

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

-----\*\*\*-----



**NGUYỄN TRỌNG GIÁP**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI TẬP MC GILL  
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM, HỒNG NGOẠI ĐIỀU TRỊ  
ĐAU THẦN KINH TOẠ**

**LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II**

**HÀ NỘI, NĂM 2025**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

-----\*\*\*-----



**NGUYỄN TRỌNG GIÁP**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI TẬP MC GILL  
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM, HỒNG NGOẠI ĐIỀU TRỊ  
ĐAU THẦN KINH TOẠ**

**LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II**

**Chuyên ngành: Y học cổ truyền**

**Người hướng dẫn khoa học**

1. PGS.TS Dương Trọng Nghĩa
2. TS. Nguyễn Văn Hải

**HÀ NỘI, NĂM 2025**

## LỜI CẢM ƠN

*Để hoàn thành khóa học và hoàn tất luận văn này, tôi luôn nhận được sự giúp đỡ vô cùng quý báu của các Thầy giáo, Cô giáo, các đồng nghiệp, bạn bè và gia đình.*

*Tôi xin chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo Sau đại học và các Thầy Cô giáo trong Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam đã giảng dạy, chỉ bảo tận tình, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.*

*Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc và lòng kính trọng đến các PGS, TS trong Hội đồng chấm luận văn đã góp ý cho tôi nhiều kiến thức quý báu để hoàn thành luận văn này.*

*Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS.TS Dương Trọng Nghĩa, Phó Giám đốc – Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương và Tiến sĩ Nguyễn Văn Hải, Bộ môn Châm cứu - Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam đã tận tình chỉ bảo, cung cấp cho tôi những kiến thức về mặt lý thuyết cũng như triển khai đề tài trên lâm sàng để hoàn tất luận văn này.*

*Tôi xin chân thành cảm ơn và ghi nhớ sự giúp đỡ của Ban lãnh đạo cùng tập thể các y bác sỹ, các bạn đồng nghiệp của khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Trung tâm Y tế huyện Yên Lạc đã tạo mọi điều kiện thuận lợi trong quá trình triển khai đề tài trên lâm sàng.*

*Cuối cùng, tôi cũng rất biết ơn những người thân trong gia đình, cùng bạn bè, đồng nghiệp đã luôn động viên khích lệ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.*

Hà Nội, ngày tháng năm 20

**Tác giả**

**Nguyễn Trọng Giáp**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Trọng Giáp, học viên lớp Chuyên khoa II - Khóa 9, Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

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

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

*Hà Nội, ngày tháng năm 20*

**Người viết cam đoan**

**Nguyễn Trọng Giáp**

## MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Đau thần kinh tọa theo Y học hiện đại.....	3
1.1.1. Khái niệm.....	3
1.1.2. Đặc điểm giải phẫu dây thần kinh tọa.....	3
1.1.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	5
1.1.4. Triệu chứng đau dây thần kinh tọa.....	5
1.1.5. Chẩn đoán.....	8
1.1.6. Điều trị.....	8
1.2. Đau thần kinh tọa theo Y học cổ truyền.....	9
1.2.1. Bệnh danh.....	9
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế gây bệnh.....	9
1.2.3. Các thể lâm sàng và phương pháp điều trị.....	10
1.3. Tổng quan về các phương pháp được sử dụng trong nghiên cứu.....	13
1.3.1. Tổng quan về điện châm.....	13
1.3.2. Tổng quan về phương pháp chiếu đèn hồng ngoại.....	14
1.3.3. Tổng quan về bài tập Mc Gill.....	15
1.4. Tình hình nghiên cứu điều trị đau dây thần kinh tọa trên thế giới và ở Việt Nam.....	18
1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới.....	18
1.4.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam.....	20
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	22
2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu.....	22
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu.....	22
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu.....	23
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	23
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.....	24

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.....	24
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	25
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	25
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và cách chọn mẫu.....	25
2.3.3. Quy trình nghiên cứu.....	26
2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	28
2.3.5. Phương pháp đánh giá kết quả điều trị.....	29
2.4. Thời gian, địa điểm nghiên cứu.....	32
2.5. Phương pháp xử lý số liệu.....	32
2.6. Không chế sai số.....	32
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu.....	33
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	35
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	35
3.2. Kết quả điều trị.....	39
3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.....	46
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	49
4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	49
4.2. Kết quả điều trị.....	55
4.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.....	65
KẾT LUẬN.....	67
KIẾN NGHỊ.....	68
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

**DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT**

BN	: Bệnh nhân
CSTL	: Cột sống thắt lưng
D0	: Trước điều trị
D10	: Sau ngày thứ 10 điều trị
D20	: Sau ngày thứ 20 điều trị
ĐC	: Đối chứng
HQĐT	: Hiệu quả điều trị
NC	: Nghiên cứu
ODI	: Oswestry Disability Index (Bộ câu hỏi khuyết tật đau thắt lưng Oswestry)
THCS	: Thoái hóa cột sống
VAS	: Visual Analogue Scale (Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau)
YHHD	: Y học hiện đại
YHCT	: Y học cổ truyền

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Tính điểm phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS.....	29
Bảng 2.2. Tính điểm phân loại tầm vận động của cột sống thắt lưng.....	29
Bảng 2.3. Tính điểm phân loại độ giãn cột sống thắt lưng.....	30
Bảng 2.4. Tính điểm phân loại góc $\alpha$ (nghiệm pháp Lasègue).....	30
Bảng 2.5. Tính điểm phân loại mức độ số lượng điểm đau Walleix.....	31
Bảng 2.6. Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày.....	31
Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi.....	35
Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh.....	37
Bảng 3.3. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị.....	38
Bảng 3.4. Đặc điểm YHCT trước điều trị.....	38
Bảng 3.5. Mức độ đau theo thang điểm VAS qua các thời điểm.....	39
Bảng 3.6. Phân loại mức độ đau VAS trước và sau điều trị.....	39
Bảng 3.7. Sự cải thiện động tác gấp cột sống thắt lưng trước và sau điều trị.....	41
Bảng 3. 9. Sự cải thiện động tác duỗi cột sống thắt lưng trước và sau điều trị.....	41
Bảng 3.8. Sự cải thiện động tác nghiêng cột sống thắt lưng trước và sau điều trị.....	42
Bảng 3.10. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị.....	42
Bảng 3.11. Hiệu quả cải thiện triệu chứng Y học cổ truyền.....	43
Bảng 3.12. Sự thay đổi mạch, huyết áp trước và sau điều trị.....	45
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị.....	46
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị.....	47
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị.....	48

**DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính .....	35
Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp .....	36
Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo vị trí đau .....	37
Biểu đồ 3.4. Độ giãn cột sống thắt lưng trước và sau điều trị của hai nhóm.....	40
Biểu đồ 3.5. Nghiệm pháp Lasègue trước và sau điều trị của hai nhóm.....	40
Biểu đồ 3.6. Kết quả điều trị chung của hai nhóm.....	44

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh đau thần kinh tọa (TKT) hay còn gọi là đau thần kinh hông to có tên tiếng anh “Sciatica pain” là một bệnh lý khá phổ biến trên lâm sàng trong các bệnh về nội khoa nói chung và các bệnh về cơ - xương - khớp nói riêng. Y học cổ truyền (YHCT) mô tả đau TKT thuộc phạm vi “chứng tý” với các bệnh danh như tọa cốt phong, yêu cước thống, tọa điển phong [1].

Ở Việt Nam cũng như trên thế giới, đau TKT có xu hướng ngày càng tăng và trẻ hóa do thói quen làm việc, sinh hoạt chưa khoa học. Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên đau TKT, trong đó thoái hoá cột sống (THCS) là nguyên nhân hay gặp nhất ở độ tuổi trên 40 [2]. Theo nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu (2019) của 369 bệnh tật và thương tích ở 204 quốc gia, đau TKT là một trong những bệnh lý phổ biến và là gánh nặng bệnh tật hàng đầu [3]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Trần Thị Minh Hoa và cộng sự, tỷ lệ đau cơ xương khớp của người trưởng thành ở thành thị là 14,5%, trong đó đau TKT chiếm 11,2% [4]. Bệnh thường gặp ở cả nam lẫn nữ, chủ yếu xảy ra ở độ tuổi lao động. Đây là nguyên nhân phổ biến nhất gây mất khả năng lao động ở những người dưới 45 tuổi, gây ảnh hưởng nhiều tới nghề nghiệp, sinh hoạt của bệnh nhân, là một gánh nặng cho gia đình và xã hội [5].

Cho đến nay việc điều trị đau TKT vẫn còn là vấn đề làm cho người thầy thuốc phải suy nghĩ nhằm tìm ra phương pháp điều trị thích hợp nhất với người bệnh. Có rất nhiều phương pháp được áp dụng. Điều trị bằng Y học hiện đại (YHHĐ) bao gồm điều trị bảo tồn bằng nội khoa (thuốc chống viêm giảm đau, giãn cơ, vitamin nhóm B liều cao, corticoid tiêm ngoài màng cứng...) kết hợp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng [6]. Các phương pháp điều trị bằng Y học cổ truyền đang được áp dụng như châm, cứu, xoa bóp bấm huyệt, uống thuốc thang [1], [7].

Trên thực tế, điều trị bằng các phương pháp YHHĐ đã mang lại những hiệu quả nhất định, nhưng cũng có nhược điểm là các thuốc giảm đau chống viêm có khá nhiều tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa và tim mạch [8]. Cùng với sự phát triển của Y học, ngành phục hồi chức năng cũng có nhiều phương pháp đột phá trong

điều trị đau TKT như: Nhiệt trị liệu, điện trị liệu, kéo giãn cột sống... Các phương pháp điều trị: Điện châm châm, hồng ngoại và bài tập MC Gill là phương pháp dễ ứng dụng, chi phí không cao, ít tai biến, tỷ lệ bệnh tái phát ít, giải quyết tương đối tốt những triệu chứng và sớm trả lại cuộc sống cho người bệnh. Tuy nhiên, hiện nay chưa có công trình nào nghiên cứu một cách hệ thống hiệu quả điều trị kết hợp của các phương pháp này trên bệnh nhân đau TKT. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá tác dụng của điện châm, hồng ngoại và bài tập Mc Gill trong điều trị bệnh đau thần kinh tọa”** với hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá tác dụng của bài tập MC Gill kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau thần kinh tọa do thoái hoá cột sống thắt lưng.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị.

## CHƯƠNG 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

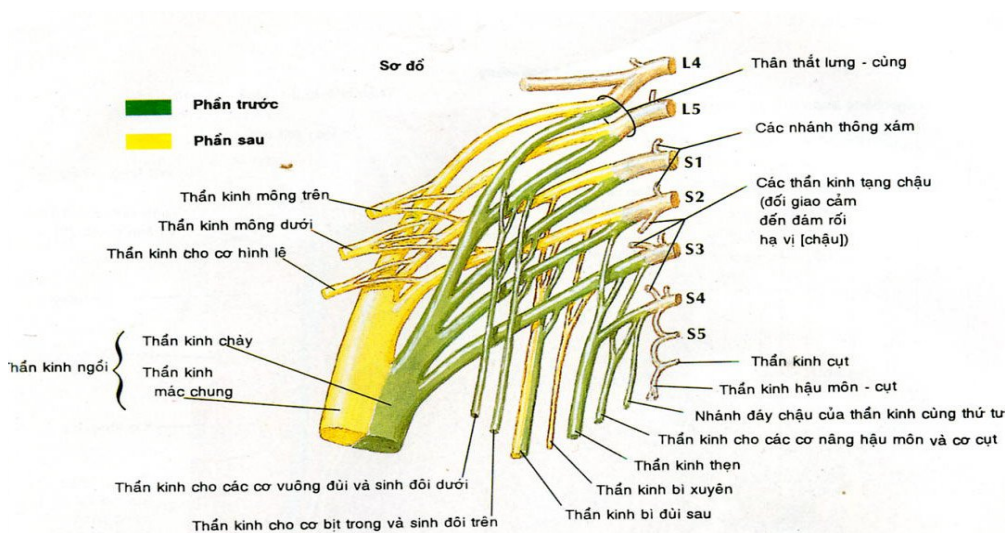
#### 1.1. Đau thần kinh tọa theo Y học hiện đại

##### 1.1.1. Khái niệm:

Đau dây thần kinh tọa là hội chứng đau rễ thần kinh L<sub>5</sub> và S<sub>1</sub>, có đặc tính đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa từ thắt lưng xuống mông dọc theo mặt sau đùi xuống cẳng chân, xiên ra ngón chân cái hoặc ngón út tùy theo rễ bị đau [6], [9], [10].

##### 1.1.2. Đặc điểm giải phẫu dây thần kinh tọa

Dây thần kinh tọa hay còn gọi là dây thần kinh hông to (dây thần kinh ngồi) là dây thần kinh to và dài nhất cơ thể, xuất phát từ đám rối thắt lưng cùng do các rễ L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>, S<sub>3</sub> hợp thành, trong đó rễ L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub> là chủ yếu [11], [12].



**Hình 1.2. Hình ảnh đám rối thắt lưng cùng [12]**

Sau khi các rễ hợp lại thành dây TKT để đi ra ngoài ống sống phải qua một khe hẹp gọi là khe gian đốt đĩa đệm - dây chằng. Khe này có cấu tạo phía trước là thân đốt sống, đĩa đệm, phía bên là cuống giới hạn lỗ liên hợp, phía sau là dây chằng. Khi các thành phần này bị tổn thương đều có thể gây đau dây TKT do chèn ép hoặc dằn dính [11], [12].

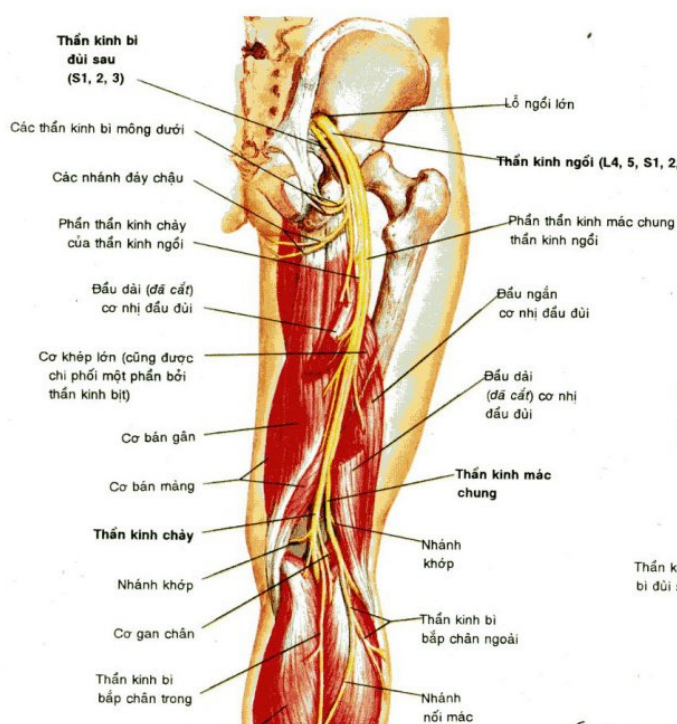
Ra khỏi ống xương sống dây TKT đi qua phía trước khớp cùng chậu, sau đó nó chạy qua lỗ ngồi lớn của xương chậu để vào mông. Ở mông dây TKT đi giữa ụ ngồi

và máu chuyển lớn xương đùi. Từ đây dây TKT chạy theo đường thẳng đến điểm giữa nếp lằn khoeo chân. Tại trám khoeo dây TKT chia ra làm hai nhánh:

- Thần kinh hông khoeo ngoài (thần kinh mác chung): Đi chếch xuống dọc theo gân cơ nhị đầu, tới dưới chỏm xương mác thì vòng ra trước quanh cổ xương mác và tận cùng bằng hai nhánh là thần kinh mác nông và thần kinh mác sâu. Thần kinh mác chung chi phối vận động cơ căng chân trước ngoài và cơ mu chân, cảm giác một phần mặt sau đùi, mặt trước ngoài căng chân, ba ngón rưỡi trước mu chân và một phần phía sau căng chân.

- Thần kinh hông khoeo trong (thần kinh chày): Tiếp tục đi xuống qua hố khoeo rồi qua khe giữa hai lớp cơ vùng căng chân sau và phân nhánh vào tất cả các cơ quan của vùng này. Thần kinh chày chi phối cho các cơ phía sau căng chân, cơ gan bàn chân, chi phối phản xạ gân gót, cảm giác vùng bàn chân và một ngón rưỡi phía ngoài mu chân, cảm giác một phần phía sau căng chân [11].

Dây TKT chi phối vận động tất cả các cơ ở đùi sau và một phần cơ khớp lớn bởi các nhánh bên. Vận động và cảm giác ở căng chân và bàn chân ở các nhánh tận của nó [11].



**Hình 1.3. Hình ảnh đường đi và chi phối dây thần kinh tọa [12]**

### ***1.1.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh***

#### ***1.1.3.1. Nguyên nhân***

- Nguyên nhân hàng đầu gây chèn ép rễ TKT là thoát vị đĩa đệm; trượt đốt sống; thoái hóa cột sống thắt lưng (CSTL) gây hẹp ống sống. Các nhóm nguyên nhân do thoái hóa này có thể kết hợp với nhau.

- Các nguyên nhân hiếm gặp hơn: Viêm đĩa đệm đốt sống, tổn thương thân đốt sống (thường do lao, vi khuẩn, u), chấn thương, tình trạng mang thai...[6], [13], [14].

#### ***1.1.3.2. Cơ chế bệnh sinh đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống***

Các thành phần cấu tạo CSTL đều trải qua quá trình thoái hóa theo tuổi tác, đó là sự kết hợp của hai quá trình thoái hóa sinh lý theo lứa tuổi và thoái hóa bệnh lý mắc phải (chấn thương, rối loạn chuyển hóa, miễn dịch, nhiễm khuẩn...). Các tác nhân cơ học (cân nặng, lao động nặng, các chấn thương, vi chấn thương) gây suy yếu các chất cơ bản của tổ chức sụn. Khi đó các tế bào giải phóng các enzyme tiêu protein làm tiêu hủy dần các chất căn bản. Do đó, THCS là hậu quả từ nhiều nguyên nhân gây ra, với tác nhân chủ yếu là tình trạng lão hóa của các tổ chức và tế bào kết hợp với một số yếu tố thúc đẩy nhanh hơn và làm nặng thêm quá trình thoái hóa như các yếu tố cơ học, các bệnh lý nền.

Thoái hóa cột sống thắt lưng tiến triển từ từ tăng dần, thậm chí biến dạng CSTL. Các khớp đốt sống thoái hóa, xương dưới sụn tổn thương dạng nứt nhỏ, gây kích thích phản ứng đau, gai xương xuất hiện tại các vị trí tỳ đè gây kéo căng các đầu mút thần kinh ở màng xương, trực khớp tổn thương gây co kéo các dây chằng đồng thời kết hợp tình trạng thoái hóa của các dây chằng dẫn đến mất ổn định trực khớp, các khớp lỏng lẻo, viêm bao khớp, phù nề quanh khớp. Từ đó dẫn đến trượt thân đốt sống, hẹp ống sống, hẹp lỗ tiếp hợp và hậu quả là chèn ép rễ thần kinh gây đau [13], [14].

### ***1.1.4. Triệu chứng đau dây thần kinh tọa***

#### ***1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng***

Đau dây thần kinh tọa được biểu hiện trên lâm sàng qua hai hội chứng: Hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ.

- Hội chứng cột sống

Đau cột sống thắt lưng lan xuống mông, khoeo và cẳng bàn chân theo đường đi của dây thần kinh tọa.

Có điểm đau cột sống và cạnh cột sống thắt lưng: Tương ứng với các đoạn vận động bệnh lý và điểm xuất chiếu đau của các rễ thần kinh tương ứng.

Biến dạng cột sống do tư thế chống đau: Thường làm mất đường cong sinh lý và vẹo cột sống.

Dấu hiệu nghẽn của Deseze: Bệnh nhân đứng nghiêng người sang trái, sang phải, phía không có tư thế chống đau là phía bị nghẽn (còn gọi là dấu hiệu gãy khúc đường gai sống).

Dấu hiệu bấm chuông: Khi ấn điểm đau cạnh CSTL (cách cột sống khoảng 2 cm) xuất hiện đau nhói truyền xuống bàn chân theo đường đi của dây TKT [5].

Giảm tầm vận động của CSTL: Hạn chế các động tác cúi, ngửa, nghiêng, xoay vùng CSTL.

Giảm độ giãn CSTL (chỉ số Schober giảm): Bệnh nhân đứng thẳng, chân đứng hình chữ V, đánh dấu điểm qua khe đốt sống L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> đo lên trên 10 cm và đánh dấu ở đó. Cho bệnh nhân cúi tối đa, đo lại khoảng cách giữa 2 điểm đã đánh dấu trong khi BN đang cúi. Độ giãn CSTL là hiệu số giữa 2 lần đo, bình thường là 4 - 6 cm.

#### - Hội chứng chèn ép rễ

##### \* *Các dấu hiệu kích thích rễ*

Dấu hiệu Lasègue: Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, thầy thuốc một tay đỡ gót chân bệnh nhân một tay đặt lên gối từ từ nâng gót chân lên khỏi mặt giường. Bình thường có thể nâng lên một góc 90<sup>0</sup> so với mặt giường, nếu đau TKT thì chỉ nâng đến một góc nào đó (<70<sup>0</sup>) đã xuất hiện đau lan từ mông xuống đến mặt sau đùi và phải gấp gối lại.

Nghiệm pháp Bonet: Bệnh nhân nằm ngửa, gấp cẳng chân vào đùi, vừa ấn đùi vào bụng vừa xoay vào trong. Xuất hiện đau từ mông hoặc từ mông lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân (Bonet dương tính) [1], [5].

Dấu hiệu Valleix: Dùng ngón tay cái ấn vào các điểm trên đường đi của dây TKT, xuất hiện đau tại chỗ ấn và lan theo đường đi của rễ thần kinh chi phối. Gồm các điểm đau: Điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyển lớn, điểm giữa nếp lằn mông, điểm giữa mặt sau đùi, điểm giữa trám khoeo, điểm giữa cơ dẹt cẳng chân [5][15][16][17].

\* *Các dấu hiệu tổn thương rễ*

Rối loạn cảm giác: Giảm hoặc mất cảm giác kiểu rễ hoặc dị cảm ở da theo khu vực rễ thần kinh chi phối.

Rối loạn vận động khúc chi:

+ Tổn thương rễ L<sub>5</sub>: Yếu các cơ duỗi bàn chân, các cơ xoay bàn chân ra ngoài làm bàn chân rũ xuống và xoay trong khiến bệnh nhân không đi được bằng gót chân.

+ Tổn thương rễ S<sub>1</sub>: Yếu các cơ gấp bàn chân, các cơ xoay bàn chân vào trong làm bàn chân có hình “bàn chân lõm”, bệnh nhân không đi được bằng mũi bàn chân.

Rối loạn phản xạ gân xương: Giảm hoặc mất phản xạ gân gót nếu tổn thương rễ S<sub>1</sub>.

Có thể gặp teo cơ và rối loạn cơ tròn: Khi có tổn thương vùng đuôi ngựa (bí đại tiểu tiện, đại tiểu tiện không tự chủ hoặc rối loạn chức năng sinh dục) [6], [9], [10], [15], [16].

*1.1.4.2. Triệu chứng cận lâm sàng*

- Chụp X quang cột sống thắt lưng

Thường chụp ở 2 tư thế: Thẳng và nghiêng. Trên phim chụp có thể xác định đường cong sinh lý, kích thước và vị trí đốt sống, khoảng gian đốt và đĩa đệm, kích thước lỗ tiếp hợp. Ngoài ra từ phim chụp X quang có thể gián tiếp cho biết dấu hiệu thoát vị đĩa đệm CSTL thông qua hình ảnh: Hẹp khe khớp liên đốt, kết đặc xương ở mâm đốt sống, gai xương, hẹp lỗ tiếp hợp và biến dạng trục đốt sống [15], [16].

- Chụp bao rễ thần kinh

Là phương pháp đưa thuốc vào khoang dưới nhện qua chọc dò cột sống thắt lưng, hiện nay ít dùng [15], [16].

- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner)

Phương pháp này có giá trị chẩn đoán cao với nhiều thể thoát vị đĩa đệm và chẩn đoán phân biệt đối với một số bệnh lý khác như hẹp ống sống, u tủy... với độ chính xác cao.

- Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI: Magnetic resonance imaging) [15], [16].

Là phương pháp đang được áp dụng nhiều nhất để chẩn đoán xác định đau TKT do thoát vị đĩa đệm. Phương pháp này có độ chính xác cao có thể cho biết vị trí và mức độ thoát vị, ngoài ra còn cho biết tình trạng xương và phần mềm xung quanh. Trên phim đĩa đệm giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2 [17].

### **1.1.5. Chẩn đoán**

#### **1.1.5.1. Chẩn đoán xác định**

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

- Cơ năng: Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa.
- Thực thể: Hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ.
  - Hội chứng cột sống: Đau cột sống thắt lưng, có hoặc không có tư thế chống đau.
  - Hội chứng chèn ép rễ: Dấu hiệu bầm chuông dương tính, Lasègue < 70°, Bonet dương tính, Neri dương tính, có thống điếm Valleix [6].

#### **1.1.5.2. Chẩn đoán nguyên nhân**

Chẩn đoán nguyên nhân bằng các xét nghiệm cận lâm sàng.

#### **1.1.5.3. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm khớp cùng chậu: Ấn khớp cùng chậu bệnh nhân đau. Nghiệm pháp Wassermann dương tính: Bệnh nhân nằm sấp thầy thuốc nâng đùi bệnh nhân lên khỏi mặt giường, bệnh nhân sẽ đau ở khớp cùng chậu. Chụp X quang khớp cùng chậu thấy hình ảnh mờ khớp cùng chậu.
- Viêm cơ thắt lưng chậu (Viêm cơ đáai chậu): Bệnh nhân có tư thế nằm co, không duỗi thẳng chân được, kèm theo có hội chứng nhiễm trùng.
- Viêm khớp háng: Nghiệm pháp Patrick dương tính. Chụp X quang khớp háng: Mờ, hẹp khe khớp háng.
- Đau thần kinh đùi: Đau mặt trước đùi, phản xạ gân gối giảm hoặc mất. Chẩn đoán xác định bằng điện cơ đồ [6].

### **1.1.6. Điều trị**

#### **1.1.6.1. Điều trị nội khoa**

Nằm nghỉ tại giường: Giai đoạn cấp phải nằm bất động trên nền cứng từ 3 - 5 ngày để làm giảm áp lực lên vùng CSTL, giảm đè ép lên dây TKT.

Các loại thuốc: Thuốc chống viêm giảm đau không Steroid, thuốc giãn cơ, Vitamin nhóm B.

Phong bế: Phong bế tại chỗ, phong bế ngoài màng cứng [6], [9].

### *1.1.6.2. Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng*

- Nhiệt trị liệu: Parafin, hồng ngoại, túi nước nóng.
- Điện trị liệu: Dòng cao tần, điện xung, điện phân.
- Phương pháp vật lý trị liệu khác: Dòng giao thoa, siêu âm, từ trường, kéo giãn CSTL, dùng áo nẹp mềm CSTL (trong trường hợp đau TKT do thoát vị đĩa đệm).
- Các bài tập phục hồi chức năng: Bài tập Mc Gill, bài tập McKenzie, bài tập William [18], [19].

### *1.1.6.3. Phương pháp can thiệp tối thiểu*

Áp dụng cho các trường hợp đau TKT do thoát vị đĩa đệm: Phương pháp tiêu nhân nhầy đĩa đệm, tiêm máu tự thân vào trong đĩa đệm, điều trị bằng Laser, điều trị bằng sóng Radio cao tần [6], [9].

### *1.1.6.4. Điều trị ngoại khoa*

Chỉ định: Đau TKT do thoát vị đĩa đệm gây hội chứng đuôi ngựa, gây teo cơ và yếu thần kinh nhiều, điều trị nội khoa tích cực sau 6 tháng không kết quả hoặc phát nhiều lần, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Chống chỉ định: Lao tiến triển, đái tháo đường, suy gan, suy thận, xơ gan, tăng huyết áp, sốt cao, bệnh nhân không muốn phẫu thuật.

Các phương pháp điều trị: Mổ nội soi lấy đĩa đệm cột sống, kỹ thuật mổ mở [6], [9].

## **1.2. Đau thần kinh tọa theo Y học cổ truyền**

### ***1.2.1. Bệnh danh***

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

Trong các Y văn cổ như Hoàng đế Nội kinh - Tố vấn, Kim quỹ yếu lược tâm điển, Tuệ Tĩnh toàn tập... đã mô tả bệnh đau dây thần kinh tọa với nhiều bệnh danh khác nhau, tùy vào vị trí hoặc nguyên nhân gây bệnh: Yêu cước thống, Tọa cốt phong [7], [20].

### ***1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế gây bệnh***

- Do phong hàn thấp xâm phạm vào bì phu kinh lạc gây khí huyết vận hành trong kinh lạc bị ứ trệ. Phong có tính di chuyển nên người bệnh có triệu chứng đau lan

theo đường đi của dây thần kinh tọa. Hàn có tính chất ngưng trệ, làm cho khí huyết kinh lạc bị tắc nghẽn gây ra co rút gân cơ. Thấp có tính nề trệ làm tắc trở kinh lạc gây nên cảm giác tê bì, nặng nề, vận động khó khăn.

- Do can thận hư, phong hàn thấp thừa cơ xâm phạm vào bì phu, kinh lạc làm kinh lạc bế tắc, kinh khí không lưu thông gây đau, hạn chế vận động. Phong hàn thấp tà uất lâu hóa nhiệt làm người bệnh có triệu chứng nóng rát nơi đau.
- Do chấn thương làm huyết ứ gây bế tắc kinh lạc, kinh khí không lưu thông gây đau và hạn chế vận động [1], [7], [20], [21].

### **1.2.3. Các thể lâm sàng và phương pháp điều trị**

#### **1.2.3.1. Thể phong hàn thấp**

- Triệu chứng: Sau khi bị nhiễm lạnh đau từ thắt lưng hoặc từ mông xuống mặt sau đùi và cẳng chân, đi lại khó khăn, chưa teo cơ, tiểu trong, đại tiểu tiện bình thường hoặc nát, sợ gió, sợ lạnh, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoãn.

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

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

Can khương	4g	Cam thảo	6g
Thương truật	12g	Tế tân	6g
Bạch linh	12g	Phụ tử chế	4g
Bạch chỉ	12g	Quế chi	8g
Xuyên khung	10g		

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

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

+ Nếu đau dọc theo kinh Đờm: A thị huyết, Giáp tích L5-S1, Thận du, Đại trường du, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Túc lâm khắp.

- Xoa bóp bấm huyết (XBBH): Các động tác từ nhẹ đến nặng như xoa, xát, day, lăn, bóp, bấm, ấn, điểm, vận động... vùng thắt lưng, mông và chân đau.

- Thủy châm: Dùng Vitamin nhóm B, Nucleo CMP... tiêm vào huyết Thận du, Hoàn khiêu, Thừa phù, Dương lãng tuyên, Thừa sơn... mỗi lần chọn từ 3 - 5 huyết, mỗi huyết tiêm 0,5 – 1,0 ml dung dịch thuốc.

- Nhĩ châm: Điềm Thần kinh tọa, Thận, Thần môn, Giao cảm [1], [7], [20], [21], [22], [23].

### 1.2.3.2. *Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư*

- Đau dây TKT do bệnh mạn tính ở cột sống thắt lưng (THCS, gai đôi cột sống).

- Triệu chứng: Đau thắt lưng lan xuống chân dọc theo đường đi của dây TKT, bệnh âm ỉ lâu ngày tái phát, đau tăng khi trời lạnh hoặc ẩm thấp, chân tay lạnh và ẩm, toàn thân sợ lạnh, nặng nề, chân có cảm giác tê bì hoặc kiến bò, thích uống ấm, ăn đồ ấm, kèm theo có hoa mắt chóng mặt, mỏi gối, ù tai, người mệt mỏi, ăn ngủ kém, có thể có teo cơ, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi dày, mạch trầm nhược hoặc nhu hoãn.

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

- Bài thuốc: Độc hoạt ký sinh thang gia giảm

Độc hoạt	12g	Ngưu tất	16g
Phòng phong	10g	Đỗ trọng	12g
Tang ký sinh	12g	Đẳng sâm	12g
Tế tân	6g	Quế chi	8g
Phục linh	12g	Bạch thược	12g
Đương quy	12g	Thục địa	12g
Cam thảo	6g	Đại táo	12g
Trần bì	8g		

- Điện châm: Châm tả các huyết giống thể phong hàn. Châm bổ: Can du, Thận du, Tam âm giao, Thái xung, Thái Khê.

- Xoa bóp bấm huyết, thủy châm, nhĩ châm: Giống thể phong hàn [1], [7], [20], [21], [22], [23].

### 1.2.3.3. *Thể huyết ứ*

- Đau dây TKT do sang chấn, thoát vị đĩa đệm.
- Triệu chứng: Đau thắt lưng lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân, xảy ra sau chấn thương, lao động nặng hoặc mang vác nặng... đau dữ dội như dao cắt, không đi lại được hoặc đi lại khó khăn, ăn ngủ kém, đại tiểu tiện bình thường, chất lưỡi tím, có điểm ứ huyết, mạch sáp.
- Pháp điều trị: Hành khí, hoạt huyết hóa ứ, thư cân, hoạt lạc.
- Bài thuốc: Thân thống trực ứ thang

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

- Điện châm: Châm tả các huyết giống thể phong hàn, thêm Huyết hải, Cách du.
- Xoa bóp bấm huyết: Các động tác giống thể phong hàn [1], [7], [20], [21], [22], [23].

### 1.2.3.4. *Thể phong thấp nhiệt*

- Đau dây TKT do viêm đốt sống.
- Triệu chứng: Vùng cột sống thắt lưng sưng, đỏ, đau lan xuống chân và bàn chân tùy theo đường đi của TKT, đau cự án ngày đau nhiều hơn đêm, vận động sinh hoạt khó khăn, sốt, ra mồ hôi, chất lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng, nước tiểu vàng, mạch hoạt sáp.
- Pháp điều trị: Thanh nhiệt, trừ thấp, khu phong, hành khí hoạt huyết.
- Phương thuốc: Ý dĩ nhân thang hợp Nhị diệu tán gia giảm

Ý dĩ	12g	Ngưu tất	16g
Thương truật	10g	Cam thảo	6g
Khương hoạt	12g	Đương quy	12g
Phòng phong	12g	Hoàng bá	10g
Kim ngân hoa	16g	Thương nhĩ tử	16g
Thỏ phục linh	12g	Trần bì	8g

- Châm cứu: Không châm các huyết tại chỗ đang sưng đỏ. Toàn thân châm tả các huyết Đại chùy, Khúc trì, Hợp cốc, Nội đình để thanh nhiệt [1], [7], [20], [21], [22], [23].

### **1.3. Tổng quan về các phương pháp được sử dụng trong nghiên cứu**

#### **1.3.1. Tổng quan về điện châm**

##### *1.3.1.1. Định nghĩa*

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng chữa bệnh của châm cứu với tác dụng các dòng điện qua một máy điện châm (dòng điện một chiều hoặc dòng điện xung).

Thực hiện: dùng một máy điện tử tạo xung điện ở tần số thấp, kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết, sự hoạt động của các cơ, các dây thần kinh, các tổ chức, làm tăng cường sự dinh dưỡng của các tổ chức, đưa trạng thái của cơ thể trở về thăng bằng ổn định qua các kim đã châm trên kinh huyết. Hiện nay chúng ta thường dùng một máy điện châm với dòng điện xoay chiều: cường độ kích thích từ 40 đến 250 micro ampe, tần số kích thích từ 2 đến 60 Hz [22].

##### *1.3.1.2. Chỉ định, chống chỉ định của điện châm*

###### a) Chỉ định

Các chứng liệt (liệt do tai biến mạch não, di chứng bại liệt. liệt các dây thần kinh ngoại biên, các bệnh lý đau như đau đầu, đau lưng, đau thần kinh tọa, bệnh ngũ quan như giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn, châm tê trong phẫu thuật...) các chứng đau cấp và mạn tính: đau do đung giập, chấn thương, đau sau mổ, đau các khớp hoặc phần mềm quanh khớp, đau trong các bệnh lý về thần kinh... bệnh cơ năng và triệu chứng của một số bệnh như rối loạn thần kinh tim, mất ngủ không rõ nguyên nhân, kém ăn đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc... một số bệnh do viêm nhiễm như viêm tuyến vú, chắp lẹo... châm tê phẫu thuật [22].

###### b) Chống chỉ định

Cơ thể suy kiệt, sức đề kháng giảm, phụ nữ có thai. Tránh châm vào những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da. Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa [22].

##### *1.3.1.3. Phương pháp tiến hành*

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết. Chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng định châm.

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

- Thì 1: Một tay dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay kia châm kim nhanh qua da vùng huyết.
- Thì 2: Đẩy kim từ từ theo huyết đạo, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí”.

- Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm, điều chỉnh tần số bỏ, tả (Bỏ từ 1 - 3Hz, tả từ 4 - 7Hz). Cường độ từ 0 - 150  $\mu$ A. Thời gian 20 – 30 phút.

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

Điện châm 1 lần/ngày, mỗi lần 20 – 30 phút, 1 liệu trình điều trị 15 ngày [23], [24].

#### *1.4.1.4. Tai biến và xử trí*

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

- Chảy máu khi rút kim: Dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day [23], [24].

### **1.3.2. Tổng quan về phương pháp chiếu đèn hồng ngoại**

#### *1.3.2.1. Định nghĩa*

Tia hồng ngoại là hồng ngoại nguồn nhân tạo do các loại đèn hồng ngoại phát ra có công suất khác nhau. Tác dụng dụng chủ yếu là nhiệt nóng [25].

#### *1.3.2.2. Chỉ định, chống chỉ định*

- Chỉ định: Giảm đau, giãn cơ, tăng cường lưu thông máu, ngoại vi, chống viêm mạn tính, sưng ấm.

- Chống chỉ định: Vùng da vô mạch, mất cảm giác, các bệnh ngoài da cấp tính [25].

#### *1.3.1.3. Phương pháp tiến hành*

- Bước 1: Giải thích bệnh nhân, bộc lộ và kiểm tra vùng điều trị, chọn tư thế thuận lợi.

- Bước 2: Chiếu đèn theo các thông số chỉ định (công suất đèn, khoảng cách, thời gian).

- Bước 3: Kiểm tra vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, tắt đèn, ghi chép hồ sơ. Liệu trình: chiếu đèn ngày 1 lần, thời gian 20 phút/ lần [25], [26].

#### *1.4.1.4. Tai biến và xử trí*

- Bỏng da xử trí theo phác đồ.

- Choáng vàng: nằm nghỉ ngơi theo dõi [25], [26].

### **1.3.3. Tổng quan về bài tập Mc Gill**

#### **1.3.3.1. Định nghĩa**

Bài tập Mc Gill là phương pháp do nhà vật lý trị liệu do Dr Stuart McGill phát minh. Ông là Giáo sư danh dự (Cơ sinh học cột sống) tại Đại học Waterloo. Trong 30 năm, ông đã khám phá cơ chế thắt lưng ở cả người còn nguyên vẹn (cả người bình thường và bị thương) và thu hoạch các mô nơi vết sẹo được tạo ra và phân tích các vết thương cụ thể. Ông là tác giả của nhiều bài báo khoa học đề cập đến các vấn đề về chức năng thắt lưng, cơ chế chấn thương thắt lưng và điều tra tải mô trong các chương trình phục hồi chức năng [27].

#### **1.3.3.2. Các bài tập McGill**

##### ***Bài 1: Mèo - lạc đà***

- Đầu gối dưới hông quỳ, bàn chân duỗi, tay thẳng lòng bàn tay dưới vai tiếp xúc với sàn, lưng thẳng (hình minh hoạ trên).
- Hít thở và bóp cơ bụng, làm tròn xương sống của bạn lên (hình minh hoạ dưới). Thu cằm của bạn một chút và giữ căng trong 8 đến 10 giây.
- Thở ra và lưng cong xuống dưới và kéo ngực bạn lên và đi lên, giữ căng trong 8 đến 10 giây.
- Trở lại vị trí bắt đầu và lặp lại động tác đầy đủ 5 - 10 lần.



##### ***Bài 2: Cuộn lại***

- Nằm trên sàn CSTL thẳng, bàn tay hoặc chước khăn cuộn lại đặt dưới CSTL, gối chân phải gập lại chân trái duỗi thẳng (hình minh hoạ trên).
- Nâng cao đầu và vai của bạn, không uốn cong lưng, giữ căng trong 8 đến 10 giây. Sau đó hạ đầu và vai xuống sàn (hình minh hoạ dưới).
- Hoàn thành 5 - 10 lần lặp lại ở mỗi bên.



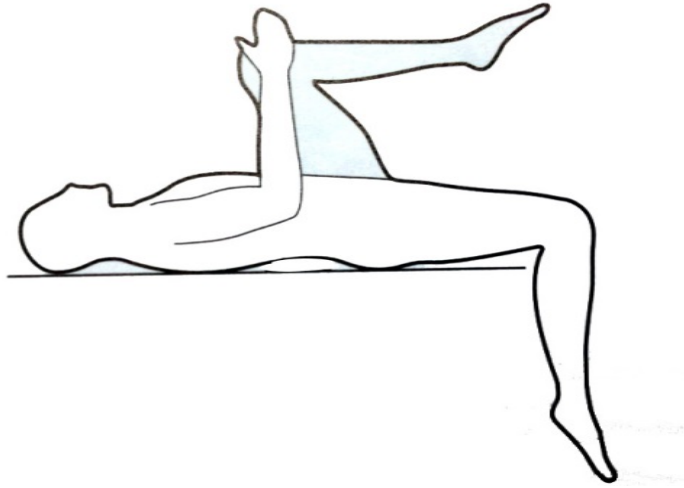
### ***Bài 3: Chim - chó***

- Đầu gối dưới hông quỳ, bàn chân duỗi, tay thẳng lòng bàn tay dưới vai tiếp xúc với sàn (hình minh hoạ trên).
- Từ từ đưa chân trái của bạn ra sau bạn trong khi đưa cánh tay phải của bạn về phía trước, giữ hông và vai của bạn, giữ căng trong 8 đến 10 giây. (hình minh hoạ dưới).
- Trở lại vị trí bắt đầu.
- Hoàn thành 5 - 10 lần lặp lại ở mỗi bên.



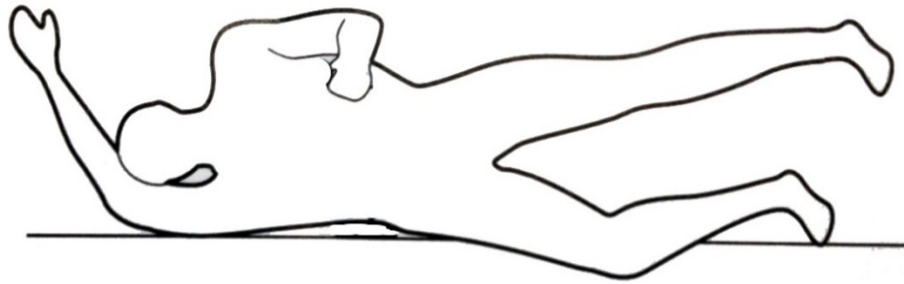
### ***Bài 4: Tập kéo giãn cơ mông lớn, cơ thắt lưng***

- Nằm thẳng người trên giường với đầu gối gấp vuông góc, treo ra khỏi cạnh giường.
- Bây giờ kéo một đầu gối lên ngực trong khi giữ nguyên gối còn lại, giữ căng trong 8 đến 10 giây.
- Hoàn thành 5 - 10 lần lặp lại ở mỗi bên.



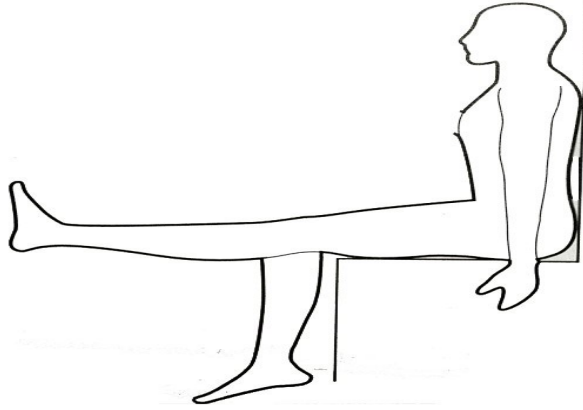
### **Bài 5: Tập mạnh cơ hông nhờ**

- Nằm nghiêng mình.
- Nâng chân lên thẳng lên trên trần cách khoảng cách từ 30 đến 50 cm từ chân kia, giữ căng trong 8 đến 10 giây.
- Hạ chân của bạn.
- Hoàn thành 5 - 10 lần lặp lại ở mỗi bên.



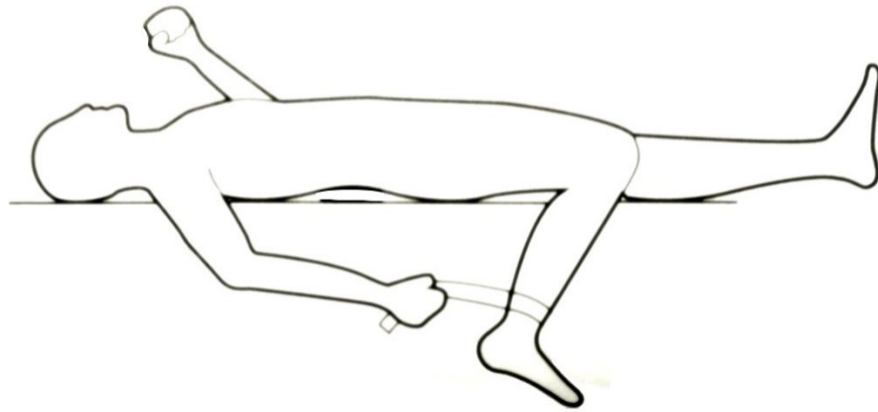
### **Bài 6: Tập mạnh cơ tứ đầu đùi**

- Ngồi trong chiếc ghế ổn định, lưng thẳng với gế tựa, hai gối gập vuông góc, tay duỗi thẳng.
- Nâng chân trái lên duỗi thẳng, chân phải giữ nguyên, giữ căng trong 8 đến 10 giây.
- Chậm dần hạ chân xuống.
- Hoàn thành 5 - 10 lần lặp lại ở mỗi bên.



### ***Bài 7: Tập kéo giãn cơ tứ đầu đùi***

- Nằm thẳng người trên mép giường, tay và chân duỗi thẳng.
- Chân trái gấp xuống mép giường, chân phải giữ nguyên. Dùng dây vòng qua cổ chân trái hoặc tay nắm cổ chân trái gấp căng chân trái về phía lưng, giữ căng trong 8 đến 10 giây.
- Chậm dần duỗi chân trái.
- Hoàn thành 5 - 10 lần lặp lại ở mỗi bên.



## **1.4. Tình hình nghiên cứu điều trị đau dây thần kinh tọa trên thế giới và ở Việt Nam**

### ***1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới***

Zhao Y, Wang GL (2011) sử dụng điện trường châm huyết Hoàn khiêu so sánh với nhóm châm thường quy các huyết Hoàn khiêu, Ân môn. Ủy trung, Dương lãng tuyên thấy không có sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa hai nhóm. Sau 5 đợt điều trị nhóm dùng điện trường châm huyết Hoàn khiêu có tác dụng nổi trội hơn so với nhóm châm cứu thường quy [28].

Abou - Elroos DA và cộng sự (2017) nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị của vật lý trị liệu kéo dài và can thiệp phẫu thuật sớm ở bệnh nhân đau TKT do thoát vị đĩa đệm CSTL, 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều không có cải thiện sau 4 tuần điều trị nội khoa và được chia thành 2 nhóm. Nhóm 1 tiếp tục điều trị nội khoa kết hợp vật lý trị liệu kéo dài 6 tháng, nhóm 2 được phẫu thuật ngoại khoa. Kết quả nhóm 1 có 60% bệnh nhân quay trở lại công việc ban đầu, nhóm 2 chỉ có 41 % bệnh nhân quay trở lại công việc ban đầu [29].

Xue Zhang và cộng sự (2017) nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị của điện châm và điện xung tần số trung bình trên bệnh nhân đau TKT, 100 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 50 người. Nhóm 1 được điều trị bằng điện châm và nhóm 2 được điều trị bằng điện xung tần số trung bình trong vòng 4 tuần, cả 2 nhóm đều sử dụng rất ít thuốc chống viêm và giảm đau. Kết quả thay đổi điểm số đau trung bình của nhóm 1 là 2,3 và nhóm 2 là 1,06. Điện châm có nhiều lợi ích ngắn và dài hạn hơn so với điện xung tần số trung bình, và hiệu quả của điện châm là vượt trội hơn trên bệnh nhân bị đau TKT [30].

Ghorbanpour A và cộng sự (2018) so sánh hiệu quả của bài tập McGill và vật lý trị liệu thông thường trên 34 bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính trong vòng 6 tuần. Kết quả cho thấy nhóm tập bài tập McGill có cải thiện đáng kể về đau, chức năng và khả năng duỗi lưng, trong khi nhóm vật lý trị liệu thông thường chỉ cải thiện đáng kể được phạm vi gập lưng [31].

Han Kyou Hwan và cộng sự (2022) thực hiện một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp dựa trên 28 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng trên 2,707 bệnh nhân, để so sánh hiệu quả và tính an toàn của phương pháp châm cứu so với thuốc giảm đau trong điều trị đau thần kinh tọa. Kết quả Nhóm châm cứu có tỷ lệ hiệu quả tổng thể cao hơn đáng kể so với nhóm dùng thuốc giảm đau. Mức độ đau theo thang điểm VAS giảm mạnh hơn và ngưỡng chịu đau tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm châm cứu. Nhóm châm cứu có ít tác dụng không mong muốn hơn và tỷ lệ tái phát thấp hơn so với nhóm dùng thuốc giảm đau [32].

#### ***1.4.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam***

Nguyễn Hồng Thái và cộng sự (2022) đánh giá hiệu quả điều trị của điện châm trên người bệnh đau TKT do thoái hóa cột sống. 60 bệnh nhân được chia làm hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Kết quả: sau 20 ngày điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ  $6,43 \pm 0,82$  xuống  $0,83 \pm 0,65$  với  $p < 0,05$ ; kết quả này khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (VAS giảm từ  $6,13 \pm 0,90$  xuống  $1,27 \pm 0,79$ ) với  $p < 0,05$ , điểm trung bình chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị của nhóm nghiên cứu ( $4,77 \pm 1,46$ ) cải thiện hơn nhóm chứng ( $5,57 \pm 1,48$ ) với  $p < 0,05$  [33].

Trần Tuấn Minh, Lê Thị Kim Dung (2022) đánh giá tác dụng của dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trên người bệnh đau TKT. Kết quả sau điều trị, thang điểm VAS giảm rõ rệt; tầm vận động CSTL được cải thiện; góc của nghiệm pháp Lasegue tăng  $18,6 \pm 7,12$  (độ), Hiệu suất giảm điểm ODI giảm  $19,24 \pm 5,81$  (điểm). Phương pháp dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại có hiệu quả điều trị tốt hơn so với phương pháp điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại [34].

Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Thị Thùy An (2025) đánh giá tác dụng và tính an toàn trong điều trị đau TKT do thoái hóa CSTL của siêu âm trị liệu kết hợp thuốc thấp khớp hoàn P/H và châm cứu. Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị. 40 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống theo Y học hiện đại và Yêu cầu thống kê can thiệp kết hợp phong hàn thấp tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An. Bệnh nhân được điều trị bằng Thuốc Thấp khớp hoàn P/H kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu. Kết quả sau 20 ngày điều trị, Thấp khớp hoàn P/H kết hợp siêu âm trị liệu và châm cứu có tác dụng làm cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS, chỉ số Schober và độ Lasegue, tầm vận động cột sống và hiệu quả điều trị chung [35].

Nguyễn Tiến Chung và cộng sự (2024) đánh giá tác dụng của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại trong điều trị đau TKT. Kết quả Sau 10 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 nhóm đối chứng ( $p < 0,05$ ) [36].

Đỗ Ngọc Hân và cộng sự (2024) Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây TKT bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, có đối chứng trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán là đau dây TKT do phong hàn thấp tại bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng 05/2023 đến 10/2023. Kết quả sau 21 ngày điều trị điểm VAS ở nhóm nghiên cứu giảm từ 5,33 xuống còn 1,47, cải thiện tầm vận động tốt hơn ở nhóm nghiên cứu. ODI của nhóm nghiên cứu đạt 56,7% khá so với 26,7% ở nhóm chứng [37].

Trần Thị Thu Hương và cộng sự (2025) đánh giá kết quả của thuốc đắp HV (Ngải cứu, Địa liên, Quế chi) kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây TKT. Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng mở có đối chứng trên 80 bệnh nhân chia 2 nhóm, nhóm nghiên cứu điều trị bằng điện châm, chiếu đèn hồng ngoại, đắp thuốc HV và nhóm đối chứng điều trị bằng điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trong thời gian 21 ngày. Kết quả sau điều trị mức độ đau, chỉ số Lasègue, độ giãn cột sống thắt lưng của 80 bệnh nhân đều được cải thiện theo thời gian. Mức độ đau giảm 74,2% theo thang điểm VAS, chỉ số Lasegue tăng 34%, độ giãn cột sống thắt lưng tăng 16,6% ở thời điểm sau điều trị có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ( $p < 0,01$ ). Nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện triệu chứng lâm sàng tốt hơn với nhóm đối chứng với  $p < 0,05$  [38].

## CHƯƠNG 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

##### 2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

- Công thức huyết sử dụng trong nghiên cứu theo phác đồ Bộ Y tế [23].

Tên huyết	Vị trí
Giáp tích L4-L5, L5-S1	Từ khe đốt sống L4-L5, L5-S1 đo ngang ra 0,5 thốn.
Can du (VII.18)	Từ khe đốt sống D9-D10 ngang ra 1,5 thốn.
Thận du (VII.23)	Từ khe đốt sống L2-L3 ngang ra 1,5 thốn.
Đại trường du (VII.25)	Từ khe đốt sống L4-L5 ngang ra 1,5 thốn.
Thượng liêu (VII.31)	Từ đốt xương cùng 1 sang ngang ra 0,7 thốn.
Trật biên	Từ đốt xương cùng 4 sang ngang ra 3 thốn.
Thừa phù (VII.36)	Chính giữa nếp lằn mông.
Ân môn (VII.37)	Điểm giữa đường nối Thừa phù và uỷ trung.
Ủy trung (VII.40)	Điểm chính giữa nếp lằn khoeo chân.
Thừa sơn (VII.57)	Ở mặt sau bắp chân, nơi rẽ đôi của cơ sinh đôi.
Côn lân (VII.60)	Trung điểm của đường nối đỉnh mắt cá ngoài và gân gót.
Hoàn khiêu (XI.25)	Điểm chính giữa ụ ngồi và máu chuyển lớn xương đùi.
Phong thị (XI.31)	Mé ngoài đùi, bệnh nhân đứng thẳng bụng tay sát đùi, tận cùng ngón giữa là huyết.
Dương lăng tuyền (XI.34)	Chỗ lõm giữa khớp chày mác ở phía ngoài đầu gối.
Huyền chung (XI.39)	Lồi cao nhất mắt cá ngoài đo lên 3 thốn, trên đường từ huyết XI.34 đến mắt cá ngoài

- Bài tập Mc Gill gồm 7 động tác: Mèo - lạc đà, chim – chó, tập kéo giãn cơ mông lớn, cơ thắt lưng, tập mạnh cơ mông nhỏ, tập mạnh cơ tứ đầu đùi, tập kéo giãn cơ tứ đầu đùi [27].

### 2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Máy điện châm Electronic acupuncturedo Viện trang thiết bị Y tế Hà Nội sản xuất, được cấp phép của Bộ Y tế (chạy bằng pin, 6V).
- Đèn hồng ngoại 1m7 Bayoka YK 16.



- Kim châm cứu Đông Á làm bằng thép không gỉ, dài 6cm và 10cm, đường kính 0,5mm, đầu nhọn.



- Dụng cụ sát trùng: Bông vô khuẩn, cồn 70 độ, khay đựng dụng cụ, panh.
- Thước đo điểm VAS, thước dây, thước đo tâm vận động.
- Bệnh án nghiên cứu, phiếu đánh giá Oswestry disability index (ODI); Bài tập Mc Gill.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là đau thần kinh tọa, điều trị tại khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Trung tâm Y tế huyện Yên Lạc (nội trú và ngoại trú), không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ nguyên tắc điều trị.

### **2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

#### *2.2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại*

- Bệnh nhân không phân biệt giới tính, tuổi từ 39 trở lên.
- Được chẩn đoán xác định đau TKT do thoái hóa cột sống thắt lưng [6].
  - + Lâm sàng: Có ít nhất 1 triệu chứng của hội chứng CSTL (đau CSTL, co cứng cơ cạnh sống, biến dạng cột sống, có điểm đau cột sống và cạnh sống, hạn chế vận động CSTL) và 1 triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh (đau lan theo đường đi của rễ thần kinh hông, điểm đau Walleix, dấu hiệu bấm chuông, dấu hiệu Lasègue).
  - + Cận lâm sàng: X - Quang CSTL: Hình ảnh gai xương thân đốt sống, đặc xương dưới sụn, hẹp khe khớp.
- Mức độ đau theo thang điểm VAS từ 3 – 6 điểm.
- Không dùng thuốc giảm đau chống viêm hoặc đã dùng thuốc giảm đau chống viêm trước khi tham gia nghiên cứu 3 ngày.
- Tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và tuân thủ điều trị.

#### *2.2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh theo Y học cổ truyền*

Bệnh nhân chẩn đoán yêu cước thống thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư với các chứng trạng:

- Vọng chẩn: Chất lưỡi nhợt bệu, rêu trắng dày và nhớt.
- Văn chẩn: Tiếng nói bình thường.
- Vấn chẩn: Đau thắt lưng lan xuống chân, có thể tê bì, teo cơ, bệnh dễ tái phát nhất là khi gặp lạnh, chườm nóng giảm đau. Mỗi gối, ù tai, hoa mắt chóng mặt, ăn ngủ kém.
- Thiết chẩn: Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược [1].

### **2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân**

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân kèm theo: Tăng huyết áp chưa được kiểm soát, bệnh tim nặng, ung thư, lao, suy tim, suy gan, suy thận, suy giảm miễn dịch, nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân.
- Tổn thương thực thể cột sống: Loãng xương nặng, ung thư, lao cột sống, viêm cột sống dính khớp, viêm tủy áp xe vùng lưng.

- Da hoặc tổ chức dưới da vùng điều trị bị viêm nhiễm.
- Đau TKT có chỉ định phẫu thuật (điều trị nội khoa >6-8 tuần không hiệu quả, đau dữ dội ảnh hưởng nặng đến cuộc sống, yếu/liệt chi, đau TKT kèm hội chứng đuôi ngựa).
- Phụ nữ có thai, phụ nữ trong các ngày kinh nguyệt.
- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị: Bỏ điều trị quá 3 ngày, áp dụng phương pháp điều trị khác trong quá trình nghiên cứu.

### **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp can thiệp lâm sàng so sánh trước - sau điều trị, có nhóm đối chứng.

#### **2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

##### **2.3.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu**

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu can thiệp lâm sàng so sánh giá trị trung bình cho hai nhóm nghiên cứu:

$$n_1 = n_2 = \frac{2C}{(ES)^2} \quad \text{Trong đó:} \quad ES = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\delta_1}$$

Theo nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh và cộng sự (2024) đánh giá tác dụng của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại trong điều trị đau thần kinh tọa, sau điều trị, mức độ đau theo thang điểm VAS giảm từ  $5,3 \pm 0,53$  điểm xuống  $1,03 \pm 0,32$  điểm [36].

Với giả định nhóm đối chứng sẽ giảm 4,27 điểm VAS sau điều trị, nhóm nghiên cứu giảm 4,66 điểm. Kiểm định được thực hiện với độ mạnh thống kê 80% ( $\beta=0,2$ ) và mức độ tin cậy 95% ( $\alpha=5\%$ ). Ta có

$n_1; n_2$ : cỡ mẫu mỗi nhóm

$\mu_1$ : Điểm VAS giảm của nhóm nghiên cứu.

$\mu_2$ : Điểm VAS giảm của nhóm đối chứng.

$\delta_1$ : Độ lệch chuẩn của hai nhóm (giả thuyết  $\delta_1$  và  $\delta_2$  không khác nhau).

Hằng số, được xác định từ sai lầm loại 1 và sai lầm loại 2. Với  $\alpha = 0,05$ ,  $\beta = 0,20$  (Power = 0.80) ta có  $C = 7,85$

Ta có:  $\mu_1 = 4,66$ ;  $\mu_2 = 4,27$ ,  $\delta_1 = 0,53$

Thay vào công thức trên ta được cỡ mẫu của mỗi nhóm là

$$- n_1 = n_2 = \frac{2 \times 7,85}{\left(\frac{4,66 - 4,27}{0,53}\right)^2} = 28,9$$

Làm tròn cỡ mẫu mỗi nhóm là 30 bệnh nhân.

### 2.3.2.1. Phương pháp chọn mẫu

Các bệnh nhân (BN) được chọn vào nghiên cứu sẽ được thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất được chia làm hai nhóm theo phương pháp bắt thăm ngẫu nhiên, số lẻ vào nhóm nghiên cứu, số chẵn vào nhóm đối chứng.

### 2.3.3. Quy trình nghiên cứu

#### **Bước 1:** Khám và phân nhóm

Thu thập thông tin BN: Tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp. Tiến hành khám tổng quát theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Sau đó chọn lựa bệnh nhân đủ tiêu chuẩn theo tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và tiêu chuẩn loại trừ, tiến hành chia 2 nhóm.

#### **Bước 2:** Áp dụng phương pháp điều trị đối với từng nhóm:

+ Nhóm đối chứng (ĐC): 30 BN được điều trị điện châm và chiếu đèn hồng ngoại theo quy trình của Bộ Y Tế. Điện châm thời gian 30 phút/lần/ngày x 20 ngày. Chiếu đèn hồng ngoại thời gian 20 phút/lần/ngày x 20 ngày.

+ Nhóm nghiên cứu (NC): 30 BN được điều trị theo điện châm và chiếu đèn hồng ngoại theo quy trình như với nhóm ĐC. Bệnh nhân nghỉ ngơi 10 phút trước khi được hướng dẫn tập bài tập Mc Gill, thời gian 20 phút/ lần/ ngày/20 ngày.

Liệu trình điều trị cho cả hai nhóm là 20 ngày.

#### **Bước 3:** Đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu cả 2 nhóm ở các thời điểm

- Trước nghiên cứu ( $D_0$ );
- Ngày thứ 10 của quá trình điều trị ( $D_{10}$ );
- Ngày thứ 20 của quá trình điều trị ( $D_{20}$ ).

Các chỉ tiêu được đánh giá tại thời điểm  $D_0$ ,  $D_{10}$ ,  $D_{20}$  trong nghiên cứu gồm:

- + Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS;
- + Đánh giá tầm vận động cột sống thắt lưng;
- + Đánh giá mức độ tàn tật ODI.

Các chỉ tiêu về tác dụng không mong muốn ở thời điểm D<sub>10</sub>, D<sub>20</sub> gồm: Vụng châm, gãy kim, chảy máu, nhiễm trùng tại chỗ châm, bong, đau tăng lên, thay đổi mạch, huyết áp.

**Bước 4:** Xử lý số liệu, đánh giá và so sánh giữa hai nhóm.

**Bước 5:** Báo cáo tổng kết.

*\* Các kỹ thuật được sử dụng trong nghiên cứu:*

Quy trình thực hiện kỹ thuật điện châm: Thực hiện theo quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế quy định tại Quyết định 792/QĐ-BYT Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu

- Bước 1:

+ Xác định và sát trùng da vùng huyết, Các huyết vùng lưng châm 2 bên, huyết vùng hông, chân châm bên đau.

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

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

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

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

- Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm

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

- Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

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

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

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

Liệu trình: Châm ngày 1 lần, thời gian 30 phút/lần. Sau khi tiến hành điện châm bệnh nhân sẽ được cho nghỉ ngơi trong vòng 10 phút trước khi tiến hành chiếu đèn hồng ngoại theo quy trình bên dưới.

Quy trình thực hiện kỹ thuật chiếu đèn hồng ngoại:

- Bước 1: Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm sấp, bộc lộ vùng CSTL và kiểm tra vùng điều trị xem có chống chỉ định của bức xạ hồng ngoại không.
- Bước 2: Bật và điều chỉnh đèn: bật đèn với khoảng cách 30-50cm, góc chiếu 90<sup>0</sup>. Thời gian chiếu 20 phút.
- Bước 3: Theo dõi phòng tai biến có thể xảy ra
- Bước 4: Hết giờ tắt đèn, thu dọn dụng cụ.
- Bước 5: Đánh giá hiệu quả điều trị.

Thời gian thực hiện: 20 phút/ lần/ ngày x 20 ngày. Sau khi tiến hành chiếu đèn hồng bệnh nhân sẽ được cho nghỉ ngơi trong vòng 10 phút trước khi tiến hành tập Mc Gill theo quy trình bên dưới.

Quy trình thực hiện tập Mc Gill.

- Điều kiện tập: Phòng tập rộng rãi, thoáng sạch, yên tĩnh, có thảm tập. Trang phục yêu cầu rộng rãi, thoải mái, dễ chịu khi tập.
- Bài tập Mc Gill gồm 7 động tác: Mèo - lạc đà, chim – chó, tập kéo giãn cơ mông lớn, cơ thắt lưng, tập mạnh cơ mông nhỏ, tập mạnh cơ tứ đầu đùi, tập kéo giãn cơ tứ đầu đùi Mục (1.3.3.2) [27].
- Cách tiến hành tập: Phác đồ cho một lần tập gồm 4 bước, thời gian tập 20phút/lần/ngày x 20 ngày.

**2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu**

*2.3.4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*

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

*2.3.4.2. Đặc điểm lâm sàng*

- Mức độ đau của bệnh nhân theo thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau (Visual Analog Scale - VAS) [39].

- Độ giãn CSTL (Nghiệm pháp Schober), tầm vận động CSTL (các động tác gấp, duỗi, nghiêng bên đầu, xoay bên đầu), nghiệm pháp tay đất.
- Nghiệm pháp Lasègue, bầm chuông.
- Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày theo bộ câu hỏi OSWESTRY LOWBACK PAIN DISABILITY QUESTIONNAIRE (ODI) [40].
- Các triệu chứng YHCT: đau thắt lưng lan xuống chân, cảm giác tê bì, nặng nề, ăn kém, ngủ kém, chất lưỡi nhợt, mạch trầm nhược.

#### 2.3.4.3. Tác dụng không mong muốn của các phương pháp can thiệp trên lâm sàng

Vùng châm, gãy kim, chảy máu, nhiễm trùng tại chỗ châm, bong, đau tăng lên, thay đổi mạch, huyết áp.

#### 2.3.5. Phương pháp đánh giá kết quả:

##### 2.3.5.1. Đánh giá hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS

Mức độ đau chủ quan của bệnh nhân được lượng giá bằng thang VAS (phụ lục 2) [39]. Đánh giá và so sánh mức độ đau VAS tại các thời điểm D0, D10, D20 của từng nhóm và giữa hai nhóm.

**Bảng 2.1. Tính điểm phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS**

Điểm VAS	Mức độ đau	Điểm	Điểm VAS	Mức độ đau	Điểm
0	Không đau	0	7 – 9	Đau nặng	3
1 – 3	Đau nhẹ	1	10	Đau nghiêm trọng	4
4 – 6	Đau vừa	2			

##### 2.3.5.2. Đánh giá tầm vận động CSTL

Sử dụng thước đo tầm vận động khớp ROM theo phương pháp zero. Yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60° và làm động tác: Gấp, duỗi, nghiêng CSTL bên đầu.

**Bảng 2.2. Tính điểm và phân loại tầm vận động của cột sống thắt lưng**

Mức độ	Gấp	Duỗi	Nghiêng bên đầu	Điểm
Tốt	$\geq 70^\circ$	$\geq 25^\circ$	$\geq 30^\circ$	0 điểm
Khá	50° - 69°	20° - 24°	25° - 29°	1 điểm

Trung bình	40° - 49°	15° - 19°	20° - 24°	2 điểm
Kém	< 40°	< 15°	< 20°	3 điểm

**2.3.5.3. Đánh giá độ giãn cột sống thắt lưng (Nghiệm pháp Schöber):**

Bệnh nhân đứng thẳng gối, hai gót chân sát nhau, hai chân mở 1 góc 60°. Xác định mỏm gai đốt sống L5 và dùng thước dây đo từ điểm này theo đường cột sống lên trên 10cm. Yêu cầu bệnh nhân cúi hết sức và đo khoảng cách giữa 2 điểm này. Bình thường khoảng cách này là 4-5cm.

**Bảng 2.3. Cách tính điểm và phân loại độ giãn cột sống thắt lưng**

Độ giãn CSTL (d)	Mức độ	Điểm
$d \geq 4\text{cm}$	Tốt	0 điểm
$3\text{cm} \leq d < 4\text{cm}$	Khá	1 điểm
$2\text{cm} \leq d < 3\text{cm}$	Trung bình	2 điểm
$< 2\text{cm}$	Kém	3 điểm

**2.3.5.4. Đánh giá mức độ chèn ép rễ thần kinh (nghiệm pháp Lasègue):**

Bệnh nhân nằm ngửa, duỗi thẳng chân, thầy thuốc nâng cổ chân và giữ gối bệnh nhân thẳng, từ từ nâng cao chân bệnh nhân hướng tới tư thế 90°, tới khi chân thẳng cảm thấy đau căng ở mặt sau mông và sau chân thì dừng lại, xác định góc giữa chân và mặt giường thì đó là góc Lasègue.

**Bảng 2.4. Cách tính điểm và phân loại góc  $\alpha$  (nghiệm pháp Lasègue)**

Góc $\alpha$	Mức độ	Điểm
$\geq 80^\circ$	Tốt	0 điểm
60° - 79°	Khá	1 điểm
40° - 59°	Trung bình	2 điểm
< 40°	Kém	3 điểm

**2.3.5.5. Đánh giá điểm đau Valleix:**

Ấn trên các điểm dọc đường đi của dây TKT, bệnh nhân thấy đau: điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyen lớn, điểm giữa nếp lằn mông, điểm giữa mặt sau đùi, điểm giữa nếp kheo chân, điểm giữa cẳng chân sau.



**Bảng 2.5. Cách tính điểm và phân loại mức độ số lượng điểm đau Walleix**

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

**2.3.5.6. Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày:**

ODI là thang đo đa chiều, bao gồm: Đau, chức năng vận động, sinh hoạt cá nhân, hoạt động xã hội, giấc ngủ, đời sống tình dục, đi lại xa... Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn 4 câu hỏi của thang điểm Oswestry Disability Index bao gồm chăm sóc cá nhân, nâng vật nặng, đi bộ và ngồi để đánh giá sự cải thiện mức độ linh hoạt và khả năng hoạt động của cột sống thắt lưng trong sinh hoạt hàng ngày. Đây là những hoạt động chức năng cơ bản, được thực hiện thường xuyên trong đời sống, có mối liên hệ trực tiếp với khả năng vận động, chịu lực và kiểm soát tư thế của cột sống thắt lưng. Các mục này phản ánh rõ ràng mức độ hạn chế chức năng do đau thắt lưng gây ra và đặc biệt nhạy trong việc ghi nhận sự thay đổi trước và sau can thiệp điều trị (Phụ lục 3) [40].

Mỗi hoạt động có số điểm từ 0 đến 5, như vậy tổng điểm của 4 hoạt động là từ 0 đến 20 điểm, điểm càng cao thì chức năng sinh hoạt càng giảm.

**Bảng 2.6. Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày**

Tổng số điểm 4 hoạt động	Mức độ	Điểm
0 – 4	Tốt	0 điểm
5 – 8	Khá	1 điểm
9 – 12	Trung bình	2 điểm
13 – 20	Kém	3 điểm

**2.3.5.7. Đánh giá hiệu quả điều trị chung:**

Hiệu quả điều trị chung được đánh giá theo tổng điểm của các triệu chứng lâm sàng (mức độ đau theo thang điểm VAS, độ giãn CSTL, tầm vận động CSTL, độ Lasègue, chức năng sinh hoạt hàng ngày), so sánh trước sau. Áp dụng theo công thức:

$$\text{Hiệu quả} = \frac{\text{Tổng điểm trước điều trị} - \text{Tổng điểm sau điều trị}}{\text{Tổng điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

Phân loại:

- Tốt: Tổng điểm sau điều trị giảm 75% - 100% so với trước điều trị.
- Khá: Tổng điểm sau điều trị giảm 50% - < 75% so với trước điều trị.
- Trung bình: Tổng điểm sau điều trị giảm 25% - < 50% so với trước điều trị.
- Kém: Tổng điểm sau điều trị giảm < 25% so với trước điều trị.

#### **2.4. Thời gian, địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2025 đến hết tháng 6/2025.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Trung tâm y tế huyện Yên Lạc.

#### **2.5. Phương pháp xử lý số liệu**

Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và R Studio 3.5.1.

Các thuật toán sử dụng trong nghiên cứu:

- Giá trị trung bình ( $\bar{X}$ ); độ lệch chuẩn (SD); tỷ lệ (%);
- So sánh hai giá trị trung bình bằng T - Student test;
- So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định  $\chi^2$
- So sánh các tỷ lệ trong cùng một nhóm Wilcoxon test hoặc sign test.
- Sự khác biệt giữa hai nhóm có nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

#### **2.6. Khống chế sai số**

Để hạn chế sai số trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi tiến hành các biện pháp sau:

- Người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích và hướng dẫn đầy đủ về yêu cầu điều trị, được giám sát chặt chẽ trong suốt quá trình điều trị.

- Việc ghi chép bệnh án, phiếu theo dõi...được thực hiện đầy đủ, do một người thực hiện.
- Các chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị được thực hiện cùng một nơi, trên cùng một máy.

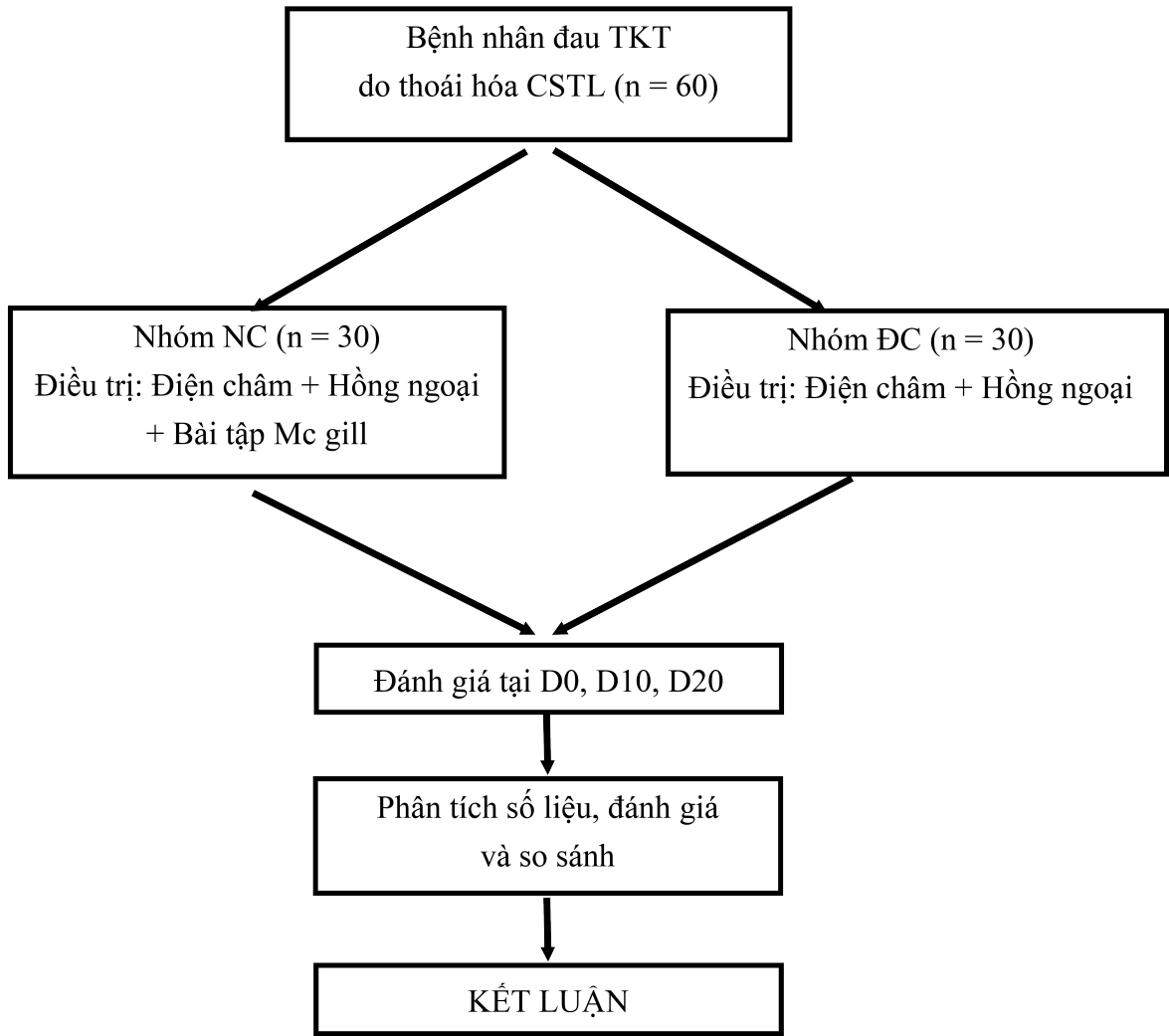
## **2.6. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh ngoài ra không nhằm một mục đích nào khác.

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam. Được Trung tâm Y tế Yên Lạc thông qua.

Người bệnh sẽ cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin nghiên cứu, những điểm lợi và hại khi tham gia nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Người bệnh có quyền tự quyết tham gia hoặc rút khỏi quá trình nghiên cứu mà không cần phải cung cấp lý do.



**Sơ đồ quy trình nghiên cứu**

### CHƯƠNG 3

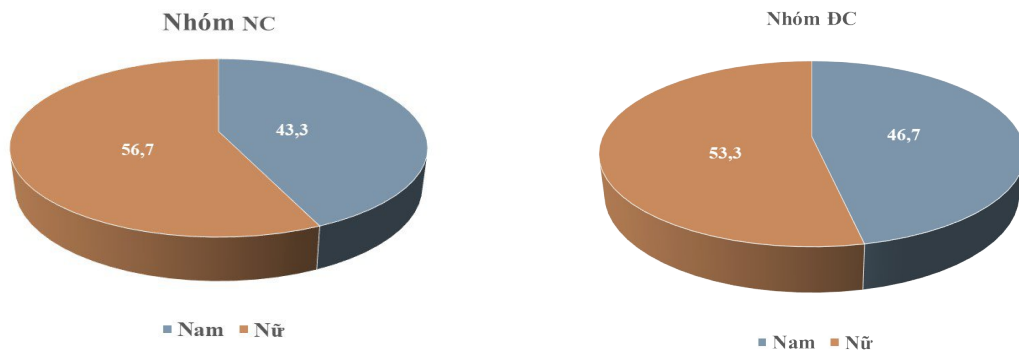
#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi**

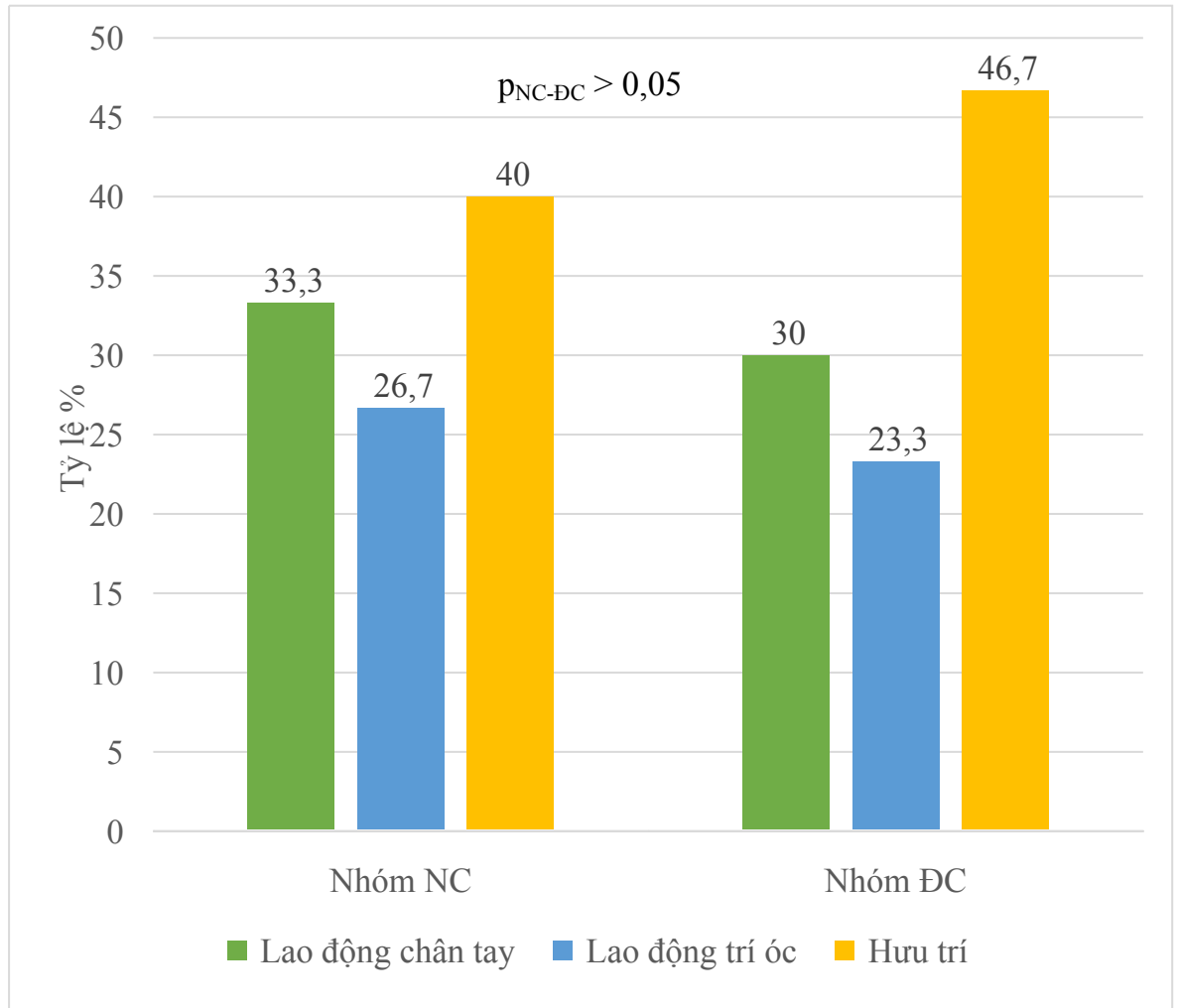
Tuổi (năm)	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm ĐC (n = 30)		P <sub>NC-ĐC</sub>
	n	%	n	%	
39 < 49	2	6,7	2	6,7	> 0,05
50 - 59	3	10	5	16,7	
60 – 69	14	46,7	12	40	
≥ 70	11	36,6	11	36,6	
Tổng	30	100	30	100	
Tuổi Trung Bình ( $\bar{X} \pm SD$ )	67,70 ± 10,67		66,03 ± 10,84		> 0,05

**Nhận xét:** Bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm tuổi 60 - 69 tuổi với tỷ lệ 46,7% ở nhóm NC và 40% ở nhóm ĐC. Tuổi trung bình của nhóm NC là 67,70 ± 10,67 (tuổi), nhóm ĐC là 66,03 ± 10,84 (tuổi). Sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).



**Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính**

**Nhận xét:** Ở cả hai nhóm tỷ lệ bệnh nhân nữ gặp nhiều hơn nam. Ở nhóm NC tỷ lệ nữ là 56,7%, nhóm ĐC là 53,3%. Sự khác biệt về giới giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).



**Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp**

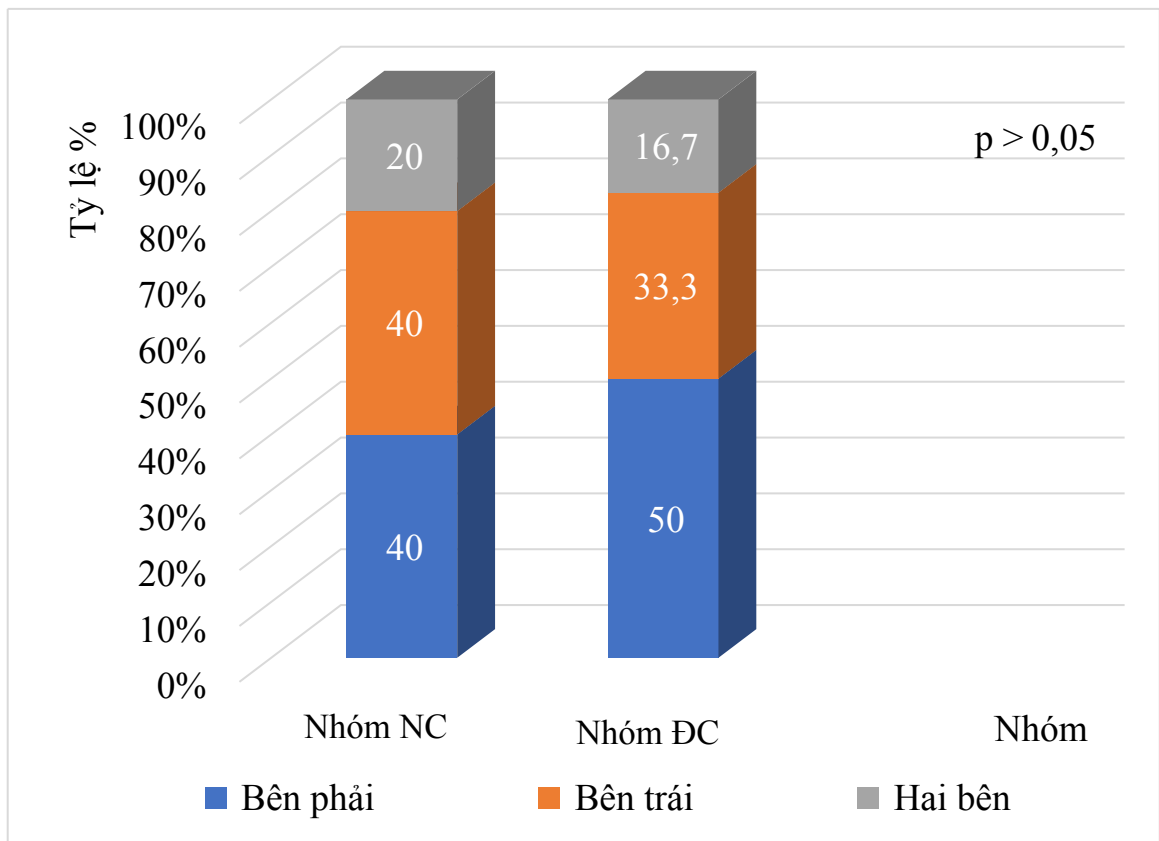
**Nhận xét:** Bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu nghỉ hưu, chiếm 40% ở nhóm NC và 46,7% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm về nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh**

Thời gian	Nhóm	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm ĐC (n = 30)		P <sub>NC-ĐC</sub>
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
< 3 tháng		26	86,7	25	83,3	> 0,05*
≥ 3 tháng		4	13,3	5	16,7	
Tổng		30	100	30	100	

\*: Fisher'Exact Test

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân ở hai nhóm đều có thời gian mắc bệnh < 3 tháng. Sự khác biệt giữa 2 nhóm về thời gian mắc bệnh không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo vị trí đau**

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân chỉ đau lan xuống 1 bên chân (bên phải hoặc bên trái). Chỉ có 20% bệnh nhân ở nhóm NC và 16,7% ở nhóm ĐC đau lan xuống cả hai bên chân. Sự khác biệt về vị trí đau giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.3. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị**

Chỉ số	Nhóm	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$	$P_{NC-ĐC}$
Mức độ đau VAS (điểm)		5,40 ± 0,50	5,53 ± 0,62	> 0,05
Schober (cm)		2,00 ± 0,45	1,77 ± 0,68	> 0,05
Lasègue (độ)		42,00 ± 3,85	43,33 ± 3,56	> 0,05
Gấp CSTL (độ)		43,67 ± 3,46	46,23 ± 6,47	> 0,05
Duỗi CSTL (độ)		11,80 ± 1,38	11,23 ± 1,22	> 0,05
Nghiêng CSTL (độ)		11,97 ± 1,92	11,27 ± 1,26	> 0,05
ODI (điểm)		12,20 ± 1,61	12,07 ± 1,80	> 0,05

**Nhận xét:** Mức đau (VAS) trung bình là 5,40 ± 0,50 điểm ở nhóm NC và 5,53 ± 0,62 điểm ở nhóm ĐC. Tất cả bệnh nhân ở hai nhóm đều có độ giãn cột sống thắt lưng (chỉ số Schober) giảm; hạn chế tầm vận động các động tác gấp, duỗi, nghiêng, xoay cột sống thắt lưng; chỉ số Lasègue dương tính, chức năng sinh hoạt hàng ngày hạn chế. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về các triệu chứng lâm sàng trước điều trị với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.4. Đặc điểm Y học cổ truyền trước điều trị**

Triệu chứng	Nhóm NC (n= 30)		Nhóm ĐC (n=30)		$P_{NC-ĐC}$
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Đau thắt lưng lan xuống chân	30	100	30	100	> 0,05
Cảm giác tê bì, nặng nề	30	100	30	100	
Ăn kém	27	90	24	80	
Ngủ kém	24	80	26	86,7	
Chất lưỡi nhợt	23	76,7	24	80	
Mạch trầm nhược	30	100	30	100	

**Nhận xét:** Các triệu chứng YHCT bao gồm đau thắt lưng lan xuống chân (100%), cảm giác tê bì (100%), ăn kém (80-90%), ngủ kém (80-86,7%), chất lưỡi nhợt (76,7-80%), trầm nhược (100%). Sự khác biệt giữa hai nhóm về các triệu chứng YHCT không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.2. Kết quả điều trị

### 3.2.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS

**Bảng 3.5. Mức độ đau theo thang điểm VAS qua các thời điểm**

Thời gian	Nhóm	Điểm đau VAS (điểm) ( $\bar{X} \pm SD$ )		P <sub>NC-ĐC</sub>
		Nhóm NC (n = 30)	Nhóm ĐC (n = 30)	
D0		5,40 ± 0,50	5,53 ± 0,62	> 0,05
D10		2,83 ± 0,79	3,40 ± 0,68	< 0,01
D20		1,07 ± 0,74	1,80 ± 0,66	< 0,01
p <sub>D10-D0</sub>		< 0,01	< 0,01	
p <sub>D20-D0</sub>		< 0,01	< 0,01	

**Nhận xét:** Mức độ đau theo thang điểm VAS của hai nhóm đều giảm sau ngày thứ 10 và 20 điều trị ( $p < 0,01$ ), nhóm NC giảm nhiều hơn nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

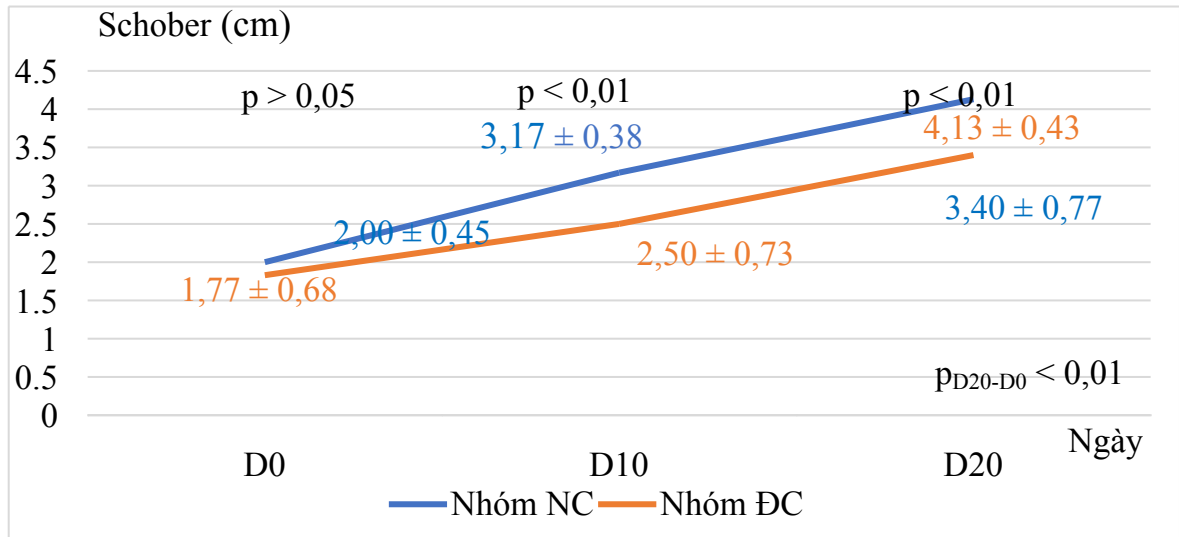
**Bảng 3.6. Phân loại mức độ đau VAS trước và sau điều trị**

Thời điểm	Nhóm NC (n = 30)				P <sub>D20-D0</sub>	Nhóm ĐC (n = 30)				P <sub>D20-D0</sub>
	D0		D20			D0		D20		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không đau (0)	0	0	6	20	< 0,05*	0	0	0	0	< 0,05*
Đau nhẹ (1-3)	0	0	24	80		0	0	30	100	
Đau vừa (4-6)	30	100	0	0		30	100	0	0	
p <sub>D0(NC-ĐC)</sub>	> 0,05									
p <sub>D20(NC-ĐC)</sub>	< 0,05									

\*: Fisher'Exact Test

**Nhận xét:** Trước điều trị, tất cả các bệnh nhân ở hai nhóm đều có mức độ đau vừa. Sau ngày thứ 10 và 20 điều trị có sự cải thiện mức độ đau sang nhẹ hơn và hết đau ở cả hai nhóm ( $p < 0,05$ ). Nhóm nghiên cứu cải thiện nhiều hơn nhóm chứng. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê sau ngày thứ 20 điều trị với  $p < 0,05$ .

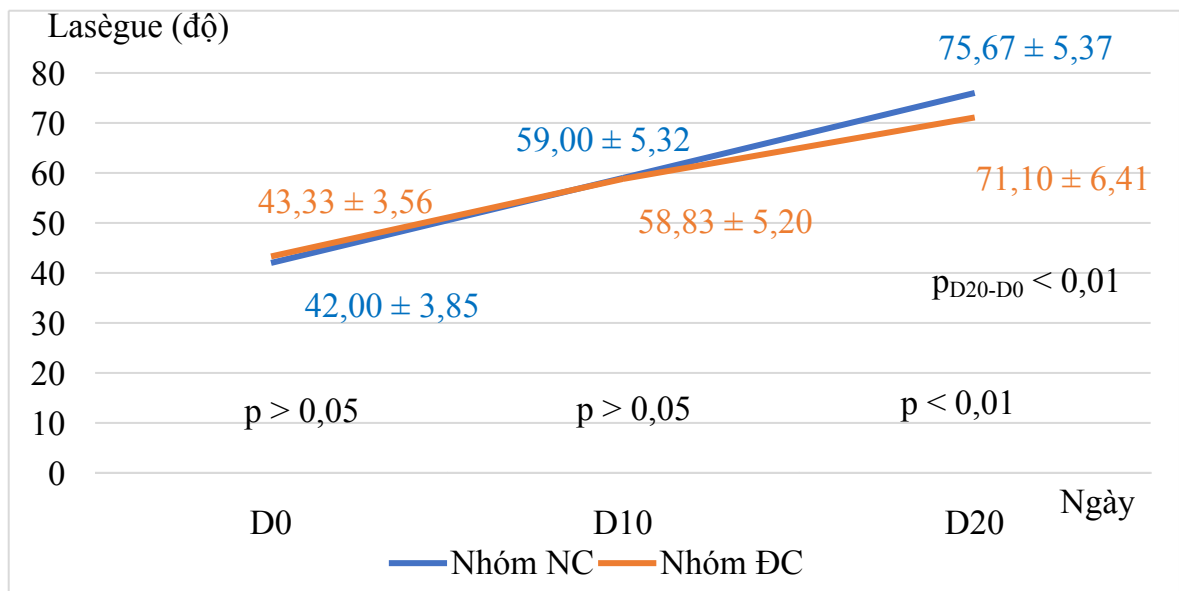
### 3.2.2. Kết quả cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng



**Biểu đồ 3.4. Độ giãn cột sống thắt lưng trước và sau điều trị của hai nhóm**

**Nhận xét:** Sau điều trị độ giãn CSTL (chỉ số Schober) trung bình của hai nhóm đều tăng so với trước điều trị ( $p < 0,01$ ), nhóm NC tăng nhiều hơn nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê sau ngày thứ 10 và 20 điều trị với  $p < 0,01$ .

### 3.2.3. Kết quả cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh



**Biểu đồ 3.5. Nghiệm pháp Lasègue trước và sau điều trị của hai nhóm**

**Nhận xét:** Sau điều trị độ Lasègue trung bình của hai nhóm đều tăng so với trước điều trị ( $p < 0,01$ ), nhóm NC tăng nhiều hơn nhóm chứng. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê sau ngày thứ 20 điều trị với  $p < 0,01$ .

### 3.2.4. Kết quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng của hai nhóm

**Bảng 3.7. Sự cải thiện động tác gấp cột sống thắt lưng trước và sau điều trị**

Thời gian	Nhóm	Tầm vận động gấp (độ) ( $\bar{X} \pm SD$ )		P <sub>NC-ĐC</sub>
		Nhóm NC (n = 30)	Nhóm ĐC (n = 30)	
D0		43,67 ± 3,46	46,23 ± 6,47	> 0,05
D10		61,50 ± 4,39	60,33 ± 4,72	> 0,05
D20		74,17 ± 3,96	69,27 ± 4,87	< 0,01
	P <sub>D10-D0</sub> , P <sub>D20-D0</sub>	< 0,05	< 0,05	

**Nhận xét:** Sau điều trị cả 2 nhóm đều tăng tầm vận động gấp cột sống thắt lưng tại các thời điểm D<sub>10</sub>, D<sub>20</sub>, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 so với trước điều trị. Trong đó nhóm NC tăng nhiều hơn nhóm ĐC ở thời điểm D<sub>20</sub> với p < 0,01.

**Bảng 3.8. Sự cải thiện động tác duỗi cột sống thắt lưng trước và sau điều trị**

Thời gian	Nhóm	Tầm vận động duỗi (độ) ( $\bar{X} \pm SD$ )		P <sub>NC-ĐC</sub>
		Nhóm NC (n = 30)	Nhóm ĐC (n = 30)	
D0		11,80 ± 1,38	11,23 ± 1,22	> 0,05
D10		15,70 ± 1,44	14,90 ± 1,51	< 0,05
D20		19,93 ± 0,64	18,47 ± 1,74	< 0,01
	P <sub>D10-D0</sub> , P <sub>D20-D0</sub>	< 0,05	< 0,05	

**Nhận xét:** Sau điều trị cả 2 nhóm đều tăng tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng tại các thời điểm D<sub>10</sub>, D<sub>20</sub>, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 so với trước điều trị. Trong đó nhóm NC tăng nhiều hơn nhóm ĐC ở cả hai thời điểm D<sub>10</sub> và D<sub>20</sub> với p < 0,05 (D<sub>10</sub>) và p < 0,01 (D<sub>20</sub>).

**Bảng 3.9. Sự cải thiện động tác nghiêng cột sống trước và sau điều trị**

Thời gian	Nhóm	Tâm vận động nghiêng (độ) ( $\bar{X} \pm SD$ )		P <sub>NC-ĐC</sub>
		Nhóm NC (n = 30)	Nhóm ĐC (n = 30)	
D0		11,97 ± 1,92	11,27 ± 1,26	> 0,05
D10		16,03 ± 1,88	15,13 ± 1,25	< 0,05
D20		20,60 ± 2,52	18,50 ± 2,67	< 0,01
	P <sub>D10-D0</sub> , P <sub>D20-D0</sub>	< 0,05	< 0,05	

**Nhận xét:** Sau điều trị cả 2 nhóm đều tăng tâm vận động nghiêng cột sống thất lưng tại các thời điểm D<sub>10</sub>, D<sub>20</sub>, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  so với trước điều trị. Trong đó nhóm NC tăng nhiều hơn nhóm ĐC ở cả hai thời điểm D<sub>10</sub> và D<sub>20</sub> với  $p < 0,05$  (D<sub>10</sub>) và  $p < 0,01$  (D<sub>20</sub>).

### 3.2.5. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng của hai nhóm

**Bảng 3.10. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị**

Chức năng sinh hoạt hàng ngày	Nhóm	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm ĐC (n = 30)		P <sub>NC-ĐC</sub>
		n	%	n	%	
Tốt		23	76,7	15	50	< 0,05
Khá		7	23,3	15	50	
Tổng số		30	100	30	100	

**Nhận xét:** Sau ngày thứ 20 điều trị cả hai nhóm đều có chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức độ tốt và khá. Nhóm NC có tỷ lệ tốt nhiều hơn nhóm ĐC với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.6. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng Y học cổ truyền

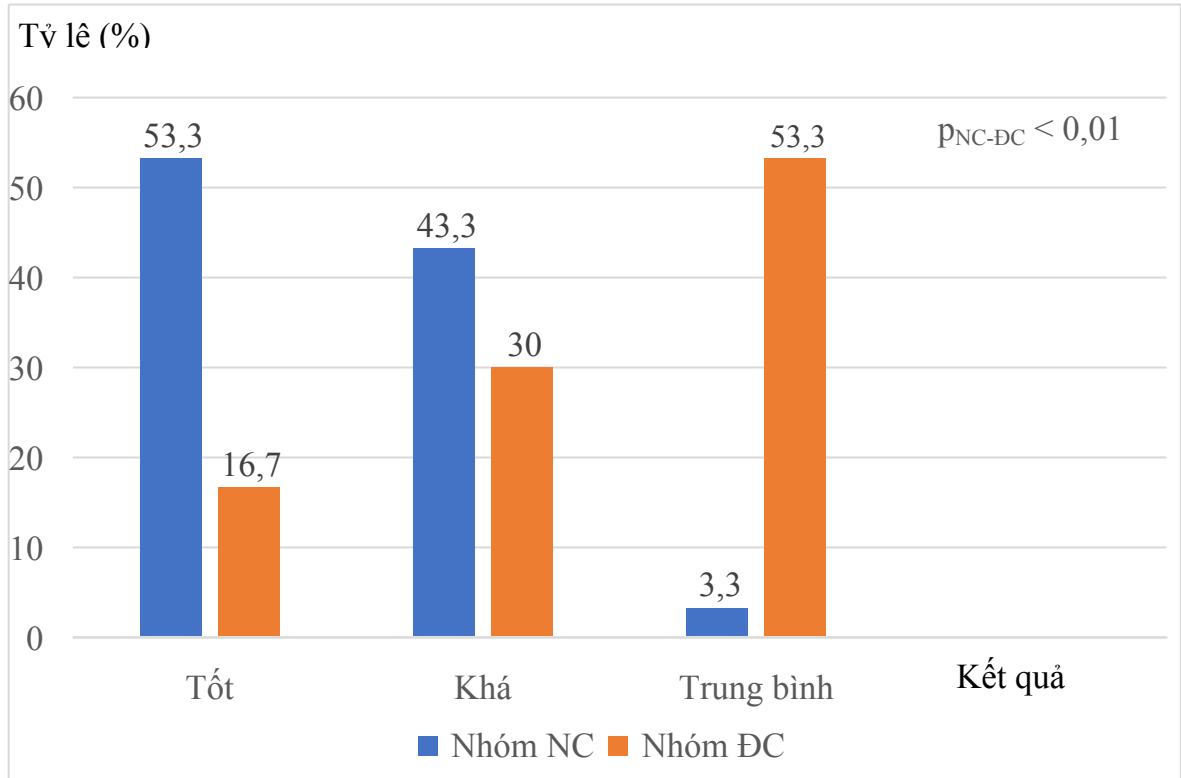
**Bảng 3.11. Hiệu quả cải thiện triệu chứng Y học cổ truyền**

Thời điểm Triệu chứng	Nhóm NC (n = 30)				P <sub>D20-D0</sub>	Nhóm ĐC (n = 30)				P <sub>D20-D0</sub>
	D0		D20			D0		D20		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Đau thắt lưng lan xuống chân	30	100	24	80	< 0,05	30	100	30	100	> 0,05
Ăn kém	27	90	0	0	< 0,05*	24	80	0	0	< 0,05*
Ngủ kém	24	80	0	0	< 0,05*	26	86,7	0	0	< 0,05*
Chất lưỡi nhợt	23	76,7	0	0	< 0,05*	24	80	1	3,3	< 0,05*
Mạch trầm nhược	30	100	30	100	> 0,05	30	100	30	100	> 0,05

\*: Fisher'Exact Test

**Nhận xét:** Sau ngày thứ 20 điều trị, các triệu chứng của người bệnh theo YHCT ở nhóm NC hầu như đều cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Tỷ lệ người bệnh đau thắt lưng lan xuống hông và chân giảm từ 100% còn 80% ( $p < 0,05$ ); không còn bệnh nhân nào ăn kém, ngủ kém và chất lưỡi nhợt. Ở nhóm ĐC mặc dù mức độ đau có giảm nhưng 100% người bệnh vẫn đau thắt lưng lan xuống chân. Không còn bệnh nhân nào ăn ngủ kém. Có 1 bệnh nhân (3,3%) chất lưỡi nhợt. Triệu chứng mạch trầm nhược không thay đổi sau điều trị ở cả hai nhóm ( $p > 0,05$ ).

### 3.2.7. Kết quả điều trị chung



**Biểu đồ 3.6. Kết quả điều trị chung của hai nhóm**

**Nhận xét:** Sau ngày thứ 20 điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm NC là 53,3%, cao hơn so với nhóm chứng là 16,7%. Nhóm NC có 1 bệnh nhân kết quả điều trị trung bình (3,3%), nhóm ĐC có 53,3%%. Nhóm NC có kết quả điều trị chung tốt hơn nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

### 3.2.7. Tác dụng không mong muốn

**Bảng 3.12 Sự thay đổi mạch, huyết áp trước và sau điều trị**

Nhóm		Nhóm NC (n = 30)	Nhóm ĐC (n = 30)	P <sub>NC-ĐC</sub>
Chỉ số		( $\bar{X} \pm SD$ )	( $\bar{X} \pm SD$ )	
Mạch (lần/phút)	D0	74,57 ± 6,76	74,97 ± 5,92	> 0,05
	D20	74,50 ± 4,1	74,30 ± 4,72	
HA tâm thu (mmHg)	D0	123,00 ± 10,55	121,00 ± 5,48	> 0,05
	D20	122,83 ± 7,95	123,67 ± 5,56	
HA tâm trương (mmHg)	D0	74,00 ± 7,70	74,33 ± 6,26	> 0,05
	D20	74,33 ± 5,04	75,00 ± 5,08	
P <sub>D20-D0</sub>		> 0,05		

**Nhận xét:** Các chỉ số mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương ở hai nhóm trước điều trị và sau điều trị đều thay đổi không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) và không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ).

**\* Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng:**

Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi chưa ghi nhận được tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng như như vụng châm, gãy kim, chảy máu, nhiễm trùng tại chỗ châm, đau tăng lên, bông.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

#### 3.3.1. Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

**Bảng 3.13. Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị**

Kết quả		Tốt		Khá, Trung bình		p	OR	95% CI
		n	%	n	%			
Nhóm tuổi								
Nhóm NC	< 70	10	52,6	9	47,4	> 0,05*	0,93	0,21-4,11
	≥ 70	6	54,5	5	45,5	> 0,05*		
Nhóm ĐC	< 70	3	15,8	16	84,2	> 0,05**	0,84	0,12-6,03
	≥ 70	2	18,2	9	81,8	> 0,05**		

\*:  $\chi^2$  test    \*\*: Fisher'Exact Test

#### **Nhận xét:**

Ở nhóm NC, tỷ lệ bệnh nhân < 70 tuổi có kết quả điều trị tốt có xu hướng cao hơn bệnh nhân ≥ 70 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Ở nhóm ĐC, tỷ lệ bệnh nhân < 70 tuổi có kết quả điều trị tốt có xu hướng thấp hơn bệnh nhân ≥ 70 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.3.2. Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị

**Bảng 3.14. Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị**

Giới		Kết quả		Tốt		Khá, Trung bình		p	OR	95% CI
		n	%	n	%					
Nhóm NC	Nam	8	61,5	5	38,5	> 0,05*		1,80	0,42-7,81	
	Nữ	8	47,1	9	52,9	> 0,05*				
Nhóm ĐC	Nam	2	14,3	12	85,7	> 0,05**		0,72	0,10-5,10	
	Nữ	3	18,8	13	81,2	> 0,05**				

\*:  $\chi^2$  test    \*\*: Fisher'Exact Test

#### **Nhận xét:**

Ở nhóm NC, tỷ lệ bệnh nhân nam có kết quả tốt có xu hướng cao hơn bệnh nhân nữ. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Ở nhóm ĐC, tỷ lệ bệnh nhân nam có kết quả tốt có xu hướng thấp hơn bệnh nhân nữ. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.3.3. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị

**Bảng 3.15. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị**

Thời gian		Kết quả		Tốt		Khá, Trung bình		p	OR	95% CI
		n	%	n	%					
Nhóm NC	< 3 tháng	14	53,8	12	46,2			> 0,05*	1,17	0,14-9,59
	≥ 3 tháng	2	50	2	50			> 0,05*		
Nhóm ĐC	< 3 tháng	4	16	21	84			> 0,05*	0,76	0,07-8,73
	≥ 3 tháng	1	20	4	80			> 0,05*		

\*: Fisher'Exact Test

#### **Nhận xét:**

Ở nhóm NC, tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 3 tháng có kết quả điều trị tốt có xu hướng cao hơn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≥ 3 tháng. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Ở nhóm ĐC, tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 3 tháng có kết quả điều trị tốt có xu hướng thấp hơn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≥ 3 tháng. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

## CHƯƠNG 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

##### 4.1.1. Phân bố người bệnh theo tuổi

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của nhóm NC là  $67,70 \pm 10,67$  tuổi, và nhóm ĐC là  $66,03 \pm 10,84$  tuổi. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Phân bố nhóm tuổi cho thấy BN tham gia nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm tuổi cao, từ 60 tuổi trở lên. Nhóm 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7% ở nhóm NC và 40% ở nhóm ĐC).

Kết quả này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm dịch tễ học và cơ chế bệnh sinh của đau TKT do THCS. Ở người cao tuổi, quá trình lão hóa tự nhiên làm cho cấu trúc xương khớp dần suy yếu, khả năng tái tạo và sửa chữa các tổn thương ở sụn khớp, cột sống và đĩa đệm bị giảm sút, dẫn đến nguy cơ mắc các bệnh lý cơ xương khớp tăng cao. Bên cạnh đó, sự thay đổi về lối sống, tư thế sinh hoạt và hình thể không còn cân đối như khi còn trẻ khiến sức cơ giảm, làm suy giảm khả năng bảo vệ và nâng đỡ cột sống [6], [9]. Theo YHCT, đau TKT do THCS thuộc phạm vi chứng tý. Bệnh hình thành trên cơ sở chính khí hư yếu, âm dương mất cân bằng, tạo điều kiện cho tà khí bên ngoài xâm nhập. Can chủ cân, thận chủ cốt tủy; khi tuổi tác cao - khoảng 49 ở nữ và 64 ở nam - thì thiên quý suy kiệt, tinh huyết hao tổn, thận tinh không đủ để nuôi dưỡng can huyết, dẫn đến can huyết hư không nuôi được cân, thận tinh hư không chủ được cốt tủy, khiến xương khớp yếu, vận động khó khăn. Ở người trên 60 tuổi, chính khí và vệ khí đều suy giảm, chức năng tạng can và thận đều yếu, làm cho cân cốt kém nhu nhuận, dễ phát sinh chứng tý. Do đó, tỷ lệ mắc ở nhóm người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao là điều phù hợp với quy luật sinh lý và lý luận của YHCT [7], [41].

Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Dương Đình Hải (2024) về hội chứng thắt lưng hông do THCS cũng ghi nhận tuổi trung bình là  $64,60 \pm 12,68$ , với nhóm  $\geq 60$  tuổi chiếm 72,5% (NC) và 75% (ĐC) [42]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy An (2025) về đau TKT do THCS tại Nghệ An cũng có tuổi trung bình là  $66,33 \pm 12,67$  tuổi, với 62,5% bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi [35].

#### **4.1.2. Phân bố người bệnh theo giới tính**

Trong nghiên cứu của của chúng tôi (Biểu đồ 3.1), tỷ lệ bệnh nhân nữ giới cao hơn nam giới, với 56,7% ở nhóm NC và 53,3% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về giới giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Tỷ lệ giới tính trong các nghiên cứu về đau TKT có sự khác biệt tùy thuộc vào đối tượng và địa điểm. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy An (2025) có tỷ lệ nữ giới là 65,0% (tỷ lệ Nữ/Nam là 1,8/1) [35]. Phạm Thị Hải Yến (2024) nghiên cứu 60 bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm tại Bệnh viện đa khoa Đống Đa thấy nữ chiếm 86,7% [43]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý và cộng sự (2022) có 51% người bệnh là nữ giới [44]. Nghiên cứu của Hồ Duy Thương, Lâm Văn Nút (2024) tỷ lệ bệnh nhân nữ là 69,7% [45]. Các tác giả giải thích rằng phụ nữ dễ bị suy yếu hơn do các yếu tố sinh lý như kinh nguyệt, sinh đẻ, và mãn kinh, dẫn đến chính khí hư nhược và dễ bị ảnh hưởng bởi ngoại tà. Hơn nữa, ở người lớn tuổi, phụ nữ sau mãn kinh có thể bị thoái hóa đĩa đệm nghiêm trọng hơn do giảm mức độ estrogen.

Một số nghiên cứu lại có sự khác biệt về tỷ lệ giới so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Dương Đình Hải (2024) lại cho thấy tỷ lệ nam giới cao hơn (NC: 77,5% Nam, 22,5% Nữ). Điều này có thể lý giải do nam giới thường phải gánh vác các công việc nặng nhọc, lao động quá sức, dẫn đến tăng nguy cơ thoái hóa cột sống [42]. Sự khác biệt này có thể do đặc thù dân số hoặc tiêu chuẩn tuyển chọn mẫu của từng nghiên cứu.

#### **4.1.3. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp**

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nhóm hưu trí, chiếm 40% ở nhóm NC và 46,7% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Kết quả này phù hợp với độ tuổi cao của mẫu nghiên cứu. Những bệnh nhân này mắc bệnh mạn tính trong nhiều năm, và các yếu tố nghề nghiệp tích lũy trong quá khứ là nguyên nhân thúc đẩy THCS. Bên cạnh đó, những người lớn tuổi thường có xu hướng tìm đến YHCT vì các phương pháp này đòi hỏi thời gian điều trị lâu dài, phù hợp với người đã nghỉ hưu.

#### **4.1.4. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh**

Kết quả Bảng 3.2 cho thấy bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 3 tháng, chiếm tỷ lệ rất cao (86,7% ở nhóm NC và 83,3% ở nhóm ĐC). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Kết quả này khác biệt so với nhận định chung rằng đau TKT do THCS là bệnh lý mạn tính (> 6 tháng). Nghiên cứu của Dương Đình Hải (2024) về HCTLH do THCS cho thấy phần lớn BN mắc bệnh  $\geq 6$  tháng (60% ở NC và 65% ở ĐC) [42]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy An (2025) cũng cho thấy 32,5% bệnh nhân mắc bệnh > 6 tháng, và tổng cộng 92,5% bệnh nhân mắc bệnh  $\geq 1$  tháng [35]. Các tác giả lý giải rằng bệnh nhân thoái hóa CSTL thường đến khám muộn khi triệu chứng đã mạn tính hoặc đau nặng nề.

Mặc dù được chẩn đoán THCS (là bệnh lý mạn tính), nhưng bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ cao mắc bệnh < 3 tháng cho thấy đối tượng nghiên cứu là những người có đau TKT cấp tính hoặc bán cấp tính trên nền THCS. Điều này xảy ra khi các tổn thương thoái hóa sụn có (gai xương, hẹp khe khớp) bị kích thích hoặc chèn ép cấp tính do vận động sai tư thế hoặc gắng sức. Việc bệnh nhân đến khám và điều trị trong giai đoạn cấp tính/bán cấp tính là một yếu tố tiên lượng tốt hơn cho kết quả điều trị. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy An chỉ ra rằng hiệu quả điều trị loại tốt ở nhóm mắc bệnh  $\leq 6$  tháng cao gấp 7,79 lần so với nhóm > 6 tháng ( $p < 0,05$ ) [35].

#### **4.1.5. Phân bố người bệnh theo vị trí đau**

Đa số bệnh nhân chỉ đau lan xuống một bên chân. Tỷ lệ đau bên phải (40%) và bên trái (40%) là tương đương ở nhóm NC. Tỷ lệ đau lan xuống cả hai bên chân là 20% (NC) và 16,7% (ĐC). Sự khác biệt về vị trí đau giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Đặc điểm này là điển hình của bệnh lý đau TKT do THCS gây chèn ép rễ thần kinh (rễ L5 hoặc S1) thường xảy ra ưu thế ở một bên.

#### **4.1.6. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị**

Bảng 3.3 cho thấy phân bố bệnh nhân theo các triệu chứng lâm sàng trước điều trị ở nhóm NC và nhóm ĐC.

- Điểm đau VAS trước điều trị:

Để đánh giá mức độ đau, chúng tôi xác định cảm giác đau chủ quan của bệnh nhân theo thang điểm VAS từ 0 đến 10 điểm bằng thước đo độ đau của hãng Astra-Zeneca. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS trước điều trị của nhóm NC là  $5,40 \pm 0,50$  điểm và nhóm ĐC là  $5,53 \pm 0,62$  điểm. Điểm đau VAS trung bình trước điều trị của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Dương Đình Hải (2024)  $5,43 \pm 0,73$  điểm [42]; Đinh Văn Dũng ( $5,37 \pm 0,94$  điểm) [45]. Nhìn chung các bệnh nhân đều đi khám khi có mức độ đau vừa trở lên. Đây là một trong những triệu chứng đặc trưng khiến bệnh nhân khó chịu, phải đến khám và điều trị. Nguyên nhân gây đau TKT là do sự chèn ép của nhân nhày vào bao rễ thần kinh gây thiếu máu cục bộ và tổn thương thần kinh. Ngoài ra sự phù nề rễ thần kinh trong lỗ tiếp hợp vốn đã hẹp càng gây chèn ép rễ thần kinh, có thể gây tăng sản xuất các các chất trung gian hóa học của phản ứng viêm, làm tăng sự nhạy cảm và gây đau tại chỗ.

- Chỉ số Lasègue trước điều trị:

Chỉ số Lasègue trước điều trị trung bình là  $42,00 \pm 3,85$  (độ) ở nhóm NC và  $43,33 \pm 3,56$  (độ) ở nhóm ĐC. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về chỉ số Lasègue trước điều trị với  $p > 0,05$ . Chỉ số Lasègue là triệu chứng quan trọng trong đánh giá mức độ chèn ép rễ thần kinh thắt lưng cùng và mức độ tổn thương thần kinh. Nguyên nhân gây đau khi thực hiện dấu hiệu Lasegue là kéo dẫn dây thần kinh hông, sự dịch chuyển của tuỷ và nón tuỷ, chèn ép dây thần kinh dẫn đến nhạy cảm ở hạch rễ sau và sừng sau, dẫn đến giảm ngưỡng đau. Trong đau TKT do thoái hoá cột sống, gai xương từ rìa thân đốt sống hoặc từ khớp liên mấu phát triển về lỗ tiếp hợp, gây hẹp lỗ tiếp hợp và chèn ép vào rễ thần kinh. Chỉ số Lasègue trước điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy An (2025) trung bình  $47,93 \pm 3,57$  (độ) [35]; Nguyễn Minh Phụng (2022) có chỉ số Lasègue trung bình  $48,67 \pm 8,80$  (độ) [46].

- Độ giãn CSTL trước điều trị:

Tất cả bệnh nhân ở hai nhóm đều có độ giãn cột sống thắt lưng (chỉ số Schober) giảm. Chỉ số Schober trung bình là  $2,00 \pm 0,45$  (cm) ở nhóm NC và  $1,77 \pm 0,68$  (cm) ở nhóm ĐC. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm với  $p > 0,05$ . Kết quả về độ giãn CSTL trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy An (2025) độ giãn Schober trước điều trị là  $2,41 \pm 0,34$  (cm) [35]; Dương Đình Hải (2024) độ giãn Schober trung bình là  $2,65 \pm 0,66$  (cm) [42]. Giảm độ giãn cột sống thắt lưng là một biểu hiện thường gặp trong đau TKT do THCS. Nguyên nhân do cứng khớp, đau vùng cột sống thắt lưng khi thực hiện động tác cúi, co cứng cơ cạnh sống, kéo căng rễ thần kinh khi có chèn ép rễ thần kinh.

- Tâm vận động CSTL trước điều trị:

Hạn chế tâm vận động cột sống thắt lưng do thoái hóa là hậu quả của triệu chứng đau, do co cứng cơ, co rút các gân cơ cạnh sống, giảm đàn hồi dây chằng và bao khớp, do tổn thương gai xương, hẹp khe khớp và dây chằng...[40]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tâm vận động trung bình của bệnh nhân ở cả 2 nhóm là hạn chế ở tất cả các động tác gấp, duỗi, nghiêng bên đau. Góc gấp cột sống thắt lưng trung bình là  $43,67 \pm 3,46$  (độ) ở nhóm NC và  $46,23 \pm 6,47$  (độ) ở nhóm ĐC. Góc duỗi trung bình là  $11,80 \pm 1,38$  (độ) ở nhóm NC và  $11,23 \pm 1,22$  (độ) ở nhóm ĐC. Góc nghiêng bên đau trung bình là  $11,97 \pm 1,92$  (độ) ở nhóm NC và  $11,27 \pm 1,26$  (độ) ở nhóm ĐC. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tâm vận động CSTL trước điều trị với  $p > 0,05$ .

- Chức năng sinh hoạt hàng ngày trước điều trị:

Đau TKT do THCS có triệu chứng đau nổi bật làm ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt và đời sống của bệnh nhân. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng chính là minh chứng rõ nhất cho hiệu quả của các phương pháp điều trị. Trong nghiên cứu chúng tôi lựa chọn 4 trong 10 câu hỏi trong bộ câu hỏi “OSWESTRY LOW BACK PAIN DISABILITY QUESTIONNAIRE - ODI” để đánh giá sự cải thiện mức độ linh

hoạt và hoạt động của CSTL trong sinh hoạt hàng ngày. Trước điều trị điểm ODI trung bình là  $12,20 \pm 1,61$  (điểm) ở nhóm NC và  $12,07 \pm 1,80$  (điểm) ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả này có sự tương đồng với các kết quả của các tác giả khác như Nguyễn Thị Thùy An (2025)  $12,83 \pm 1,52$  (điểm) [35], Nguyễn Hồng Thái (2022)  $11,30 \pm 1,93$  (điểm) [33].

#### **4.1.7. Đặc điểm Y học cổ truyền trước điều trị**

Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân yếu đuối thống thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư. Các triệu chứng YHCT bao gồm đau thắt lưng lan xuống chân (100%), cảm giác tê bì (100%), ăn kém (80-90%), ngủ kém (80-86,7%), chất lưỡi nhợt (76,7-80%), tràm nhợt (100%). Sự khác biệt giữa hai nhóm về các triệu chứng YHCT không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Triệu chứng đau thắt lưng lan xuống chân kèm cảm giác nặng nề tê bì của người bệnh do phong hàn thấp kết hợp can thận hư gây nên. Phong có tính chất thăng tán, hay gây bệnh ở ngoài cơ biểu, hay di chuyển. Hàn chủ khí mùa đông, là âm tà, dễ tổn thương dương khí, làm suy giảm tác dụng ôn ấm cơ thể cũng như tác dụng khí hoá của tạng phủ, hàn tính ngưng trệ nên khi xâm nhập vào kinh mạch sẽ làm khí huyết không lưu chuyển, gây đau tại chỗ; hàn tính co rút nên gây co cứng cơ, hạn chế vận động. Thấp tính nặng và đục, khi gây bệnh khiến cơ thể khó vận động, tứ chi đau mỏi, ngoài da tê bì, khớp co duỗi khó khăn, thấp là âm tà, tính dính ngưng, dễ ảnh hưởng đến lưu chuyển khí trong cơ thể, dễ tổn thương dương khí. Như vậy khi phong hàn thấp tà xâm phạm sẽ khiến vùng lưng đau lan xuống chân, đau có cảm giác tê bì, nặng nề, bệnh kéo dài, dễ tái phát, đau tăng khi trời lạnh hoặc ẩm thấp, chườm ấm dễ chịu [41]. Triệu chứng đau vùng lưng còn do nội thương. Thường gặp ở người cao tuổi, do chính khí suy yếu mà dẫn đến rối loạn chức năng của tạng phủ nhất là hai tạng can và thận. Sự rối loạn chức năng của hai tạng này gây ảnh hưởng đến hai đường kinh biểu lý là bàng quang và đờm làm kinh khí bị trở trệ gây đau và hạn chế vận động [1].

## 4.2. Kết quả điều trị

### 4.2.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS

Đau là triệu chứng nổi bật, là nguyên nhân chính khiến người bệnh phải tìm đến điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) để đánh giá mức độ đau chủ quan. Trước điều trị (D0), mức độ đau trung bình giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Sau ngày thứ 10 và 20 điều trị, điểm VAS trung bình ở hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Nhóm NC giảm nhiều hơn nhóm ĐC với  $p < 0,01$ . Về phân loại mức độ đau, sau ngày thứ 20 điều trị, nhóm NC có 20% bệnh nhân hết đau (0 điểm) và 80% đau nhẹ (1-3 điểm). Trong khi đó, nhóm ĐC không ghi nhận bệnh nhân nào hết đau, 100% đạt mức đau nhẹ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Điều này chứng tỏ bài tập Mc Gill kết hợp điện châm và hồng ngoại có tác dụng tốt hơn điện châm kết hợp hồng ngoại trong cải thiện mức độ đau qua thang điểm VAS.

Sự giảm đau ở cả hai nhóm đều cho thấy hiệu quả chung của các liệu pháp vật lý và Y học cổ truyền. Cả hai nhóm đều sử dụng phác đồ nền là điện châm và hồng ngoại. Điện châm được chứng minh là có tác dụng giảm đau hiệu quả trong điều trị đau TKT. Điện châm có cơ chế giảm đau thông qua việc hoạt hóa hệ thống giảm đau nội sinh (peripheral, spinal, and supraspinal mechanisms), bao gồm việc giải phóng các opioid nội sinh (như  $\beta$ -Endorphin, Enkephalin, Endomorphin, Dynorphin) [47]. Điện châm tạo ra một cung phản xạ mới có khả năng ức chế dẫn truyền cảm giác đau, từ đó phá vỡ cung phản xạ bệnh lý [22]. Một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp (Han Kyou Hwan và cộng sự, 2022) trên 28 thử nghiệm đã kết luận nhóm châm cứu có tỷ lệ hiệu quả tổng thể cao hơn đáng kể so với nhóm dùng thuốc giảm đau, và mức độ đau theo thang điểm VAS giảm mạnh hơn [32]. Còn theo YHCT, đau là do kinh lạc bị bế tắc khiến khí huyết không thông (Bất thông tắc thống). Điện châm thông qua tác động vào huyết vị và kinh lạc có thể đuổi ngoại tà, điều hoà dinh vệ, thông được kinh lạc do đó làm giảm đau, điều hoà chức năng tạng phủ [22]. Tia hồng ngoại là một phương pháp nhiệt trị liệu có tác dụng giảm đau thông qua nhiều cơ chế sinh lý và sinh học. Hồng ngoại giúp giãn cơ, từ đó làm giảm co cứng cơ – yếu tố góp

phân hình thành và duy trì cơn đau, đặc biệt trong đau TKT. Nhiệt năng của tia hồng ngoại còn tác động trực tiếp lên các đầu dây thần kinh cảm giác, làm tăng ngưỡng chịu đau và giảm dẫn truyền cảm giác đau lên trung ương. Bên cạnh đó, hồng ngoại kích thích cơ thể giải phóng endorphin nội sinh, giúp điều hòa và giảm cảm giác đau một cách tự nhiên. Ở mức tế bào, tia hồng ngoại có khả năng xuyên sâu, làm tăng sản xuất nitric oxide, giúp giãn mạch, cải thiện vi tuần hoàn và giảm stress oxy hóa. Quá trình này đồng thời thúc đẩy tổng hợp yếu tố tăng trưởng và tái tạo mô, hỗ trợ phục hồi tổn thương tại chỗ. Nhờ những cơ chế này, hồng ngoại được ứng dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý cơ xương khớp và đau mạn tính như thoái hóa khớp gối, đau thắt lưng hay đau TKT [18], [19], [48].

Nhóm NC sử dụng thêm bài tập Mc Gill cho hiệu quả giảm đau vượt trội. Mc Gill là phương pháp tập luyện tập trung vào ổn định cột lõi, giúp bảo vệ cột sống khỏi các chuyển động quá mức hoặc sai tư thế, từ đó giảm áp lực cơ học lên rễ thần kinh đang bị chèn ép do THCS. Sự ổn định này giúp duy trì trạng thái “giảm áp” cho rễ thần kinh, cho phép tác dụng của điện châm và hồng ngoại phát huy tối đa, dẫn đến mức giảm đau sâu hơn [27].

Hiệu quả vượt trội của việc thêm Bài tập Mc Gill vào phác đồ nền (điện châm và hồng ngoại) tương đồng với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Chung và cộng sự (2024) sử dụng phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại điều trị đau TKT do THCS. Sau 15 ngày điều trị, nhóm NC có mức độ cải thiện điểm VAS từ  $5,3 \pm 0,53$  (điểm) xuống  $1,03 \pm 0,32$  (điểm) [36]. Trần Tuấn Minh và Lê Thị Kim Dung (2022) nghiên cứu tác dụng của dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại sau điều trị điểm đau VAS giảm từ  $6,08 \pm 1,48$  (điểm) xuống  $4,80 \pm 1,58$  (điểm) [34]. Ngoài ra, việc bổ sung thuốc đắp HV vào điện châm hồng ngoại trong nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương (2025) cũng cho thấy mức độ đau giảm 74,2% theo VAS ở nhóm NC, tốt hơn nhóm ĐC giảm 64,3% ( $p < 0,05$ ) [38]. Tóm lại, các kết quả này đều cho thấy việc tích hợp thêm một phương pháp can thiệp thứ ba có tác động cơ học, vật lý trị liệu hoặc YHCT chuyên biệt vào liệu pháp điện châm và hồng ngoại giúp tối ưu hóa đáng kể hiệu quả giảm đau cho bệnh nhân đau TKT.

#### 4.2.2. Kết quả cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng (Schober)

Chỉ số Schober phản ánh khả năng cử động của cột sống thắt lưng và thường bị hạn chế do đau, co cứng cơ, và giảm đàn hồi đĩa đệm/dây chằng trong bệnh THCS. Biểu đồ 3.4 cho thấy sự thay đổi độ giãn CSTL theo Schober ở hai nhóm NC và nhóm ĐC qua các thời điểm. Tại thời điểm D0, độ giãn CSTL trung bình ở nhóm NC là  $2,00 \pm 0,45$  (cm) và ở nhóm ĐC là  $1,77 \pm 0,68$  (cm), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, đến thời điểm D10, nhóm NC có sự cải thiện rõ rệt với độ giãn trung bình là  $3,17 \pm 0,38$  (cm), trong khi nhóm ĐC chỉ đạt  $2,50 \pm 0,73$  (cm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Đến D20, độ giãn CSTL của nhóm NC đạt  $4,13 \pm 0,43$  (cm) và nhóm ĐC là  $3,40 \pm 0,77$  (cm) với sự khác biệt cũng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Sự thay đổi độ giãn cột sống thắt lưng từ D0 đến D10, từ D10 đến D20 và từ D0 đến D20 trong cả hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

Việc CSTL hạn chế cử động là do phản ứng bảo vệ của cơ thể trước cơn đau rễ thần kinh. Điện châm, hồng ngoại giúp giãn cơ, giảm đau và phá vỡ vòng xoắn bệnh lý đau - cơ - hạn chế vận động. Bài tập Mc Gill tập trung vào việc tăng cường sức mạnh và độ bền của cơ cốt lõi mà không gây áp lực quá mức lên đĩa đệm. Khi cơ lõi mạnh lên, chúng hỗ trợ cột sống hiệu quả hơn, cho phép CSTL được giải phóng khỏi trạng thái co cứng bảo vệ, từ đó độ giãn CSTL được cải thiện rõ rệt hơn.

Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tiên Chung và cộng sự (2024), chỉ số Schober trung bình của nhóm NC tăng có ý nghĩa thống kê sau 15 ngày điều trị, cụ thể là tăng từ  $13,77 \pm 3,65$  (cm) lên  $15,8 \pm 2,86$  (cm) [36]. Nguyễn Thị Thùy An (2025) sử dụng điện châm, siêu âm trị liệu kết hợp thuốc thấp khớp hoàn P/H cho kết quả chỉ số Schober trung bình sau 20 ngày điều trị tăng từ  $12,41 \pm 0,34$  (cm) lên  $13,71 \pm 0,35$  (cm) [35]. Nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương (2025) cũng cho thấy độ giãn CSTL tăng từ  $11,79 \pm 0,37$  (cm) lên  $13,75 \pm 0,44$  (cm) [38]. Nguyễn Văn Dũng (2018) đánh giá tác dụng điều trị của điện châm kết hợp bài tập Mc Gill trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, sau 20 ngày điều trị chỉ số Schober trung bình tăng lên  $4,13 \pm 0,39$  (cm) [49].

#### 4.2.3. Kết quả cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh (Lasègue)

Nghiệm pháp Lasègue dương tính là dấu hiệu lâm sàng quan trọng nhất phản ánh sự chèn ép rễ thần kinh tọa. Góc Lasègue càng tăng, mức độ chèn ép càng giảm. Trước điều trị, góc Lasègue trung bình của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Sau ngày thứ 20 điều trị (D20), góc Lasègue trung bình ở nhóm NC tăng lên  $75,67 \pm 5,37$  độ. Nhóm ĐC đạt  $71,10 \pm 6,41$  độ. Nhóm NC có mức cải thiện cao hơn nhóm ĐC với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

Sự tăng góc Lasègue đồng nghĩa với việc rễ thần kinh TKT được giải phóng khỏi sự chèn ép hoặc kích thích căng giãn. Ở người bệnh đau TKT sự dịch chuyển của rễ thần kinh bị hạn chế chủ yếu thứ phát do viêm tại chỗ và chèn ép cơ học. Trong đau TKT do THCS, gai xương từ rìa thân đốt sống hoặc từ khớp liên mấu phát triển về lỗ tiếp hợp, gây hẹp lỗ tiếp hợp và chèn ép vào rễ thần kinh. Kết quả cải thiện độ Lasègue theo thời gian điều trị do tác dụng kết hợp của điện châm, hồng ngoại và bài tập MC Gill. Cơ chế cải thiện nghiệm pháp Lasègue của điện châm và hồng ngoại liên quan chặt chẽ đến việc giảm chèn ép và viêm rễ thần kinh tọa. Điện châm giúp giảm đau thông qua kích thích giải phóng các opioid nội sinh như  $\beta$ -Endorphin, đồng thời làm giãn cơ, giảm co cứng và cải thiện tuần hoàn tại chỗ, qua đó phá vỡ vòng xoắn bệnh lý “đau – co cơ – hạn chế vận động”. Bên cạnh đó, điện châm còn có tác dụng chống viêm, giảm phù nề và thúc đẩy tái tạo thần kinh thông qua điều hòa yếu tố tăng trưởng và ức chế các cytokine tiền viêm [22], [47]. Trong khi đó, hồng ngoại có tác dụng nhiệt giúp giãn mạch, tăng lưu thông máu và làm mềm các cơ cạnh sống, giảm áp lực cơ học lên rễ thần kinh khi nâng chân. Sự kết hợp điện châm và hồng ngoại tạo hiệu ứng hiệp đồng: điện châm xử lý nguyên nhân sâu ở mức thần kinh và tế bào, trong khi hồng ngoại cải thiện điều kiện cơ học và tuần hoàn cục bộ, từ đó làm tăng góc Lasègue, cải thiện rõ rệt chức năng và giảm đau cho bệnh nhân đau TKT [48]. Bài tập Mc Gill giúp tăng cường sức mạnh cơ bắp, từ đó giúp cố định các đốt sống, tránh các cử động gây căng kéo thêm rễ thần kinh. Khi kết hợp điện châm và hồng ngoại, Mc Gill giúp duy trì tư thế giảm chèn ép, thúc đẩy quá trình hồi phục.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương và cộng sự (2024) sau 21 ngày điều trị ghi nhận góc Lasègue tăng từ  $56,63 \pm 6,34$  (độ) lên  $75,88 \pm 5,87$  (độ) [38]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy An và cộng sự (2025) có chỉ số Lasègue trung bình sau 20 ngày điều trị tăng từ  $47,93 \pm 3,57$  (độ) lên  $75,68 \pm 3,23$  (độ) [35]. Nghiên cứu của Dương Đình Hải và cộng sự (2024) nghiên cứu tác dụng của tác động cột sống kết hợp hoàn độc hoạt tang ký sinh và điện châm sau 20 ngày điều trị ghi nhận Lasègue tăng từ  $56,50 \pm 7,70$  (độ) lên  $69,00 \pm 6,72$  (độ) [42]. Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thái (2022) cho kết quả sau 20 ngày điều trị bằng phương pháp điện nhĩ châm kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên người bệnh hội chứng thắt lưng hông do THCS, độ Lasegue tăng từ  $57,83 \pm 3,40$  (độ) lên  $76,0 \pm 3,81$  (độ) [33]. Nguyễn Minh Phụng (2022) đánh giá tác dụng của laser công suất cao kết hợp viên hoàn Độc hoạt tang ký sinh và xoa bóp cầm huyệt trên người bệnh hội chứng thắt lưng hông, sau 20 ngày điều trị, độ Lasegue tăng từ  $48,67 \pm 8,80$  (độ) lên  $75,0 \pm 4,45$  (độ) [46].

#### ***4.2.4. Kết quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng***

Trong đau TKT do thoái hóa CSTL, hầu hết các bệnh nhân đều bị hạn chế tầm vận động, nó là hậu quả của đau, co rút các cơ cạnh sống, co kéo các tổ chức liên kết bao gồm gân, cơ, dây chằng ... do đó gây hạn chế tầm vận động CSTL.

\* *Tầm vận động gấp:*

Bảng 3.7 cho thấy sự thay đổi tầm vận động gấp ở hai nhóm NC và nhóm ĐC qua các thời điểm. Tại thời điểm D0, tầm vận động gấp của nhóm NC là  $43,67^0 \pm 3,46^0$  và nhóm ĐC là  $46,23^0 \pm 6,47^0$ , sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Đến thời điểm D10, nhóm NC tăng tầm vận động gấp là  $61,50^0 \pm 4,39^0$ , có xu hướng cao hơn so với nhóm ĐC ( $60,33^0 \pm 4,72^0$ ), tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tại thời điểm D20, nhóm NC tiếp tục tăng tầm vận động gấp là  $74,17^0 \pm 3,6^0$ , cao hơn so với nhóm ĐC là  $69,27^0 \pm 4,87^0$ , sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Như vậy sau điều trị cả 2 nhóm đều tăng tầm vận động gấp cột sống thắt lưng, có ý nghĩa thống kê với

$p < 0,05$  so với trước điều trị. Trong đó nhóm NC tăng nhiều hơn nhóm ĐC ở thời điểm sau 20 ngày điều trị với  $p < 0,01$ .

*\* Tầm vận động duỗi:*

Bảng 3.8 cho thấy sự tăng tầm vận động duỗi của hai nhóm NC và nhóm ĐC qua các thời điểm khác nhau. Tại thời điểm D0, nhóm nghiên cứu có tầm vận động duỗi là  $11,80^0 \pm 1,38^0$ , nhóm ĐC là  $11,23^0 \pm 1,22^0$ , sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tại các thời điểm D10 và D20, nhóm NC đã có sự cải thiện rõ rệt về tầm vận động duỗi so với nhóm ĐC. Cụ thể, tại D10, nhóm NC có tầm vận động duỗi là  $15,70^0 \pm 1,44^0$ , cao hơn nhóm ĐC ( $14,90^0 \pm 1,51^0$ ) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tại D20, nhóm NC đạt tầm vận động duỗi  $19,93^0 \pm 0,64^0$ , trong khi nhóm ĐC là  $18,47^0 \pm 1,74^0$ , và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Kết quả cho thấy nhóm NC có sự cải thiện đáng kể về tầm vận động duỗi so với nhóm ĐC ở tất cả các thời điểm sau khi điều trị (D10 và D20).

*\* Tầm vận động nghiêng bên đau:*

Bảng 3.9 cho thấy sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đau của hai nhóm qua các thời điểm. Tại thời điểm D0, sự khác biệt giữa nhóm NC ( $11,97^0 \pm 1,92^0$ ) và nhóm ĐC ( $11,27^0 \pm 1,26^0$ ) không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Vào thời điểm D10, nhóm NC đã có sự cải thiện rõ rệt về tầm vận động nghiêng so với nhóm ĐC với  $p < 0,05$ . Đến thời điểm D20, nhóm NC tiếp tục tăng tầm vận động nghiêng bên đau ( $20,60^0 \pm 2,52^0$ ) cao hơn so với nhóm ĐC ( $18,50^0 \pm 2,67^0$ ) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Nhìn chung, kết quả chỉ ra rằng sau ngày thứ 10 và 20 điều trị, cả hai nhóm đều tăng tầm vận động nghiêng bên đau so với trước điều trị với  $p < 0,05$ . Trong đó nhóm NC tăng nhiều hơn nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Các phương pháp can thiệp có tác dụng giảm đau, giảm co cứng cơ nên cải thiện tầm vận động CSTL. Nhóm NC sử dụng thêm bài tập Mc Gill không chỉ tăng cường ổn định mà còn giúp bệnh nhân học cách di chuyển cột sống một cách an toàn, tránh các tư thế gây đau. Việc tập luyện có kiểm soát giúp phá vỡ các thói quen vận động sai lệch do đau mạn tính gây ra, từ đó tăng khả năng vận động CSTL.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng (2018) đánh giá tác dụng điều trị của điện châm kết hợp bài tập Mc Gill trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm CSTL [51]. Nghiên cứu của Dương Đình Hải (2024) (tác động cột sống kết hợp điện châm và hoàn Độc hoạt tang ký sinh) [42], Nguyễn Tiến Chung và cộng sự (2024) (nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại) [36], Trần Tuấn Minh và cộng sự (2022) (dưỡng sinh kết hợp điện châm và hồng ngoại) [34] cũng chứng minh tác động cột sống giúp cải thiện tầm vận động gập, duỗi, nghiêng, xoay rõ rệt hơn nhóm ĐC ( $p < 0,05$ ). Sự tương đồng về hiệu quả này cho thấy rằng các can thiệp tập trung vào cơ học và phục hồi chức năng vận động (Mc Gill) hoặc điều chỉnh cấu trúc cột sống (tác động cột sống, nắn chỉnh) đều mang lại lợi ích lớn hơn so với các liệu pháp giảm đau thụ động (Điện châm, hồng ngoại) trong việc phục hồi tầm vận động của CSTL.

#### ***4.2.5. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm***

Chức năng sinh hoạt hàng ngày được đánh giá bằng thang điểm ODI, gồm câu hỏi đánh giá mức độ linh hoạt và hoạt động của CSTL trong sinh hoạt hàng ngày như: Chăm sóc cá nhân, nhắc vật nặng, đi bộ, ngồi, đứng và đời sống xã hội. Đây là chỉ số quan trọng phản ánh chất lượng cuộc sống và khả năng phục hồi chức năng của bệnh nhân.

Tại thời điểm D0, chức năng sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Sau ngày thứ 20 điều trị cả hai nhóm đều có chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức độ tốt và khá. Nhóm NC có tỷ lệ tốt nhiều hơn nhóm ĐC với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh được cải thiện tốt hay không phụ thuộc vào mức độ giảm đau, sự cải thiện tầm vận động CSTL, sự cải thiện tình trạng chèn ép rễ thần kinh... Bài tập Mc Gill kết hợp điện châm và hồng ngoại có hiệu quả giảm đau, cải thiện độ giãn cột sống và tầm vận động CSTL, giảm các triệu chứng chèn ép rễ thần kinh nên giúp cải thiện đáng kể chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Nhóm NC có hiệu quả giảm đau nhiều hơn nên các chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tốt

hơn so với nhóm ĐC. Nghiên cứu của Trần Tuấn Minh (2022) dùng phương pháp dưỡng sinh kết hợp điện châm và hồng ngoại điều trị đau thần kinh tọa do THCS cũng cho kết quả tương tự, sau 20 ngày điều trị chỉ số ODI của nhóm nghiên cứu giảm từ  $24,70 \pm 3,3$  (điểm) xuống  $1,24 \pm 5,81$  (điểm) [34]. Kết quả nghiên cứu Nguyễn Hồng Thái (2022) cho thấy điểm ODI trung bình của người bệnh giảm từ  $11,30 \pm 1,93$  xuống  $4,77 \pm 1,46$  điểm sau 20 ngày điều trị, với  $p < 0,05$ , tỷ lệ người bệnh có chức năng sinh hoạt hàng ngày loại khá và trung bình chiếm sau ngày thứ 10 điều trị (43,33% và 56,67%), sau ngày thứ 20 điều trị chức năng sinh hoạt hàng ngày loại tốt chiếm 43,33%, khá chiếm 56,67% [33].

#### **4.2.6. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng Y học cổ truyền**

Hầu hết các triệu chứng theo YHCT ở hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt so với trước điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân đau thắt lưng lan xuống mông và chân giảm từ 100% xuống còn 80% ( $p < 0,05$ ) ở nhóm NC. Ở nhóm ĐC mặc dù mức độ đau theo thang điểm VAS có giảm nhưng 100% người bệnh vẫn đau thắt lưng lan xuống chân. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt này cho thấy bổ sung bài tập McGill vào phác đồ điện châm và hồng ngoại đã mang lại hiệu quả vượt trội trong việc giải quyết triệu chứng đau của bệnh nhân.

Triệu chứng toàn thân như ăn kém, ngủ kém, chất lưỡi nhợt ở cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt. Không còn bệnh nhân nào bị ăn kém, ngủ kém. Chất lưỡi từ nhợt chuyển sang hồng (Nhóm NC không còn bệnh nhân nào lưỡi nhợt, nhóm ĐC còn 3,3% - 1 bệnh nhân). Việc các triệu chứng toàn thân này cải thiện nhanh chóng trong 20 ngày chứng tỏ tà khí đã được khu trừ và chính khí đã được phục hồi một phần, tạo điều kiện cho cơ thể chống đỡ tốt hơn, giúp bệnh nhân ăn ngon ngủ tốt, từ đó hỗ trợ quá trình phục hồi chung.

Mặc dù các triệu chứng đau và toàn thân đã cải thiện rõ rệt, triệu chứng mạch trầm nhược không thay đổi sau 20 ngày điều trị ở cả hai nhóm ( $p > 0,05$ ). Mạch trầm nhược là triệu chứng thiết chẩn quan trọng, phản ánh tình trạng bệnh lý nằm sâu (Trầm) hoặc tình trạng hư chứng (Nhược), đặc trưng cho thể can thận hư. Sự không thay đổi của mạch trầm nhược chứng tỏ căn nguyên hư chứng (sự suy yếu của can

thận) là một bệnh lý mạn tính, cần thời gian điều trị dài hơn 20 ngày để có thể phục hồi hoàn toàn. Điều này phù hợp với quan điểm rằng các bệnh lý mạn tính do thoái hóa cột sống, liên quan đến suy giảm chức năng can thận, cần liệu trình điều trị cũng cố lâu dài hơn để nâng cao chính khí và mạnh gân cốt

#### 4.2.7. Hiệu quả điều trị chung

Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá kết quả điều trị dựa trên tổng điểm các chỉ số: mức độ đau theo thang điểm VAS, độ giãn CSTL, tầm vận động CSTL, độ Lasègue, chức năng sinh hoạt hàng ngày. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau ngày thứ 20 điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm NC là 53,3%, cao hơn so với nhóm chứng là 16,7%. Nhóm NC có 1 bệnh nhân kết quả điều trị trung bình (3,3%), nhóm ĐC có 53,3%. Nhóm NC có kết quả điều trị chung tốt hơn nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . **Như vậy hiệu quả của bài tập Mc Gill kết hợp với điện châm và hồng ngoại trong điều trị đau TKT do thoái hóa CSTL tốt hơn phương pháp điện châm, hồng ngoại đơn thuần. Nhóm NC có hiệu quả giảm đau, cải thiện vận động CSTL, cải thiện chèn ép rễ thần kinh tọa, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày tốt hơn so với nhóm ĐC nên hiệu quả điều trị chung tốt hơn.**

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Ngọc Hân và cộng sự (2024) điều trị đau TKT do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập williams kết quả 56,7% tốt, 33,3% khá [37], nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy An (2025) điều trị đau TKT do thoái hóa CSTL của siêu âm trị liệu kết hợp thuốc thấp khớp hoàn p/h và châm cứu đạt kết quả 62,5% tốt, 37,5% khá [35].

So sánh với kết quả một số nghiên cứu của các tác giả khác:

Nguyễn Tiến Chung và cộng sự (2024) nghiên cứu tác dụng của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại trong điều trị đau thần kinh tọa cho kết quả 76,7% tốt, 23,3% khá [36].

Dương Đình Hải và cộng sự (2024) đánh giá tác dụng của tác động cột sống kết hợp hoàn độc hoạt tạng ký sinh và điện châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông. Kết quả điều trị tốt là 55% và khá là 45% [42].

Nguyễn Văn Dũng (2018) đánh giá tác dụng điều trị của điện châm kết hợp bài tập Mc Gill trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cho kết quả 80% tốt, 16,7% khá, 3,3% trung bình [49].

Đình Văn Dũng (2018) nghiên cứu hiệu quả của bài thuốc bổ cân thang kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm cho kết quả 33,33% tốt, 50% khá, 16,7% trung bình [45].

Sở dĩ kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với kết quả nghiên cứu của các tác giả là khác nhau, có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, thời điểm nghiên cứu, địa điểm nghiên cứu và tiêu chí đánh giá kết quả.

#### **4.2.8. Tác dụng không mong muốn**

Bảng 3.11 cho thấy các dấu hiệu sinh tồn như mạch, huyết áp của bệnh nhân trong nhóm NC và nhóm ĐC trước và sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Như vậy bài tập Mc Gill kết hợp điện châm và hồng ngoại không ảnh hưởng tới các chỉ số mạch và huyết áp của bệnh nhân.

Trong quá trình điều trị, chúng tôi tiến hành theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của bài tập Mc Gill, điện châm và hồng ngoại như vụng châm, gãy kim, chảy máu, nhiễm trùng tại chỗ châm, đau tăng lên, bông. Kết quả chưa ghi nhận được tác dụng không mong muốn nào trong 20 ngày điều trị. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng, điện châm, hồng ngoại bài tập Mc Gill là phương pháp điều trị an toàn ở người bệnh đau TKT. Nguyễn Tiến Chung và cộng sự (2024) trong quá trình điều trị, 60 bệnh nhân ở cả hai nhóm không có ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào của các phương pháp can thiệp như nắn chỉnh cột sống, xoa bóp bấm huyệt, điện châm, hồng ngoại [36]. Nguyễn Thị Thùy An và cộng sự (2025) trong quá trình can thiệp trên 40 người bệnh ghi nhận 03 người bệnh chảy máu sau rút kim, chưa ghi nhận những tác dụng không mong muốn khác. Những trường hợp chảy máu sau rút kim đều được xử trí kịp thời theo phác đồ dùng bông vô khuẩn ấn chặt tại chỗ, không day, toàn bộ người bệnh đều không có sưng nề, bầm tím hay nhiễm

trùng vùng da chảy máu và không có trường hợp nào phải rời khỏi nghiên cứu [35]. Vì vậy, qua nghiên cứu này có thể thấy bài tập Mc Gill, điện châm và hồng ngoại là những phương pháp điều trị an toàn trên người bệnh đau TKT do THCS.

### **4.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị**

#### **4.3.1. *Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị***

Kết quả nghiên cứu bảng 3.12 cho thấy tuổi không phải là yếu tố tiên lượng có ý nghĩa thống kê đối với hiệu quả điều trị chung. Ở nhóm NC, bệnh nhân dưới 70 tuổi có kết quả điều trị tốt có xu hướng cao hơn so với bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên với  $p > 0,05$  cho thấy sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm ĐC, bệnh nhân dưới 70 tuổi có kết quả điều trị tốt có xu hướng thấp hơn so với bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên. Sự khác biệt này cũng chưa có ý nghĩa thống kê.

Việc không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và kết quả điều trị là kết quả khá thường gặp trong các nghiên cứu điều trị bảo tồn đau TKT. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh (2018) cho thấy kết quả điều trị hội chứng thắt lưng hông do THCS bằng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp từ trường không có sự khác biệt ở các nhóm tuổi [50]. Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thái (2022) đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống bằng điện nhĩ châm, điện châm, xoa bóp bấm huyệt cho thấy kết quả điều trị không khác biệt giữa nhóm tuổi  $< 60$  và  $\geq 60$  tuổi [33]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy An (2025) về điều trị đau TKT bằng Thấp khớp hoàn P/H kết hợp điện châm và siêu âm cũng cho thấy hiệu quả điều trị loại tốt ở hai nhóm tuổi ( $< 60$  và  $\geq 60$  tuổi) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) [35]. Có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ nên chưa đại diện cho quần thể nghiên cứu. Cần thực hiện thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhằm đánh giá đúng mối tương quan giữa nhóm tuổi và hiệu quả điều trị.

#### **4.3.2. *Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị***

Kết quả nghiên cứu bảng 3.13 cho thấy: Ở nhóm NC, bệnh nhân nam có kết quả tốt có xu hướng cao hơn bệnh nhân nữ. Ở nhóm ĐC, bệnh nhân nam có kết quả tốt có xu hướng thấp hơn bệnh nhân nữ. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm.

Tương tự như yếu tố tuổi, hầu hết các nghiên cứu điều trị đau TKT bằng YHCT đều không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và hiệu quả điều trị. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh (2018) [50], Nguyễn Hồng Thái (2022) [33], Nguyễn Thị Thùy An (2025) [35] đều kết luận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hiệu quả điều trị giữa nam giới và nữ giới ( $p > 0,05$ ).

Các liệu pháp vật lý và cơ học chủ yếu tác động cục bộ lên dây thần kinh, cơ bắp và cấu trúc cột sống. Sự đáp ứng với việc giảm đau, chống viêm và phục hồi cơ cốt lõi thường không bị chi phối đáng kể bởi giới tính. Ở nhóm NC sử dụng bài tập Mc Gill, nam giới có xu hướng đạt kết quả tốt hơn. Điều này có thể liên quan đến đặc điểm sinh học, khi nam giới thường có khối lượng và sức mạnh cơ cốt lõi tốt hơn nữ giới. Mc Gill là bài tập tăng cường sức mạnh của cơ, do đó, nam giới có thể nhanh chóng củng cố vùng cơ cốt lõi hơn, tối ưu hóa hiệu quả của Mc Gill trong 20 ngày điều trị. Cả hai nhóm đều có xu hướng giới tính chiếm ưu thế (Nữ chiếm 53,3%–56,7%). Với cỡ mẫu giới hạn ( $n = 30$  mỗi nhóm), mặc dù có thể quan sát thấy xu hướng khác biệt về đáp ứng với Mc Gill giữa hai giới, nhưng dữ liệu không đủ mạnh để đạt ý nghĩa thống kê. Điều này củng cố kiến nghị cần có thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá mối tương quan giữa giới tính và hiệu quả của Mc Gill một cách chính xác.

#### ***4.3.3. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị***

Kết quả nghiên cứu bảng 3.14 cho thấy: Ở nhóm NC, bệnh nhân mắc bệnh  $< 3$  tháng có kết quả điều trị tốt có xu hướng cao hơn nhóm  $\geq 3$  tháng. Ở nhóm ĐC, bệnh nhân mắc bệnh  $< 3$  tháng có kết quả điều trị tốt có xu hướng thấp hơn nhóm  $\geq 3$  tháng. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm.

Ngược lại với tuổi và giới, thời gian mắc bệnh thường được công nhận là một yếu tố tiên lượng mạnh mẽ trong điều trị đau TKT. Nguyễn Thị Thùy An (2025) tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rõ rệt: Hiệu quả điều trị loại tốt ở nhóm mắc bệnh  $\leq 3$  tháng cao gấp 7,02 lần so với nhóm mắc bệnh  $> 3$  tháng ( $p < 0,05$ ) [35]. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh (2018) cũng chỉ ra rằng tỷ lệ hiệu quả điều trị tốt ở nhóm  $\leq 6$  tháng cao hơn 4,67 lần so với nhóm  $> 6$  tháng ( $p < 0,05$ ) [50]. Có thể cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ nên chưa thấy được mối liên quan này.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng điều trị bằng bài tập Mc Gill kết hợp điện châm, hồng ngoại so sánh với 30 bệnh nhân điều trị bằng điện châm, hồng ngoại trong 20 ngày, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

**1. Bài tập Mc Gill kết hợp điện châm, hồng ngoại có tác dụng giảm đau, cải thiện chèn ép rễ thần kinh, cải thiện tầm vận động CSTL trên bệnh nhân đau TKT do thoái hóa CSTL, tốt hơn nhóm điện châm và hồng ngoại đơn thuần.**

- **Hiệu quả giảm đau:** Điểm đau VAS trung bình giảm từ  $5,40 \pm 0,50$  (điểm) xuống  $1,07 \pm 0,74$  (điểm) ( $p < 0,01$ ), cải thiện tốt hơn nhóm ĐC với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,01$ .

- **Hiệu quả cải thiện chèn ép rễ thần kinh:** Góc Lasègue tăng từ  $42,00^0 \pm 3,85^0$  lên  $75,67^0 \pm 5,37^0$  ( $p < 0,05$ ), tốt hơn so với nhóm ĐC với  $p < 0,01$ .

- **Hiệu quả cải thiện tầm vận động CSTL:** Tăng tầm vận động CSTL các động tác gấp, duỗi, nghiêng bên đau. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ). Nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC với  $p < 0,01$ .

- **Kết quả điều trị chung:** Kết quả tốt chiếm 53,3%, khá chiếm 43,3%, trung bình chiếm 3,3 %, không có bệnh nhân nào có kết quả kém, tốt hơn nhóm ĐC với  $p < 0,05$ .

- Các phương pháp điều trị không gây tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng trong 20 ngày điều trị.

**2. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới, thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị.**

## **KIẾN NGHỊ**

Bài tập Mc Gill, điện châm và hồng ngoại là phương pháp điều trị kết hợp YHHD và YHCT, có hiệu quả tốt và an toàn trong điều trị đau TKT do thoái hoá cột sống. Qua nghiên cứu chúng tôi xin có ý kiến kiến nghị sau:

Áp dụng phác đồ điều trị kết hợp bài tập Mc Gill, điện châm và hồng ngoại trong điều trị bệnh lý đau TKT do thoái hoá cột sống. Tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và các đối tượng đau TKT do nguyên nhân khác nhằm đánh giá sâu hơn hiệu quả điều trị của phương pháp can thiệp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2020), Đau thần kinh tọa (Yêu cước thống), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại*, Quyết định số 5013/QĐ-BYT, trang 72-78.
2. **Donnally III CJ, Hanna A, Varacallo MA** (2025), Lumbar Degenerative Disk Disease. [Updated 2023 Aug 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448134/>.
3. **Vos, Stephen S. Lim, Cristiana Abbafati, et al** (2020), Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, *The Lancet*, 396(10258): 1204-1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
4. **Tran Thi Minh Hoa, John Darmawan, Shun Le Chen, et al** (2003), Prevalence of the rheumatic diseases in urban Vietnam: a WHO-ILAR Copcord study, *J Rheumatol*, 30(10): 2252-2256.
5. **Jeong Kyo Jeong, Young Il Kim, Eunseok Kim, et al** (2018), Effectiveness and safety of acupotomy for treating back and/or leg pain in patients with lumbar disc herniation, *Medicine (Baltimore)*, 97(34): e11951. doi:10.1097/MD.00000000000011951
6. **Bộ y tế** (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Y học, trang 140-144.
7. **Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà** (2017), Đau dây thần kinh hông to, *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa y học cổ truyền)*, Nhà xuất bản Y học, trang 177-180.
8. **Hawkins C, Hanks GW** (2000), The gastroduodenal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a review of the literature, *J Pain Symptom Manage*, 20(2), pp 140-51. doi: 10.1016/s0885-3924(00)00175-5. PMID: 10989252.

9. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2011), Đau vùng thắt lưng và đau thần kinh tọa, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục, trang 154.
10. **Lê Quang Cường** (2010), *Triệu chứng học thần kinh hông to*, Nhà xuất bản Y học, trang 90 - 99.
11. **Nguyễn Văn Huy** (2022), Thần kinh chi dưới, *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, trang 454-462.
12. **Netter Frank H** (2012), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Hà Nội, hình 2012, trang 144, 469, 508.
13. **Stafford MA, Peng P, Hill DA** (2007), Sciatica: a review of history, epidemiology, pathogenesis, and the role of epidural steroid injection in management, *Br J Anaesth.* 99(4):461-473. doi:10.1093/bja/aem238.
14. **Nguyễn Văn Chương** (2015), Hội chứng thắt lưng hông, *Thực hành lâm sàng thần kinh học*, tập 1, Nhà xuất bản Y học, trang 220 – 224.
15. **Kreiner, D. S, Hwang, S. W, Easa et al... North American Spine Society** (2014), An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy, *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 14(1), pp 180–191, <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2013.08.003>.
16. **Mirza Pojskic, Erica Bisson, Joachim Oertel (2024)**, Lumbar disc herniation: Epidemiology, clinical and radiologic diagnosis WFNS spine committee recommendations, *World Neurosurgery: X*, Volume 22, April 2024, 100279.
17. **Turki Khulaif Alanazi, Abdulaziz Turki Hamad Al-Anzi, Abdullah Naffaa Alsafari et al** (2022), Updates in the Role of MRI in Diagnosis of Lumbar Disc Herniation: A Systematic Review Article, *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 34 (24), pp 2–30. <https://doi.org/10.9734/jammr/2022/v34i244900>.
18. **Nguyễn Xuân Nghiên** (2010), *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, trang 742-748.

19. **Phạm Văn Minh** (2021), *Phục hồi chức năng một số bệnh thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, trang 85-107.
20. **Nguyễn Nhược Kim** (2021), *Y học cổ truyền*, Nhà Xuất bản Y Học, trang 182-186.
21. **Trần Thúy** (2011), *Bài giảng y học cổ truyền, tập 2*, Nhà xuất bản Y học, trang 155-157.
22. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2017), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, trang 324 - 326.
23. **Bộ Y tế** (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền, Quyết định số 26/2008/QĐ-BYT, ngày 22/07/2008, Quy trình 25 – Điện châm điều trị đau thần kinh tọa*.
24. **Bộ Y tế** (2013), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu. Số: 792/ QĐ-BYT*.
25. **Nguyễn Xuân Nghiên** (2010), *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học. trang 170-174.
26. **Bộ Y tế** (2014), *Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng*, Nhà Xuất bản Y học, trang 26.
27. **Ghorbanpour A, Azghani MR, Taghipour M, Salahzadeh Z, Ghaderi F, Oskouei AE** (2018), Effects of McGill stabilization exercises and conventional physiotherapy on pain, functional disability and active back range of motion in patients with chronic non-specific low back pain, *J Phys Ther Sci*, 30(4), pp 481-485. doi:10.1589/jpts.30.481
28. **Yin Zhao, Gui-Ling Wang** (2011), Randomized controlled study on proximal needling for sciatica, *Zhongguo Zhen Jiu Chin Acupunct Moxibustion*, 31(5), pp 425-428.
29. **Abou-Elroos DA, El-Toukhy MAE, Nageeb GS, Dawood EA, Abouhashem S** (2017), Prolonged Physiotherapy versus Early Surgical Intervention in Patients with Lumbar Disk Herniation: Short-term Outcomes of Clinical Randomized Trial, *Asian Spine J*, 11(4), pp 531-537. doi:10.4184/asj.2017.11.4.531

30. **Zhang X, Wang Y, Wang Z, Wang C, Ding W, Liu Z** (2017), A Randomized Clinical Trial Comparing the Effectiveness of Electroacupuncture versus Medium-Frequency Electrotherapy for Discogenic Sciatica, *Evid Based Complement Alternat Med*, 2017: 9502718. doi:10.1155/2017/9502718
31. **Ghorbanpour A, Azghani MR, Taghipour M, Salahzadeh Z, Ghaderi F, Oskouei AE** (2018), Effects of McGill stabilization exercises and conventional physiotherapy on pain, functional disability and active back range of motion in patients with chronic non-specific low back pain, *J Phys Ther Sci*, 30(4), pp 481-485. doi:10.1589/jpts.30.481
32. **Han KH, Cho KH, Han C, et al** (2022), The effectiveness and safety of acupuncture treatment on sciatica: A systematic review and meta-analysis, *Complement Ther Med*, 71, pp 102872, doi:10.1016/j.ctim.2022.102872.
33. **Nguyễn Hồng Thái, Trần Thị Hải Vân** (2022), Hiệu quả điều trị đau của điện nhĩ châm trên người bệnh có hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 521(2), trang 351-354.
34. **Trần Tuấn Minh, Lê Thị Kim Dung** (2022), Đánh giá tác dụng của dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trên người bệnh đau thần kinh tọa, *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*, 42(01), trang 49-55
35. **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), trang 240-244. <https://doi.org/10.51298/vmj.v547i2.12999>.
36. **Phạm Vũ Khánh, Nguyễn Tiến Chung, Nguyễn Việt Anh** (2024), *Đánh giá tác dụng của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại trong điều trị đau thần kinh tọa*, *Tạp chí Y học Việt nam*. 2539(3), trang 178-182. <https://doi.org/10.51298/vmj.v539i3.10070>.
37. **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 huyết kết hợp bài tập williams, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 534(1B), trang 28-32. <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i1B.8231>
38. **Trần Thị Thu Hương, Đoàn Quang Huy, Nguyễn Tiến Chung, Lê Thúy Hạnh** (2025), 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), trang 44-49. <https://doi.org/10.60117/vjmap.v55i2.282>
39. **Phạm Văn Minh** (2022), *Thang điểm lượng giá thường áp dụng trong phục hồi chức năng*, trang 24, 25, 148.
40. **Michael Vianin DC** (2008), Psychometric properties and clinical usefulness of the Oswestry Disability Index, *J Chiropr Med*, 7(4):161-163. doi:10.1016/j.jcm.2008.07.001.
41. **Nguyễn Nhược Kim** (2015), *Lý luận Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, trang 43-50.
42. **Dương Đình Hải, Đỗ Thị Nhung, Nguyễn Thị Thu Hà, Dương Trọng Nghĩa** (2024), Tác dụng của tác động cột sống kết hợp hoàn độc hoạt tạng ký sinh và điện châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông, *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 183(10), trang 185-194. <https://doi.org/10.52852/tencyh.v183i10.2804>.
43. **Phạm Thị Hải Yến, Đinh Thị Lam, Lại Thanh Hiền** (2024), Tác dụng giảm đau của thủy châm Galantamine kết hợp điện châm và thân thống trực ứ thang trong điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 537(2), trang 126-130. <https://doi.org/10.51298/vmj.v537i2.9217>
44. **Nguyễn Thị Thúy, Nguyễn Thị Thu Hiền** (2022), Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyết kết hợp bài thuốc Tứ vật đào hồng tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515, trang 70-77.
45. **Đinh Văn Dũng, Nguyễn Thị Thu Hà, Trần Phương Đông** (2024), Hiệu quả giảm đau và cải thiện tâm vận động cột sống thắt lưng của bài thuốc bổ cân thang kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyết trên bệnh nhân có hội chứng thắt lưng hông, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 536(1), trang 242-247,

<https://doi.org/10.51298/vmj.v536i1.8692>.

46. **Vũ Minh Phụng** (2022), *Đánh giá tác dụng của phương pháp laser công suất cao kết hợp viên Độc hoạt tang ký sinh và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
47. **Zhang R, Lao L, Ren K, Berman BM** (2014), Mechanisms of acupuncture-electroacupuncture on persistent pain, *Anesthesiology*, 120(2), pp 482-503, doi:10.1097/ALN.0000000000000101.
48. **Tsagkaris C, Papazoglou AS, Eleftheriades A, et al** (2022), Infrared Radiation in the Management of Musculoskeletal Conditions and Chronic Pain: A Systematic Review, *Eur J Investig Health Psychol Educ*, 12(3), pp 334-343, Published 2022 Mar 14. doi:10.3390/ejihpe12030024.
49. **Nguyễn Văn Dũng** (2018), *Đánh giá tác dụng điều trị của điện châm kết hợp bài tập Mc Gill trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
50. **Nguyễn Tuấn Anh** (2018), *Đánh giá tác dụng điện châm, xoa bóp bấm huyệt và từ trường trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.



Điểm đau cạnh sống và cột sống:

Thay đổi hình thể cột sống (cong, gù, vẹo):

Co cứng cơ cạnh sống:

Dấu hiệu bấm chuông: Bonet: Neri:

Rối loạn vận động khúc chi (không đi bằng gót hoặc mũi):

Rối loạn cảm giác:

Rối loạn phản xạ gân xương:

Rối loạn cơ tròn, dinh dưỡng (teo cơ đùi hoặc cẳng chân):

Đánh giá các chỉ số lâm sàng

Chỉ số	Thời điểm	D0	D10	D20
VAS (điểm)				
Schober (cm)				
Valleix (điểm)				
Lasègue (độ)				
Gấp CSTL (độ)				
Duỗi CSTL (độ)				
Nghiêng bên đau (độ)				
Xoay bên đau (độ)				
Chức năng SHHN (điểm)				

## II. Y học cổ truyền

### 1. Tứ chẩn

Tứ chẩn		D0	D20
Vọng chẩn	Thần		
	Sắc		
	Hình thái		
	Dáng đi, tư thế		
	Mắt, môi, mũi, miệng		
	Lưỡi Chất lưỡi Rêu lưỡi		
	Bộ phận bị bệnh		
Văn chẩn	Tiếng nói		
	Hơi thở		
	Ho, nôn, nấc		
	Chất thải		
Vấn chẩn	Hàn nhiệt		
	Mồ hôi		
	Âm thực		
	Đầu thân, các khớp xương		
	Ngực bụng		
	Ngủ		
	Cựu bệnh		
Thiết chẩn	Xúc chẩn		
	Phúc chẩn		
	Mạch chẩn		

### 2. Chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh danh

Chẩn đoán bát cương

Chẩn đoán tạng phủ

Chẩn đoán nguyên nhân

Chẩn đoán thể bệnh

## II. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Các chỉ số theo dõi	D0		D20	
	Có	Không	Có	Không
Vụng châm				
Nhiễm trùng tại chỗ châm				
Chảy máu				
Buồn nôn				
Đau tăng lên				
Bỏng				

## III. Đánh giá kết quả điều trị

- A. Tốt
- B. Khá
- C. Trung bình
- D. Kém

## PHỤ LỤC 2

### THANG ĐIỂM VAS

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá chủ quan theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale) là thang điểm đánh giá đau dạng nhìn. Thang điểm VAS là một đường thẳng với điểm đầu là “hoàn toàn không đau” và điểm cuối là “đau không chịu nổi”. Bệnh nhân được yêu cầu đánh dấu mức độ đau của mình trên đường giữa hai điểm này.

Trên lâm sàng sử dụng thước đo đánh giá mức độ đau VAS, đó là một thước có hai mặt:

- + Một mặt: chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm, trong đó mức độ đau tăng dần từ 0 cho đến 10 điểm, 10 điểm là đau nhất.
- + Một mặt: có 5 hình tượng quy ước để BN tự lượng giá cho đồng nhất độ đau.



**Hình 3.1** Thước đo mức độ đau VAS

Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS:

- Hình tượng thứ nhất (tương ứng 0 điểm) - hoàn toàn không đau: bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ đau đớn nào.
- Hình tượng thứ hai (từ 1 - 3 điểm) - đau nhẹ: bệnh nhân thấy hơi đau khó chịu.
- Hình tượng thứ ba (từ 4 - 6 điểm) - đau vừa: bệnh nhân đau, khó chịu, cử động là thấy đau.
- Hình tượng thứ tư (từ 7 - 9 điểm) - đau nặng: bệnh nhân đau nhiều, đau liên tục.
- Hình tượng thứ năm (10 điểm) - đau nghiêm trọng: bệnh nhân đau đớn tận cùng.

## **PHỤ LỤC 3**

### **CHỈ SỐ OSWESTRY DISABILITY**

Bộ câu hỏi OSWESTRY gồm 10 chỉ số, mỗi chỉ số gồm 5 mức độ khả năng khác nhau được cho điểm từ 0 đến 5 điểm, điểm càng cao thì sự ảnh hưởng tới chức năng càng trầm trọng, ở đây nghiên cứu lấy 4 chỉ số.

#### **I. Chăm sóc cá nhân**

0. Tự chăm sóc được bản thân bình thường.
1. Tự chăm sóc được bản thân nhưng gây đau.
2. Tự chăm sóc được bản thân nhưng phải chậm và cẩn thận hơn vì đau.
3. Cần sự giúp đỡ nhưng vẫn làm được hầu hết các việc chăm sóc bản thân.
4. Cần sự trợ giúp hàng ngày trong hầu hết các công việc chăm sóc bản thân
5. Không tự chăm sóc bản thân được

#### **II. Nâng vật nặng**

0. Có thể nâng được vật nặng mà không gây đau thêm
1. Có thể nâng được vật nặng nhưng gây đau thêm
2. Không thể nâng được vật nặng từ nền nhà lên vì đau nhưng vẫn có thể làm được nếu vật ở vị trí thuận tiện.
3. Có thể nâng được vật nhẹ hoặc vừa nếu vật ở vị trí thuận tiện.
4. Chỉ có thể nâng được vật rất nhẹ khi nó ở vị trí thuận tiện
5. Không nhấc được bất cứ vật gì

#### **III. Đi bộ**

0. Đau không cản trở đi bộ trong mọi khoảng cách.
1. Đau khi đi bộ > 2000m
2. Đau khi đi bộ > 1000m
3. Đau khi đi bộ > 500m
4. Chỉ đi được khi sử dụng dụng cụ trợ giúp.
5. Không đi bộ được vì đau.

#### **IV. Ngồi**

0. Có thể ngồi bao lâu cũng được.

1. Chỉ có thể ngồi được trong kiểu ghế phù hợp bao lâu cũng được

2. Đau nên chỉ ngồi được trong 1 giờ

3. Đau nên chỉ ngồi được trong 30 phút

4. Đau nên chỉ ngồi được trong 10 phút

5. Không ngồi được do đau nhiều.

## PHỤ LỤC 4

### ĐƠN TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi,

*Xác nhận rằng*

Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu **“Đánh giá tác dụng của điện châm, hồng ngoại và bài tập Mc Gill trong điều trị bệnh đau thần kinh tọa”** tại Khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Trung tâm y tế huyện Yên Lạc, và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Tôi đã có cơ hội được hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra.
- Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
- Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khoẻ chính (nếu có) sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này.

Ký tên của người tham gia HOẶC người giám hộ ( <i>đối với nghiên cứu trên người tham gia là trẻ em, người già không đủ khả năng quyết định</i> ) .....	Ngày/tháng/năm .....
Nếu cần,	
* Ký tên của người làm chứng .....	Ngày/tháng/năm .....
* Viết tên của người làm chứng .....	
Ký tên của nghiên cứu viên .....	Ngày/tháng/năm .....
Viết tên của nghiên cứu viên .....	

