Huế, 206-215.
51. **Đinh Thị Lam, Nguyễn Thanh Giang,** (2022),*18. Tác dụng của thủy châm Milgamma N trên bệnh nhân đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng.* . Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 158(10), 141-148. .
52. **Hoàng Minh Ngọc, Nguyễn Tiến Chung, Nguyễn Duy Đại, Trần Thế Hiệp,** (2025), *Đánh giá kết quả của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh tọa.* . Tạp Chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 55(02). .
53. **Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy,** (2023),*Đánh giá tác dụng đèn xông ngải cứu kết hợp điện châm điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp.* . Tạp Chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 47(1), 35-43. .
54. **Đào Xuân Cơ,**(2022)), *"Thoái hóa cột sống", "Đau thần kinh tọa", Cẩm nang chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa.* Nhà xuất bản Y học p. 960 - 976.

55. **Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh**, (2021), *Kết quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng*. Tạp chí Y học Việt Nam. **501**(1).
56. **Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Thị Thùy An**, (2025), *Nghiên cứu hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng của siêu âm trị liệu kết hợp thuốc thấp khớp hoàn p/h và châm cứu*. Tạp chí Y học Việt Nam. **547**(2).
57. **Đỗ Tất Lợi**, (2004) *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học.
58. **Lương Công Nam, Nguyễn Tiến Chung, Phạm Thị Bích Phượng**, (2025), *Đánh giá tác dụng của cao dán Ôn kinh phương trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*. Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam. **55**(02).
59. **Vũ Thị Phương, Lại Thanh Hiền** (2025), *Đánh giá hiệu quả giảm đau của điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp sóng xung kích trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống*. . Tạp Chí Y học Cộng đồng, **66**(CD18). .
60. **Phạm Khuê**, *Thoái khớp, Bệnh học Lão khoa - Từ đại cương đến thực hành lâm sàng*. Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật. p. 224 - 230.
61. **Lê Quang Cường**, (2010), *Hội chứng đau thắt lưng hông, Triệu chứng học thần kinh*. p. 90 - 100.
62. **Đỗ Hải Linh, Trần Thị Lan** (2025), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc thân thống trực ứ thang kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm*. . Tạp Chí Y học Cộng đồng, **66**(CD8-NCKH). .
63. **Đỗ Ngọc Hân, Nguyễn Văn Hải, Trần Văn Chiến** (2024), *Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập williams*. Tạp chí Y học Việt Nam. **534**(1B).

64. **Nhóm tác giả viện dược liệu**,(2011)),*Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*. Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật.
65. **Yang H, C.X., Yang YL, Wang YH, Du GH.**,(2017),*Ramulus Cinnamomi extract attenuates neuroinflammatory responses via downregulating TLR4/MyD88 signaling pathway in BV2 cells*. *Neural Regen Res*. 12(11):1860-1864. . .
66. **Jia W, H.X., Jin W, Gu J, Yu S, He J, Yi Z, Cai B, Gao H, Yang L.** ,(2023),*Ramulus Cinnamomi essential oil exerts an anti-inflammatory effect on RAW264.7 cells through N-acylethanolamine acid amidase inhibition*. *J Ethnopharmacol.* . p. 317:116747. doi: 10.1016/j.jep.2023.116747. Epub 2023 Jun 11. PMID: 37311500.
67. **Zhu Y, C.L., Zeng J, Xu J, Hu H, He X, Wang Y.** ,(2024),*Six new phenylpropanoids from Kaempferia galanga L. and their anti-inflammatory activity*. *Fitoterapia*. (176:106028. doi: 10.1016/j.fitote.2024.106028. Epub 2024 May 19. PMID: 38768796.).
68. **Ekiert, H., et al.**,(2020),*Significance of Artemisia vulgaris L.(Common Mugwort) in the history of medicine and its possible contemporary applications substantiated by phytochemical and pharmacological studies*. *Molecules*. 25(19): p. 4415.
69. **Jiang XW, Q.L., Liu L, Zhang BQ, Wang XW, Han YW, Yu WH.** ,(2017),*Dracorhodin Perchlorate Accelerates Cutaneous Wound Healing in Wistar Rats*. *Evid Based Complement Alternat (Med)*. 2017:8950516. doi: 10.1155/2017/8950516. Epub 2017 Dec 3. PMID: 29333188; PMCID: PMC5733224.).
70. **Nguyễn Thị Ánh Nguyệt, Nguyễn Tiến Chung**, (2023),*Tác dụng chống viêm, giảm đau của dây gấm (Gnetum montanum Markgr.) trên động vật thực nghiệm*. *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*. 47(1): p. 44-51.

DANH MỤC PHỤ LỤC

Phụ lục 1	Bệnh án nghiên cứu
Phụ lục 2	Các vị thuốc trong cao dán Hoạt lạc chỉ thống
Phụ lục 3	Phương pháp bào chế cao dán Hoạt lạc chỉ thống
Phụ lục 4	Tiêu chuẩn cơ sở cao dán Hoạt lạc chỉ thống
Phụ lục 5	Bảng câu hỏi Oswestry Disability
Phụ lục 6	Giấy đồng thuận nghiên cứu
Phụ lục 7	Một số hình ảnh trong nghiên cứu
Phụ lục 8	Kết quả thử nghiệm tính kích ứng da của cao dán Hoạt lạc chỉ thống
Phụ lục 9	Danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

- Cảm giác: ☐ Có Tê bì/ Kiến bò/ Kim châm ☐ Không

- Rối loạn cảm giác: ☐ Có ☐ Không

5.2. Cận lâm sàng

Xquang: ☐ Thoái hóa ☐ Hẹp khe ☐ Đặc xương dưới sụn

6. Chẩn đoán:

7. Đánh giá các chỉ số lâm sàng lúc vào viện, sau điều trị 7 ngày, sau điều trị 10 ngày và sau 21 ngày điều trị

Chỉ số lâm sàng	D0	D7	D14	D21
Chỉ số VAS				
Độ giãn CSTL Schober				
Dấu hiệu Lasègue				
Tầm vận động gấp				
Tầm vận động duỗi				
Tầm vận động nghiêng				
ODI				

II. YHCT

Chẩn đoán bệnh danh:

Chẩn đoán bất cương:

Kinh lạc:

Nguyên nhân:

III. Tác dụng không mong muốn

☐ Vụng châm ☐ Mệt mỏi ☐ Chảy máu ☐ Dị ứng
☐ Nhiễm trùng ☐ Khác

Ngày....tháng....năm 20..

Bác sỹ điều trị

Phụ lục 2

CÁC VỊ THUỐC TRONG CAO DÁN HOẠT LẠC CHỈ THỐNG

Theo dược điển Việt Nam V

* *Ngải diệp (Herba Artemisiae vulgaris)*

Tên khoa học: *Artemisia vulgaris* L., họ cúc (Asteraceae)

Bộ phận dùng: Lá

Thành phần hóa học: Tinh dầu (cineol, borneol, thuyol...), flavonoid, tanin, acid amin (adenin, cholin)

Tính vị, quy kinh: Vị khổ, tân, ôn. Vào các kinh can, tỳ, thận

Công dụng: Chỉ huyết, trừ hàn thấp, điều kinh, an thai

Liều dùng, cách dùng: 6-12g, dạng thuốc sắc. Dùng ngoài trị đau do sang chấn: Lấy ngải cứu tươi, rửa sạch, giã, đắp nơi đau với liều thích hợp

* *Địa liên (Rhizoma Kaempferiae galangae)*

Tên khoa học: *Kaempferia galangal* L, họ Zingiberaceae.

Bộ phận dùng: thân rễ.

Thành phần hóa học: tinh dầu (bocneon, metyl, andehyt, xlenon...), tinh bột...

Tính vị, quy kinh: vị cay, tính ôn. Vào hai kinh tỳ, vị.

Công dụng: hành khí, ôn trung, tiêu thực, chỉ thống. Chủ trị các chứng tê thấp, đau nhức xương khớp, nhức đầu, đau răng, ngực bụng nặng đau, tiêu hóa kém.

Liều dùng, cách dùng: 6-9g, dạng thuốc sắc, bột hoặc viên. Ngâm rượu trong 5-7 ngày để xoa bóp. Thường phối cùng các vị thuốc khác.

Kiêng kỵ: âm hư, thiếu máu hoặc vị có hỏa uất không dùng.

* *Quế chi (Ramulus Cinnamomi)*

Tên khoa học: *Cinnamomum cassia* Presl họ Lauraceae.

Bộ phận dùng: cành.

Thành phần hóa học: 1-5% tinh dầu (95% andehyt xinnamic), tinh bột, chất nhầy, tannin, chất màu, đường.

Tính vị, quy kinh: vị cay, ngọt, tính ôn. Vào kinh phế, tâm, bàng quang.

Công năng, chủ trị: giải biểu hàn, thông dương khí, ôn thông kinh mạch, hòa khí. Chủ trị cảm mạo phong hàn, khí trệ huyết ứ, phù, đái không thông lợi khí.

Liều dùng, cách dùng: 6-12g/ngày, dạng thuốc sắc.

Kiên kỵ: âm hư hỏa vượng, phụ nữ có thai.

*** *Huyết giác (Lignum Dracaenae)***

Tên khoa học: *Dracaenae Cambodiana* Piere ex Gagnep.

Bộ phận dùng: lõi gỗ.

Thành phần hóa học: gồm hỗn hợp $C_6H_5-CO-CH_2-CO-OC_8H_9O$ và Dracoresinotanol chiếm 57-82%, dracoalben khoảng 2,5%, dracoresen 14%, nhựa không tan 3%, phlobaphen 0,03%, tro 8,3%, tạp thực vật 10,4%.

Tính vị, quy kinh: khô, sáp, bình. Quy kinh tâm, can.

Công năng, chủ trị: hoạt huyết chỉ thống, tán ứ sinh tân, chỉ huyết sinh cơ. Chủ trị chấn thương máu tụ sưng đau, sau đẻ huyết hòi, ứ trệ, bế kinh.

Dùng ngoài: vết thương chảy máu, vết thương mụn nhọt lâu lành không liền miệng.

Liều dùng, cách dùng: 8-12g, phối hợp các vị thuốc khác trong bài thuốc, hoặc ngâm rượu uống hoặc xoa bóp ngoài.

Kiên kỵ: phụ nữ có thai không dùng.

*** *Đây gấm (Gnetum montanum M.)***

Tên khoa học: *Gnetum montanum* Markgr, họ Gấm Gnetaceae

Bộ phận dùng: thân và rễ đã phơi khô hoặc sấy của cây Gấm (*Gnetum montanum* Markgr. Và *Gnetum scandens* Roxb.)

Thành phần hóa học: Tinh dầu, chất béo, triterpenoid, anthraquinon, antraglycosid, alkaloid, flavonoid, tannin, saponin, chất khử và acid hữu cơ

Tính vị, quy kinh: vị đắng, tính bình

Công năng, chủ trị: khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, tán ứ. Chủ trị: chữa phong thấp, đau xương khớp, rối loạn kinh nguyệt, vết thương rắn cắn, chữa ngộ độc, sốt, sốt rét

Liều dùng, cách dùng: 15-30g, dưới dạng thuốc sắc hoặc ngâm rượu. Dùng riêng hoặc phối hợp với các vị thuốc khác

Phụ lục 3

PHƯƠNG PHÁP BÀO CHẾ CAO DÁN HOẠT LẠC CHỈ THỐNG

Số lượng cho 1000g nguyên liệu để bào chế cao dán "Hoạt lạc chỉ thống" theo tỷ lệ sau:

STT	Thành phần	Tên khoa học	Số lượng (g)
1	Ngải diệp	<i>Herba Artemisiae vulgaris</i>	300
2	Địa liên	<i>Rhizoma Kaempferiae galangae</i>	200
3	Quế chi	<i>Ramulus Cinnamomi</i>	150
4	Huyết giác	<i>Lignum Dracaenae</i>	150
5	Dây gấm	<i>Gnetum montanum</i> M	150
6	Tá dược		50

Chuẩn bị:

- Ngải diệp, Địa liên, Quế chi, Huyết giác, Dây gấm: làm sạch, sấy khô
- Tá dược: làm sạch, sấy khô, tán bột mịn để riêng

Bào chế:

- Chiết dịch toàn phần trong nước của Ngải diệp, Địa liên, Quế chi, Huyết giác, Dây gấm
- Cô đặc dịch chiết tới nồng độ 1:2 thì cho toàn bộ tá dược vừa đủ và cô đặc tới khi đạt thành phẩm.

Quy cách đóng gói:

Cao dán Hoạt lạc chỉ thống được sản xuất thành dạng miếng, kích thước 10 x 15 cm, độ dày lớp cao từ 1 – 2 mm, lượng cao 10g/ miếng dán. Sản phẩm được đóng gói trong túi bóng kính

Bảo quản: Nơi khô ráo, nhiệt độ dưới 30°C

Phụ lục 4. TIÊU CHUẨN CƠ SỞ CỦA CAO DÁN HLCT

BỆNH VIỆN TỰỆ TỈNH
KHOA ĐƯỢC

Ký hiệu: TCKT 2024/CDHLCT
Ban hành lần: 01
Ngày ban hành: 03/4/2024

BẢN SAO

TIÊU CHUẨN KỸ THUẬT CAO DÁN HOẠT LẠC CHỈ THỐNG

1. KHÁI QUÁT

- Tên tiêu chuẩn: Tiêu chuẩn kỹ thuật Cao dán Hoạt lạc chỉ thống.
- Ký hiệu: TCKT 2024/CDHLCT
- Phạm vi áp dụng: Tiêu chuẩn này được áp dụng cho sản phẩm cao dán Hoạt lạc chỉ thống

2. YÊU CẦU KỸ THUẬT

2.1. Cao dán :

- Công thức cho 1 kg cao

Ngải cứu	300 g	Huyết giác	150 g
Địa liên	200 g	Dây gấm	150 g
Quế chi	150g	Tá dược	50 g

- Miếng dán cố định cao: sử dụng băng y tế, băng dính cao thuốc

2.2. Tiêu chuẩn chất lượng

2.2.1. Tính chất:

- Miếng dán có độ bắt dính thích hợp (dễ dính, dễ bóc)
- Phần cao đặc có màu nâu đen, mùi thơm của dược liệu

2.2.2. Độ đồng đều khối lượng của cao: Không được có quá hai đơn vị có khối lượng nằm ngoài giới hạn chênh lệch so với khối lượng trung bình $\pm 5\%$, và không được có đơn vị nào có khối lượng vượt gấp đôi giới hạn đó.

2.2.3. Mất khối lượng do làm khô của cao đặc: Không quá 20%

2.2.4. Định tính cao: Phần cao phải có phép thử định tính của Quế chi, Ngải cứu

2.2.5. Thử tính kích ứng: Sản phẩm không được có tính kích ứng trên da

2.2.6. Giới hạn vi sinh vật của cao:

- Tổng số vi sinh vật hiếu khí: Không được vượt quá 100 CFU/g
- Tổng số nấm: Không được vượt quá 10 CFU/g
- Không được có *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* trong 1 g cao dán

3. PHƯƠNG PHÁP THỬ

3.1. **Tính chất:** Kiểm tra bằng cảm quan, chế phẩm phải đạt các yêu cầu đã nêu.

3.2. **Độ đồng đều khối lượng cao:** Tiến hành trên 20 đơn vị bất kỳ, xác định khối lượng lớp cao của từng đơn vị và tính khối lượng trung bình của lớp cao. Cho phép không quá 2 đơn vị có khối lượng lệch ra ngoài 5 % so với khối lượng trung bình và không có đơn vị nào có khối lượng lệch ra ngoài 10 % so với khối lượng trung bình.

Tiến hành: Cân từng đơn vị cao dán, ta được khối lượng m1, dùng hỗn hợp dung môi hữu cơ phù hợp để rửa hết lớp cao, làm khô, rồi cân lại khối lượng của lớp bằng dính, ta được khối lượng m2. Khối lượng lớp chứa cao là hiệu số của m1 và m2

3.3. **Mất khối lượng do làm khô của cao:** Thử theo Dược điển Việt Nam V, phụ lục 9.6, 1g, 100°C; 4 h

3.4. **Giới hạn vi sinh vật:** Tiến hành theo phép thử độ nhiễm khuẩn phụ lục 13.6 Dược điển Việt Nam V, phương đĩa thạch.

4. ĐÓNG GÓI, GHI NHÃN, BẢO QUẢN

- Đóng gói: Sản phẩm được đóng trong túi bóng kính
- Ghi nhãn: Rõ ràng, đúng quy định tại thông tư quy định ghi nhãn thuốc
- Bảo quản: Nơi khô ráo, nhiệt độ dưới 30°C

XÁC NHẬN
CỦA BỆNH VIỆN



PHÓ GIÁM ĐỐC
Nguyễn Duy Thuần



CÔNG CHỨNG VIÊN
Bùi Thị Thanh Lâm

KHOA DƯỢC

Thư ký



Phụ lục 5. BẢNG CÂU HỎI OSWESTRY DISABILITY

Phần 1: Mức độ đau

0. Hiện tại không đau
1. Hiện tại chỉ đau rất ít
2. Hiện tại đau vừa
3. Hiện tại đau khá nhiều
4. Hiện tại đau rất nhiều
5. Hiện tại quá đau không thể tưởng tượng nổi

Phần 2: Chăm sóc bản thân

0. Tự chăm sóc bản thân bình thường mà không gây đau thêm
1. Tự chăm sóc bản thân bình thường nhưng gây đau thêm
2. Tự chăm sóc bản thân nhưng cần phải chậm và cẩn thận hơn vì đau
3. Cần giúp đỡ một ít nhưng vẫn tự làm được hầu hết các hoạt động chăm sóc bản thân
4. Cần giúp đỡ hàng ngày đối với hầu hết các hoạt động chăm sóc bản thân
5. Không thể tự mặc quần áo, tắm rửa khó khăn và phải nằm tại giường

Phần 3: Nâng vật nặng

0. Có thể nâng vật nặng mà không gây đau thêm
1. Có thể nâng vật nặng nhưng gây đau thêm
2. Vì đau nên không thể nâng vật nặng lên từ sàn nhà, nhưng có thể nâng được nếu vật đặt ở vị trí thuận lợi như trên bàn
3. Vì đau nên không thể nâng vật nặng, chỉ có thể nâng vật có khối lượng từ nhẹ đến trung bình nếu vật ở vị trí thuận lợi
4. Chỉ có thể nâng vật có khối lượng rất nhẹ
5. Không thể nâng được bất cứ vật gì

Phần 4: Đi bộ

- 0. Đau nhưng vẫn đi bộ được với mọi khoảng cách
- 1. Đau nên chỉ đi bộ được không quá 2 km
- 2. Đau nên chỉ đi bộ được không quá 1 km
- 3. Đau nên chỉ đi bộ được không quá 500m
- 4. Đau nên chỉ đi bộ được khi có gậy hoặc nạng
- 5. Đau nên không đi được, hầu như chỉ nằm trên giường

Phần 5: Ngồi

- 0. Có thể ngồi trên bất kỳ chiếc ghế nào và ngồi bao lâu cũng được
- 1. Chỉ có thể ngồi trên kiểu ghế phù hợp, nhưng bao lâu cũng được
- 2. Đau nên chỉ ngồi được không quá 1 giờ
- 3. Đau nên chỉ ngồi được không quá 30 phút
- 4. Đau nên chỉ ngồi được không quá 10 phút
- 5. Đau nên không thể ngồi được

Phần 6: Đứng

- 0. Có thể đứng bao lâu cũng được mà không gây đau thêm
- 1. Có thể đứng bao lâu cũng được nhưng gây đau thêm
- 2. Đau nên chỉ đứng được không quá 1 giờ
- 3. Đau nên chỉ đứng được không quá 30 phút
- 4. Đau nên chỉ đứng được không quá 10 phút
- 5. Đau nên không thể đứng được

Phần 7: Giấc ngủ

- 0. Không bị mất ngủ do đau gây nên
- 1. Tỉnh thoảng mất ngủ vì đau
- 2. Vì đau nên chỉ ngủ được ít hơn 6 giờ/ngày
- 3. Vì đau nên chỉ ngủ được ít hơn 4 giờ/ngày
- 4. Vì đau nên chỉ ngủ được ít hơn 2 giờ/ngày
- 5. Vì đau nên không thể ngủ được

Phần 8 Sinh hoạt tình dục

0. Sinh hoạt tình dục đều đặn như bình thường mà không gây đau thêm
1. Sinh hoạt tình dục đều đặn như bình thường nhưng có gây đau thêm
2. Sinh hoạt tình dục khá đều, gần như bình thường nhưng gây đau nhiều
3. Ít sinh hoạt tình dục hơn nhiều so với bình thường vì đau
4. Gần như không sinh hoạt tình dục nữa vì đau
5. Không sinh hoạt tình dục nữa vì đau

Phần 9: Hoạt động xã hội

0. Tham gia hoạt động xã hội bình thường mà không gây đau thêm
1. Tham gia hoạt động xã hội bình thường nhưng gây đau thêm
2. Đau ảnh hưởng không đáng kể đến các hoạt động xã hội, ngoại trừ các hoạt động mạnh như chơi thể thao
3. Vì đau nên ít tham gia hoạt động xã hội và ít ra ngoài hơn
4. Vì đau nên chỉ tham gia các hoạt động xã hội tại nhà
5. Vì đau nên không tham gia bất cứ hoạt động xã hội nào

Phần 10. Đi xa (ngồi trên xe)

0. Có thể đi xa bất cứ nơi nào mà không gây đau thêm
1. Có thể đi xa bất cứ nơi nào nhưng gây đau thêm
2. Dù đau nhưng vẫn có thể thực hiện được chuyến đi hơn 2 giờ
3. Đau nhiều nên chỉ có thể đi xa dưới 1 giờ
4. Đau nhiều nên chỉ có thể đi xa dưới 30 phút khi thật sự cần thiết
5. Đau nên không thể đi đâu được, ngoại trừ việc đi khám và điều trị

Phụ lục 6

GIẤY ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: Đánh giá tác dụng của cao dán "Hoạt lạc chỉ thống" kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau thần kinh tọa

Họ và tên người bệnh:

Tuổi:

Địa chỉ:

Sau khi được bác sỹ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của đối tượng tham gia nghiên cứu.

Tôi được cam kết thông tin tôi cung cấp chỉ được dùng cho mục đích nghiên cứu. Bác sỹ điều trị chính cho tôi cũng được thông báo việc tôi tham gia nghiên cứu và tôi được thông báo rằng nghiên cứu này đã được thông qua bởi hội đồng đạo đức.

Tôi cũng được thông báo về quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

Tôi (hoặc người đại diện gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này

Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu

Mọi thông tin chi tiết có liên quan đến nghiên cứu có thể liên hệ: Bác sỹ Bạch Thị Mai Hương. Điện thoại: 0948817288

Cao Bằng, ngày tháng năm 20..

Người bệnh tham gia nghiên cứu

(Ký, ghi rõ họ tên)

Phụ lục 7
MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG NGHIÊN CỨU



HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM
VIỆN NGHIÊN CỨU Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUỆ TĨNH

BÁO CÁO KẾT QUẢ THỬ NGHIỆM

TÍNH KÍCH ỨNG DA CỦA “CAO DÁN HOẠT
LẠC CHỈ THÔNG”
TRÊN THỰC NGHIỆM

HÀ NỘI - 2024



Hà Nội, ngày 25 tháng 5 năm 2024

BÁO CÁO KẾT QUẢ THỬ NGHIỆM
TÍNH KÍCH ỨC DA CỦA “CAO DÁN HOẠT LẠC CHỈ THỐNG”
TRÊN THỰC NGHIỆM

1. Nhóm nghiên cứu

1. Đỗ Xuân Hoàng (học viên chuyên khoa 2)
2. TS. Nguyễn Tiến Chung
3. TS. Nguyễn Thị Minh Thu
4. TS. Phạm Thanh Tùng
5. Và một số KTV

2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tháng 03 năm 2024 tại Phòng thí nghiệm Bộ môn Dược lý và Viện Nghiên cứu Y Dược cổ truyền Tuệ Tĩnh, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

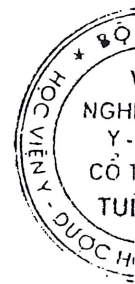
2. Đối tượng nghiên cứu

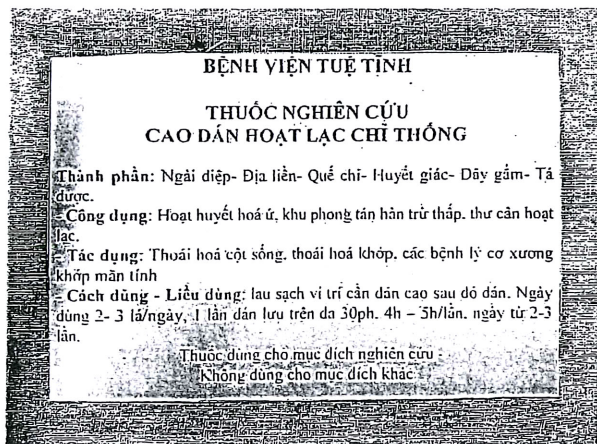
Mẫu nghiên cứu là “Cao dán Hoạt lạc chỉ thống” được bào chế dưới dạng cao dán, có màu xanh đen, mùi thơm dược liệu. Tỷ lệ tính theo 1000 g cao dược liệu như sau:

Bảng 1. Thành phần của “Cao dán Hoạt lạc chỉ thống”

TT	Tên vị thuốc	Số gam
1	Ngải diệp (<i>Folium Artemisiae vulgaris</i>)	300
2	Địa liên (<i>Rhizoma Kaempferiae galangae</i>)	200
3	Quế chi (<i>Ramulus Cinnamomi</i>)	150
4	Huyết giác (<i>Lignum Dracaenae</i>)	150
5	Dây gấm (<i>Caulis Gneti montani</i>)	150
	Tá dược	50

Các dược liệu đều đạt TCCS hoặc tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V, do Khoa Dược, Bệnh viện Tuệ Tĩnh sản xuất. Cao được phết lên các miếng dán có kích thước 10 × 15 cm, độ dày lớp cao từ 1-2 mm, diện tích lớp cao 10 × 15 cm, lượng cao 10g/miếng dán. Cao dán được cắt thành những miếng nhỏ có kích thước 2,5 × 2,5 cm trước khi thử nghiệm.





Hình 1. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống

3. Động vật dùng trong nghiên cứu

Thỏ trưởng thành (*Oryctolagus cuniculus* L.), tổng số 06 con, cân nặng trung bình $2,1 \pm 0,2$ kg, 2 tháng tuổi, khỏe mạnh, không phân biệt đực - cái, do trung tâm nghiên cứu dê và thỏ Sơn Tây cung cấp. Động vật cái không mang thai, không nuôi con bú và chưa sinh sản lần nào. Động vật được nuôi ổn định 5 ngày trong điều kiện thí nghiệm trước khi tiến hành nghiên cứu.

4. Dụng cụ dùng trong nghiên cứu

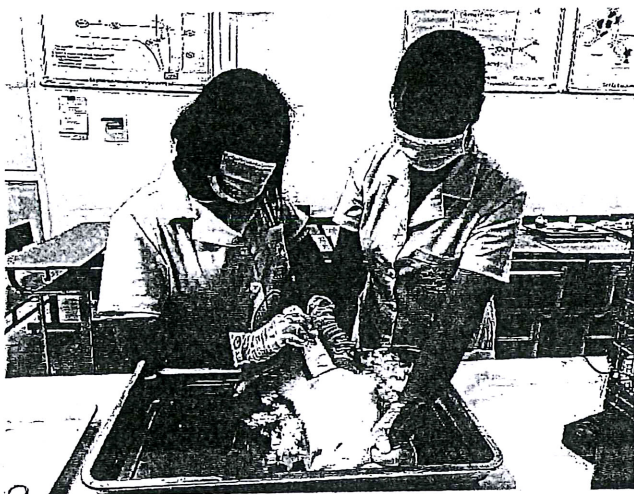
- + Cân điện Precisa XB 320C, độ chính xác $d = 1$ mg.
- + Tông đơ điện.
- + Kéo, cốc thủy tinh chia vạch, đĩa thủy tinh.
- + Băng, gạc vô trùng.
- + Kính lúp.

5. Tiến hành nghiên cứu

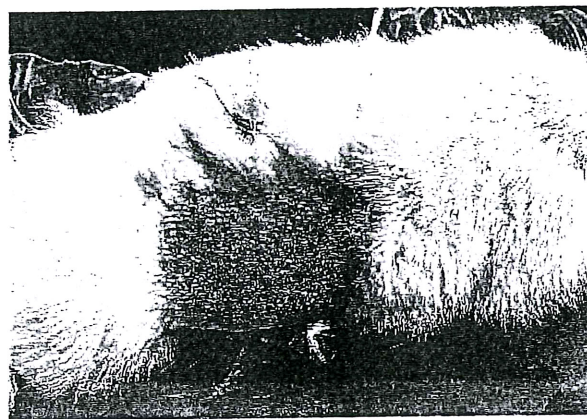
Thử nghiệm được tiến hành trên thỏ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và OECD 404.

Chuẩn bị động vật:

Trước thí nghiệm, làm sạch lông thỏ ở vùng hai bên sườn đều về hai bên cột sống một khoảng đủ rộng để đặt các mẫu thử và đối chứng (khoảng 10 x 15 cm). Chỉ những thỏ có da khoẻ mạnh, đồng đều và lạnh lặn mới được dùng vào thí nghiệm (hình 2 & 3).



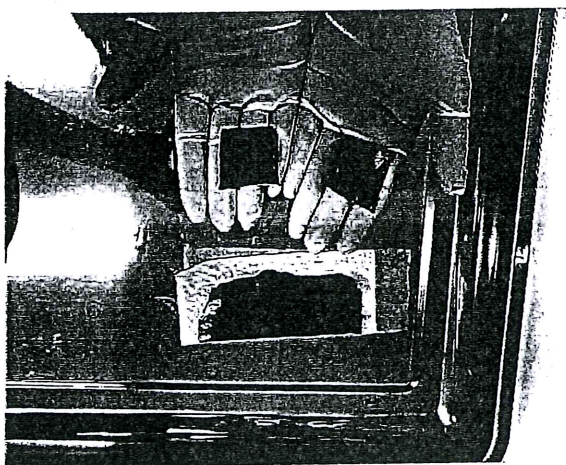
Hình 2: Cạo lông thỏ



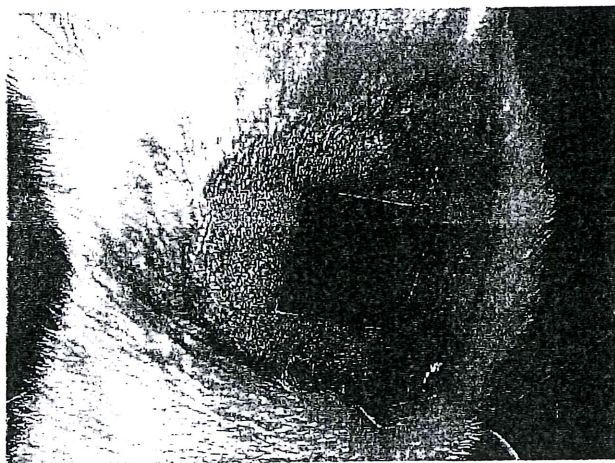
Hình 3: Chọn thỏ có da lạnh lặn

Chuẩn bị mẫu thử:

Cắt các miếng cao dán Hoạt lực chỉ thống với kích thước 2,5 x 2,5 cm từ miếng cao dán lớn ban đầu để thử trên 06 thỏ (mỗi miếng cao dán nhỏ tương ứng 0,4167 g cao dược liệu). Mỗi thỏ đều có vùng hai bên sườn, một bên đặt 1 miếng cao dán và bên kia đặt 1 miếng gạc tẩm nước cất.



Hình 4: Chuẩn bị miếng cao dán đặt lên da thỏ



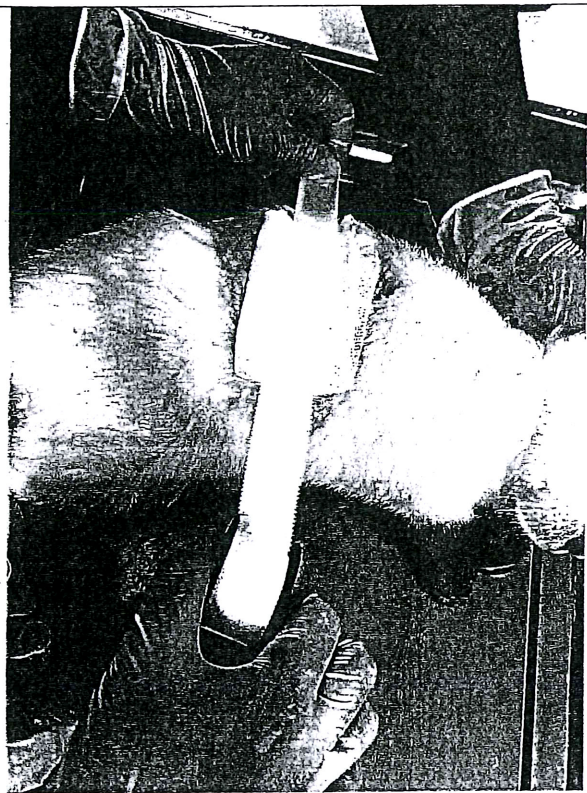
Hình 5: Đặt mẫu thử lên da thỏ

Chuẩn bị miếng gạc tẩm dung môi (nước cất):

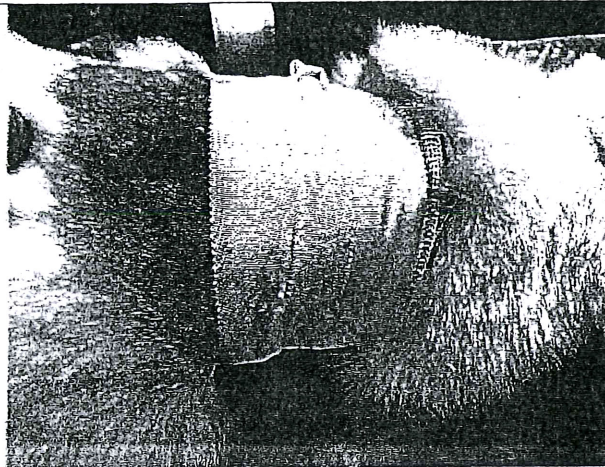
Cắt những miếng gạc có kích thước 2,5 x 2,5 cm, tẩm nước cất với tỷ lệ 0,5 mL/miếng (đối chứng).

Đặt mẫu thử:

Đặt trên da thỏ ở một bên sườn 1 miếng cao dán (mẫu thử) và bên kia 1 miếng gạc tẩm nước cất (hình 5). Cố định miếng gạc bằng băng dính không gây kích ứng da và gạc trong 24 giờ (hình 6, 7). Tại mỗi thời điểm quan sát, bỏ gạc và băng dính, dùng nước cất lau nhẹ để làm sạch mẫu thử còn lại trên da.



Hình 6. Đặt gạc phủ lên miếng dán



Hình 7. Băng cố định miếng dán

Quan sát và ghi điểm:

Quan sát và ghi điểm phản ứng trên chỗ da đặt chất thử so với da không đặt chất thử ở các thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ và 24 giờ sau khi làm sạch mẫu thử. Đánh giá phản ứng trên da ở các mức độ gây ban đỏ, phù nề theo qui định ở bảng 2.

Bảng 2. Mức độ phản ứng trên da thỏ

Phản ứng	Điểm đánh giá
Sự tạo vảy và ban đỏ	
- Không ban đỏ	0
- Ban đỏ rất nhẹ (vừa đủ nhận thấy)	1
- Ban đỏ nhận thấy rõ	2
- Ban đỏ vừa phải đến nặng	3

- Ban đồ nghiêm trọng (đỏ tấy) đến tạo thành vảy để ngăn ngừa sự tiến triển của ban đồ	4
Gây phù nề	
- Không phù nề	0
- Phù nề rất nhẹ (vừa đủ nhận thấy)	1
- Phù nề nhận thấy rõ (viền phù nề phồng lên rõ)	2
- Phù nề vừa phải (da phồng lên khoảng 1mm)	3
- Phù nề nghiêm trọng (da phồng lên trên 1mm và có lan rộng ra vùng xung quanh)	4
Tổng số điểm kích ứng tối đa có thể	8

Những thay đổi khác trên da sẽ được theo dõi và ghi chép đầy đủ.

Đánh giá kết quả:

Trên mỗi thử, điểm phản ứng được tính bằng tổng số điểm ở hai mức độ ban đỏ và phù nề chia cho số lần quan sát. Điểm kích ứng của mẫu thử được lấy trung bình điểm phản ứng của các thử đã thử. Trong trường hợp có dùng mẫu đối chứng, điểm phản ứng của mẫu thử được trừ đi số điểm của mẫu đối chứng.

Chỉ sử dụng các điểm tại thời gian quan sát ở 6 giờ để tính kết quả. Đối chiếu điểm kích ứng với các mức độ quy định trên bảng 2 để xác định khả năng gây kích ứng trên da thử của mẫu thử.

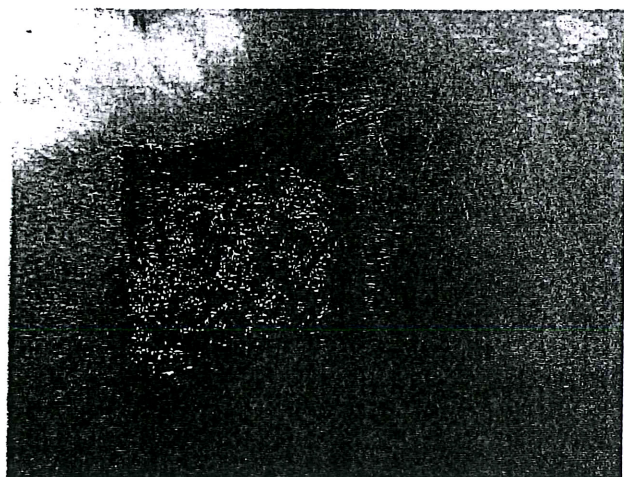
Bảng 3. Phân loại các phản ứng trên da thử

Loại phản ứng	Điểm trung bình
Kích ứng không đáng kể	0-0,5
Kích ứng nhẹ	> 0,5-2,0
Kích ứng vừa phải	> 2,0-5,0
Kích ứng nghiêm trọng	> 5,0 - 8,0

6. Kết quả nghiên cứu

Trong suốt thời gian theo dõi, tại các thời điểm sau khi đặt thuốc 1, 2, 4, 6 và 24 giờ, vùng da đặt mẫu thử vẫn bình thường, không có dấu hiệu ban đỏ, không bị kích ứng, phù nề hay viêm. Sau khi bóc mẫu thử, vùng da đặt chất thử có màu hơi vàng nhạt, nhưng da nguyên vẹn, lành lặn, không có biểu hiện sưng tấy, đỏ hay viêm nhiễm. Da hoàn toàn khỏe mạnh. Vùng da đặt chất thử và vùng da chứng tương tự

nhau. Tuy nhiên, do đặc điểm của cao dán rất chắc dẻo và dính, nên một số vùng da không thể lấy hết phần cao dính trên da (hình 8-12).



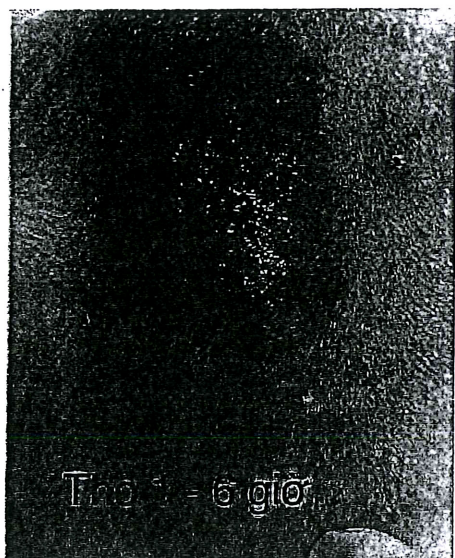
Hình 8: Da thỏ số 3 sau 1 giờ đặt mẫu thử



Hình 9: Da thỏ số 2 sau 2 giờ đặt mẫu thử



Hình 10: Da thỏ số 5 sau 4 giờ đặt mẫu thử



Hình 11: Da thử 1 sau 6 giờ đặt mẫu thử



Hình 12: Da thử sau 24 giờ đặt mẫu thử

Cả 6 thử đều có vùng da đặt mẫu thử lành lặn, không viêm, không sưng tấy, kích ứng hay ban đỏ. Vùng da đặt mẫu thử và vùng da đặt nước cất tương tự nhau.

7. Kết luận

Đã thử nghiệm tác dụng kích ứng da thử của Cao dán Hoạt lạc chỉ thống với liều 0,4167 g cao, dán trên diện tích 2,5 x 2,5 cm da nhận thấy da thử hoàn toàn bình thường, khỏe mạnh, không bất cứ biểu hiện dị ứng hay viêm nào trong suốt thời gian đắp 24 giờ. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống an toàn với da thử ở mức liều đã thử nghiệm.

Hà Nội, ngày 25 tháng 3 năm 2024

ĐẠI DIỆN NHÓM NGHIÊN CỨU

**CHỨNG THỰC BẢN SAO
ĐÚNG VỚI BẢN CHÍNH**

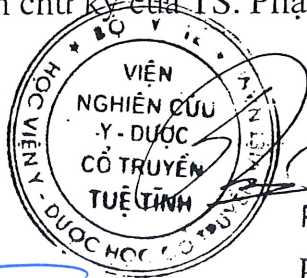
Ngày 05-06-2025

Số: 5765 Quyển số: 4 SCT/BS

TS. Phạm Thanh Tùng

VIỆN NGHIÊN CỨU Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUỆ TĨNH

Xác nhận chữ ký của TS. Phạm Thanh Tùng là đúng



PHÓ VIỆN TRƯỞNG PHỤ TRÁCH

PGS.TS. Vũ Đức Lợi

CÔNG CHỨNG VIÊN
Má Hồng Linh

SỞ Y TẾ CAO BẰNG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y DƯỢC
CỔ TRUYỀN – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Đề tài: Đánh giá tác dụng của Cao dán "Hoạt lạc chỉ thống" kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau thần kinh tọa

1. Nhóm chứng

STT	Mã BA	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Ngày vào viện	Địa chỉ
1	BA25000008221	Nông Hoàng T.	1974	Nam	15/7/2025	Xã Bạch Đằng – CB
2	BA25000007804	Đinh Văn D.	1963	Nam	07/7/2025	Phục hòa - CB
3	BA25000007861	Mông Thế T.	1966	Nam	08/7/2025	Trùng Khánh - CB
4	BA25000006945	Vi Văn S.	1953	Nam	18/6/2025	Quảng Hòa - CB
5	BA25000005233	Vương Văn G.	1959	Nam	08/5/2025	Sông Bằng - CB
6	BA25000005062	Đinh Thị B.	1954	Nữ	06/5/2025	Hòa An - CB
7	BA25000005070	Đàm Thị D.	1952	Nữ	06/5/2025	Sông Bằng - CB
8	BA25000007494	Lục Văn D.	1949	Nam	01/7/2025	Nùng Trí Cao - CB
9	BA25000006301	Hoàng Thị R.	1959	Nữ	04/6/2025	Hòa An - CB
10	BA25000007500	Hoàng Văn Q.	1957	Nam	01/7/2025	Đàm Thủy - CB
11	BA25000006274	Nông Văn K.	1959	Nam	04/6/2025	Thạch An - CB
12	BA25000008459	Hoàng Thị C.	1957	Nữ	21/7/2025	Lũng Nặm - CB
13	BA25000008710	Trần Thị B.	1990	Nữ	28/7/2025	Minh Khai - CB

14	BA25000008458	Phan Sầm L.	1968	Nữ	21/7/2025	Tân Giang - CB
15	BA25000008350	Hoàng Thị M.	1965	Nữ	18/7/2025	Tân Giang - CB
16	BA25000008402	Lý Thị N.	1975	Nữ	21/7/2025	Nam Tuấn - CB
17	BA25000003569	Hoàng Thanh T.	1965	Nữ	01/4/2025	Thạch An - CB
18	BA25000003627	Ma Văn H.	1953	Nam	02/4/2025	Hưng Đạo - CB
19	BA25000003794	Đinh Ích N.	1982	Nam	04/4/2025	Trùng Khánh - CB
20	BA25000003932	Nguyễn Thị H.	1966	Nữ	08/4/2025	Ngọc Xuân - CB
21	BA25000003955	Nguyễn Thị N.	1981	Nữ	09/4/2025	Quảng Hòa - CB
22	BA25000003956	Nông Thị S.	1953	Nữ	09/4/2025	Quảng Hòa - CB
23	BA25000003851	Trần Thị E.	1956	Nữ	08/4/2025	Thạch An - CB
24	BA25000003818	Nông Thị T.	1954	Nữ	08/4/2025	Hạ Lang - CB
25	BA25000003902	Nông Thị N.	1960	Nữ	08/4/2025	Trùng Khánh - CB
26	BA25000004051	Nguyễn Thị K.	1963	Nữ	10/4/2025	Sông Hiến - CB
27	BA25000004275	Lê Thanh T.	1959	Nam	15/4/2025	Hợp Giang - CB
28	BA25000004200	Phan Thị L.	1953	Nữ	14/4/2025	Thạch An - CB
29	BA25000004221	Lương Thị D.	1949	Nữ	14/4/2025	Quảng Hòa - CB
30	BA25000004203	Phương Thị H.	1947	Nữ	14/4/2025	Sông Hiến - CB
31	BA25000004198	Nguyễn Văn X.	1958	Nam	14/4/2025	Sông Bằng - CB
32	BA25000004442	Hoàng Văn K.	1993	Nam	17/4/2025	Bảo Lâm - CB

TỈNH
BỆNH
ĐẠI KH
SỐ TRUY
CHỨC
CA

33	BA25000004545	Lăng Thị N.	1956	Nữ	21/4/2025	Hòa Chung - CB
34	BA25000004673	Hà Văn Q.	1956	Nam	23/4/2025	Hạ Lang - CB
35	BA25000009422	Nông Thị L.	1948	Nữ	12/8/2025	Hà Quảng - CB

2. Nhóm nghiên cứu

STT	Mã BA	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Ngày vào viện	Địa chỉ
1	BA25000008378	Hoàng Thị N.	1974	Nữ	21/7/2025	P. Nùng Trí Cao - CB
2	BA25000008537	Nông Công H.	1977	Nam	23/7/2025	X. Đoàn Dương - CB
3	BA25000008088	Ngô Thị M.	1957	Nữ	14/7/2025	X. Phục Hòa - CB
4	BA25000008723	Lục Văn T.	1955	Nam	28/7/2025	X. Kim Đồng - CB
5	BA25000008638	Lâm Văn C.	1988	Nam	25/7/2025	X. Bế Văn Đàn - CB
6	BA25000008413	Liều Văn Q.	1965	Nam	21/7/2025	X. Trùng Khánh - CB
7	BA25000008431	Chu Thị N.	1945	Nữ	21/7/2025	X. Quảng Uyên - CB
8	BA25000008944	Mông Thị T.	1964	Nữ	01/8/2025	X. Đông Khê - CB
9	BA25000008840	Trần Quốc T.	1950	Nam	31/7/2025	X. Minh Khai - CB
10	BA25000009087	Nguyễn Thu A.	1943	Nữ	06/8/2025	P. Thục Phán - CB
11	BA25000009137	Lầu Thanh S.	1969	Nam	06/8/2025	X. Trà Lĩnh - CB
12	BA25000009081	Nguyễn Thị T.	1956	Nữ	05/8/2025	P. Thục Phán - CB
13	BA25000009111	Đàm Thị L.	1947	Nữ	06/8/2025	X. Bế Văn Đàn - CB

14	BA25000009267	Đặng Thị H.	1957	Nữ	08/8/2025	P. Thực Phán - CB
15	BA25000009220	Nguyễn Thị H.	1956	Nữ	07/8/2025	X. Phục Hòa - CB
16	BA25000009215	Nông Thị N.	1949	Nữ	07/8/2025	X. Đàm Thủy - CB
17	BA25000009392	Vũ Xuân T.	1963	Nam	11/8/2025	P. Thực Phán - CB
18	BA25000009436	Nông Văn B.	1988	Nam	12/8/2025	X. Bế Văn Đàn - CB
19	BA25000009551	Linh Thị A.	1957	Nữ	14/8/2025	P. Thực Phán - CB
20	BA25000009551	Nông Văn K.	1971	Nam	13/8/2025	P. Thực Phán - CB
21	BA25000009575	Hoàng Thị C.	1961	Nữ	14/8/2025	X. Quảng Uyên - CB
22	BA25000009857	Lục Văn S.	1954	Nam	20/8/2025	X. Quảng Uyên - CB
23	BA25000009443	Hoàng Thị L.	1949	Nữ	12/8/2025	X. Hạnh Phúc - CB
24	BA25000009540	Mạc Văn H.	1970	Nam	14/8/2025	X. Trùng Khánh - CB
25	BA25000009565	Nông Thị N.	1969	Nữ	14/8/2025	X. Trùng Khánh - CB
26	BA25000009780	Nông Thị H.	1971	Nữ	19/8/2025	X. Lý Quốc - CB
27	BA25000009688	Hoàng Thị C.	1954	Nữ	18/8/2025	P. Thực Phán - CB
28	BA25000008968	Hoàng Thị T.	1955	Nữ	04/8/2025	P. Thực Phán - CB
29	BA25000009714	Bế Văn T.	1964	Nam	18/8/2025	P. Nùng Trí Cao - CB
30	BA25000009691	Hoàng Thị L.	1957	Nữ	18/8/2025	P. Thực Phán - CB
31	BA25000009843	Trần Đức L.	1952	Nam	20/8/2025	X. Minh Khai - CB
32	BA25000010013	Ma Văn H.	1982	Nam	25/8/2025	X. Hạnh Phúc - CB

33	BA25000006403	Lương Văn C.	1959	Nam	06/6/2025	H. Quảng Hòa - CB
34	BA25000008650	Triệu Thị B.	1946	Nữ	25/7/2025	X. Quang Long - CB
35	BA25000009753	Hoàng Thị T.	1952	Nữ	18/8/2025	X. Hạnh Phúc - CB

Cao Bằng, ngày 17 tháng 11 năm 2025

**XÁC NHẬN CỦA
PHÒNG KHTH**

Triệu Thị Kiều

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Võ Thị Bình

