

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TỔNG NGUYÊN HOÀNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG BẰNG ĐIỆN XUNG TẠI HUYỆT
KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT**

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA II

HÀ NỘI, 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TỔNG NGUYÊN HOÀNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG
THẮT LUNG HÔNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG
BẰNG ĐIỆN XUNG TẠI HUYỆT
KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT**

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA II

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Người hướng dẫn khoa học 1: TS. Nguyễn Hoài Văn

Người hướng dẫn khoa học 2: TS. Trần Thị Hồng Ngải

HÀ NỘI, 2025

LỜI CẢM ƠN

Lời đầu tiên, tôi xin chân thành gửi lời cảm ơn đến Ban Giám đốc, Phòng đào tạo Sau đại học – Học Viện Y dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt thời gian học tập và thực hiện luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn tới Lãnh đạo bệnh viện Đa khoa Y dược cổ truyền – Phục hồi chức năng tỉnh Cao Bằng, tập thể khoa Y học cổ truyền - PHCN nơi tôi công tác đã nhiệt tình giúp đỡ và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập để nâng cao trình độ chuyên môn cũng như thu thập số liệu để thực hiện đề tài.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới TS. Nguyễn Hoài Văn và TS. Trần Thị Hồng Ngai người Thầy đã tận tình hướng dẫn, hết lòng tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt thời gian kể từ khi xây dựng đề cương đến khi hoàn thành luận văn.

Tôi cũng xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến các Quý thầy cô Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam đã tận tình truyền đạt những kiến thức và kinh nghiệm quý báu trong hai năm qua, đó là cơ sở, nền tảng vững chắc giúp tôi hoàn thành luận văn này.

Cuối cùng, tôi muốn bày tỏ tình yêu và sự biết ơn với gia đình luôn là hậu phương vững chắc để tôi yên tâm học tập.

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Tống Nguyên Hoàng, học viên lớp CKII, chuyên ngành Y học cổ truyền, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do tôi trực tiếp thực hiện tại bệnh viện Đa khoa Y dược cổ truyền – Phục hồi chức năng tỉnh Cao Bằng dưới sự hướng dẫn của TS. Nguyễn Hoài Văn và TS. Trần Thị Hồng Ngã

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

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Học viên

Tống Nguyên Hoàng

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
CLVT	Cắt lớp vi tính
CSTL	Cột sống thắt lưng
NC	Nhóm chứng
NNC	Nhóm nghiên cứu
ODI (Oswestry Disability Index)	Thang điểm đánh giá chức năng sinh hoạt hằng ngày
TKHT	Thần kinh hông to
VAS (Visual Analog Scale)	Thang điểm đau
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Tổng quan Hội chứng thắt lưng hông theo y học hiện đại	3
1.1.1 Định nghĩa	3
1.1.2 Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của Hội chứng thắt lưng hông...	3
1.1.3. Lâm sàng và cận lâm sàng hội chứng thắt lưng hông	5
1.1.4. Chẩn đoán xác định	9
1.1.5. Chẩn đoán phân biệt	9
1.1.6. Điều trị	9
1.2. Tổng quan Hội chứng thắt lưng hông to theo Y học cổ truyền	10
1.2.1. Bệnh danh.....	10
1.2.2. Bệnh nguyên và cơ chế bệnh sinh.....	11
1.2.3. Các thể lâm sàng, chẩn đoán và điều trị.....	12
1.3. Tổng quan về các phương pháp can thiệp lâm sàng.....	13
1.3.1. Phương pháp điện xung.....	13
1.3.2. Phương pháp châm và điện châm	17
1.3.3. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt.....	19
1.4. Tình hình nghiên cứu điều trị Hội chứng thắt lưng hông.....	20
1.4.1. Nghiên cứu tại Việt Nam	20
1.4.2. Nghiên cứu trên thế giới	21
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	23
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	23
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại	23
2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền.....	23
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ	24
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	24
2.3. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu.....	24

2.3.1. Chất liệu nghiên cứu	24
2.3.2. Công thức huyết	25
2.4. Phương pháp nghiên cứu	25
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu.....	25
2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	25
2.4.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu và cách xác định.....	25
2.4.3.1. Chỉ số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu	25
2.4.3.2. Các chỉ số đánh giá tác dụng điều trị	26
2.4.3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị	30
2.5. Quy trình nghiên cứu.....	30
2.5.1. Chuẩn bị bệnh nhân và trang thiết bị trước khi tiến hành.....	31
2.5.2. Điều trị điện xung tại huyết bằng máy điện xung đa năng không dùng kim Pointron 801	31
2.5.3. Điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyết	31
2.5.4. Điều trị bằng phương pháp điện châm	31
2.6. Xử lý và phân tích số liệu	32
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu	32
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	34
3.1.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	34
3.1.2. Đặc điểm lâm sàng, X quang của đối tượng nghiên cứu	36
3.2. Kết quả điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyết	38
3.2.1. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng	38
3.2.2. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS.....	39
3.2.3. Hiệu quả cải thiện vận động cột sống thắt lưng.....	40
3.2.4. Kết quả điều trị.....	42
3.3. Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị	43

Chương 4: BÀN LUẬN.....	44
4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	44
4.1.1. Về phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	44
4.1.2. Về phân bố bệnh nhân theo giới tính	44
4.1.3. Về phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	45
4.1.4. Về phân bố bệnh nhân theo vị trí mắc bệnh.....	46
4.1.5. Về hoàn cảnh khởi phát bệnh “	46
4.1.6. Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng thất lưng hông.....	47
4.2. Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thất lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyệt.....	49
4.2.1. Sự cải thiện giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS .	49
4.2.2. Sự cải thiện chức năng vận động của cột sống thất lưng	50
4.2.3. Sự cải thiện tâm vận động theo nghiệm pháp Lasegue.....	51
4.2.4. Kết quả điều trị chung.....	52
4.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị HC thất lưng hông do THCS của phương pháp điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyệt	56
4.4.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị	56
4.4.2. Liên quan giữa giới và kết quả điều trị	56
4.4.3. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị	56
KẾT LUẬN	58
KIẾN NGHỊ	59
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Định nghĩa biến số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.....	26
Bảng 2.2. Mức độ đau và hiệu quả cải thiện đau theo thang điểm VAS.....	27
Bảng 2.3 Độ giãn cột sống thắt lưng.....	28
Bảng 2.4. Đánh giá khoảng cách tay đất	28
Bảng 2.5. Nghiệm pháp Lasegue	29
Bảng 2.6. Phân loại kết quả điều trị chung	30
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	34
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới	34
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	35
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí đau	35
Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo hoàn cảnh khởi phát bệnh	36
Bảng 3.6. Đặc điểm lâm sàng YHCT của hội chứng thắt lưng hông	36
Bảng 3.7. Đặc điểm lâm sàng YHHĐ của hội chứng thắt lưng hông.....	37
Bảng 3.8. Đặc điểm tổn thương trên phim X-Quang cột sống thắt lưng.....	37
Bảng 3.9. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng YHCT	38
Bảng 3.10. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng YHHĐ	38
Bảng 3.11. Kết quả điều trị chung	42
Bảng 3.12. Các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	42
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị	43
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị	43
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị.....	43

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Thay đổi giá trị trung bình điểm VAS tại các thời điểm NC	39
Biểu đồ 3.2. Sự biến đổi giá trị trung bình chỉ số Schober	40
Biểu đồ 3.3. Sự cải thiện khoảng cách tay đất qua các thời điểm	40
Biểu đồ 3.4. Cải thiện Lasegue trung bình qua các thời điểm	41

DANH MỤC HÌNH

Hình 2.1. Thước đo độ đau VAS	27
Hình 2.2. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu.....	33

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thất lưng hông (HCTLH) là một hội chứng bệnh phổ biến, trên lâm sàng biểu hiện triệu chứng bệnh lý đồng thời của cột sống thất lưng và bệnh lý của rễ thần kinh tạo thành dây thần kinh hông to.^{1,2} Nghiên cứu của Hider SL và cs tại Trung tâm Nghiên cứu Viêm khớp Vương quốc Anh cho thấy đau lan xuống chân có liên quan đến mức độ đau và tàn tật nghiêm trọng hơn so với đau thất lưng đơn thuần.³ Tại Việt Nam theo thống kê của một số tác giả cho thấy HCTLH chiếm 2% dân số và chiếm 17% số người trên 60 tuổi, bệnh chiếm tỉ lệ 41,45% trong nhóm bệnh cột sống và là một trong 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất.^{2,3}

Các phương pháp điều trị HCTLH theo Y học hiện đại (YHHĐ) bệnh nhân được điều trị nội khoa bao gồm thuốc giảm đau, chống viêm Steroid (Corticosteroid) hoặc Non-Steroid (NSAIDs); thuốc giãn cơ; cùng các phương pháp không dùng thuốc như kéo giãn cột sống, liệu pháp nhiệt trị liệu, điện trị liệu,... Theo lý luận của Y học cổ truyền (YHCT), HCTLH thuộc phạm vi chứng “Yêu cước thông”, với các phương pháp điều trị như dùng thuốc, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, nhĩ châm, cấy chỉ,...

Điện xung là kỹ thuật thuộc chuyên ngành Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng của YHHĐ, sử dụng các xung điện để giảm đau, giảm viêm, kích thích thần kinh cơ, tăng tuần hoàn máu, hỗ trợ phục hồi vận động cho người bệnh mắc các bệnh lý cơ xương khớp, thần kinh và đã có nhiều nghiên cứu ứng dụng trong điều trị^{5,6}. Xoa bóp bấm huyệt là phương pháp điều trị không dùng thuốc của YHCT, kết hợp các động tác xoa, day, ấn, miết, bóp,... tác động lên kinh lạc, huyết vị trên cơ thể giúp điều hòa khí huyết, thông kinh hoạt lạc, chỉ thông,...^{4,5}.

Để góp phần trong nghiên cứu kết hợp YHHĐ và YHCT với mục đích điều trị đa mô thức để nâng cao hiệu quả trong điều trị, giúp bệnh nhân cải

thiện tình trạng bệnh, giảm đau nhanh, rút ngắn được thời gian điều trị, đồng thời cung cấp cho các thầy thuốc lâm sàng có thêm nhiều lựa chọn trong điều trị HCLTH. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu về đề tài **“Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyệt”** với hai mục tiêu:

Mục tiêu 1: Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên lâm sàng.

Mục tiêu 2: Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của phương pháp.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan Hội chứng thất lưng hông theo y học hiện đại

1.1.1 Định nghĩa

Hội chứng thất lưng hông là một khái niệm lâm sàng, bệnh cảnh bao gồm bệnh lý của cột sống thất lưng và bệnh lý của dây thần kinh hông to với đặc trưng đau lan theo đường đi của dây thần kinh hông to: từ thất lưng xuống mông, lan dọc theo mặt sau đùi xuống cẳng chân, lan dọc ra ngón cái hoặc ngón út (tùy theo rễ thần kinh bị tổn thương là L5 hay S1).^{1,2}

1.1.2 Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của Hội chứng thất lưng hông

1.1.2.1. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây nên HCTLH được chia thành hai nhóm chính, đó là do nguyên nhân cơ học hoặc là triệu chứng của một bệnh toàn thể^{1,2}:

- Hội chứng thất lưng hông do nguyên nhân cơ học

HCTLH do nguyên nhân cơ học có thể biểu hiện dưới ba dạng: Đau cấp tính (khi thời gian xuất hiện triệu chứng < 1 tháng), bán cấp (từ 1 - 3 tháng), và đau mạn tính (> 3 tháng).

Các nguyên nhân cơ học dẫn đến HCTLH thường gặp trên lâm sàng là: Chấn thương gân, dây chằng, cơ vùng CSTL (co cứng cơ hay bong gân, căng cơ quá mức) và đặc biệt hay xuất hiện đau trong khi hoặc sau khi mang vác nặng. Các yếu tố nguy cơ khác, như: tuổi tác, hoạt động thể lực quá mức, béo phì, lối sống tĩnh tại, làm việc trong tư thế xấu... cũng đóng vai trò nhất định trong việc thúc đẩy bệnh xuất hiện hoặc tái phát.

□ Bệnh lý đĩa đệm

Thoát vị đĩa đệm cột sống thất lưng (TVĐĐ CSTL) là nguyên nhân phổ biến của HCTLH, chiếm tỷ lệ 63-73% tổng số ca đau CSTL và chiếm 72% trường hợp đau thần kinh hông to.

Ở người lớn tuổi, nhân nhày và vòng xơ của đĩa đệm CSTL thoái hoá tăng theo tuổi, gây lồi đĩa đệm hoặc thoát vị đĩa đệm.

Ở người trẻ, đang trong độ tuổi lao động, tổn thương lồi đĩa đệm hoặc thoát vị đĩa đệm thường gặp cấp tính sau các động tác vận động sai tư thế của cột sống và thường gây HCTLH cấp tính.

□ Thoái hoá CSTL: Khi CSTL thoái hóa, các gai xương hay phì đại mỏm khớp sau ở vị trí lỗ liên hợp gây chèn ép rễ các thần kinh.

Các nguyên nhân cơ học khác như: dị dạng cột sống bẩm sinh (quá phát mỏm ngang, gai đôi L5-S1) hay do các bệnh lý mắc phải như: thoái hoá khớp liên mấu, trượt thân đốt sống, hẹp ống sống, gù vẹo cột sống.

- *Hội chứng thắt lưng hông do các nguyên nhân khác:*

Ngoài các nguyên nhân trên, HCTLH do các nguyên nhân khác thường gây đau thắt lưng “triệu chứng”, là đau vùng CSTL do bệnh lý khác hoặc của CSTL hoặc của các cơ quan lân cận. Thường đau kiểu viêm, có biểu hiện của một số triệu chứng của bệnh là nguyên nhân gây đau (viêm, ung thư) được chia thành các nhóm nguyên nhân sau:

□ *Các bệnh do thấp:* Viêm cột sống dính khớp, viêm khớp cùng chậu vô khuẩn, viêm khớp cột sống phản ứng...

□ *Nhiễm khuẩn:* Viêm đĩa đệm hoặc viêm cột sống do lao, do vi khuẩn, nấm...; áp xe cạnh cột sống, áp xe ngoài màng cứng, viêm khớp cùng chậu do vi khuẩn...

□ *Ung thư nguyên phát hoặc thứ phát:* U nguyên phát: tại cột sống thường là u màng tuỷ, u đốt sống, u thần kinh... U di căn vào cột sống: thường xuất hiện sau các ung thư biểu mô (tuyến tiền liệt, vú, phổi, thận, đường tiêu hoá), bệnh đa u tuỷ xương, u lympho Hodgkin và không Hodgkin.

□ *Bệnh lý nội tiết:* nhuyễn xương, cường cận giáp trạng...

□ *Nguyên nhân nội tạng:* đau phóng chiếu: Hệ tiết niệu (sỏi thận, viêm quanh thận, ứ nước đài bể thận...), sinh dục (viêm phần phụ ở nữ, lạc

nội mạc tử cung, nang buồng trứng, viêm tuyến tiền liệt...), hệ tiêu hoá (viêm loét dạ dày tá tràng, viêm tụy cấp hoặc mạn, áp xe cạnh trực tràng, viêm ruột...).

□ Ngoài ra còn có thêm một số nguyên nhân khác: Phình tách động mạch chủ, bệnh lý tâm thần.

1.2.2.2. Cơ chế bệnh sinh^{1,2}

Sự tương tác của quá trình lão hóa tự nhiên theo tuổi và thoái hoá bệnh lý mắc phải (chấn thương, rối loạn chuyển hoá, miễn dịch, nhiễm khuẩn...) sẽ gây nên tình trạng Thoái hoá cột sống (THCS). Các tác nhân cơ học (sức nặng cơ thể, mang vác vật 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 ra các enzym tiêu protein làm huỷ hoại dần các chất căn bản. Đến nay nhiều nghiên cứu đã chứng minh trong bệnh lý thoái hoá vẫn có các đợt viêm với sự tham gia của các cytokin, interleukin.

Khi tình trạng lão hoá kết hợp với tình trạng chịu áp lực quá tải lên sụn khớp và đĩa đệm lặp đi lặp lại trong thời gian dài dẫn tới tổn thương sụn khớp, phần xương dưới sụn, mất dần tính đàn hồi của đĩa đệm, xơ cứng dây chằng bao khớp tạo nên những triệu chứng và biến chứng của thoái hoá cột sống trong đó có HCTLH.

1.1.3. Lâm sàng và cận lâm sàng hội chứng thắt lưng hông^{1,2,6,7}

1.1.3.1. Lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của HCTLH do các nguyên nhân khác nhau thường được biểu hiện bằng hai hội chứng: Hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh.

a. Hội chứng cột sống

□ Đau cột sống thắt lưng: Thường xuất hiện đột ngột cấp tính tự phát hoặc sau chấn thương, nhưng cũng có thể xuất hiện theo kiểu bán cấp hoặc mạn tính. Đau thường khu trú ở những đốt sống nhất định. Nếu cấp tính có

thể đau dữ dội, nếu bán cấp và mạn tính có thể chỉ đau âm ỉ. Đau lan dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, đây là đặc điểm đặc trưng của HCTLH.

- Biến dạng cột sống: Cột sống mất đường cong sinh lý CSTL và lệch vẹo cột sống do tư thế chống đau.
- Co cứng cơ cạnh sống
- Điểm đau cột sống và cạnh sống thắt lưng
- Giảm biên độ tầm vận động cột sống thắt lưng: Các động tác cúi, ngửa, nghiêng, xoay cột sống đều bị hạn chế.
- Đo độ giãn CSTL giảm (chỉ số Schöber < 4 cm): bình thường độ giãn là 4 - 5 cm.
- Khoảng cách tay đất tăng (> 0 cm).

b. Hội chứng rễ thần kinh

Theo Mumentheler và Schliack (1973), hội chứng rễ thần kinh có những đặc điểm sau:

- Đau lan dọc theo đường đi của rễ thần kinh chi phối.
- Rối loạn cảm giác lan dọc theo các dải cảm giác.
- Teo cơ do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép.
- Giảm hoặc mất phản xạ gân xương.
- Đặc điểm đau rễ: Đau dọc theo vị trí tương ứng rễ thần kinh bị chèn ép chi phối, đau có tính chất cơ học và xuất hiện sau đau thắt lưng cục bộ, cường độ đau không đều giữa các vùng ở chân. Có thể gặp đau cả hai chi dưới kiểu rễ, cần nghĩ tới thoát vị ở trung tâm nhất là khi có kèm theo ống sống có hẹp dù ít.
- Các dấu hiệu kích thích rễ: có giá trị chẩn đoán cao
 - Dấu hiệu Lasègue: Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, tư thế thoải mái. Thầy thuốc một tay của mình cầm cổ chân, tay còn lại đặt ở đầu gối người bệnh giữ cho chân thẳng, thao tác theo hai thì: Thì 1: Từ từ nâng cao chân người bệnh (luôn ở tư thế duỗi thẳng) lên khỏi giường (hướng

tới 90°) đến mức người bệnh kêu đau dọc theo đường đi của thần kinh hông to thì dừng. Tính góc tạo thành giữa chân người bệnh và mặt giường, bình thường $\geq 70^\circ$. Thử 2: Giữ nguyên góc đó và gấp chân người bệnh lại tại khớp gối. Người bệnh không còn đau dọc mặt sau chân nữa.

Dấu hiệu Lasègue dương tính phải biểu hiện đồng thời hai yếu tố: Thử 1 người bệnh thấy đau khi chân chưa vuông góc với mặt giường, thử 2 khi gấp chân người bệnh hết đau.

- Dấu hiệu Neri: Bệnh nhân ngồi trên giường với hai chân duỗi thẳng, cúi người xuống và cố gắng dùng hai ngón tay trở để chạm vào hai ngón chân. Nếu bệnh nhân cảm thấy đau ở lưng và mông và phải gấp gối lại mới sờ được ngón chân, thì nghiệm pháp Neri (+).

- Dấu hiệu Bonnet: Bệnh nhân nằm ngửa, gấp căng chân vào đùi, đồng thời ấn đùi vào bụng và xoay vào trong. Nếu bệnh nhân cảm thấy đau ở mông và mặt sau đùi do dây thần kinh hông bị căng, thì nghiệm pháp Bonnet (+).

- Dấu hiệu “Bấm chuông”: Khi ấn điểm đau cạnh cột sống thắt lưng (cách cột sống khoảng 2 cm) xuất hiện đau lan dọc xuống chân theo khu vực phân bố của rễ thần kinh tương ứng.

□ Các điểm đau Valleix: Ấn trên một số điểm dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, người bệnh đau. Các điểm chính giữa ụ ngồi mấu chuyển, chính giữa nếp lằn mông, chính giữa mặt sau đùi, chính giữa khoeo chân, chính giữa cẳng chân sau. Nếu ấn đau tại 3/4 điểm này thì được coi là Valleix dương tính.

□ Có thể gặp các dấu hiệu tổn thương rễ:

- Rối loạn cảm giác: Giảm hoặc mất cảm giác kiểu rễ hoặc dị cảm (kiến bò, tê bì, nóng rát...) ở da theo khu vực rễ thần kinh chi phối.

- Rối loạn vận động: Khi chèn ép rễ L5 lâu ngày các cơ khu trước ngoài cẳng chân bị liệt, làm người bệnh không thể đi bằng gót chân được (gấp bàn chân), còn rễ S1 thì các cơ khu sau cẳng chân sẽ bị liệt làm người bệnh không thể kiểm soát chân được (duỗi bàn chân).

- Rối loạn phản xạ gân xương: giảm phản xạ gân cơ tứ đầu đùi của rễ L4 và gân gót của rễ S1.

- Teo cơ và rối loạn cơ tròn: Bí đại tiểu tiện, đại tiểu tiện không tự chủ, hoặc rối loạn chức năng sinh dục khi có tổn thương nặng, có chèn ép đuôi ngựa.

1.1.3.2. Cận lâm sàng

a. Chụp X-quang thường quy cột sống thắt lưng

Chụp X-quang CSTL ít đặc hiệu và thường ít có giá trị trong đa số các trường hợp HCTLH do nguyên nhân cơ học hoặc bệnh lý đĩa đệm. Có thể gặp một số hình ảnh dưới đây: Hình ảnh thoái hoá CSTL: Hẹp khe khớp đĩa đệm, kết đặc xương dưới sụn, xẹp các diện khớp dưới sụn, gai xương tại thân đốt sống... Hình ảnh trượt đốt sống ra trước đốt sống, hình ảnh loãng xương...

b. Chụp cộng hưởng từ hạt nhân và chụp cắt lớp vi tính

Chụp MRI là phương pháp chẩn đoán hình ảnh mang tính phổ biến để xác định nguyên nhân gây nên HCTLH như: thoát vị đĩa đệm, thoái hoá đĩa đệm, thoái hoá CSTL... Chụp CT scanner CSTL là phương pháp có giá trị loại trừ một số bệnh lý khác nhau như: hẹp ống sống, u tuỷ, phình tách động mạch chủ bụng, sỏi niệu quản...

c. Điện cơ đồ (EMG) và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh (NCV)

Điện cơ đồ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh giúp phát hiện và đánh giá tổn thương của rễ thần kinh trong HCTLH. Phương pháp điện cơ đồ bằng điện cực kim thường hay được áp dụng hơn đo tốc độ dẫn truyền thần kinh trong định khu và tiên lượng.

d. Siêu âm

Có thể cần thiết để chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý nằm trong ổ bụng như: viêm ruột thừa, tổn thương khung chậu, phình tách động mạch chủ bụng...

e. Các xét nghiệm sinh hoá - tế bào - miễn dịch

Hội chứng viêm sinh học và bilan phospho-calcium âm tính là triệu chứng âm tính quan trọng và là điều kiện chẩn đoán HCTLH do nguyên nhân cơ học. Trường hợp có hội chứng viêm sinh học hoặc có rối loạn bilan phospho-calcium, thầy thuốc cần phải tìm nguyên nhân.

1.1.4. Chẩn đoán xác định^{6,7,8}

1.1.4.1. Lâm sàng

- Dựa vào triệu chứng cơ năng và thực thể
- Cơ năng: Đau vùng thắt lưng, lan dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to.
- Thực thể: Có hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ thần kinh.

1.1.4.2. Cận lâm sàng

Trên phim X-quang CSTL có hình ảnh thoái hoá CSTL (hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, gai xương...).

1.1.5. Chẩn đoán phân biệt^{6,7,8}

- Viêm khớp cùng chậu: Ấn khớp cùng chậu bệnh nhân đau, nghiệm pháp ép giãn cánh chậu dương tính, chụp X-quang cùng chậu mờ.
- Viêm cơ vùng thắt lưng chậu: Người bệnh nằm tư thế co, không duỗi thẳng chân được, có hội chứng nhiễm trùng.
- Viêm khớp háng: Nghiệm pháp Patrick dương tính, chụp X-quang khớp háng mờ, hẹp khe khớp.

1.1.6. Điều trị^{6,7,8}

1.1.6.1. Nội khoa

a. Chế độ vận động và thể dục điều trị:

Trong thời kỳ cấp tính người bệnh phải nằm bất động tại giường là nguyên tắc quan trọng đầu tiên của điều trị nội khoa. Thời gian điều trị từ 5 đến 7 ngày hoặc lâu hơn. Sau thời gian cấp tính, cần thiết phải tiến hành thể dục điều trị. Mục đích nhằm cải thiện chức năng các khối cơ giữ tư thế cho CSTL, chống teo cơ, và phục hồi sự dẫn truyền thần kinh cơ ở chi dưới.

b. Dùng thuốc

Thường dùng các thuốc chống viêm, giảm đau Non-steroid đường uống được chỉ định trong thời kì cấp và trong các đợt tái phát. Các thuốc giảm đau nên dùng theo bậc. Trường hợp đau nặng có thể kết hợp thêm nhóm thuốc giảm đau thần kinh: Neurontin, Lyrica, Tegretol...

Có thể kết hợp các thuốc giãn cơ nhẹ: Myonal, Mydocalm, Decontractyl... Các vitamin nhóm B liều cao: Vitamin (B1, B6, B12), Methylcoban... Phong bế tại chỗ bằng các thuốc tê như: Novocain 2%, Lidocain 3%... Ngoài ra có thể dùng corticoid trong trường hợp thuốc giảm đau thông thường không có hiệu quả, tiêm ngoài màng cứng Hydrocortisol.

c. Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng

Các phương pháp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng HCTLH bao gồm các phương thức nhiệt trị liệu, di động khớp, sử dụng áo nẹp cột sống, kéo giãn cột sống, kích thích điện, điều trị bằng các bài tập McKenzie, William, kèm theo giáo dục, hướng dẫn người bệnh về tư thế đúng trong sinh hoạt, lao động, tập luyện.

1.1.6.2. Ngoại khoa

- Chỉ định tuyệt đối: Hội chứng đuôi ngựa hoặc hội chứng chèn ép rễ thần kinh một hoặc hai bên gây liệt hoặc gây đau nhiều.

- Chỉ định tương đối: Sau điều trị nội khoa 3 tháng không hiệu quả, biểu hiện đau kiểu rễ hoặc thoát vị đĩa đệm mạn tính tái phát kèm theo đau kiểu rễ.

1.2. Tổng quan Hội chứng thắt lưng hông to theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Y học cổ truyền không có bệnh danh cụ thể cho hội chứng thắt lưng hông. Khi đối chiếu các triệu chứng lâm sàng của HCTLH với các tài liệu y cổ như Hoàng đế nội kinh Tố vấn, Kim quỹ yếu lược, Tuệ Tĩnh toàn tập,... có thể thấy rằng triệu chứng tương tự hội chứng thắt lưng hông trong YHHTĐ được mô tả trong chứng “Yêu cước thống” (đau lưng - hông) của YHCT^{9, 10, 11}.

1.2.2. Bệnh nguyên và cơ chế bệnh sinh^{9, 11}

1.2.2.1. Nguyên nhân

a. Ngoại nhân

Ngoại nhân chủ yếu gây ra chứng Tý là phong, hàn, thấp, được xem là ba yếu tố chính kết hợp gây bệnh Tý. Như trong Tố Vấn, chương Tý luận, có ghi: “Phong hàn thấp 3 thứ khí kết hợp gây ra chứng Tý”. Ngoài ra, lục khí bất thường cũng có thể trở thành lục dâm và gây bệnh, như trong Tố Vấn, chương Bản bệnh luận có viết: “Thời tiết thay đổi, ở nơi ẩm thấp làm cho người nặng nề, đau nhức các khớp”. Sách Nội kinh Tố Vấn cho rằng, bệnh do tà khí phong, hàn, thấp kết hợp lại thành, gọi là bệnh Tý.

b. Nội nhân

Nguyên nhân gây bệnh của chứng Tý thường gặp là do 7 loại tình chí (hỉ, nộ, ưu, tư, bi, khủng, kinh) xuất hiện đột ngột, mạnh mẽ hoặc tác động lâu dài, làm cho dinh, vệ, khí, huyết thất điều. Những thay đổi thất thường của tình chí làm cho bệnh tình nặng thêm hoặc diễn biến nhanh chóng, dẫn đến rối loạn chức năng của các tạng, đặc biệt là hai tạng Can và Thận. Sự rối loạn chức năng của hai tạng này ảnh hưởng đến hai đường kinh biểu lý, đó là Bàng quang và Đờm, làm cho khí huyết, kinh khí bị trở trệ, gây đau và hạn chế vận động.

c. Bất nội ngoại nhân

Do bê vác nặng sai tư thế, hoặc do bị sang chấn (va đập, bị ngã, bị đánh,...) gây khí trệ, huyết ứ dẫn đến kinh lạc bị tắc trở gây nên thống chứng, tý chứng,...

1.2.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Theo Y học Cổ truyền (YHCT), “Thông tắc bất thông, thông tắc bất thông” có nghĩa là khi khí huyết vận hành trong các kinh lạc được thông suốt, không bị cản trở, thì cơ thể sẽ không cảm thấy đau đớn. Ngược lại, khi khí huyết bị bế tắc trong kinh lạc, không thể lưu thông, sẽ gây ra đau đớn tại vị trí bị tắc nghẽn.

Ngoại tà (phong, hàn, thấp, nhiệt,...) nhân cơ hội chính khí trong cơ thể suy yếu, vệ khí không vững, tấu lý sơ hở, từ đó xâm nhập vào cơ thể và làm cho kinh lạc bị bế tắc. Các kinh lạc chủ yếu bị ảnh hưởng là kinh Đờm và kinh Bàn quang. Ngoài ra, chứng Tý cũng có thể xuất phát từ huyết ứ và khí trệ trong hai kinh lạc trên, khiến khí huyết không thể lưu thông, gây đau đớn.

Khi bệnh kéo dài lâu ngày, nó có thể ảnh hưởng đến tạng Can và Thận. Như trong Kim Quỹ Yếu Lược có viết: “Tạng phủ kinh lạc vốn bị tích nhiệt, lại bị tà khí phong hàn thấp ẩn nấu, nhiệt bị hàn uất, khí không lưu thông, lâu ngày hàn uất cũng hóa nhiệt thì lại càng đau nhức âm ỉ khó chịu”.

Quan niệm này cho thấy sự kết hợp giữa yếu tố ngoại nhân và nội thương trong sự phát sinh bệnh lý, đồng thời nhấn mạnh vai trò của khí huyết trong việc duy trì sức khỏe và sự thông suốt của các kinh lạc.

1.2.3. Các thể lâm sàng, chẩn đoán và điều trị^{11, 12, 13}

Theo YHCT, chứng “Yêu cước thống” được phân loại thành 4 thể:

- Thể phong hàn thấp (HCTLH do lạnh).
- Thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp tý hoặc Can Thận hư kết hợp huyết ứ (HCTLH do thoái hoá cột sống gây chèn ép).
- Thể huyết ứ (HCTLH do sang chấn).
- Thể phong thấp nhiệt (HCTLH do viêm nhiễm).

Trên lâm sàng, HCTLH do thoái hoá CSTL tương ứng với hai thể của YHCT là huyết ứ kèm Can Thận hư và thể phong hàn thấp kết hợp Can Thận hư.

1.2.3.1. Thể phong hàn thấp kết hợp Can Thận hư

Triệu chứng: Đau xuất hiện ở vùng thắt lưng và lan xuống chân theo đường đi của dây thần kinh hông to. Cảm giác đau kèm theo tê bì, nặng nề, và teo cơ. Bệnh kéo dài và dễ tái phát. Thường đi kèm với các triệu chứng toàn thân như ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong. Chất lưỡi nhạt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

□ *Chẩn đoán:*

+ Bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, thiên hàn.

+ Tạng phủ: Can Thận hư (Tỳ hư nếu có teo cơ).

+ Kinh lạc: Kinh Bàng quang và/hoặc Kinh Đờm.

+ Nguyên nhân: Ngoại nhân và Bất nội ngoại nhân.

□ *Pháp điều trị:* Khu phong tán hàn trừ thấp, hoạt huyết, bổ Can Thận, kiện Tỳ nếu có teo cơ.

□ *Phương điều trị:* Độc hoạt ký sinh thang gia giảm.

1.2.3.2. Thử huyết ứ kết hợp Can Thận hư

Thường gặp trong những trường hợp HCTLH do chấn thương.

□ *Triệu chứng:* Đau đột ngột, dữ dội tại một điểm, đau lan xuống chân, hạn chế vận động nhiều, chất lưỡi tím, có điểm ứ huyết. Mạch sáp.

□ *Chẩn đoán:*

+ Bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực.

+ Tạng phủ: Can Thận hư.

+ Kinh lạc: Kinh Bàng quang và/hoặc Kinh Đờm.

+ Nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (huyết ứ).

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

□ *Phương điều trị:* Tứ vật đào hồng.

1.3. Tổng quan về các phương pháp can thiệp lâm sàng

1.3.1. Phương pháp điện xung

1.3.1.1. Định nghĩa:

Xung điện là dòng điện tồn tại trong một khoảng thời gian rất ngắn. Nhiều xung điện liên tiếp nhau tạo nên dòng điện xung, xen kẽ bởi khoảng nghỉ không có dòng điện. Xung điện có thể là một chiều hoặc hai chiều. Tập hợp các xung điện một chiều tạo xung một pha, khi đó các điện tích chỉ chuyển động theo một chiều. Tập hợp các xung điện hai chiều tạo dòng xung hai pha, xung hai pha có thể đối xứng hoặc không đối xứng.⁴

Điện xung là một phương pháp vật lý trị liệu sử dụng các xung điện với tần số thấp và trung bình. Phương pháp này có tác dụng giảm đau, giảm trương lực cơ, và thư giãn cơ do tác động của dòng điện xung vào tủy sống.^{4,5}

1.3.1.2. Cơ chế tác dụng của điện xung

Dòng điện xung tác động lên cơ thể có hai tác dụng cơ bản: kích thích gây hưng phấn thần kinh và ức chế làm giảm hưng phấn thần kinh. Khi dòng điện xung tác động vào tủy sống, nó ức chế sự dẫn truyền cảm giác đau lên não, từ đó giúp giảm cảm giác đau ra ngoài. Nếu tần số dòng điện càng tăng thì tính kích thích càng tăng nhưng chỉ tới 50Hz. Nếu tần số dòng điện tiếp tục tăng lên trên 50Hz thì tính kích thích sẽ giảm dần rồi chuyển sang tác dụng ức chế.⁴

□ *Tác dụng giảm đau:* Để giải thích tác dụng giảm đau của dòng điện xung có 3 thuyết đưa ra.

- Thuyết cổng kiểm soát (gate control) thuyết này do Meltzack và Wall đề xuất. Theo thuyết này các xung động có tần số $< 50\text{Hz}$, độ dốc đứng, độ rộng xung hẹp thì được dẫn truyền chủ yếu theo sợi nhỏ (Ad và sợi C) gây ức chế neuron trung gian và xung đi lên đồi thị gây đau “cổng mở”. Các xung có tần số $> 50\text{Hz}$, xung thoải, độ rộng xung lớn thì xung động chủ yếu dẫn truyền theo sợi to (Aa, Ab) đến hưng phấn neuron trung gian gây ra ức chế trước synap giảm dẫn truyền lên trung ương “cổng đóng”

- Thuyết về sự giải phóng endorphin: Sjoloud và Erikson đề xuất. Theo thuyết này thì trong các trường hợp đau mạn tính có thể do giảm hoạt tính của hệ endorphin hoặc tăng tiêu hủy endorphin ở tổ chức thần kinh. Hệ thần kinh trung ương dưới tác dụng của dòng điện sẽ làm tăng giải phóng endorphin ở tổ chức thần kinh, endorphin như một morphin nội sinh có tác dụng giảm đau mạnh.

- Thuyết về sự ngưng trệ sau kích thích của hệ thần kinh trung ương do Sato và Schmid đề xuất. Theo thuyết này dòng điện xung kích thích chọn lọc vào các sợi thần kinh gây ức chế thần kinh trung ương gây giảm đau.

□ Ứng dụng: để giảm đau, giảm co thắt cơ, tăng tuần hoàn, chọn các dòng điện xung có tính chất ức chế. Để kích thích cơ cơ (cơ bại, liệt, rèn luyện cơ) phục hồi thần kinh, chọn dòng xung có tác dụng hưng phấn.

□ *Chống viêm*: dòng điện xung có tác dụng chống viêm dựa trên cơ sở tăng cường tuần hoàn, chuyển hóa, giảm phù nề, tăng cường miễn dịch dịch thể và tế bào, giảm các chất gây viêm, chỉ áp dụng với viêm không do nhiễm khuẩn.

□ *Kích thích cơ cơ*: Với các cơ bị bại liệt, giảm trương lực cơ do tổn thương thần kinh dùng dòng xung có tần số $< 50\text{Hz}$, độ dốc xung lớn, độ rộng xung hẹp. Các dòng xung thích hợp là dòng xung hình gai nhọn, xung hình chữ nhật.

□ *Giảm co cứng cơ*: dòng điện xung được sử dụng trong điều trị liệt cứng, chấn thương, co thắt cơ do đau sử dụng dòng điện xung có tác dụng ức chế như dòng xung Bernard, dòng giao thoa.

□ Tăng cường dinh dưỡng tuần hoàn dùng dòng điện xung có độ rộng xung lớn, tần số xung $>100\text{Hz}$.

□ Dòng điện xung có tác dụng chống viêm dựa trên cơ sở tăng cường dinh dưỡng tuần hoàn, chuyển hóa, giảm phù nề. Thường tác dụng với viêm không nhiễm khuẩn.

1.3.1.3. Chỉ định và chống chỉ định¹⁴

a. Chỉ định

□ Điều trị những bệnh đau: Thoái hóa xương khớp, đau thần kinh, đau vai gáy, đau lưng, đau thần kinh hông to, đau cơ....

□ Điều trị những bệnh mất cân bằng tự động: Rối loạn tuần hoàn ngoại vi, Raynaud, loạn dưỡng Sudeck...

- Chông viêm trong các trường hợp không có nhiễm khuẩn.
- Điều hòa rối loạn tuần hoàn ngoại vi (do lạnh, ứ trệ tĩnh mạch, chấn thương...).
- Tăng cường sức cơ với mục đích:
 - + Phục hồi cảm giác căng cơ.
 - + Duy trì sức cơ trong tình trạng bất động hoặc mất chi phối thần kinh.
 - + Kích thích cơ trong bại liệt, chứng đại tiểu tiện mất tự chủ.
- Kéo giãn cơ trong trường hợp cơ ngắn do tăng trương lực, quanh tổ chức liên kết...
- Liệu pháp ion hóa: Điều trị sẹo, đau dây thần kinh, viêm gân, nhiễm nấm...
- Làm lành vết thương.

b. Chông chỉ định

- Chông chỉ định tuyệt đối:
 - + Bệnh nhân sốt, khối u (kể cả u lành và u ác tính), bệnh lao (lao xương, lao khớp).
 - + Mất cảm giác ở vùng điều trị, vùng đang có chảy máu hoặc đe dọa chảy máu.
 - + Vùng khuyết da, rối loạn cảm giác, viêm tắc động mạch, tĩnh mạch, huyết khối, người đang dùng máy tạo nhịp, có vật kim loại trong cơ thể.
- Chông chỉ định tương đối:
 - + Trẻ nhỏ (do không kiểm soát được)
 - + Người rối loạn tâm thần.
 - + Vùng da đặt điện cực bị xây xát hoặc có bệnh ngoài da.
 - + Phụ nữ có thai, đang hành kinh thì không điều trị ở vùng có liên quan trực tiếp hoặc vùng gây phản xạ co thắt tử cung.

1.3.2. Phương pháp châm và điện châm

1.3.1.1. Định nghĩa

Châm là dùng kim châm vào huyết để gây kích thích đạt tới phản ứng của cơ thể nhằm mục đích chữa bệnh, là một trong những phương pháp phòng, chữa bệnh cổ xưa của y học cổ truyền.¹⁵

Điện châm là phương pháp dùng dòng xung điện tác động lên các huyết qua các kim châm. Điện châm là một phát triển mới của châm và là phương pháp kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền, phát huy được cả tác dụng của dòng điện điều trị trị liệu và tác dụng của huyết vị.^{15, 16}

1.3.1.2. Cơ chế tác dụng của châm cứu^{15, 16}

- Theo Y học hiện đại

□ Hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski: trong cùng một thời gian ở một nơi nào đó của hệ thần kinh trung ương, nếu có 2 luồng xung động của 2 luồng kích thích khác nhau đưa tới, kích thích nào có cường độ mạnh và liên tục hơn sẽ kìm hãm, dập tắt kích thích kia. Do vậy, châm hay cứu gây ra một cung phản xạ mới có thể làm mất hoặc phá vỡ cung phản xạ bệnh lý.

□ Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và sự liên quan với các nội tạng: Khi nội tạng có tổn thương bệnh lý thì có những thay đổi cảm giác ở vùng da của cùng một tiết đoạn với nó. Ngược lại kích thích ở những vùng da của một tiết đoạn nào đó sẽ ảnh hưởng đến nội tạng của cùng một tiết đoạn đó.

□ Lý thuyết về đau của Melzak và Wall: Khi châm kim vào các điểm có hoạt tính cao và gây hoạt hóa các cơ quan thụ cảm của da và tổ chức trên đường kim châm tạo xung động lan truyền theo sợi A có tốc độ lan truyền lớn, gây hoạt hóa tổ chức gelatin ở tủy sống và ức chế xung động đau truyền theo dây C.

□ Vai trò thể dịch, nội tiết và các chất trung gian thần kinh: nhiều thực nghiệm từ những năm 1953 chứng minh tác dụng của châm cứu trong việc sản sinh các endorphine có tác dụng giảm đau mạnh gấp 200 lần morphin.

- Theo Y học cổ truyền

□ Bệnh tật phát sinh do mất cân bằng âm dương gây ra bởi các tác nhân gây bệnh bên ngoài (tà khí lục dâm) hoặc tình chí không điều hoà, cũng có thể gây ra bởi lao động, ăn uống... Do vậy nguyên tắc điều trị chung là lập lại mối cân bằng âm dương.

□ Hệ kinh lạc bao gồm các đường ngang và thẳng tạo thành một hệ thống chằng chịt, thông suốt mọi chỗ làm cho cơ thể thành một khối thống nhất. Trong kinh lạc có kinh khí vận hành để điều hoà khí huyết, giúp cơ thể khoẻ mạnh, chống đỡ được tác nhân gây bệnh. Hệ kinh lạc cũng là nơi biểu hiện của các trạng thái bệnh lý của cơ thể, và là nơi tiếp nhận các hình thức kích thích (châm cứu, xoa bóp, bấm huyết, giác...) thông qua các huyết để chữa bệnh. Khi điều trị bằng châm cứu là tác động vào các huyết trên các kinh mạch nhằm làm lưu thông khí huyết, giải quyết vấn đề kinh mạch bị bế tắc, làm cho sự vận hành của kinh khí được thông suốt có tác dụng giảm đau (thông bất thống)

1.3.1.3. Chỉ định, chống chỉ định của điện châm^{15, 16, 17}

- Chỉ định:

□ Dùng để cắt chứng đau trong một số bệnh: đau khớp, đau răng, đau dây thần kinh...

□ Chữa tê liệt, teo cơ trong các chứng liệt như liệt nửa người, liệt các dây thần kinh ngoại biên (liệt VII ngoại biên...).

□ Châm tê để tiến hành phẫu thuật.

- Chống chỉ định:

□ Bệnh lý thuộc cấp cứu

□ Người có sức khỏe yếu, thiếu máu, có tiền sử hoặc đang mắc bệnh tim, phụ nữ đang có thai hoặc hành kinh.

□ Cơ thể ở trạng thái không thuận lợi: vừa lao động xong, mệt mỏi, đói,...

1.3.3. Phương pháp xoa bóp bấm huyết

1.3.3.1. Khái niệm

Xoa bóp bấm huyết là phương pháp trị liệu dùng tay và các ngón tay tác động lên da, cơ và gân khớp để đạt mục đích điều trị và cải thiện sức khỏe.^{17, 18}

1.3.3.2. Cơ chế tác dụng của xoa bóp bấm huyết^{17, 18}

- Theo Y học hiện đại:

Tác dụng với hệ thần kinh: Xoa bóp kích thích các đầu dây thần kinh, tác động đến trung khu thần kinh, từ đó gây ra những thay đổi trong hoạt động của nội tạng và mạch máu.

Tác dụng với da: Xoa bóp cải thiện hô hấp da, giãn mạch, tăng cường dinh dưỡng cho da, có tác dụng toàn thân thông qua phản xạ thần kinh.

Tác dụng với cơ, gân, khớp: Xoa bóp tăng sức bền của cơ, cải thiện dinh dưỡng cho cơ, và hỗ trợ điều trị teo cơ. Nó còn làm tăng tính linh hoạt của gân, dây chằng và cải thiện tuần hoàn dịch quanh khớp giúp giảm đau chống viêm và làm khớp vận động dễ dàng hơn.

Tác dụng với hệ tuần hoàn: Xoa bóp điều hòa lượng máu giữa nội tạng và da, giúp tuần hoàn máu tĩnh mạch tốt hơn và tăng cường số lượng bạch cầu đến các khu vực được xoa bóp.

Tác dụng với hệ hô hấp, tiêu hóa và trao đổi chất: Xoa bóp giúp điều trị các bệnh về hô hấp như hen suyễn, khí phế thũng, tăng cường nhu động ruột, cải thiện tiêu hóa, và thúc đẩy quá trình bài tiết nước tiểu.

- Theo Y học cổ truyền:

Xoa bóp bấm huyết là một phương pháp phòng bệnh và chữa bệnh của y học cổ truyền. Khi bệnh tà xâm nhập vào cơ thể làm dinh vệ mất điều hòa, kinh lạc bế tắc, khí huyết ứ trệ hoặc làm rối loạn chức năng tạng phủ. Những biểu hiện bệnh đó được phản ánh ra huyết và kinh lạc. Xoa bóp thông qua tác động

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

1.3.3.3. Chỉ định và chống chỉ định của xoa bóp bấm huyết^{17, 18}

- **Chỉ định:** Đau đầu, đau vai gáy, đau lưng mãn tính, đau cơ, viêm đau dây, rễ thần kinh, các trường hợp co cứng cơ, thư giãn, chống mệt mỏi căng thẳng thần kinh, giảm stress.....

- **Chống chỉ định:** Bệnh ác tính, các khối u lao đang tiến triển, suy tim, suy gan, suy thận nặng, suy dinh dưỡng, các bệnh ưa chảy máu....

1.4. Tình hình nghiên cứu điều trị Hội chứng thắt lưng hông

1.4.1. Nghiên cứu tại Việt Nam

Năm 2015, Nguyễn Thị Tú Anh và CS tại bệnh viện Đa khoa TW Huế đã nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp điện châm kết hợp huyết giáp tích trên 64 bệnh nhân được chẩn đoán HCTLH. Kết quả cho thấy điện châm kết hợp huyết giáp tích cho kết quả điều trị loại rất tốt đạt tỷ lệ 25,00%, loại tốt chiếm 43,75%, Trung bình là 31,25%.

Nghiên cứu điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyết và từ trường của Nguyễn Tuấn Anh và Lê Thành Xuân tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2018 cho thấy sau 14 ngày điều trị, tỉ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả tốt 63,3%, khá 21,7%, trung bình 15,0%, kém 0%, và không có tác dụng không mong muốn xảy ra.

Nguyễn Quỳnh Hoa (2022) đã nghiên cứu đánh giá sự cải thiện tâm vận động và chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân có hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thắt lưng được điều trị bằng “Độc hoạt thang” kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyết, so sánh với điện châm và xoa bóp bấm huyết trong liệu trình 20 ngày điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy “Độc hoạt thang” kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyết có hiệu quả cải thiện tâm vận động và chức năng sinh hoạt hàng ngày trên bệnh nhân có hội chứng thắt lưng

hông do do thoái hóa cột sống thắt lưng tốt hơn nhóm dùng điện châm và xoa bóp bấm huyệt.

Hồ Duy Thương và CS (2024) đã đánh giá kết quả điều trị của bài thuốc “Tam tý thang” kết hợp châm điện, xoa bóp, bấm huyệt trên 33 bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông có thoái hóa cột sống thắt lưng tại Bệnh viện đa khoa huyện Nghi Xuân - Hà Tĩnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy bài “Tam tý thang” gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau rõ rệt với kết quả điều trị loại A chiếm 42,42%, Loại B: 48,49%, Loại C: 9,09% và không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và trên cận lâm sàng.

Năm 2025, Huỳnh Hào và CS ở Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Cần Thơ đã đánh giá hiệu quả lâm sàng của bài thuốc Tam tý thang kết hợp thủy châm, điện châm trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thắt lưng trên 40 bệnh nhân trong phác đồ 14 ngày điều trị cho kết quả loại tốt là 77,5%, khá 20%, trung bình 2,5% và không có bệnh nhân nào có hiệu quả kém.

1.4.2. Nghiên cứu trên thế giới

Nghiên cứu của Gautschi OP, Hildebrandt G, Cadosch D (2008) cho thấy 90% người trưởng thành phải chịu ít nhất 1 lần trong đời cơn đau lưng cấp do ĐTKT gây ra với 48 – 74% có kèm đau theo dây thần kinh.²⁵

Inge Wegner và CS Trung tâm Y tế Đại học Utrecht, Hà Lan đã nghiên cứu đánh giá hiệu quả của kéo giãn cột sống so với các phương pháp điều trị khác ở BN có HC thắt lưng hông trên 32 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên 2762 BN. Kết quả nghiên cứu cho thấy kéo giãn cột sống đơn thuần không cải thiện rõ rệt đến mức độ đau cũng như chức năng ở những BN đau lưng kèm theo đau thần kinh tọa mà nên kết hợp với các phương pháp điều trị khác như châm, xoa bóp, vật lý trị liệu.²⁶

Nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2022 của Han KH và cộng sự, điều trị bằng châm cứu có hiệu quả và an toàn hơn so với thuốc giảm đau trong

đau lưng kèm đau TK tọa. Điểm đau VAS tổng hợp của 7 nghiên cứu với 589 người tham gia đã giảm đáng kể ở nhóm châm cứu so với nhóm dùng thuốc giảm đau, trung bình điểm VAS ở nhóm châm cứu giảm nhiều hơn nhóm dùng thuốc là 1,78 (điểm) với $p < 0,01$, ngoài ra các tác dụng phụ và tỷ lệ tái phát bệnh của nhóm châm cứu ít hơn so với nhóm chứng.²⁷

Năm 2023, Zhang Z và CS ở Khoa Châm cứu và Xoa bóp, Đại học Y học cổ truyền Nam Kinh, Trung Quốc đã đánh giá hệ thống về hiệu quả và độ an toàn của liệu pháp châm cứu trong điều trị đau thần kinh tọa trên 30 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) với 2.662 người tham gia cho thấy hiệu quả điều trị bằng châm cứu vượt trội hơn so với điều trị bằng thuốc trong việc cải thiện hiệu quả điều trị, giảm điểm đau trên thang VAS, tăng ngưỡng chịu đau và giảm tỷ lệ tái phát và đã đưa ra kết luận rằng châm cứu là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân bị đau thần kinh tọa, và có thể được coi là một sự thay thế phù hợp cho điều trị bằng thuốc.²⁸

Nghiên cứu của D C Maharty và CS (2025) thuộc Trường Y khoa, Đại học Campbell, Bắc Carolina Mỹ cho thấy điều trị không dùng thuốc là phương pháp điều trị được ưu tiên lựa chọn đầu tiên (xoa bóp, chườm nóng, châm cứu, vật lý trị liệu). Can thiệp bằng thuốc là phương pháp điều trị thứ hai, trong đó thuốc chống viêm không steroid là loại thuốc được lựa chọn ban đầu, tiêm corticosteroid ngoài màng cứng không được khuyến cáo và hầu hết bệnh nhân đau lưng mãn tính sẽ không cần phẫu thuật.²⁹

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, độ tuổi từ trên 18 tuổi đã được chẩn đoán HC thắt lưng hông do THCS, điều trị tại Bệnh viện YHCT – PHCN Cao Bằng, được lựa chọn vào nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại

* *Tiêu chuẩn lâm sàng*^{6,7,8}

- Bệnh nhân được chẩn đoán HC thắt lưng hông do THCS với các triệu chứng:

+ Hội chứng cột sống: Đau đau dữ dội hoặc âm ỉ cột sống thắt lưng, Cột sống bị biến dạng (thay đổi đường cong sinh lý, giảm uốn hoặc mất uốn, gù, lệch vẹo cột sống) và giảm biên độ hoạt động của cột sống thắt lưng (hạn chế cúi, ngửa, nghiêng hoặc xoay cột sống);

+ Hội chứng rễ thần kinh: Đau thắt lưng lan dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, đau tăng khi vận động, đau giảm khi nghỉ ngơi.

- Mức độ đau theo thang điểm VAS từ 3 đến dưới 7 điểm.

* *Tiêu chuẩn cận lâm sàng*: Có hình ảnh THCS TL trên phim chụp X-quang thẳng nghiêng, chéch $\frac{3}{4}$.^{6,7,8}

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ đúng liệu trình điều trị, không áp dụng phương pháp khác.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền

Là bệnh nhân được chẩn đoán HC thắt lưng hông do THCS theo YHHTD và có chứng trạng của chứng Yêu cước thống thể Phong hàn thấp kèm can thận hư theo YHCT với các triệu chứng sau:^{11, 12, 13}

+ Vọng: Chất lưỡi nhạt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt

- + Văn: Tiếng nói rõ, hơi thở bình thường
- + Vấn: Đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân theo đường đi của dây thần kinh hông: Đau có cảm giác tê bì, nặng nề, teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát. Thường kèm theo triệu chứng toàn thân: Ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong
- + Thiết: Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân HC thắt lưng hông có VAS ≥ 7 , thoát vị đĩa đệm, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp cùng chậu, trượt thân đốt sống.
- Bệnh nhân bị các bệnh mạn tính nguy hiểm như rối loạn đông máu, suy tim, suy gan, suy thận, suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS), bệnh lý tâm thần kinh, loãng xương nặng, có thể quá yếu không đủ sức khỏe luyện tập.
- Bệnh nhân có chỉ định ngoại khoa (Hội chứng đuôi ngựa, thiếu sót thần kinh nặng: yếu và teo cơ nhiều, điều trị bảo tồn tích cực trong 6 tuần không đỡ, thoát vị đĩa đệm tái phát nhiều lần không đáp ứng với điều trị bảo tồn)
- Bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu, không tuân thủ nguyên tắc điều trị.
- Các thể bệnh khác của YHCT.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện YHCT - PHCN Cao Bằng

Thời gian: 06 tháng (từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2025)

2.3. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.3.1. Chất liệu nghiên cứu

- Máy điện xung Pointron 801
- Máy điện châm KWD 808I
- Băng vô khuẩn
- Cồn y tế 70 độ
- Panh có máu, khay đựng dụng cụ.
- Thang điểm đau VAS, ODI (phụ lục)

- Thước dây đo tầm vận động cột sống
- Hộp chống sốc

2.3.2. Công thức huyết

Sử dụng công thức huyết theo quy trình của Bộ Y tế tại QĐ số Quyết định số 5013/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ, ngày 01 tháng 12 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y Tế.³⁰ gồm các huyết sau:

Châm tả các huyết: Giáp tích L2 - S1, Thận du (BL.23), Đại trường du (BL.25), Trật biên (BL.54), Thừa phù (BL.36), Ân môn (BL.37), Ủy trung (BL.40), Thừa sơn (BL.57), Côn lân (BL.60).

Châm bổ các huyết: Tam âm giao (SP. 6), Thận du (BL.23).

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp can thiệp lâm sàng mở, tiền cứu, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng.

2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn cỡ mẫu thuận tiện, cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 70 bệnh nhân chia thành hai nhóm. Sắp xếp bệnh nhân vào 2 nhóm nghiên cứu theo đảm bảo tính tương đồng về độ tuổi, giới tính và mức độ đau.

- Nhóm nghiên cứu (NC): 35 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp xung điện tại huyết bằng máy Pointrion 801 kết hợp xoa bóp bấm huyết

- Nhóm đối chứng (ĐC): 35 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết.

- Liệu trình điều trị 15 ngày cho cả hai nhóm NC

2.4.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu và cách xác định

2.4.3.1. Chỉ số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Các chỉ số này được đánh giá 1 lần tại thời điểm vào viện (D0), gồm Tuổi, Giới tính, Thời gian mắc bệnh, Vị trí mắc bệnh, Tổn thương trên X quang:

Bảng 2.1. Định nghĩa biến số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Biến số	Định nghĩa biến số
Tuổi	Biến định lượng. Được tính bằng năm hiện tại trừ đi năm sinh của BN. Đơn vị: Năm.
Giới tính	Biến định tính. Hai giá trị: Nam và Nữ. Được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án hoặc căn cước công dân
Thời gian mắc bệnh	Biến định lượng. Thu thập bằng cách khảo sát hỏi bệnh hoặc trên hồ sơ bệnh án về thời gian mắc bệnh. Đơn vị: Tháng.
Vị trí mắc bệnh	Biến định tính. Ba giá trị: bên phải, bên trái hoặc hai bên. Thu thập bằng cách hỏi BN hoặc từ hồ sơ bệnh án.
Tổn thương trên X quang	Biến danh định. Bốn giá trị: hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, cầu xương, gai xương.

2.4.3.2. Các chỉ số đánh giá tác dụng điều trị

Các chỉ số này được đánh giá tại thời điểm trước điều trị (D0), ngày thứ 5 (D5), ngày thứ 10 (D10) và ngày thứ 15 (D15) gồm:

*** Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual analog scale)**

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo của hãng Astra – Zeneca.³¹



Hình 2.1. Thước đo độ đau VAS

Thang điểm số đánh giá mức độ đau VAS là một thước có 2 mặt:

- Một mặt chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm.
- Một mặt có 5 hình tượng có thể quy ước và mô tả ra các mức độ để bệnh nhân tự lượng giá cho đồng nhất độ đau như sau:

+ Hình tượng thứ nhất (tương ứng 0 - 1 điểm): người bệnh không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào.

+ Hình tượng thứ hai (tương ứng 2 – 3 điểm): người bệnh thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường.

+ Hình tượng thứ ba (tương ứng 4 – 5 điểm): người bệnh đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc có phản xạ kêu rên.

+ Hình tượng thứ tư (tương ứng 6 – 7 điểm): người bệnh đau nhiều, đau liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên.

+ Hình tượng thứ năm (tương ứng 8 – 10 điểm): đau liên tục, toát mồ hôi, có thể choáng ngất.

Bảng 2.2. Mức độ đau và hiệu quả cải thiện đau theo thang điểm VAS

Điểm đau VAS	Mức độ	Đánh giá hiệu quả cải thiện đau
0 điểm	Không đau	Tốt
Từ 1 – 3 điểm	Đau nhẹ	Khá
Từ 4 – 7 điểm	Đau vừa	Trung bình
Từ 8 – 10 điểm	Đau nặng	Kém

- Đánh giá độ giãn cột sống thắt lưng qua nghiệm pháp Schober^{7,8}

Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát vào nhau, hai bàn chân mở một góc 60°, thầy thuốc xác định móm gai của đốt S1 và đánh dấu điểm A, từ điểm này đo lên trên 10cm (bằng thước dây) và đánh dấu tiếp điểm B. Sau đó cho bệnh nhân cúi tối đa, hai chân duỗi thẳng, đo lại khoảng cách giữa A và B, Tính hiệu số thu được độ giãn CSTL(d).

Bảng 2.3 Độ giãn cột sống thắt lưng

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

- Đánh giá độ gập thắt lưng bằng nghiệm pháp ngón tay- mặt đất

Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, yêu cầu bệnh nhân cúi tối đa, chân thẳng, hai tay giơ thẳng ra trước hướng xuống đất, đo khoảng cách từ giữa ngón tay giữa của bệnh nhân đến mặt đất (d).

Bảng 2.4. Đánh giá khoảng cách tay đất^{7,8}

Khoảng cách tay đất (cm)	Mức độ	Điểm
$d \leq 10\text{ cm}$	Tốt	4 điểm
$11 \leq d \leq 20\text{ cm}$	Khá	3 điểm
$21 \leq d \leq 30\text{ cm}$	Trung bình	2 điểm
$d > 30\text{ cm}$	Kém	1 điểm

- Đánh giá dấu hiệu căng rễ thần kinh bằng nghiệm pháp Lasegue:^{7,8}

Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân duỗi thẳng với tư thế thoải mái. Thầy thuốc dùng 1 tay của mình cầm cổ chân, tay còn lại đặt ở đầu gối bệnh nhân, giữ chân bệnh nhân thẳng và khám theo 2 bước sau:

Bước 1: Nâng cao chân bệnh nhân (ở tư thế duỗi thẳng) lên khỏi mặt giường, hướng tới góc 90° cho tới khi người bệnh kêu đau, căng dọc mặt sau chân thì dừng lại. Tiếp theo, xác định góc giữa chân bệnh nhân và mặt giường - đây được gọi là góc Lasegue. Cụ thể, nếu nâng chân tới 45° mà bệnh nhân kêu đau thì góc Lasegue là 45° .

Bảng 2.5. Nghiệm pháp Lasegue

Nghiệm pháp Lasegue (độ)	Mức độ	Điểm
Lasegue $\geq 80^0$	Tốt	4 điểm
$60^0 \leq$ Lasegue $< 80^0$	Khá	3 điểm
$45^0 \leq$ Lasegue $< 60^0$	Trung bình	2 điểm
$< 45^0$	Kém	1 điểm

- Đánh giá sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền

Các chỉ số đánh giá sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền được nghiên cứu được đánh giá tại 2 thời điểm trước điều trị (D0) và sau điều trị gồm Đau thắt lưng lan xuống mông; Gặp lạnh đau tăng; Ăn kém; Ngủ ít; Chất lưỡi nhạt bệu; Rêu lưỡi trắng, dày, nhớt; Mạch trầm nhược (D15).^{13, 15, 16, 17}

- Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp: Các chỉ số đánh giá sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền được đánh giá tại thời điểm ngày thứ 15 gồm: Đau tại chỗ sau điện xung, Kích ứng và tổn thương da, Sung và bầm tím, Mệt mỏi, Hoa mắt chóng mặt.

- Đánh giá kết quả điều trị chung: Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị chung dựa vào tỷ lệ % sự thay đổi trước và sau điều trị qua tính tổng số điểm lượng giá của 4 chỉ số tại thời điểm trước và sau điều trị gồm mức độ đau theo thang điểm VAS, độ giãn CSTL, nghiệm pháp tay đất, nghiệm pháp Lasegue, sau đó phân loại kết quả điều trị theo công thức sau:

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

Bảng 2.6. Phân loại kết quả điều trị chung³²

Phân mức kết quả điều trị	Kết quả điều trị	Hiệu quả điều trị (HQ)
Có hiệu quả	Tốt	$HQ \geq 80\%$
	Khá	$60\% \leq HQ < 80\%$
Không hiệu quả	Trung bình	$40\% \leq HQ < 60\%$
	Kém	$HQ < 40\%$

2.4.3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị

Trong nghiên cứu này, chúng tôi xác định các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị gồm: Tuổi, giới tính và thời gian mắc bệnh.

Tất cả các biến được mã hóa và phân nhóm thống nhất, phù hợp loại biến, và được phân tích hồi quy logistic để phát hiện ra mối liên quan giữa các biến.

2.5. Quy trình nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu: Bệnh nhân được điều trị điện xung tại huyết bằng máy điện xung đa năng không dùng kim Pointron 801, sau đó XBBH với liệu trình:

- Điều trị điện xung tại huyết 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 15 ngày
- Xoa bóp bấm huyết 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 15 ngày.

Nhóm đối chứng: Bệnh nhân được điều trị điện châm bằng máy điện châm KWD 808I, sau đó XBBH theo phác đồ của nhóm NC với liệu trình:

- Điện châm 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 15 ngày.
- Xoa bóp bấm huyết 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 15 ngày liên tục, không nghỉ thứ 7 và chủ nhật.

Các bệnh nhân được làm bệnh án theo mẫu thống nhất và được theo dõi từ đầu cho đến kết thúc quá trình nghiên cứu gồm liệu trình điều trị 15 ngày liên tục, không nghỉ thứ 7 và chủ nhật với các bước cụ thể như sau:

2.5.1. Chuẩn bị bệnh nhân và trang thiết bị trước khi tiến hành

- Phòng điều trị: Phòng thoáng mát, sạch sẽ, ấm về mùa đông, mát về mùa hè, giường đệm cứng, tư thế nằm phù hợp với thủ thuật, đủ ánh sáng.
- Trang thiết bị: chuẩn bị đầy đủ theo từng quy trình và được kiểm tra kỹ thuật trước khi tiến hành.

2.5.2. Điều trị điện xung tại huyết bằng máy điện xung đa năng không dùng kim Pointron 801

- Công thức huyết điều trị : Giáp tích L2 - S1, Thận du (BL.23), Đại trường du (BL.25), Trật biên (BL.54), Thừa phù (BL.36), Ân môn (BL.37), Ủy trung (BL.40), Thừa sơn (BL.57), Côn lân (BL.60).

- Các bước tiến hành:

- + Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết
- + Bước 2: Đặt và cố định điện cực G.S.P vào huyết.
- + Bước 3: Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định trên màn hình LED.

Tăng cường độ dòng điện phù hợp với ngưỡng bệnh nhân chịu được

- + Bước 4: Thời gian 30 phút cho một lần điện xung. Hết giờ tắt máy.

Tháo điện cực kiểm tra vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh và ghi hồ sơ bệnh án.

2.5.3. Điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyết

- Xoa, day, lăn, vòn, bóp cơ vùng lưng, hông
- Ấn các huyết theo phác đồ
- Phát, vỗ vùng thắt lưng, hông
- Thời gian 30 phút cho một lần xoa bóp bấm huyết. Hết giờ kiểm tra

vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh và ghi hồ sơ bệnh án.

2.5.4. Điều trị bằng phương pháp điện châm

- Công thức huyết điều trị: Như của nhóm nghiên cứu

- Các bước tiến hành

- + Bước 1: xác định và sát khuẩn da vùng huyết.
- + Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau.

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

Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho tới khi đạt “đắc khí”.

+ Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm: Đặt tần số từ 0,5 - 3Hz hoặc tần số từ 5 - 10Hz. Cường độ tăng dần từ 0 - 150 μ A tùy theo mức độ chịu đựng của người bệnh.

+ Bước 4: Thời gian 30 phút cho một lần điện châm. Hết giờ thì tắt máy, rút kim, kiểm tra vùng huyết châm, thăm hỏi người bệnh và ghi hồ sơ bệnh án.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

- Sử dụng các thuật toán:

+ Tính tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình (\bar{X}), độ lệch chuẩn (SD)

+ So sánh 2 giá trị trung bình dùng Test T - student.

+ So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2

+ Phân tích hồi quy logistic để xác định mối liên quan giữa các biến

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đề cương Bác sĩ chuyên khoa II chuyên ngành YHCT, Hội đồng đạo đức của Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam và sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện YHCT Cao Bằng.

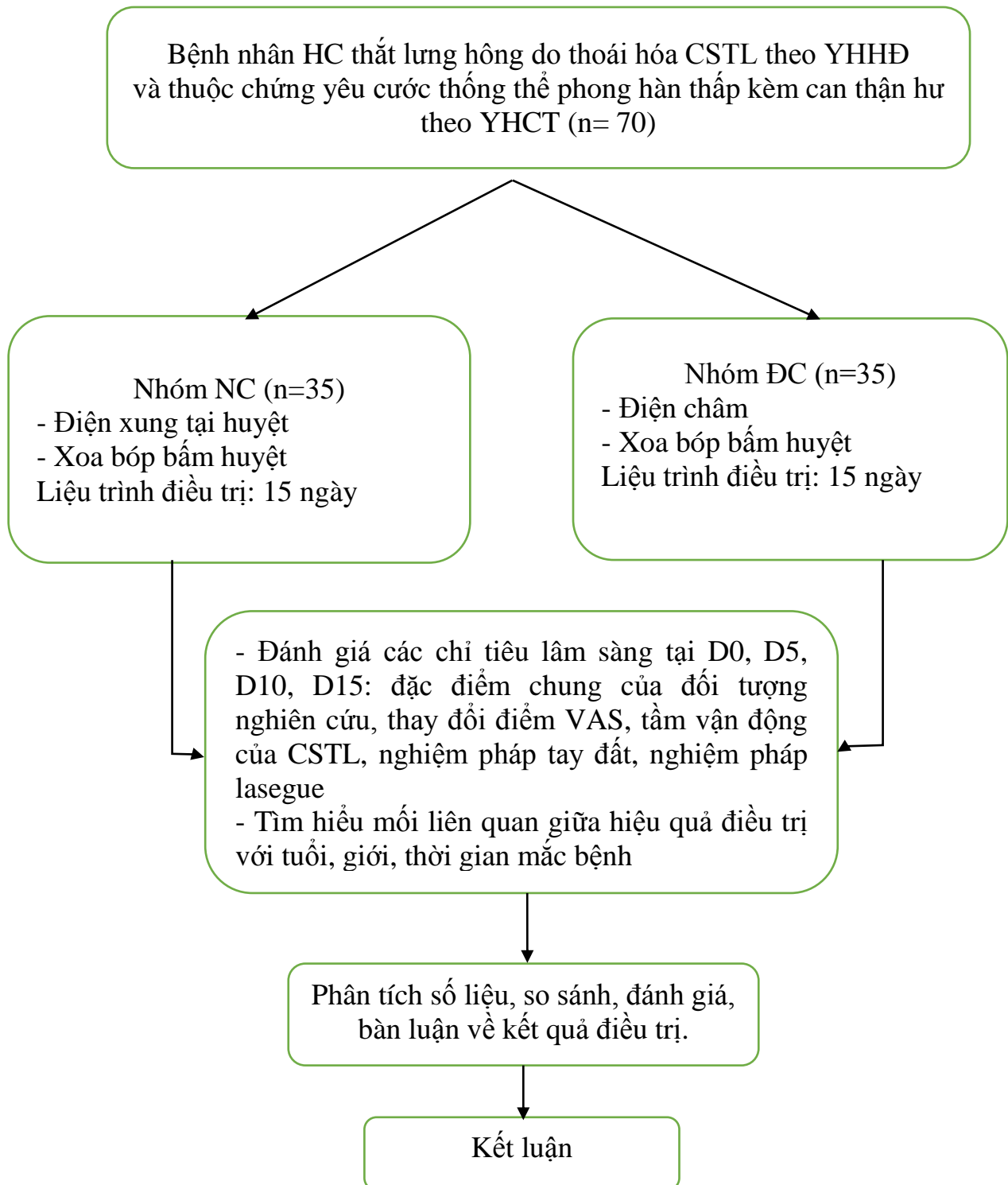
- Được sự tự nguyện hợp tác của đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia chương trình nghiên cứu.

- Đề tài của chúng tôi được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc bảo vệ sức khỏe cho người bệnh.

- Bệnh nhân được nghe giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu, biết được trách nhiệm và quyền lợi cụ thể của mình, tự nguyện tham gia và chấp hành đúng quy trình nghiên cứu

- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật. Các kết quả nghiên cứu và phương pháp được công bố cho mọi người và đối tượng nghiên cứu biết.

- Khi đối tượng nghiên cứu có dấu hiệu bệnh nặng thêm, hoặc yêu cầu dừng thì chúng tôi sẽ ngừng nghiên cứu hoặc thay đổi phác đồ điều trị phù hợp.



Hình 2.2. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi		NNC (n=35)		NDC (n=35)		Chung (n=70)		P _{NNC-NDC}
		n	%	n	%	n	%	
Dưới 60 tuổi	30-<40	1	2,9	1	2,9	2	2,9	> 0,05
	40-<50	7	20	9	25,7	16	22,9	
	50-<60	11	31,4	8	22,9	19	27,1	
Trên 60 tuổi		16	45,7	17	48,6	33	47,1	
X ± SD		59,37 ± 12,1		59,97 ± 14,2		59,67 ± 13,1		

Nhận xét: Hội chứng thất lưng hông tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 50 trở lên. Trong đó, nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm (45,7% ở nhóm NC và 48,6% ở nhóm ĐC), tiếp theo là nhóm tuổi từ 50 đến dưới 60 (31,4% nhóm NC và 22,9% ở nhóm ĐC). Ngược lại, nhóm tuổi trẻ từ 30 đến dưới 40 chiếm tỷ lệ rất thấp (chỉ 2,9% ở cả hai nhóm). Không có sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm NC ($p > 0,05$), với tuổi trung bình là $59,67 \pm 13,1$ tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	NNC (n=35)		NDC (n=35)		Chung (n=70)		P _{NNC-NDC}
	n	%	n	%	n	%	
Nam	13	37,1	13	37,1	26	37,1	> 0,05
Nữ	22	62,9	22	62,9	44	62,9	
Tổng	35	100	35	100	70	100	

Nhận xét: Có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh theo giới. Số BN nữ mắc HC thất lưng hông chiếm 62,9%, ở giới nam chỉ chiếm 37,1%. Không có sự khác biệt về phân bố bệnh nhân theo giới giữa hai nhóm NC ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Nhóm tuổi		NNC (n=35)		NĐC (n=35)		Chung (n=70)		P _{NNC-NĐC}
		n	%	n	%	n	%	
Dưới 6 tháng	< 3 tháng	3	8,6	2	5,7	5	7,2	> 0,05
	3-<6 tháng	9	25,7	12	34,3	21	30,0	
Trên 6 tháng	6-<12 tháng	6	17,1	6	17,1	12	17,1	
	>= 12 tháng	17	48,6	15	42,9	32	45,7	

Nhận xét: BN có thời gian mắc bệnh từ trên 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (45,7%, trong đó 48,6 % ở nhóm NC, 42,9% ở nhóm ĐC). BN có thời gian mắc bệnh từ 3 đến dưới 6 tháng chiếm 30%. Nhóm thời gian mắc bệnh từ 6 đến dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ đều nhau là 17,1% ở cả hai nhóm. Nhóm thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất, chỉ có 3 bệnh nhân (8,6%) ở nhóm nghiên cứu và 2 bệnh nhân (5,7%) ở nhóm đối chứng. Không có sự khác biệt về phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm NC ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí đau

Vị trí mắc bệnh	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		Chung (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Cả hai bên	30	85,7	28	80	58	82,9
Bên trái	3	8,6	6	17,1	9	12,9
Bên phải	2	5,7	1	2,9	3	4,3
P_{NNC-NĐC}	> 0,05					

Nhận xét: Đa số bệnh nhân mắc bệnh ở cả hai bên, nhóm nghiên cứu chiếm 85,7%, nhóm đối chứng chiếm 82,9%. Ở cả hai nhóm số bệnh nhân đau bên trái nhiều hơn bên phải. Sự khác biệt về vị trí mắc bệnh giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo hoàn cảnh khởi phát bệnh

Hoàn cảnh khởi phát	NNC (n=35)		NDC (n=35)		Chung (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Sau lao động nặng	0	0	2	5,7	3	2,9
Sau lạnh	1	2,9	2	5,7	3	4,3
Nằm một tư thế kéo dài	0	0	1	2,9	1	1,4
Không nhớ rõ	34	97,1	30	85,7	64	91,4
P_{NNC-NDC}	> 0,05					

Nhận xét: Hoàn cảnh xuất hiện bệnh của bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm không nhớ rõ với 97,1% ở nhóm nghiên cứu và 85,7% ở nhóm đối chứng. Tỷ lệ xuất hiện bệnh sau lao động nặng, sau lạnh, sau nằm một tư thế kéo dài rất thấp (dưới 10%) ở cả hai nhóm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hoàn cảnh khởi phát bệnh giữa hai nhóm NC ($p > 0,05$).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng, X quang của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6. Đặc điểm lâm sàng YHCT của hội chứng thắt lưng hông

Đặc điểm lâm sàng YHCT	Nhóm NC		NDC (n=35)		Chung (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Đau thắt lưng lan xuống mông	35	100	35	100	70	100
Gặp lạnh đau tăng	18	51,4	15	42,9	33	47,1
Ăn kém	10	28,6	9	25,7	19	27,1
Ngủ ít	22	62,9	21	60	43	61,4
Chất lưỡi nhạt bệu	17	48,6	15	42,9	32	45,7
Rêu lưỡi trắng, dày, nhớt	25	71,4	24	68,6	49	70
Mạch trầm nhược	30	85,7	27	77,1	57	81,4
P_{NNC-NDC}	> 0,05					

Nhận xét: Không có sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng YHCT giữa hai nhóm NC tại thời điểm trước điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Đặc điểm lâm sàng YHHĐ của hội chứng thắt lưng hông

Đặc điểm lâm sàng YHHĐ	Nhóm NC		NNC (n=35)		NĐC (n=35)		Chung (n=70)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đau lan xuống mông/chân	35	100	35	100	35	100	70	100
Hạn chế vận động	35	100	35	100	35	100	70	100
Tê bì vùng mông lan xuống chân	35	100	35	100	35	100	70	100
Dấu hiệu bấm chuông	35	100	35	100	35	100	70	100
P_{NNC-NĐC}	> 0,05							

Nhận xét: 100% số BN ở cả hai nhóm nghiên cứu đều có triệu chứng điển hình của HC thắt lưng hông. Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng YHHĐ giữa các bệnh nhân của hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$)

Bảng 3.8. Đặc điểm tổn thương trên phim X-Quang cột sống thắt lưng

Đặc điểm phim X-quang CSTL	NNC (n=35)		NĐC (n=35)		Chung (n=70)		P_{NNC-NĐC}
	n	%	n	%	n	%	
Hẹp khe khớp	7	20	5	14,3	12	17,1	> 0,05
Đặc xương dưới sụn	16	45,7	15	42,9	31	44,3	
Cầu xương, gai xương	29	82,9	26	74,3	55	78,6	

Nhận xét: Trên phim chụp X quang CSTL gặp chủ yếu có hình ảnh THCS kèm theo gai xương chiếm 78,6%, đặc xương dưới sụn chiếm 44,3%, hẹp khe khớp chiếm 17,1%. Không có sự khác biệt về đặc điểm phim chụp X quang CSTL giữa các bệnh nhân của hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.2. Kết quả điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyết

3.2.1. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.9. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng YHCT

Triệu chứng lâm sàng YHCT	Nhóm NC		Nhóm NC (n=35)				Nhóm ĐC (n=35)			
			D0		D15		D0		D15	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Đau thắt lưng	35	100	9	25,7	35	100	11	31,4		
Lạnh đầu tăng	18	51,4	5	14,3	17	48,6	8	22,9		
Ăn kém	10	28,6	4	11,4	9	25,7	4	11,4		
Ngủ ít	22	62,9	10	28,6	21	60	7	20		
Chất lưỡi nhạt bệu	17	48,6	5	14,3	15	42,9	4	11,4		
Rêu lưỡi trắng dày	25	71,4	4	11,4	24	68,6	5	14,3		
Mạch trầm	30	85,7	6	17,1	27	77,1	8	22,9		
$P_{D0-D15} < 0,05, P_{NC-ĐC} > 0,05$										

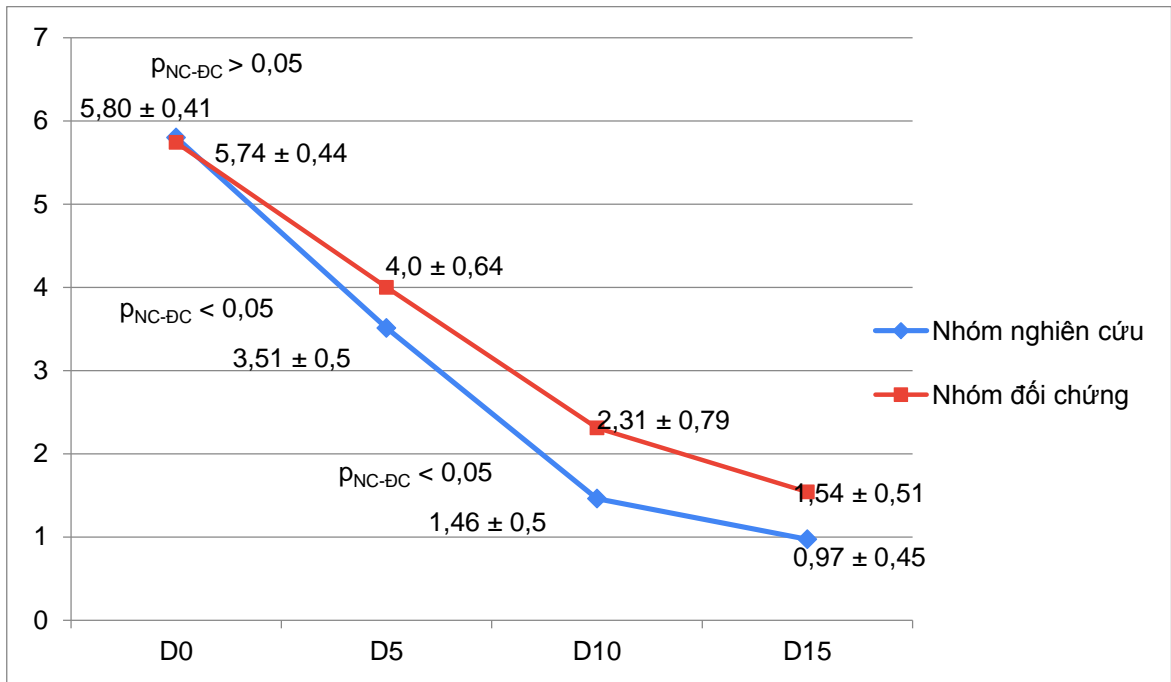
Nhận xét: Ngày thứ 15, các triệu chứng lâm sàng YHCT đều cải thiện rõ rệt ở cả hai nhóm NC ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về cải thiện các triệu chứng sau lâm sàng YHCT sau điều trị giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Bảng 3.10. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng YHHĐ

Triệu chứng	Thời điểm NC	D0		D5		D10		D15		P_{D0-D15}
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cơ cứng cơ cạnh sống	NC	35	100	14	40	8	22,9	4	11,4	$< 0,05$
	ĐC	35	100	15	42,8	10	28,6	6	17,1	$< 0,05$
Điểm đau cột sống	NC	35	100	28	80	18	51,4	10	28,6	$< 0,05$
	ĐC	35	100	30	85,7	22	62,9	9	25,7	$< 0,05$
Tê bì	NC	35	100	25	71,4	16	45,7	8	22,9	$< 0,05$
	ĐC	35	100	30	85,7	22	62,9	10	28,6	$< 0,05$
Bấm chuông	NC	35	100	23	65,7	12	34,3	5	14,3	$< 0,05$
	ĐC	35	100	28	80	19	54,3	4	11,4	$< 0,05$
$P_{NNC-NĐC}$		$> 0,05$								

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng YHHĐ đều cải thiện rõ rệt ở cả hai nhóm sau 15 ngày điều trị ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về cải thiện các triệu chứng lâm sàng YHHĐ giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.2.2. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS



Biểu đồ 3.1. Thay đổi giá trị trung bình điểm VAS tại các thời điểm NC

Hiệu suất giảm:

$$D_{5-0}: -2,29 \pm 0,52$$

$$D_{10-0}: -4,34 \pm 0,54$$

$$D_{15-0}: -4,83 \pm 0,51$$

$$D_{5-0}: -1,74 \pm 0,78$$

$$D_{10-0}: -3,43 \pm 0,91$$

$$D_{15-0}: -4,20 \pm 0,71$$

Nhận xét:

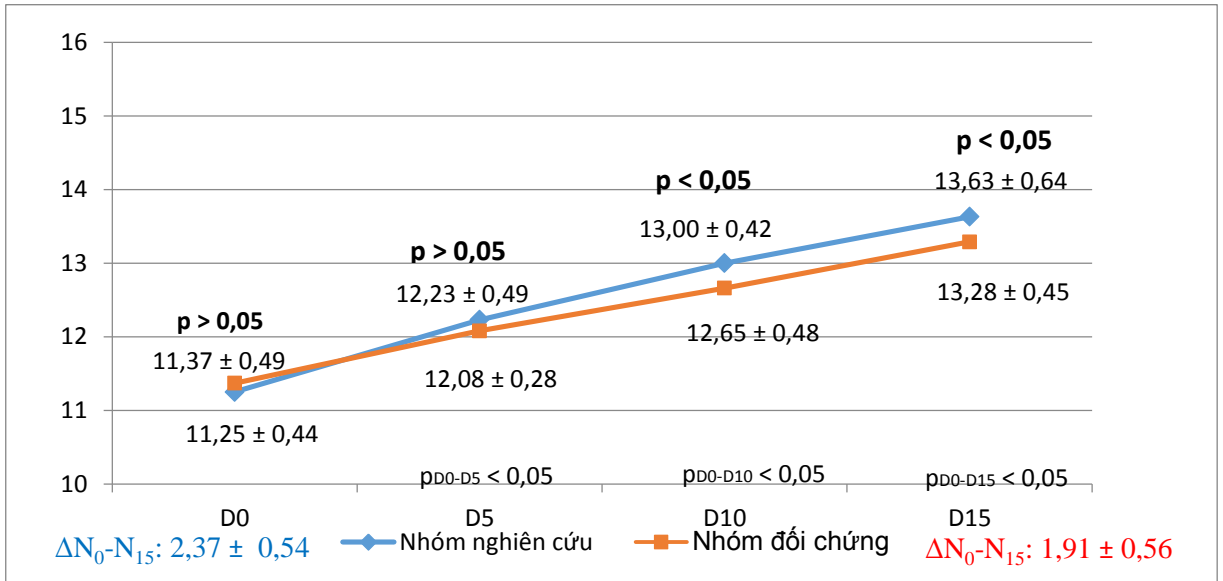
- Tại thời điểm D0, không có sự khác biệt về mức độ đau trung bình của cả hai nhóm NC ($p > 0,05$).

- Tại thời điểm D5 và D10 điều trị điểm đau trung bình ở cả 2 nhóm đều giảm so với trước điều trị ($p < 0,05$).

- Tại D15 điều trị điểm đau trung bình ở cả 2 nhóm đều giảm rõ rệt. Nhóm NC giảm điểm VAS từ $5,80 \pm 0,41$ xuống $0,97 \pm 0,45$ với hiệu suất giảm $-4,83 \pm 0,51$ (điểm), giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC điểm VAS giảm từ $5,74 \pm 0,44$ xuống còn $1,54 \pm 0,51$ với hiệu suất giảm là $-4,20 \pm 0,71$, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Hiệu quả cải thiện vận động cột sống thắt lưng

3.2.3.1. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống theo Schober

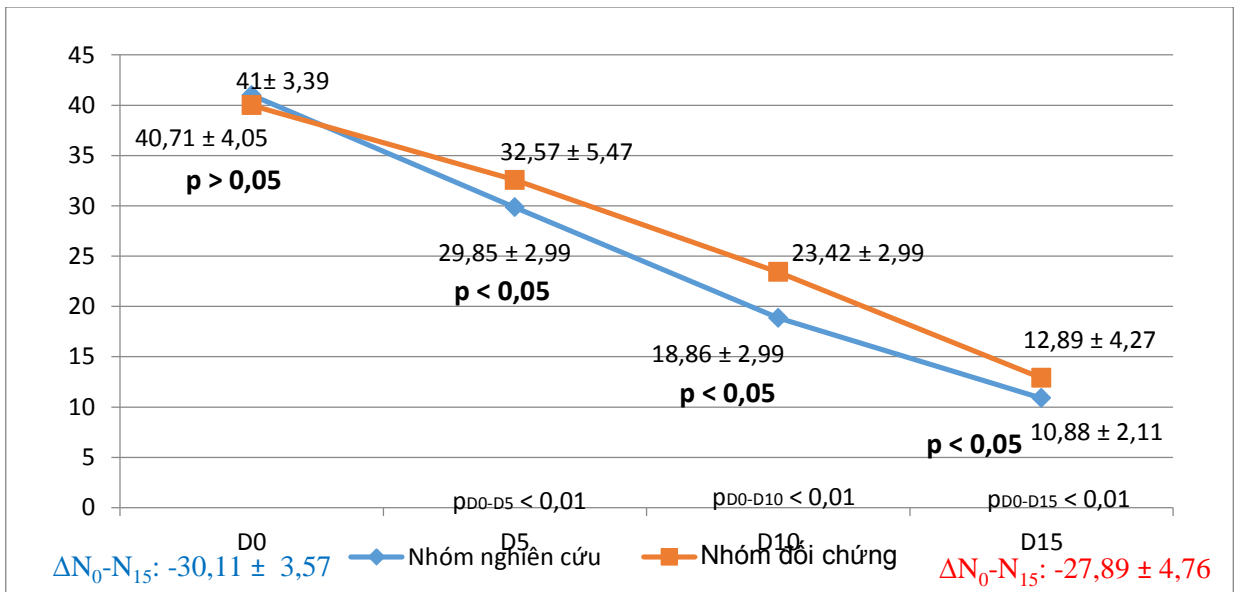


Biểu đồ 3.2. Sự biến đổi giá trị trung bình chỉ số Schober

Nhận xét: Không có sự khác biệt về độ giãn CSTL giữa hai nhóm NC ($p > 0,05$) tại thời điểm trước điều trị và có sự cải thiện tăng dần tại D5, D10 ($p < 0,05$).

Sau 15 ngày điều trị, hiệu suất chênh mức tăng độ giãn CSTL của nhóm NC là $2,37 \pm 0,54$ cm, cao hơn nhóm chứng là $1,91 \pm 0,56$ cm ($p < 0,05$).

3.2.3.2. Hiệu quả cải thiện tầm vận động theo nghiệm pháp tay đất



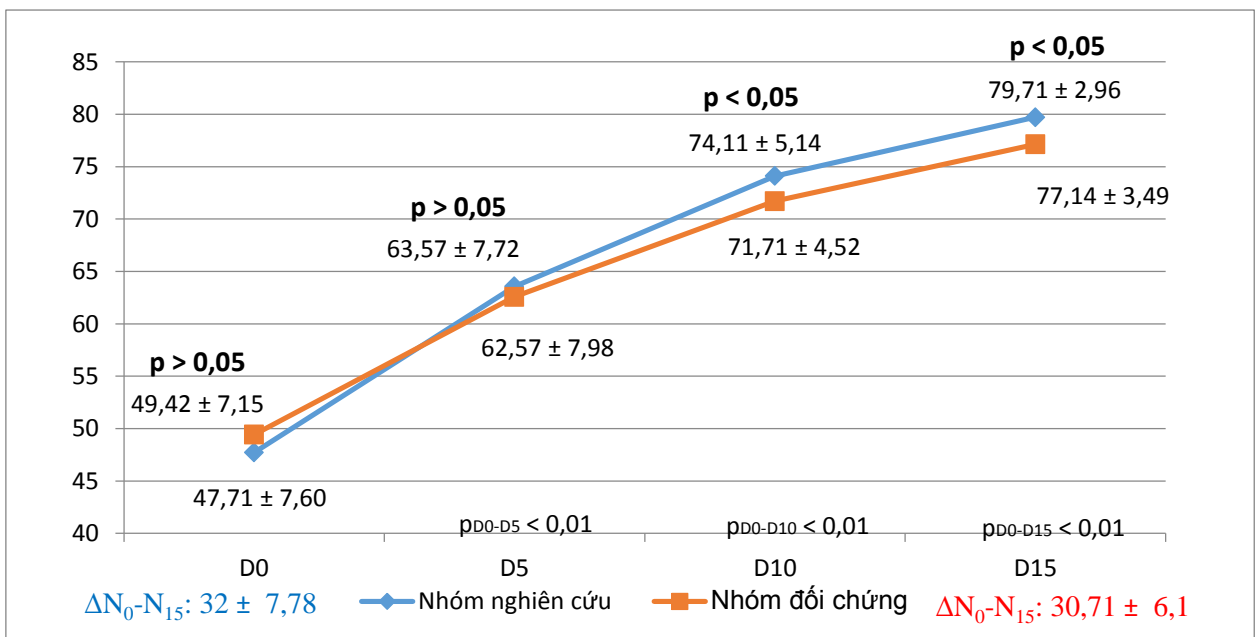
Biểu đồ 3.3. Sự cải thiện khoảng cách tay đất qua các thời điểm

Nhận xét:

- Không có sự khác biệt về khoảng cách tay đất giữa hai nhóm NC tại thời điểm trước điều trị ($p > 0,05$)

- Có sự cải thiện tăng dần về khoảng cách tay đất tại các thời điểm D5 và D10 ở cả 2 nhóm NC ($p < 0,05$).

- Tại ngày thứ 15, hiệu suất giảm khoảng cách tay đất của nhóm NC là $30,11 \pm 3,57$, giảm nhiều hơn nhóm đối chứng là $-27,89 \pm 4,76$ ($p < 0,05$).

3.2.3.3. Hiệu quả cải thiện tầm vận động theo nghiệm pháp Lasegue**Biểu đồ 3.4. Cải thiện Lasegue trung bình qua các thời điểm****Nhận xét:**

- Không có sự khác biệt về điểm trung bình nghiệm pháp Lasegue giữa hai nhóm NC tại thời điểm trước điều trị ($p > 0,05$)

- Điểm trung bình nghiệm pháp Lasegue có sự cải thiện tăng dần tại các thời điểm D5 và D10 ở cả 2 nhóm NC ($p < 0,05$).

- Sau 15 ngày điều trị, điểm trung bình nghiệm pháp Lasegue tăng ở cả hai nhóm so với trước điều trị ($p < 0,01$) nhưng hiệu suất chênh lệch điểm trung bình nghiệm pháp Lasegue bên đầu của nhóm nghiên cứu là $32 \pm 7,78$, tương đương so với nhóm chứng là $30,71 \pm 6,1$ ($p > 0,05$).

3.2.4. Kết quả điều trị

Bảng 3.11. Kết quả điều trị chung

Phân loại kết quả điều trị chung		NNC (n=35)		NĐC (n=35)		P
		n	%	n	%	
Có hiệu quả	Tốt	19	54,3	16	45,7	> 0,05
	Khá	12	34,3	14	40,0	
Không hiệu quả	Trung bình	3	8,5	4	11,4	
	Kém	1	2,9	1	2,9	

Nhận xét: Sau liệu trình 15 ngày điều trị, nhóm điều trị bằng điện xung kết hợp XBBH có kết quả: Loại tốt 54,3%, khá 34,3%, trung bình 8,5% và có 2,9% bệnh nhân điều trị không hiệu quả. Nhóm đối chứng điều trị bằng điện châm kết hợp XBBH có kết quả loại tốt chiếm 45,7%, khá 40,0% trung bình 11,4% và có 2,9% bệnh nhân điều trị không hiệu quả. Kết quả điều trị loại tốt và khá ở hai nhóm là tương đương ($p > 0,05$).

Bảng 3.12. Các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Thời điểm khảo sát Tác dụng không mong muốn	D5		D10		D15		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đau tại chỗ sau điện xung	3	8,6	2	5,7	2	5,7	7	20
Kích ứng, tổn thương da	0	0	0	0	0	0	0	0
Sung và bầm tím	0	0	0	0	0	0	0	0
Mệt mỏi	2	5,7	1	2,9	1	2,9	4	11,4
Hoa mắt chóng mặt	0	0	0	0	1	2,9	1	2,9

Nhận xét: Trong liệu trình 15 ngày điều trị chúng tôi ghi nhận có 7/35 BN bị đau tại chỗ sau điện xung, thời gian đau kéo dài dưới 10 phút rải rác tại các thời điểm D0, D10, D15 và có 11,4% số BN có triệu chứng mệt mỏi nhưng cũng giảm dần rồi tự hết sau 1 đến 3 ngày điều trị. Ngoài ra, không ghi nhận tác dụng không mong muốn nào khác trên lâm sàng trong suốt quá trình nghiên cứu.

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

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

Kết quả điều trị \ Nhóm tuổi	Tốt		Chưa tốt		OR 95%CI	p
	n	%	n	%		
Trên 60 tuổi	12	75	4	25	1,75 0,565- 0,995	< 0,05
Dưới 60 tuổi	19	100	0	0		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tuổi với kết quả điều trị ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có tỷ lệ đạt kết quả điều trị loại tốt chỉ bằng 0,75 lần so với nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi (OR = 0,75; 95% CI: 0,565 – 0,995; $p < 0,05$).

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

Kết quả điều trị \ Giới tính	Tốt		Chưa tốt		OR 95%CI	p
	n	%	n	%		
Nam	12	92,3	1	7,7	1,895 0,176 - 20,39	> 0,05
Nữ	19	86,4	3	13,6		

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân giới nam có tỷ lệ đạt kết quả điều trị loại tốt gấp 1,895 lần so với nhóm bệnh nhân nữ (OR = 1,895; 95% CI: ,176 - 20,39, $p < 0,05$), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

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

Kết quả điều trị \ Thời gian mắc bệnh	Tốt		Chưa tốt		OR 95%CI	p
	n	%	n	%		
Dưới 6 tháng	12	100	0	0	1,211 1,004 – 1,46	< 0,05
Trên 6 tháng	19	82,6	4	17,4		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị, cụ thể là nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng có khả năng có kết quả điều trị loại tốt cao gấp 1,211 lần so với người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng (OR = 1,211; 95% CI: 1,004 – 1,46; $p < 0,05$).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Về phân bố bệnh nhân theo tuổi

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1 cho thấy bệnh nhân mắc hội chứng thất lưng hông có tuổi trung bình là $59,67 \pm 13,1$ tuổi. BN có tuổi nhỏ nhất là 38 tuổi, tuổi lớn nhất là 94 tuổi. BN tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 50 trở lên, trong đó, nhóm người cao tuổi (trên 60 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm (45,7% ở Nhóm NC và 48,6% ở Nhóm ĐC). Nhóm tuổi từ 50 đến dưới 60 cũng chiếm tỷ lệ cao (31,4% và 22,9%). Ngược lại, nhóm tuổi trẻ từ 30 đến dưới 40 chiếm tỷ lệ rất thấp (chỉ 2,9% ở cả hai nhóm) và không có sự khác biệt về phân bố bệnh nhân theo tuổi giữa hai nhóm NC ($p > 0,05$),

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng so với nghiên cứu của một số tác giả trong nước khi nghiên cứu hiệu quả điều trị điều trị hội chứng thất lưng hông hoặc đau lưng và đau thần kinh tọa cũng ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân mắc chứng bệnh này là từ 51- 61tuổi; nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất^{20, 21, 22, 33, 34}.

Như vậy, xuất phát từ sự phát của cơ thể con người theo YHCT, kết hợp với quan điểm về bệnh lý thoái hoá cột sống theo YHHĐ, bằng việc ứng dụng các thành tựu khoa học kỹ thuật hiện đại trong y sinh học, người ta đã chứng minh được rằng quá trình thoái hoá cột sống xảy ra từ sớm và mức độ thoái hoá tăng dần theo tuổi và HC thất lưng hông là bệnh mạn tính thường gặp ở người trung niên và người có tuổi.^{11, 12, 13}

4.1.2. Về phân bố bệnh nhân theo giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2) thì tỷ lệ nữ mắc hội chứng thất lưng hông chiếm 62,9%, cao hơn so với tỷ lệ mắc ở nam giới (37,1%), tỷ

lệ nam/nữ là 0,59 và không có sự khác biệt về phân bố bệnh nhân theo giới giữa hai nhóm NC ($p > 0,05$).

Sự phân bố giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tú Anh tỷ lệ nam/nữ là 0,15. Tuy nhiên tỷ lệ này có sự tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) tỷ lệ nam/nữ là 0,5; nghiên cứu của Mã Thị Hà (2017) tỷ lệ nam/nữ là 0,8, của Kim YK (2018), tỷ lệ thoái hóa CSTL ở phụ nữ cao hơn nam giới, đặc biệt là ở lứa tuổi ≥ 40 tuổi^{19, 33, 35}. Tuy tỷ lệ nam/nữ ở các nghiên cứu có sự khác biệt nhưng các nghiên cứu gần đây đều có chung nhận xét rằng tỷ lệ nam mắc hội chứng thắt lưng hông thấp hơn nữ. Điều này có thể giải thích bằng việc BN nữ dễ mắc các tổn thương về đĩa đệm về mặt di truyền hơn so với các BN nam, nhóm bệnh nhân nữ trong độ tuổi mãn kinh có sự gia tăng các bệnh lý thoái hóa khớp và loãng xương^{2, 3, 7}. Sự khác biệt về phân bố bệnh nhân mắc hội chứng thắt lưng hông theo giới tính còn liên quan đến đặc điểm lao động, trong những nghiên cứu cũ ở thập niên 70 – 80 của thế kỷ trước đều chỉ ra rằng tỷ lệ nam giới mắc HC thắt lưng hông cao hơn nữ giới với tỷ lệ khoảng 2:1², tuy nhiên ngày nay cùng với sự phát triển của công nghiệp và bình đẳng giới, phụ nữ cũng tham gia thực hiện nhiều công việc lao động đa dạng, đảm đương nhiều trách nhiệm và vai trò khác nhau, họ phải làm việc và sinh hoạt với cường độ cao và mức độ nặng tương đương nam giới, cùng với sự suy giảm hormone Estrogen thời kỳ mãn kinh làm tăng nguy cơ thoái hóa CSTL do đó tỷ lệ này dần thay đổi và dịch chuyển ưu thế sang giới tính nữ.

4.1.3. Về phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.3), có 62,8% số bệnh nhân bị bệnh từ 6 tháng trở lên (65,7% ở nhóm nghiên cứu và 60% ở nhóm đối chứng), trong đó BN mắc HC thắt lưng hông trên 12 chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,7%. Số BN có thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng chỉ chiếm 37,2% và không

có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh ở BN giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$). Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình cao, hầu hết đều mắc bệnh lâu ngày, các triệu chứng không còn rầm rộ, do đó bệnh nhân không thấy được rõ tình trạng bệnh của mình, trải qua một thời gian dài khi bệnh nặng lên bệnh nhân mới đến khám và điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Tú Anh, Nguyễn Quỳnh Hoa, Hồ Duy Thương cho rằng bệnh nhân HC thắt lưng hông do thoái hóa cột sống có thời gian mắc bệnh chủ yếu là trên 6 tháng^{19, 21, 22}. Lý giải cho việc thời gian mắc bệnh thường kéo dài là do thoái hóa CSTL là một bệnh tiến triển âm thầm, mức độ đau tăng dần, tiến triển theo từng đợt, xen giữa các đợt đau là giai đoạn bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng, kết hợp tâm lý ngại đi khám và chữa bệnh khiến cho thời gian bệnh tiến triển thường kéo dài.

4.1.4. Về phân bố bệnh nhân theo vị trí mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu trên bảng 3.4. cho thấy 85,7% số BN ở nhóm nghiên cứu và 82,9% ở nhóm đối chứng mắc đau lưng kèm theo dây thần kinh hông to ở cả hai bên. Số liệu ở bảng 3.4. cũng chỉ ra rằng tỷ lệ BN đau ở bên trái (8,6% ở NNC và 17,1% ở NĐC) cao hơn so với bên phải (5,7% ở NNC và 2,9% ở NĐC), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này phù hợp với đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân của HC thắt lưng hông, có thể liên quan đến các nguyên nhân toàn thân (như thoái hóa cột sống thắt lưng đa tầng, hẹp ống sống lan tỏa) hoặc các yếu tố cơ học, tư thế chủ yếu ảnh hưởng đến cả hai chi^{1, 2, 7}.

4.1.5. Về hoàn cảnh khởi phát bệnh

Kết quả nghiên cứu được trình bày trên bảng 3.5 cho thấy có đến 97,1% số bệnh nhân HC thắt lưng hông ở nhóm nghiên cứu và 85,7% ở nhóm đối chứng không nhớ rõ hoàn cảnh khởi phát bệnh của mình. Ngược lại, tỷ lệ xuất

hiện bệnh sau các hoàn cảnh cụ thể như lao động nặng, sau lạnh, và sau nằm một tư thế kéo dài là rất thấp (dưới 10% ở cả hai nhóm) mặc dù các yếu tố này thường được biết đến là có thể làm trầm trọng thêm hoặc khởi phát các đợt cấp của HC thắt lưng hông. Điều này phù hợp với đặc điểm cơ chế bệnh sinh của thoái hóa CSTL. Đây là bệnh tiến triển mạn tính, âm thầm, mức độ đau tăng dần, tiến triển theo từng đợt nên BN thường có tâm lý chịu đau, đến khi bệnh lý tiến triển đau và hạn chế vận động, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống thì người bệnh mới đi khám để điều trị.^{2,7}

4.1.6. Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông

- **Đặc điểm lâm sàng:** Kết quả nghiên cứu được trình bày ở các bảng 3.6 và 3.7 cho thấy 100% bệnh nhân ở cả hai nhóm đều có triệu chứng đau và hạn chế vận động vùng thắt lưng lan xuống mông kèm theo tê bì vùng mông lan xuống chân, 51,4% NNC và 42,9% NĐC có triệu chứng, gặp lạnh đau tăng, 62,9% ở NNC và 60% ở NĐC bệnh nhân có triệu chứng ngủ ít. 45,7% số BN có chất lưỡi nhạt bệu, 81,4% số BN có biểu hiện của mạch trầm và không có sự khác biệt về phân bố các triệu chứng YHCT nói trên giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Như vậy, tổng hợp các triệu chứng cho thấy sự phân bố các triệu chứng khá tương đồng và phản ánh rõ nét đặc điểm bệnh lý của hội chứng thắt lưng hông theo YHHĐ và bệnh danh yêu cước thống thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp theo YHCT. CSTL là đoạn cột sống có biên độ vận động đa dạng và linh hoạt với các động tác gấp, duỗi, nghiêng, xoay có nhiệm vụ chịu sức nặng của toàn bộ cơ thể do vậy bất kỳ tổn thương nào ở vùng CSTL không chỉ đơn thuần gây đau mà còn hạn chế vận động và ảnh hưởng tới chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Theo lý luận YHCT, tạng Thận có chức năng tàng tinh sinh tủy, tạng Can có chức năng tàng huyết chủ cân, và

hai tạng này có quan hệ mật thiết với nhau. Sau tuổi 35 ở nữ giới, mạch Dương minh bắt đầu suy, và sau tuổi 40 ở nam giới, Thận khí bắt đầu suy dần, khiến tinh huyết không đầy đủ. Do đó, sự kết hợp của tuổi tác và thiếu hụt dưỡng chất không nuôi dưỡng được cân mạch, dẫn đến đau lưng, mỏi gối, và hạn chế vận động.^{10, 11, 12, 13}

- **Đặc điểm cận lâm sàng:** Đặc điểm phim chụp X quang của BN HC thất lưng hông trong NC được trình bày ở bảng 3.8 cho thấy hình ảnh THCS chủ yếu gặp hình ảnh THCS kèm theo dấu hiệu khác như gai xương chiếm 74,3%, trong đó 76,7% ở NNC và 73,3% NĐC); tiếp đến là hẹp khe khớp (60 % ở NNC và 63,3 % ở NĐC) và ít nhất là đặc xương dưới sụn (23,3% ở NNC và 26,7% ở NĐC). Không có sự khác biệt về đặc điểm phim chụp X quang CSTL giữa các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu ($p>0,05$). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp với nhận định của các tác giả khác về cơ chế bệnh sinh của quá trình thoái hóa khớp bao gồm thoái hóa thân đốt sống, xương sụn đốt sống và đĩa đệm. Tình trạng THCS làm lực phân bố trên thân đốt sống không đều, khiến cho xương mâm đốt sống phải tăng chịu tải, kết quả là hình thành các gai xương ở rìa ngoài thân đốt sống, hẹp khe khớp,....^{37, 38, 39}

Như vậy, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm chung của BN (tuổi, giới...) cũng như các đặc điểm bệnh lý của HC thất lưng hông do THCS (triệu chứng, tổn thương trên X-quang giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p>0,05$)). Sự tương đồng về các đặc điểm chung giữa hai nhóm là một yếu tố quan trọng, giúp đảm bảo tính chính xác trong việc so sánh và đánh giá hiệu quả can thiệp ở hai nhóm bệnh nhân, từ đó làm tăng tính khách quan của kết quả nghiên cứu.

4.2. Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyết

4.2.1. Sự cải thiện giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS

Hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống không phải là bệnh lý nguy hiểm đến tính mạng, nhưng có ảnh hưởng không nhỏ đến cuộc sống sinh hoạt và lao động hàng ngày của người bệnh. Đau là biểu hiện sớm nhất, đồng thời là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị.

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở biểu đồ 3.1. cho thấy mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS của hai nhóm nghiên cứu tại thời điểm trước điều trị là tương đương nhau, của nhóm NC là $5,80 \pm 0,41$ và của nhóm ĐC là $5,74 \pm 0,44$, ($p > 0,05$).

Tại các thời điểm sau ngày thứ 5, ngày thứ 10, ngày thứ 15, giá trị trung bình điểm VAS thay đổi rõ rệt cả hai nhóm ($p < 0,05$).

Tại ngày thứ 5, điểm VAS của nhóm NC giảm từ $5,80 \pm 0,41$ xuống $3,51 \pm 0,5$, giảm tương đương với số liệu của nhóm ĐC: điểm VAS giảm từ $5,74 \pm 0,44$ xuống $4,0 \pm 0,64$, ($p > 0,05$).

Ngày thứ 10, ở nhóm NC điểmVAS giảm xuống còn $1,46 \pm 0,5$ và sau 15 ngày điều trị thì điểm VAS chỉ còn $0,97 \pm 0,45$. Ở nhóm ĐC sau 10 ngày điều trị, ở nhóm NC điểmVAS giảm xuống còn $2,31 \pm 0,79$ và sau 15 ngày điều trị, điểm VAS của nhóm ĐC là $1,54 \pm 0,51$. Hiệu quả giảm đau của NNC tại thời điểm D10 và D15 tương đương so với NĐC ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nhận xét của Nguyễn Thị Tú Anh, Trần Thiện Ân (2015) đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp điện châm kết hợp huyết giáp tích trên 30 bệnh nhân, sau 30 ngày điểm VAS từ $6,87 \pm 1,91$ còn $0,83 \pm 0,74$ ¹⁹, của Hồ Văn Thương²² (2024) khi nghiên cứu kết quả điều trị đau thần kinh hông to có thoái hóa cột sống thắt lưng của phác đồ tam tý thang gia giảm, kết hợp với điện châm, xoa bóp, bấm huyết trên 30 bệnh nhân trong

liệu trình 20 ngày điều trị cho thấy điểm VAS trung bình giảm từ $6,2 \pm 0,89$ xuống $0,97 \pm 0,56$.

Như chúng ta đã biết, đau là một cơ chế bảo vệ của cơ thể, là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hành vi của con người, là triệu chứng khiến người bệnh nhân đến gặp thầy thuốc. Trên lâm sàng thì sự cải thiện mức độ đau là yếu tố quan trọng thể hiện hiệu quả của phương pháp điều trị đồng thời cũng là yếu tố quan trọng giúp người bệnh tin tưởng và tuân thủ điều trị. Như vậy, điện xung kết hợp XBBH có tác dụng cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS tốt hơn so với điện châm kết hợp XBBH ($p < 0,05$).

4.2.2. Sự cải thiện chức năng vận động của cột sống thắt lưng

Trong HC thắt lưng hông thì đau thắt lưng lan xuống mông hoặc chân khiến người bệnh bị hạn chế vận động, là triệu chứng làm cho người bệnh khó chịu và là lý do khiến họ đi khám và điều trị. Hiện tượng co rút các cơ cạnh sống, sự co kéo các tổ chức liên kết bao gồm gân cơ, dây chằng, bao khớp... làm giảm hoạt động của CSTL, đặc biệt là làm giảm độ giãn CSTL^{2, 7, 36}. Trên lâm sàng, người thầy thuốc có thể đánh giá chức năng vận động của CSTL qua thăm khám để đánh giá mức độ bệnh cũng như để đánh giá khách quan hiệu quả điều trị của phương pháp điều trị. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá chức năng vận động CSTL bằng các chỉ số đánh giá tầm vận động CSTL Schober và nghiệm pháp tay đất.

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở biểu đồ 3.2. và 3.3. cho thấy chỉ số Schober tăng có ý nghĩa thống kê so với ở thời điểm trước điều trị ($p < 0,05$). Ở nhóm nghiên cứu điểm schober từ $11,37 \pm 0,49$ tại thời điểm trước điều trị tăng lên $12,23 \pm 0,49$ ở ngày thứ 10 và đạt $13,63 \pm 0,64$ (cm) vào ngày thứ 15, tương đương với chỉ số Schober này ở nhóm ĐC từ $11,25 \pm 0,44$ tại thời điểm trước điều trị tăng lên $12,08 \pm 0,28$ ở ngày thứ 10 và đạt $13,28 \pm 0,45$ (cm) vào ngày thứ 15 ($p > 0,05$). Tương tự với khoảng cách tay đất, qua biểu đồ 3.3 cho thấy, khoảng cách tay đất trung bình của nhóm NC giảm từ $41 \pm 3,39$

trước điều trị xuống còn $10,88 \pm 2,11$ tại ngày thứ 15, giảm nhiều hơn nhóm chứng từ $40,71 \pm 4,05$ xuống còn $12,89 \pm 4,27$, ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nhận xét của một số tác giả khi nghiên cứu điều trị hội chứng thắt lưng hông cũng ghi nhận sau liệu trình điều trị tầm vận động CSTL của người tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị ($p < 0,05$).^{23, 24, 26}

Như vậy, có thể thấy sự cải thiện tầm vận động CSTL ở nhóm NC được điều trị bằng điện xung kết hợp XBBH và nhóm ĐC được điều trị bằng điện châm kết hợp XBBH tại thời điểm D10 và D15 là rất rõ ràng ($p < 0,05$) và hiệu quả cải thiện là tương đương ở cả hai nhóm NC.

4.2.3. Sự cải thiện tầm vận động theo nghiệm pháp Lasegue

Nghiệm pháp Lasegue hay còn gọi là SLR Test (Straight Leg Raising Test) là kỹ thuật khám lâm sàng để phát hiện các vấn đề rễ thần kinh thắt lưng-xương, đặc biệt là để chẩn đoán HC thắt lưng hông^{2, 7, 36}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước điều trị nghiệm pháp Lasegue dương tính ở nhóm nghiên cứu với độ trung bình là $47,71 \pm 7,60$ (độ). Sau điều trị 15 ngày chỉ số này là $79,91 \pm 2,96$ (độ) (biểu đồ 3.4), cao hơn so với nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày và 15 ngày điều trị chỉ số của nghiệm pháp Lasegue ở cả hai nhóm đều tăng với $p < 0,05$. Hiệu suất chênh lệch tăng của nghiệm pháp Lasegue bên đau của nhóm nghiên cứu là $32 \pm 7,78$ (độ) cao hơn nhóm chứng là $27,71 \pm 6,1$ (độ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh, nghiệm pháp Lasegue tăng từ $57,12 \pm 10,73$ lên $71,98 \pm 8,91$ sau 14 ngày điều trị²⁴. Như vậy, sự cải thiện giá trị nghiệm pháp Lasegue trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu tại ngày thứ 15 càng chứng tỏ tác dụng của phương pháp điện xung kết hợp xoa bóp bấm huyệt và tác dụng của điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị HC thắt lưng hông trên lâm sàng.

4.2.4. Kết quả điều trị chung

Để đánh giá hiệu quả điều trị HC thắt lưng hông không chỉ dựa vào một khía cạnh đơn thuần mà bao gồm tổng hoà nhiều khía cạnh: mức độ đau, độ giãn cột sống thắt lưng, mức độ chèn ép rễ thần kinh^{40, 41, 42}. Chính vì vậy trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá kết quả điều trị dựa trên các chỉ số: mức độ đau, độ giãn cột sống thắt lưng (chỉ số Schober, nghiệm pháp tay đất), mức độ chèn ép rễ thần kinh (nghiệm pháp Lasegue), từ đó đánh giá khái quát được hiệu quả của phương pháp điều trị HC thắt lưng hông của kỹ thuật kích thích xung điện lên huyết so với kỹ thuật điện châm, cả hai nhóm BN đều được điều trị bằng XBBH trong liệu trình điều trị 15 ngày.

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.10. cho thấy sau liệu trình 15 ngày điều trị, nhóm điều trị bằng điện xung kết hợp XBBH có kết quả: Loại tốt 54,3%, khá 34,3%, trung bình 8,5% và có 2,9% bệnh nhân điều trị không hiệu quả, tương đương với ở nhóm đối chứng điều trị bằng điện châm kết hợp XBBH có kết quả loại tốt chiếm 45,7%, khá 40,0% trung bình 14,1% và có 2,9% bệnh nhân điều trị không hiệu quả ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Trang (2017), sau 21 ngày điều trị NNC đạt 83,3% tốt, 13,3% khá; của Nguyễn Tuấn Anh và Lê Thành Xuân tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2018 cho thấy sau 14 ngày điều trị, tỉ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả tốt 63,3%, khá 21,7%; của Huỳnh Hào ở Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Cần Thơ sau 14 ngày điều trị cho kết quả loại tốt là 77,5%, khá 20%, trung bình 2,5% và không có bệnh nhân nào có hiệu quả kém.^{20, 23, 24} và kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết luận của một số tác giả ở Trung Quốc khi khẳng định hiệu quả điều trị điều trị đau thắt lưng và hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thắt lưng ĐTL do THCS^{47, 48}

Có được kết quả điều trị khả quan như vậy là do chúng tôi áp dụng y lý YHCT để lựa chọn phương huyết phù hợp nhất với thể bệnh. HC thắt lưng

hông do THCS được xếp vào phạm vi chứng tý với bệnh danh là yếu cước thống thể phong hàn thấp kèm can thận hư. Theo lý luận YHCT, cơ thể con người từ 40 tuổi trở lên là giai đoạn can khí, thận khí của cơ thể bắt đầu suy giảm, thận thủy không nuôi dưỡng được cho can mộc dẫn đến can thận đều hư, chính khí suy ngoại tà thừa cơ xâm phạm trong đó phong hàn thấp là ba thứ tà khí hay gây bệnh nhất; thấp là âm tà thường gây bệnh ở phía dưới và làm tổn thương dương khí khiến lưng đau; phong tà thường gây đau tê bì có tính chất di chuyển, hàn tà là âm tà khi xâm nhập vào làm cho khí huyết của kinh mạch tắc, các ngoại tà này kết hợp với nhau mà gây bệnh^{10, 11, 12, 13, 43}. Từ những lý luận như vậy chúng tôi chọn phác đồ điều trị yếu cước thống thể phong hàn thấp kèm can thận hư gồm châm tả các huyệt Giáp tích L2 - S1 là huyệt ngoài kinh, châm tả các huyệt này có tác dụng thư cân hoạt lạc, điều hòa khí huyết, giảm đau, cùng với các huyệt Đại trường du, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn thuộc kinh Túc Thái dương Bàng quang và nằm trên đường đi của dây thần kinh hông to có tác dụng lên hệ thần kinh, cơ xương khớp vùng lưng, thắt lưng, hông, chân. Và chúng tôi chọn kết hợp châm bổ Thận du vừa có tác dụng bổ can thận, ích tinh dưỡng huyết, vừa có tác dụng khu phong hàn, trừ thấp, thư cân, hoạt lạc, chỉ thống, kích thích khả năng tự phục hồi của cơ thể.^{15, 16, 17, 18}

Ở nhóm BN nghiên cứu, các huyệt trong phác đồ trên được kích thích bằng dòng xung điện phát ra từ máy đa năng không dùng kim Pointron 801 là máy sử dụng công nghệ G.S.P kích thích huyệt trên cơ thể bằng dòng xung điện truyền qua các điện cực nhỏ đặt lên vùng huyệt mà không xuyên qua da. Đây là một trong các phương pháp điều trị không xâm lấn, kết hợp giữa vật lý trị liệu và y học cổ truyền. Xung điện được sử dụng trong y học là xung điện tần số thấp kích thích sinh học lên các huyệt tạo nên các đáp ứng tích cực như làm dịu cơn đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức và tăng cường dinh dưỡng đến các tổ chức từ đó có tác dụng giảm đau, giãn cơ, tăng cường tuần hoàn tại chỗ^{4, 5, 45, 45, 46}.

Còn ở nhóm đối chứng, BN được điều trị bằng điện châm kết hợp XBBH. Điện châm là một trong các phương pháp điều trị kết hợp giữa vật lý trị liệu và y học cổ truyền sử dụng kích thích huyết bằng dòng xung điện thông qua các kim châm cứu sau khi đã châm đạt đắc khí. Châm có tác dụng điều khí, xung điện có tác dụng kích thích các cơ quan cảm thụ ở da, cơ và các tổ chức nơi dòng xung điện đi qua gây phản xạ như giãn mạch, tăng tuần hoàn và dinh dưỡng cục bộ, tăng chuyển hoá, tăng cường các phản ứng oxy hoá khử. Ngoài ra, bệnh nhân ở cả hai nhóm NC còn được điều trị kết hợp với XBBH 30 phút/lần/ngày với các kỹ thuật như day, lăn, bấm tác động vào hệ thống da, cơ, huyết và kinh lạc giúp điều hòa dinh vệ, thông kinh lạc, điều hòa chức năng tạng phủ và lập lại cân bằng âm dương trong cơ thể. Như vậy, việc kết hợp điện xung với XBBH hay điện châm với XBBH càng làm thêm tác dụng giảm đau, đều thông qua cơ chế tác động lên huyết vị bằng dòng xung điện, chỉ khác nhau ở việc điện xung là kỹ thuật không xâm lấn, còn điện châm là kỹ thuật có châm kim qua da.

Với những dẫn liệu như đã trình bày ở trên, mặc dù hiệu quả điều trị ở nhóm bệnh nhân HC thắt lưng hông được điều trị bằng điện xung kết hợp XBBH có kết quả cải thiện giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS tốt hơn so với nhóm bệnh nhân HC thắt lưng hông được điều trị bằng điện châm kết hợp XBBH, cải thiện vận động CSTL và mức độ chèn ép rễ thần kinh tương đương nhau ở cả hai nhóm, tuy nhiên sự khác biệt về hiệu quả điều trị chung chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sử dụng dòng xung điện tác động lên các huyết trên cơ thể qua điện cực dán hay qua các kim châm qua da vùng huyết cũng sẽ tạo ra hiệu ứng kích thích sinh học thông qua việc bình thường hóa quá trình tổng hợp ATP ở ty thể, tăng cường hô hấp ở tế bào, cải thiện vi tuần hoàn...^{46, 47, 48}. Theo lý luận YHCT, đau là do khí trong kinh mạch không thông (bất thông tắc thống). Châm tức là kích thích vào

huyết có tác dụng điều khí, khí hòa thì huyết hòa, huyết hòa thì kinh mạch thông do đó làm hết đau^{9, 10, 11, 12, 45}. Điện xung tại huyết cũng có tác dụng điều khí hòa huyết, lập lại thăng bằng âm dương, đó cũng là mục đích cuối cùng của chữa bệnh. Như vậy, người bệnh mắc HC thắt lưng hông dù được điều trị bằng phương pháp điện xung tại huyết kết hợp XBBH hay điện châm các huyết kết hợp XBBH đều cho hiệu quả tốt trong việc làm giảm đau và phục hồi chức năng vận động cho người bệnh.

- Về tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Như chúng ta đã biết, bất kỳ phương pháp điều trị nào dù an toàn nhưng cũng có thể có tác dụng không mong muốn xảy ra. Trên lâm sàng, người thầy thuốc cần phải luôn cân nhắc khi lựa chọn phương pháp điều trị cho người bệnh, ngoài việc cần mang lại hiệu quả điều trị thì vẫn cần phải xem xét đến việc hạn chế xảy ra các biến cố bất lợi, đảm bảo an toàn cao nhất cho người bệnh.

Trong nghiên cứu này, đồng hành với việc thực hiện đúng quy trình kỹ thuật, chúng tôi tiến hành theo dõi các tai biến có thể xảy ra trên tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu trong suốt liệu trình 15 ngày điều trị.

Kết quả ở bảng 3.12. cho thấy không có trường hợp bệnh nhân nào có triệu chứng kích ứng và tổn thương da, sưng và bầm tím, hoa mắt chóng mặt sau khi thực hiện kỹ thuật điện xung kết hợp XBBH. Chỉ có có 1 bệnh nhân (2,9%) đau tại chỗ sau điện xung kéo dài dưới 10 phút sau đó tự hết mà không cần xử trí gì; 5,7% bệnh nhân mệt mỏi triệu chứng giảm dần và tự hết sau 1 đến 3 ngày điều trị. Điều này chứng tỏ điện xung tại huyết bằng máy đa năng không dùng kim Pointron 801 kết hợp XBBH là phương pháp điều trị an toàn.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị HC thất lưng hông do THCS của phương pháp điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyệt

4.4.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.13. cho thấy: Ở nhóm dưới 60 tuổi: Đạt hiệu quả điều trị tuyệt đối với 100% (19/19) bệnh nhân đạt kết quả tốt, không có trường hợp nào xếp loại chưa tốt. Ở nhóm tuổi trên 60 tuổi thì tỷ lệ đạt kết quả tốt thấp hơn (12/16 bệnh nhân, chiếm 75%); kết quả Chưa tốt chiếm 25% (4/16 bệnh nhân).

Sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khoảng tin cậy 95% của chỉ số OR (0,565 – 0,995) khẳng định có mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị. Nhóm bệnh nhân trẻ tuổi có đáp ứng điều trị tốt hơn so với nhóm cao tuổi.

4.4.2. Liên quan giữa giới và kết quả điều trị

Qua bảng 3.13. cho thấy: Tỷ lệ điều trị thành công ở nam giới có xu hướng cao hơn nữ giới (92,3% so với 86,4%). BN là nam giới có tỷ lệ đạt kết quả chiếm 92,3% (12/13 bệnh nhân), cao hơn so với nhóm BN là nữ giới: Tỷ lệ đạt kết quả Tốt là 86,4% (19/22 bệnh nhân). Tỷ lệ bệnh nhân nữ đạt kết quả điều trị tốt cao hơn bệnh nhân nam ở cả hai nhóm, có thể giải thích rằng trong nhóm nghiên cứu bệnh nhân nữ tuân thủ điều trị tốt hơn bệnh nhân nam tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; khoảng tin cậy 95% của chỉ số chênh OR (0,176 – 20,39) chứa giá trị 1 cũng khẳng định chưa tìm thấy mối liên quan rõ rệt giữa giới tính và hiệu quả điều trị trong nghiên cứu này và hiệu quả điều trị là tương đương nhau ở cả hai giới.

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

Qua bảng 3.15 cho thấy: Nhóm mắc bệnh dưới 6 tháng: Đạt hiệu quả điều trị tuyệt đối với 100% (12/12) bệnh nhân đạt kết quả Tốt, không có trường hợp nào xếp loại Chưa tốt. Nhóm mắc bệnh trên 6 tháng: Tỷ lệ đạt kết quả Tốt thấp hơn, chiếm 82,6% (19/23 bệnh nhân). Tỷ lệ kết quả Chưa tốt

chiếm 17,4% (4/23 bệnh nhân). Sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khoảng tin cậy 95% của chỉ số chênh lệch OR (1,004 – 1,46) khẳng định nhóm bệnh nhân mắc bệnh dưới 6 tháng có khả năng hồi phục tốt hơn 1,211 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng (đau mạn tính). Như vậy, thời gian mắc bệnh có ảnh hưởng đến kết quả điều trị, nếu BN mắc hội chứng thắt lưng hông được can thiệp sớm (dưới 6 tháng) sẽ mang lại hiệu quả tối ưu.

KẾT LUẬN

Từ các kết quả của nghiên cứu trên lâm sàng phương pháp điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyết điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống, rút ra một số kết luận :

1. Điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyết có hiệu quả tốt trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống, tương đương với điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết ($p > 0,05$)

- Điện xung tại huyết kết hợp XBBH làm giảm mức độ đau theo thang điểm VAS từ $5,8 \pm 0,41$ xuống $0,97 \pm 0,45$, giảm nhiều hơn so với điện châm kết hợp XBBH (từ $5,74 \pm 0,44$ xuống còn $1,54 \pm 0,51$), $p < 0,05$.

- Điện xung tại huyết kết hợp XBBH có tác dụng cải thiện chức năng vận động của cột sống thắt lưng (chỉ số schober, nghiệm pháp Lasegue) tương đương so với điện châm kết hợp XBBH ($p > 0,05$).

- Hiệu quả điều trị chung: BN được điều trị bằng điện xung kết hợp XBBH có kết quả loại tốt 54,3%, khá 34,3%, trung bình 8,5% và có 2,9% bệnh nhân điều trị không hiệu quả, tương đương với nhóm BN được điều trị bằng điện châm kết hợp XBBH (45,7% đạt loại tốt, 40,0% đạt loại khá, 14,1% trung bình, 2,9% bệnh nhân điều trị không hiệu quả), $p > 0,05$.

2. Mối liên quan giữa tuổi, thời gian mắc bệnh với hiệu quả điều trị

- BN có tuổi dưới 60 thì đáp ứng điều trị tốt hơn so với nhóm BN tuổi cao trên 60 (OR = 0,75; 95% CI: 0,565 – 0,995), $p < 0,05$.

- BN có thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng thì đáp ứng điều trị tốt hơn so với nhóm mắc bệnh trên 6 tháng (OR = 1,211; 95% CI: 1,004 – 1,46), $p < 0,05$.

KIẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả thu được chúng tôi xin đề xuất những kiến nghị sau:

- Nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn, trên các thể bệnh khác nhau của hội chứng thắt lưng hông và trong thời gian dài hơn.
- Có thể áp dụng điện xung tại huyết bằng máy điện châm đa năng không dùng kim Pointron 801 là một lựa chọn điều trị, kết hợp với các phương pháp Y học cổ truyền khác trong điều trị hội chứng thắt lưng hông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương (2015). *Thực hành lâm sàng thần kinh học tập 1*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2006:218-223.
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011). *Đau Vùng Thắt Lưng và Đau Thần Kinh Tọa. Bệnh Học Cơ Xương Khớp Nội Khoa*. NXB Giáo Dục, 154 – 160.
3. SL Hider, DG Whitehurst, E Thomas, NE Foster (2015). *Pain location matters: the impact of leg pain on health care use, work disability and quality of life in patients with low back pain*. Eur Spine J. 2015;24(3):444–451. doi: 10.1007/s00586-014-3355-2
4. Đỗ Kiên Cường, Nguyễn Thị Tú Lan (2012). *Điện trị liệu – nguyên lý, thiết bị, thực hành*. NXB Đại học quốc gia TP.HCM. 2012; 63–65, 99–105
5. Hà Hoàng Kiệm (2010). *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng (Sách đào tạo sau đại học)*. NXB Quân đội Nhân Dân. 2010; 23–32.
6. Bộ Y tế (2014). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
7. Ngô Quý Châu (2017). *Triệu Chứng Học Nội Khoa Tập 1*, Nhà Xuất Bản Y Học, Hà Nội; 2017.
8. Bộ môn thần kinh, Trường Đại học Y Hà Nội (2014). *Triệu chứng học thần kinh*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2014:90-99.
9. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam (2015). *Bài giảng điều trị học nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, tr.158-160.
10. Nguyễn Tử Siêu dịch (2001). *Hoàng Đế Nội Kinh Tố Vấn*. Nhà xuất bản văn hóa thông tin.
11. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2012). *Bài giảng Y học cổ truyền tập 1*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2012:62-69.
12. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2012). *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2012, tr.177-179.

13. Trịnh Thị Diệu Thường (2021), *Chẩn đoán Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
14. Bộ Y tế (2022). *Quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng tập 1*, Nhà xuất bản Y học, 2022. tr. 27- 29.
15. Khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y Hà Nội (2020), *Châm cứu học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
16. Khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y Hà Nội (2018), *Các phương pháp điều trị không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
17. Trường Đại học Y Hà Nội (2004). *Xoa bóp bấm huyệt*, Nhà xuất bản Y học 2004, Hà Nội, tr.110- 120
18. Đại học Y dược TPHCM (2021). *Giáo trình Xoa bóp bấm huyệt*. Nhà xuất bản Y học 2021, Hà Nội.
19. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền kết hợp y học hiện đại, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
20. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội. tr. 998- 999
21. Nguyễn Thị Tú Anh, Trần Thiện Ân (2015). *Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp điện châm kết hợp huyệt giáp tích*, Tạp chí Y Dược học- Trường Đại học Y Dược Huế, số 26 /2015, 74- 79. DOI: 10.34071/jmp.2015.2.12
22. Vũ Thị Thu Trang (2017). *Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp bài thuốc độc hoạt tang kí sinh kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng thắt lưng hông*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
23. Nguyễn Quỳnh Hoa, Lã Kiều Oanh (2022). *Hiệu quả cải thiện tầm vận động và chức năng sinh hoạt hàng ngày của “độc hoạt thang” trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thắt lưng*. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 158(10), 196-204.

24. Hồ Duy Thương, Lâm Văn Nút (2024). *Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh hông to có thoái hóa cột sống thắt lưng của phác đồ tam tý thang gia giảm, kết hợp với điện châm, xoa bóp, bấm huyệt*. Tạp chí Y học Việt Nam, 545(1), 54- 59.
25. Huỳnh Hào, Dương Quang Hiến, Phạm Gia Nhâm, Đặng Tiến Đăng Khoa (2025). *Đánh giá hiệu quả lâm sàng của bài thuốc tam tý thang kết hợp thủy châm, điện châm trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thắt lưng*, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 85/2025, 50- 56.
26. Nguyễn Tuấn Anh, Lê Thành Xuân (2024). *Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt và từ trường điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống*. Tạp Chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 57(04), 1-9.
27. O P Gautschi, G Hildebrandt, D Cadosch (2008). *Acute Low Back Pain - Assessment and Management*. Praxis. 2008;97(2):58-68. Doi:10.1024/1661-8157.97.2.58.
28. W Inger, S W Indah et al (2013), *Traction for low-back pain with or without sciatica*. Cochrane Database Syst Rev 2013 Aug 19;2013(8):CD003010. doi: 10.1002/14651858.CD003010.pub5.
29. K H Han, K H Cho, C Han, et al (2022). *The Effectiveness and Safety of Acupuncture Treatment on Sciatica: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Complement Ther Med. 2022;71:102872. Doi:10.1016/j.Ctim.2022.102872.
30. Z Zhang, T Hu, P Huang et al (2023). *The efficacy and safety of acupuncture therapy for sciatica: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trails*. Front Neurosci. 2023 Feb 9;17:1097830. doi: 10.3389/fnins.2023.1097830. eCollection 2023.

31. D C Maharty, S C Hines, R B Brown (2025), *Chronic Low Back Pain in Adults: Evaluation and Management*, Am Fam Physician. 2024 Mar; 109(3):233-244.
32. Bộ Y tế (2024). *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 Về Việc Ban Hành Tài Liệu Chuyên Môn.
33. G A Hawker, S Mian, T Kendzerska, M French (2011). *Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP)*. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Nov;63 Suppl 11:S240-52. doi: 10.1002/acr.20543.
34. B Amor, M Rvel, M Dougados (1985). *Traitement des conflits discographiques par injection intradiscale d'aprotinine*. Medecine et armees. 1985: 751-754.
35. Mã Thị Hà (2015). *Nghiên cứu áp dụng thang điểm Oswestry đánh giá hiệu quả điều trị đau cột sống thắt lưng do thoát vị đĩa đệm*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
36. Đinh Đăng Tuệ (2013). *Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng kết hợp xoa bóp bấm huyệt*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
37. Y K Kim, D Kang, I Lee, S Y Kim (2018). *Differences in the Incidence of Symptomatic Cervical and Lumbar Disc Herniation According to Age, Sex and National Health Insurance Eligibility: A Pilot Study on the Disease's Association with Work*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2018;15(10):2094. doi:10.3390/ijerph15102094

38. T Dimitroulas, T Lambe, H J Raphael et al. (2019). *Biologic Drugs as Analgesics for the Management of Low Back Pain and Sciatica*. Pain medicine (Malden, Mass). 2019;20:1678-86.
39. Hoàng Văn Dũng (2011), *Chẩn đoán và điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng, Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*. Tổng hội Y Dược học - Hội thấp khớp học Việt Nam, tháng 7/2011: tr. 56- 59.
40. Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Bệnh đau lưng*. Bài giảng bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 287- 297.
41. Nguyễn Mai Hồng (2012), *Thoái hóa cột sống*. Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 56-64.
42. PE Macintyre, S A Schug (2014). *Acute Pain Management: A Practical Guide*, Fourth Edition. CRC Press; 2014.
43. B Ginsberg, E R Viscusi, O A de Leon-Cassasola, R S Sinatra (2009). *Acute Pain Management*. Cambridge University Press; 2009:147-171. doi: 10.1017/CBO9780511576706.013
44. L Howard, B Martin (2010). *Pain: pathophysiology and management*. HARRISON'S Neurology in Clinical Medicine, The McGraw-Hill Companies, pp: 40-49
45. Hoàng Bảo Châu (2010), *Châm cứu học trong Nội kinh, Nạn kinh và sự tương đồng với Y học hiện đại*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
46. B F Camargo, M M dos Santos (2012). *Hypoalgesic effect of Bernard's diadynamic currents on healthy individuals*. Revista Dor. 2012; 13(4), 325–331.
47. Phạm Ngọc Tiến (2005). *Xây dựng phần mềm chương trình tạo ra các dạng xung điều trị trong vật lý trị liệu*. Luận văn cao học, Trường đại học Bách khoa Hà Nội. 2005.

48. Z Rojhani Shirazi, T Rezaeian (2015). *The effects of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) on postural control in patients with chronic low back pain*. Journal of Clinical Physiotherapy Research. 2015; 2(2), 61– 69.
49. 吴洲红 (2003), 针灸治疗腰椎退行性脊椎炎 30 例疗效观察
浙江中医院学报. 27(6): p. 65.
- Ngô Châu Hồng (2003), Châm cứu điều trị 30 trường hợp đau lưng, Tạp chí Học viện Trung Y Triết Giang. 27(6): tr. 65.
50. 杨玲 (2007), 雷鸣, 红梅. 温针灸治疗腰椎骨质增生症疗效观察. 实用中医药杂志. 23(2): p. 105.
- Dương Linh, Lôi Minh, Hồng Mai (2007), Quan sát hiệu quả của ôn châm trong điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng. Tạp chí Trung Y Dược thực hành, 23(2): tr. 105.

PHỤ LỤC 1

Tên đề tài: “Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyệt”

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Nhóm:.....

A. HÀNH CHÍNH

Họ và tên bệnh nhân: Tuổi:.....Giới:

Địa chỉ:.....

Điện thoại liên hệ:.....

Nghề nghiệp:

Tính chất lao động: Lao động trí óc Lao động chân tay

5. Ngày vào viện:

6. Ngày ra viện:.....

YHHĐ

1.Lý do vào viện:

Đau lưng lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân

Đau lưng lan xuống mặt trước ngoài đùi và cẳng chân

Quá trình bệnh lý:.....

a. Thời gian bị bệnh:

b. Khởi phát: Từ từ: Đột ngột :

c. Hoàn cảnh xuất hiện: Sau lao động nặng: u lạnh:

Nằm 1 tư thế kéo dài : Kh

3. Tiền sử:

Mắc bệnh cột sống:.....

Tiền sử các bệnh khác:.....

4. Khám YHHĐ:

4.1. Khám toàn thân:

4.2. Khám bộ phận:

a. Cơ Xương khớp:.....

Điểm đau cạnh cột sống và cột sống:

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

Cơ cứng cơ cạnh sống:

Dấu hiệu bấm chuông:.....Bonet:.....Neri:.....

Rối loạn vận động:

Rối loạn cảm giác:

Rối loạn phản xạ gân xương:

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

b. Tuần hoàn:.....

c. Hô hấp:.....

d. Tiêu hóa:.....

e. Cơ quan khác:.....

5. Cận lâm sàng: X-quang cột sống thắt lưng

Mất đường cong sinh lý Gai xương, mỏ xương Đặc xương dưới sụn

Hẹp khe đĩa đệm Khác

6. Chẩn đoán:.....

.....

C. YHCT

1. Tứ chẩn

1.1. Vọng chẩn:

1.2. Văn chẩn:

1.3. Vấn chẩn:

1.4. Thiết chẩn:

2. Chẩn đoán

2.1. Bát cương:

2.2. Tạng phủ:

2.3. Kinh lạc:

2.4. Bệnh danh:

Thể bệnh:

D. Đánh giá kết quả điều trị

Đặc điểm	D₀	D₅	D₁₀	D₁₅
Mức độ đau theo VAS (điểm)				
Schober (cm)				
Lasegue (độ)				
Độ gấp CSTL (độ)				
Độ duỗi CSTL (độ)				
Độ nghiêng CSTL (độ)				
Điểm ODI (điểm)				

Hiệu quả điều trị:

Tốt

Khá

Trung bình

Kém

THEO DÕI TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Tác dụng không mong muốn	D₀	D₅	D₁₀	D₁₅
Vụng châm				
Gãy kim				
Nhiễm trùng				
Chảy máu				
Bỏng da				
Sinh hóc				
Đau đầu, chóng mặt				
Mày đay, mẩn ngứa				
Buồn nôn, nôn				
Rối loạn tiêu hóa				

Bác sĩ khám bệnh

PHỤ LỤC 2
ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY

1. Họ tên: Tuổi: Nam Nữ
2. Nghề nghiệp: Lao động chân tay Lao động trí óc
3. Địa chỉ:
4. Số điện thoại:

Phần: Chăm sóc cá nhân	D₀	D₅	D₁₀	D₁₅
<input type="checkbox"/> Tự chăm sóc như bình thường mà không đau tăng lên	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Tự chăm sóc cho bản thân bình thường nhưng gây đau tăng lên	1	1	1	1
<input type="checkbox"/> Đau làm ảnh hưởng đến việc chăm sóc cá nhân, thường làm với tốc độ chậm và cẩn thận	2	2	2	2
<input type="checkbox"/> Cần sự giúp đỡ nhưng vẫn quản lý được hầu hết các việc chăm sóc bản thân	3	3	3	3
<input type="checkbox"/> Cần sự giúp đỡ hàng ngày trong hầu hết hoạt động chăm sóc bản thân	4	4	4	4
<input type="checkbox"/> Không mặc được quần áo, vệ sinh khó khăn và ở trên giường	5	5	5	5

Phần: Nâng	D₀	D₅	D₁₀	D₁₅
<input type="checkbox"/> Có thể nâng một vật nặng mà không gây đau thêm	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Có thể nâng một vật nặng nhưng gây đau thêm	1	1	1	1
<input type="checkbox"/> Đau ngăn cản việc nâng vật nặng lên khỏi sàn, nhưng vẫn có thể làm được nếu vật được đặt ở vị trí thuận tiện, ví dụ trên một cái bàn	2	2	2	2
<input type="checkbox"/> Đau ngăn việc nâng vật nặng lên khỏi sàn, nhưng vẫn có thể nâng được vật nhẹ đến trung bình nếu vật đó được đặt ở vị trí thuận tiện	3	3	3	3
<input type="checkbox"/> Chỉ có thể nâng được vật với trọng lượng rất nhẹ	4	4	4	4
<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không nâng hoặc nhắc được vật nào cả	5	5	5	5

Phần: Đi bộ	D₀	D₅	D₁₀	D₁₅
<input type="checkbox"/> Đau không ngăn cản tôi đi bộ được quãng đường dài	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Chỉ có thể đi được quãng đường dài 1,6km	1	1	1	1
<input type="checkbox"/> Chỉ có thể đi được quãng đường dài 800m	2	2	2	2
<input type="checkbox"/> Chỉ đi bộ với quãng đường 400m	3	3	3	3
<input type="checkbox"/> Chỉ có thể đi bộ dưới hỗ trợ của nạng hoặc gậy	4	4	4	4
<input type="checkbox"/> Nằm trên giường trong đa số thời gian	5	5	5	5

Phần: Ngồi	D₀	D₅	D₁₀	D₁₅
<input type="checkbox"/> Có thể ngồi ở bất kỳ loại ghế nào miễn tùy thích	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Chỉ có thể ngồi được trên loại ghế yếu phù hợp làm cho tôi dễ chịu nhất	1	1	1	1
<input type="checkbox"/> Chỉ có thể ngồi được trong 1 giờ	2	2	2	2
<input type="checkbox"/> Chỉ có thể ngồi được trong 30 phút	3	3	3	3
<input type="checkbox"/> Chỉ ngồi trong 10 phút	4	4	4	4
<input type="checkbox"/> Không thể ngồi được	5	5	5	5

PHỤ LỤC 3

THANG ĐIỂM VAS

Thước đo VAS cấu tạo gồm hai mặt. Mặt giành cho bệnh nhân đánh giá ở phía trái ghi chữ “không đau” và phía phải ghi chữ “đau không chịu nổi”. Để bệnh nhân có thể xác nhận dễ hơn mức độ đau, sau này người ta đã gắn thêm vào mặt này hình ảnh thể hiện nét mặt tương ứng với các mức độ đau khác nhau. Bệnh nhân tự đánh giá bằng cách di chuyển con trỏ đến vị trí tương ứng với mức độ đau của mình. Mặt giành cho người đánh giá được chia thành 11 vạch đánh số từ 0 đến 10 (hoặc chia vạch từ 0 đến 100 mm). Sau khi bệnh nhân chọn vị trí con trỏ trên thước tương ứng với mức độ đau của họ người đánh giá xác nhận điểm đau VAS là khoảng cách từ điểm 0 đến vị trí con trỏ^{33,34}.



Hình. Thước đánh giá đau VAS.³⁴

PHỤ LỤC 4
CÁC HUYỆT ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA

Vị trí các huyệt được sử dụng nếu đau theo kinh Bàng quang

Tên huyệt	Mã số	Đường kinh	Vị trí
Giáp tích L5-S1		Kỳ huyệt	Từ khe đốt sống L5-S1 ngang ra 0,5 thốn
Thận du	BL.23	Bàng quang	Từ khe đốt sống L2-L3 ngang ra 1,5 thốn.
Đại trường du	BL.25	Bàng quang	Từ khe đốt sống L4-L5 ngang ra 1,5 thốn
Trật biên	BL.54	Bàng quang	Từ khe đốt sống S4 sang ngang ra 1,3 thốn
Thừa phù	BL.36	Bàng quang	Chính giữa nếp lằn mông
Ân môn	BL.37	Bàng quang	Điểm giữa đường nối thừa phù và ủy trung
Ủy trung	BL.40	Bàng quang	Chính giữa nếp lằn khoeo
Thừa sơn	BL.57	Bàng quang	Ở mặt sau bắp chân, nơi rẽ đôi của cơ sinh đôi
Côn lân	BL.60	Bàng quang	Ở chính giữa từ đỉnh mắt cá ngoài đến gân Achil

Vị trí các huyệt được sử dụng nếu đau theo kinh Đờm

Tên huyệt	Mã số	Đường kinh	Vị trí
Giáp tích L4-L5		Kỳ huyệt	Từ khe đốt sống L4-L5 ngang ra 0,5 thốn.
Thận du	BL.23	Bàng quang	Từ khe đốt sống L2-L3 ngang ra 1,5 thốn.
Đại trường du	BL.25	Bàng quang	Từ khe đốt sống L4-L5 ngang ra 1,5 thốn
Hoàn khiêu	GB.30	Đờm	Điểm chính giữa ụ ngồi và máu chuyển lớn xương đùi.
Phong thị	GB.31	Đờm	Nằm thẳng tay xuôi, áp ngón tay giữa và mặt ngoài đùi, đầu chót ngón tay là huyệt.
Dương lăng tuyền	GB.34	Đờm	Chỗ lõm giữa khớp chày mác ở phía ngoài đầu gối.
Huyền chung	GB.39	Đờm	Trên mắt cá ngoài 3 thốn ở trước xương mác
Khâu khu	GB.40	Đờm	Chỗ lõm phía trước dưới mắt cá ngoài

PHỤ LỤC 5

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

“Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện xung tại huyết kết hợp xoa bóp bấm huyệt”

Họ và tên bệnh nhân:.....

Tuổi:

Địa chỉ:.....

Điện thoại (nếu có)

Sau khi được cán bộ nghiên cứu thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và thông tin chi tiết của nghiên cứu liên quan đến đối tượng tham gia vào nghiên cứu. Tôi đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Tôi xin tuân thủ các qui định của nghiên cứu.

....., ngày.....thángnăm 2025

Họ tên của bệnh nhân

(Ký và ghi rõ họ tên)