

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



MAI THỊ KIM HOÀ

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI TẬP
DƯỠNG SINH NGUYỄN VĂN HƯỞNG KẾT HỢP
SIÊU ÂM TRỊ LIỆU ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG
DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG**

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI, NĂM 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



MAI THỊ KIM HOÀ

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI TẬP
DƯỠNG SINH NGUYỄN VĂN HƯỞNG KẾT HỢP
SIÊU ÂM TRỊ LIỆU ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG
DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học:

TS. NGUYỄN TIẾN CHUNG

HÀ NỘI, NĂM 2025

LỜI CẢM ƠN

Trong suốt chặng đường học tập nghiên cứu tại Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam, tôi đã may mắn nhận được sự hỗ trợ, đồng hành và tạo điều kiện từ cơ quan, tổ chức cùng gia đình, đồng nghiệp và bạn bè.

Tôi xin được bày tỏ lòng cảm ơn sâu sắc tới:

Đảng uỷ, Ban Giám đốc cùng Phòng Sau đại học Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam. Sự quan tâm và tạo điều kiện thuận lợi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu đã giúp tôi vững tâm hoàn thành tốt khoá học.

Tôi cũng xin bày tỏ lòng tri ân sâu sắc đến toàn thể các Thầy, Cô trong Học viện đã tận tâm dẫn dắt tôi trong suốt quá trình học tập và rèn luyện.

Với lòng kính trọng và biết ơn chân thành nhất, tôi xin gửi lời cảm ơn đặc biệt tới người thầy Tiên sĩ Nguyễn Tiến Chung đã hướng dẫn, dành nhiều tâm huyết chỉ bảo và truyền đạt cho tôi những kiến thức chuyên môn quý báu, đồng thời luôn sát cánh tạo mọi điều kiện tốt nhất để tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn tới Hội đồng đề cương và Hội đồng chấm luận văn. Những ý kiến đóng góp khách quan, mang tính chuyên môn cao của các Thầy, Cô, những nhà khoa học là cơ sở quan trọng giúp tôi hoàn thiện nghiên cứu.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới Đảng uỷ, Ban giám đốc cùng toàn thể cán bộ viên chức Bệnh viện Y Dược Cổ Truyền tỉnh Thanh Hoá. Sự ủng hộ tạo điều kiện từ phía lãnh đạo cũng như sự hỗ trợ nhiệt tình từ đồng nghiệp đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và thực hiện luận văn.

Tôi xin gửi lời tri ân tới những người bệnh đã tham gia nghiên cứu này.

Một lần nữa tôi xin trân trọng ghi nhớ và biết ơn mọi tình cảm, sự giúp đỡ quý báu đó!

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Học viên

Mai Thị Kim Hoà

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Mai Thị Kim Hoà, học viên lớp Chuyên khoa cấp II- Khoá 9, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Học viên

Mai Thị Kim Hoà

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
CSTL	Cột sống thắt lưng
D ₀	Ngày nhập viện
D ₁₄	Sau 14 ngày điều trị
D ₂₁	Sau 21 ngày điều trị
D ₇	Sau 7 ngày điều trị
DS	Dưỡng sinh
ĐC	Đối chứng
ĐTL	Đau thắt lưng
NC	Nghiên cứu
ODI	Oswestry Disability Index (Bảng câu hỏi Oswestry đánh giá chức năng cột sống)
PP	Phương pháp
PPDS	Phương pháp dưỡng sinh
SĐT	Sau điều trị
TL	Thắt lưng
TB	Trung bình
TĐT	Trước điều trị
THCS	Thoái hóa cột sống
THCSTL	Thoái hóa cột sống thắt lưng
VAS	Visual Analog Scale (Thang điểm nhìn đánh giá mức độ 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. Đau thắt lưng theo Y học hiện đại	3
1.1.1. Giải phẫu cột sống thắt lưng	3
1.1.2. Định nghĩa đau thắt lưng.....	7
1.1.3. Nguyên nhân đau thắt lưng	7
1.1.4. Cơ chế bệnh sinh đau thắt lưng.....	8
1.1.5. Thoái hóa CSTL.....	10
1.1.6. Lâm sàng, cận lâm sàng ĐTL do thoái hóa cột sống.....	12
1.1.7. Điều trị đau thắt lưng	14
1.2. Đau thắt lưng theo Y học cổ truyền.....	15
1.2.1. Bệnh danh	15
1.2.2. Bệnh nguyên	15
1.2.3. Phân loại thể bệnh.....	16
1.3. Tổng quan về các phương pháp can thiệp.....	17
1.3.1. Tổng quan về bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương	17
1.3.2. Phương pháp điều trị bằng siêu âm.....	21
1.3.3. Tổng quan về Điện châm	25
1.4. Tình hình nghiên cứu liên quan đến điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống.....	28
1.4.1. Nghiên cứu quốc tế	28
1.4.2. Tại trong nước.....	29
Chương 2: CHẤT LIỆU ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	30
2.1. Chất liệu nghiên cứu và phương tiện nghiên cứu	30
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu.....	30
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu	30
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	31
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn	31
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	33
2.3. Phương pháp nghiên cứu	33
2.3.1. Cỡ mẫu nghiên cứu	33

2.3.2. Thiết kế nghiên cứu	33
2.3.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu	34
2.3.4. Quy trình nghiên cứu.....	35
2.3.5. Phương pháp tiến hành.....	35
2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu và phương pháp lượng giá.....	37
2.4.1. Chỉ tiêu nghiên cứu	37
2.4.2. Phương pháp đánh giá.....	38
2.5. Địa điểm, thời gian nghiên cứu	42
2.6. Xử lý số liệu	42
2.7. Đạo đức nghiên cứu	42
2.8. Quy trình nghiên cứu	43
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	44
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	44
3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi	44
3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới.....	44
3.1.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp	45
3.1.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh	45
3.1.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo hình ảnh X - quang	46
3.1.6. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị	46
3.1.7. Phân loại tầm vận động CSTL trước điều trị.....	47
3.1.8. Chức năng sinh hoạt hàng ngày trước điều trị.....	47
3.2. Hiệu quả điều trị.....	48
3.2.1. Kết quả giảm đau VAS.....	48
3.2.2. Kết quả điều trị theo sự cải thiện tầm vận động CSTL.....	50
3.2.3. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày	53
3.2.4. Kết quả điều trị chung	55
3.2.5. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp	56
3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị chung	56
Chương 4: BÀN LUẬN.....	59
4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu	59
4.1.1. Đặc điểm về tuổi	59
4.1.2. Đặc điểm về Giới tính.....	60

4.1.3. Đặc điểm lao động	60
4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	61
4.1.5. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị.....	62
4.1.6. Đặc điểm X-Quang trước điều trị	63
4.2. Bàn luận về tác dụng của bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp với siêu âm trị liệu điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống trên lâm sàng.....	64
4.2.1. Sự thay đổi điểm đau VAS	64
4.2.2. Sự thay đổi độ giãn CSTL	68
4.2.3. Sự thay đổi khoảng cách tay đất	68
4.2.4. Sự thay đổi độ gấp duỗi cột sống.....	69
4.2.5. Sự thay đổi điểm ODI	71
4.2.6. Hiệu quả điều trị.....	72
4.2.7. Tác dụng không mong muốn của phương pháp nghiên cứu.....	76
4.3. Bàn luận về một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị chung	76
4.3.1. Mối liên quan giữa phân loại tuổi với kết quả điều trị chung.....	76
4.3.2. Mối liên quan giữa giới tính với kết quả điều trị chung	77
4.3.3. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị chung ...	77
4.3.4. Mối liên quan giữa mức độ hạn chế gấp và kết quả điều trị chung ...	78
4.3.5. Liên quan giữa mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (ODI) và kết quả điều trị chung.....	78
KẾT LUẬN.....	79
KHUYẾN NGHỊ	80
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1.	Biến số, chỉ số nghiên cứu	34
Bảng 2.2.	Bảng phân loại và điểm quy đổi mức độ đau	38
Bảng 2.3.	Bảng phân loại và điểm quy đổi mức độ giãn cột sống.....	39
Bảng 2.4.	Bảng phân loại và điểm quy đổi khoảng cách tay đất	39
Bảng 2.5.	Bảng phân loại và điểm quy đổi độ gấp cột sống	40
Bảng 2.6.	Bảng phân loại và điểm quy đổi độ duỗi cột sống	40
Bảng 2.7.	Cách tính điểm và đánh giá chức năng sinh hoạt.....	41
Bảng 3.1.	Phân bố theo nhóm tuổi	44
Bảng 3.2.	Phân bố theo thời gian mắc bệnh.....	45
Bảng 3.3.	Mức độ đau theo thang điểm VAS TĐT.....	46
Bảng 3.4.	Tầm vận động CSTL trước điều trị.....	47
Bảng 3.5.	Phân loại chỉ số sinh hoạt hàng ngày (ODI)TĐT	47
Bảng 3.6.	Mức độ đau VAS sau 7 ngày điều trị.....	48
Bảng 3.7.	Mức độ đau VAS sau 14 ngày điều trị	48
Bảng 3.8.	Mức độ đau VAS sau 21 ngày điều trị	49
Bảng 3.9.	Thay đổi trung bình độ giãn CSTL tại các thời điểm.....	50
Bảng 3.10.	Thay đổi trung bình khoảng cách tay đất tại các thời điểm	51
Bảng 3.11.	Thay đổi trung bình tầm vận động gấp cột sống tại các thời điểm....	52
Bảng 3.12.	Thay đổi trung bình tầm vận động duỗi cột sống tại các thời điểm ..	52
Bảng 3.13.	Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau 7 ngày điều trị.....	53
Bảng 3.14.	Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau 14 ngày điều trị.....	53
Bảng 3.15.	Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau 21 ngày điều trị.....	54
Bảng 3.16.	Tác dụng không mong muốn của phương pháp nghiên cứu	56
Bảng 3.17.	Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị chung	56
Bảng 3.18.	Liên quan giữa giới và kết quả điều trị chung	57
Bảng 3.19.	Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị chung....	57
Bảng 3.20.	Liên quan giữa mức độ gấp và kết quả điều trị chung	57
Bảng 3.21.	Liên quan giữa mức độ hạn chế chế sinh hoạt hàng ngày (ODI) và kết quả điều trị chung.....	58

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính	44
Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	45
Biểu đồ 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo hình ảnh X – quang	46
Biểu đồ 3.4. Diễn biến mức độ đau theo VAS trong quá trình điều trị	49
Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi điểm ODI trung bình trong quá trình điều trị.....	54
Biểu đồ 3.6. Kết quả điều trị chung	55

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Giải phẫu vùng thắt lưng	3
Hình 1.2.	Cấu tạo đốt sống thắt lưng	4
Hình 1.3.	Hình ảnh các dây chằng cột sống	6
Hình 2.1.	Máy kích thích điện 4 kênh kết hợp siêu âm EU-941.....	30
Hình 2.2.	Máy điện châm 1592-ET-TK21.....	31
Hình 2.3.	Thang điểm VAS	38
Hình 2.4.	Thước đo tầm vận động khớp	39
Hình 2.5.	Sơ đồ tóm tắt thiết kế nghiên cứu.	43

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng (Low back pain) là bệnh lý cực kỳ phổ biến thường gặp trong thực hành lâm sàng. Đây là một hội chứng cơ xương khớp được giới hạn kéo dài từ ngang mức đốt sống L1 đến nếp lằn mông. Theo thống kê 65-80% người trưởng thành ít nhất một lần có đau cột sống thắt lưng cấp tính hoặc tái đi tái lại, khoảng 10% trong số những bệnh nhân này sẽ dẫn đến đau mãn tính[1],[2],[3]. ĐTL đang là tình trạng khá phổ biến, có thể xảy ra ở tất cả mọi người không phân biệt lứa tuổi, giới tính, tầng lớp xã hội, nghề nghiệp. Bệnh thường tái phát làm ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống, lao động và sinh hoạt của người bệnh và là gánh nặng kinh tế, tâm lý rất lớn.

Theo thống kê, thoái hoá cột sống thắt lưng chiếm 31,12% trong toàn bộ các trường hợp thoái hoá khớp dựa trên báo cáo của tổ chức y tế thế giới (WHO).

Tính phổ biến của đau thắt lưng cũng được minh chứng có hệ thống qua 28 nghiên cứu từ Medline, LILACS, EMBASE với kết quả người mắc ĐTL là 4,2% ở nhóm tuổi từ 24 đến 39 và chiếm 19,6% ở nhóm tuổi rộng hơn từ 20 đến 59[4]. Tại Mỹ, dữ liệu nghiên cứu COPCORD (2014) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc đau thắt lưng nằm trong khoảng 1.8%-11.3% dân số. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu Hồ Phạm Thục Lan (2016) cũng đã cho thấy sự phổ biến của bệnh với 44% đối tượng tham gia khảo sát đã từng có một lần bị đau thắt lưng[5]. Khi đánh giá về tình hình bệnh tật trong nước đau thắt lưng chiếm 2%, và đạt mức 17% ở nhóm đối tượng trên 60 tuổi[6].

Thoái hoá cột sống thắt lưng là một bệnh lý có đặc điểm tiến triển mạn tính và có xu hướng tái phát cao đòi hỏi phải điều trị lâu dài, toàn diện. Để đạt được hiệu quả lâm sàng tối ưu, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh thì việc kết hợp đa trị liệu đang được khuyến nghị, cụ thể là sự phối hợp giữa các phương pháp của Y học hiện đại (YHHĐ) và Y học cổ truyền (YHCT). Trong suốt liệu trình điều trị, sự tích hợp các kỹ thuật vật lý trị liệu như: Siêu âm, sóng ngắn, điện xung,...đã cho thấy tác dụng hiệp đồng trong việc giảm

cảm giác đau, tối ưu hoá giãn cơ và bảo tồn, cải thiện chức năng sinh hoạt cơ bản cho người bệnh. Trong đó siêu âm điều trị là ứng dụng một tác nhân vật lý sóng âm thanh trong trị liệu, là phương pháp kích thích các mô bên dưới bề mặt da bằng sóng âm thanh tần số rất cao, siêu âm trị liệu tác động sâu vào cơ thể, kích thích tế bào và các mô để giảm đau, giãn cơ, thư giãn thần kinh....[7]. Theo Y học cổ truyền, đau thắt lưng có bệnh danh là “Yêu thống” và được phân loại vào nhóm bệnh lý “Chứng tý”. Phác đồ điều trị bao gồm liệu pháp sử dụng thuốc và các kỹ thuật không dùng thuốc.

Phương pháp dưỡng sinh (PPDS) Nguyễn Văn Hưởng là một hình thức điều trị không dùng thuốc của y học cổ truyền, vừa có tác dụng nâng cao sức khoẻ vừa củng cố khả năng đề kháng miễn dịch. Phương pháp (PP) này vừa đơn giản vừa dễ hiểu, dễ áp dụng lại an toàn, hiệu quả mà không tốn kém, người bệnh chủ động về thời gian và có thể tự thực hành[8]. Một số nghiên cứu trước đây đã cho thấy phương pháp tập luyện dưỡng sinh mang lại kết quả điều trị tích cực như: Béo phì[9], hội chứng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính[10]... Tuy nhiên hiện chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả kết hợp của PPDS và siêu âm trị liệu đối với những bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hoá cột sống. Nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống, tích cực phòng bệnh và có thêm bằng chứng khoa học, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Đánh giá tác dụng của bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp siêu âm trị liệu điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống”** với hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tác dụng của bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp siêu âm trị liệu điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống.*
2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đau thắt lưng theo Y học hiện đại

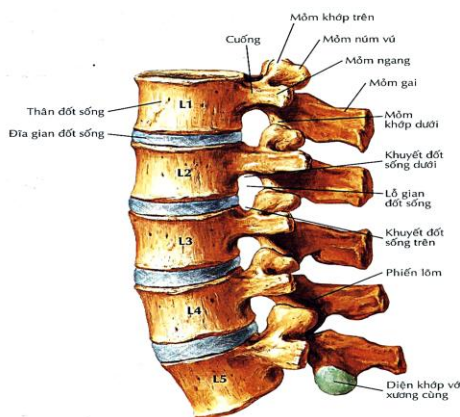
1.1.1. Giải phẫu cột sống thắt lưng

1.1.1.1. Cấu tạo cột sống thắt lưng

Cột sống thắt lưng là khu vực chịu tải chính của cơ thể do đó được cố định bởi hệ thống cơ và dây chằng chắc khỏe, các đốt sống và đĩa đệm thắt lưng có kích thước lớn hơn so với các đoạn cột sống khác, đặc biệt là ở đốt sống L4 và L5[11].

Cột sống thắt lưng (CSTL) có tầm vận động lớn với các động tác gấp-duỗi, nghiêng và xoay. Đĩa đệm sở hữu tính chịu lực đàn hồi và khả năng di chuyển, đóng vai trò then chốt trong việc giúp cho các đốt sống thực hiện được các hoạt động của cơ thể[2],[12],[13].

Đoạn CSTL là một cấu trúc bao gồm 5 đốt sống, 4 đĩa đệm và 2 đĩa đệm chuyển đoạn. Sau khi thoát ra từ lỗ liên đốt, các rễ thần kinh tuỷ sống hướng về các hạch cạnh cột sống để tạo thành các nhánh. Các nhánh này đảm nhiệm chức năng chi phối cảm giác cho da và vận động cho cơ, cũng như các cơ quan khác. Chính vì sự kết nối giải phẫu vô cùng chặt chẽ giữa các thành phần (đốt sống, đĩa đệm, dây chằng, cơ và rễ thần kinh), bất kỳ sự thay đổi cấu trúc hay tổn thương bệnh lý nào tác động lên một trong những thành phần này đều có thể kích thích các thụ thể đau và gây ra triệu chứng đau.



Hình 1.1. Giải phẫu vùng thắt lưng[13]

1.1.1.2. Cấu trúc, hình thái đốt sống thắt lưng

Mỗi đốt sống được cấu thành từ hai thành phần cơ bản: Thân đốt sống (phía trước) và cung đốt sống (phía sau).

- Thân đốt sống: Đây là khối xương dẹt hình trụ có kích thước lớn nhất. Đặc điểm nổi bật là chiều rộng vượt trội hơn so với chiều cao và chiều dày. Mặt trên và mặt dưới của thân đốt sống là mâm sụn.

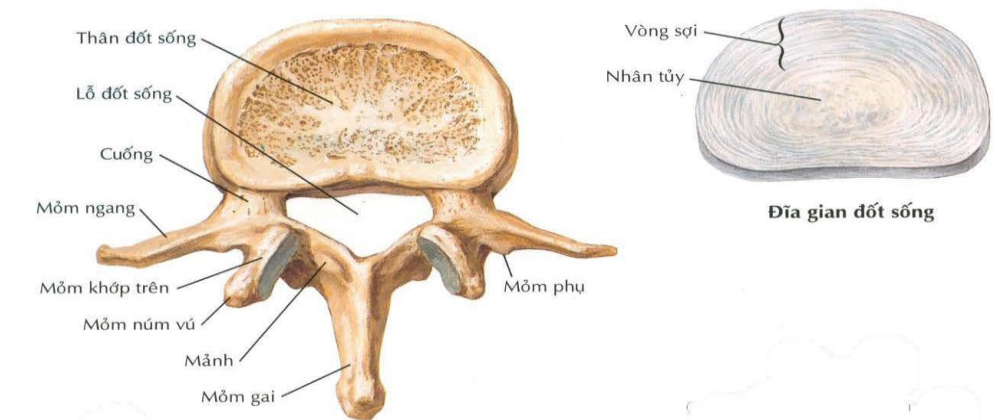
- Cung đốt sống: Có hình dạng tương tự móng ngựa. Chia thành hai phần bởi mỏm khớp nằm ở hai bên: Cuống sống ở phía trước, lá cung ở phía sau. Gai sau bám vào cung đốt sống tại mặt sau đường giữa. Hai mỏm ngang nhô ra theo hướng sang hai bên, được cố định với cung đốt sống ở vị trí tiếp giáp mỏm khớp.

Đốt sống thắt lưng L5 có một đặc điểm hình thái riêng biệt: Thân đốt sống ở phía trước cao hơn. Sự khác biệt này có vai trò quan trọng tạo nên độ uốn sinh lý của CSTL.

- Mỏm ngang: Có hai mỏm ngang đối xứng, bắt đầu từ cung đốt sống chạy ngang ra phía ngoài.

- Gai sống: Đây là một mỏm xương đơn lẻ, nhô ra phía sau từ cung đốt sống.

- Lỗ đốt sống: Ở trung tâm, được giới hạn bởi thân đốt sống ở phía trước và cung đốt sống ở phía sau. Tập hợp tạo thành ống sống, nơi chứa và bảo vệ tủy sống[14].



Hình 1.2. Cấu tạo đốt sống thắt lưng[13]

1.1.1.3. Cơ - Dây chằng

* Cơ vận động cột sống

- Cơ cạnh cột sống: Là nhóm cơ chạy từ khu vực cổ xuống tận xương cùng. Vai trò chính là thực hiện động tác duỗi cột sống. Ngoài ra còn hỗ trợ các chuyển động nghiêng và xoay.

- Nhóm cơ thành bụng: Chịu trách nhiệm cho các chuyển động gập, xoay và bảo vệ các cơ quan nội tạng, bao gồm:

+ Cơ thẳng bụng : Nằm ở mặt trước của thành bụng, được chia thành hai dải cơ đối xứng bởi đường giữa. Với vị trí giải phẫu ở mặt trước trực cột sống, cơ thẳng bụng thực hiện chức năng gập thân mạnh.

+ Nhóm cơ chéo: Gồm hai lớp chéo ngoài và chéo trong. Các cơ chéo chịu trách nhiệm cho động tác xoay thân. Để thực hiện động tác xoay thân ví dụ xoay sang trái cần có sự có sự phối hợp đồng bộ của cơ chéo ngoài bên phải và cơ chéo trong bên trái, áp dụng ngược lại khi xoay sang bên kia.

* Dây chằng cột sống:

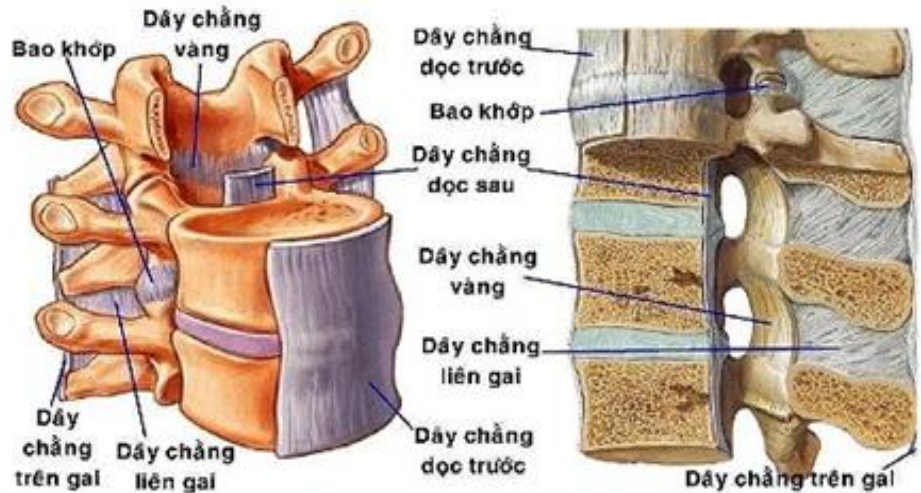
Hệ thống dây chằng giúp cột sống vững chắc và kiểm soát, hạn chế các vận động quá mức. Hai dây chằng có chiều dài lớn nhất là dây chằng dọc trước và dây chằng dọc sau, kéo dài từ xương chẩm đến xương cùng.

Dây chằng dọc trước: Nằm phủ mặt trước thân đốt sống có chức năng chính là giúp kiểm soát và ngăn ngừa tình trạng ưỡn vượt ngưỡng của cột sống.

Dây chằng dọc sau: Nằm dọc theo mặt sau thân đốt sống. Cấu trúc này có chức năng là giới hạn sự gập quá mức. Do có sự phân bố cao của nhiều tận cùng thụ thể đau nên đây là một cấu trúc rất nhạy cảm với đau.

Dây chằng vàng: Có tính đàn hồi, lót dọc theo mặt sau của ống sống. Khi cột sống thực hiện chuyển động, lực đàn hồi của nó hỗ trợ đưa thân người về vị trí ban đầu một cách hiệu quả.

Dây chằng liên gai và dây chằng trên gai: Là cấu trúc dây chằng quan trọng của cột sống. Dây chằng liên gai đảm nhận chức năng liên kết các mấu gai liền kề. Cả hai dây chằng này hoạt động như một hệ thống góp phần gia cố phần sau của đoạn vận động cột sống khi cơ thể ở vị trí thẳng đứng và khi gấp cột sống tối đa[12].



Hình 1.3. Hình ảnh các dây chằng cột sống[13]

1.1.1.4. Giải phẫu lỗ liên đốt và sự chi phối thần kinh cột sống

* Lỗ liên đốt:

Là nơi các rễ thần kinh từ ống sống để đi ra ngoài. Cấu trúc lỗ liên đốt được định hình bởi nhiều thành phần tạo nên giới hạn rõ ràng: Phía trước được xác định bởi mặt sau ngoài của đĩa đệm và mặt sau của thân đốt sống; Phía trên và dưới được tạo nên từ sự kết hợp của các khuyết sống của hai đốt sống kề nhau; Phía sau hình thành bởi khớp liên mấu, bề mặt là bao khớp và mép ngoài của dây chằng vàng.

* Sự chi phối thần kinh cột sống:

- Nhánh trước: Chi phối cho khu vực vùng trước cơ thể.
- Nhánh sau: Đảm nhận vai trò chi phối cảm giác và vận động cho da, cơ nằm dọc theo cột sống, bao khớp và mặt ngoài của khớp liên mấu.
- Nhánh thần kinh màng tuỷ: Xuất phát từ hạch giao cảm, đi ngược trở lại ống sống thông qua lỗ gian đốt sống. Nhánh này chịu trách nhiệm chi phối

cảm giác cho các cấu trúc nằm sâu bên trong ống sống cụ thể gồm khớp liên mấu, dây chằng dọc sau, bao tủy.

Do có sự kết nối chặt chẽ về mặt cấu trúc nên bất kỳ sự thay đổi hay tổn thương đối với các thành phần liên quan ở lỗ liên đốt sống đều có khả năng kích thích trực tiếp rễ thần kinh, dẫn đến các triệu chứng đau[14].

1.1.2. Định nghĩa đau thắt lưng

Đau lưng vùng thấp (Low back pain), hay còn gọi là đau cột sống thắt lưng là một hội chứng lâm sàng được đặc trưng bởi cảm giác khó chịu hoặc đau nhức ngang mức đốt sống thắt lưng L1 kéo dài xuống đến nếp lằn mông. Cơ đau có thể biểu hiện ở một hoặc cả hai bên cơ thể. Đây được công nhận là hội chứng cơ xương khớp phổ biến nhất thường xuyên được ghi nhận trong hoạt động thực hành y khoa[2],[3],[15].

1.1.3. Nguyên nhân đau thắt lưng

1.1.3.1. Thoát vị đĩa đệm

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là nguyên nhân phổ biến dẫn đến tình trạng đau thắt lưng và đau chi dưới (đau chân) có tính chất mạn tính hay tái phát. Chiếm khoảng 63% đến 73% trong tổng số các trường hợp bị đau cột sống thắt lưng; 72% trong các trường hợp được chẩn đoán là đau thần kinh tọa. Thường ở mức L4-L5 hay L5-S1. Nguy cơ tăng lên ở người béo phì. Thoát vị đĩa đệm hiếm gặp ở những người trẻ, trước 20 tuổi và ở những người cao tuổi với đĩa đệm bị xơ hoá[15].

1.1.3.2. Bệnh lý cấu trúc đĩa đệm nhưng không kèm thoát vị:

- Hư đĩa đệm
- Nhiễm trùng đĩa đệm
- Tăng sinh bất thường đĩa đệm
- Loạn dưỡng sụn
- Chấn thương đĩa đệm
- Không có đĩa đệm

1.1.3.3. Bệnh lý cột sống

- Thoái hóa cột sống thắt lưng

- Các tình trạng viêm tại cột sống (viêm cột sống dính khớp, lao...)
- Bệnh loãng xương
- Đặc xương cột sống thắt lưng
- Dị dạng bẩm sinh ở cột sống (gù vẹo, gai đôi, cùng hoá L5, thắt lưng hoá S1)[15],[16].

1.1.3.4. Chấn thương cột sống thắt lưng

- Gãy lún cột sống[16]

1.1.3.5. Khối u cột sống

- Ung thư cột sống thắt lưng
- Khối u lành tính của cột sống
- Bệnh Kahler[16]

1.1.3.6. Các bệnh loạn sản, rối loạn chuyển hóa

- Bệnh paget
- Bệnh to cực....[16]

1.1.3.7. Các bệnh máu gây tổn thương cột sống

1.1.3.8. Các nguyên nhân khác

- Đau thắt lưng do tư thế nghề nghiệp. Một số bệnh nghề nghiệp, tư thế có thể gây ĐTL như: thợ may, lái xe, công nhân bốc vác, nghệ sỹ xiếc, múa, lực sỹ cử tạ. Nguyên nhân gây ra ĐTL là tình trạng thoái hóa thứ phát các đĩa đệm cột sống.

- Đau thắt lưng do tâm thần[15],[16].

1.1.4. Cơ chế bệnh sinh đau thắt lưng

1.1.4.1. Cơ chế hoá học

Cơ chế gây đau này dựa trên vai trò của các tác nhân hoá học trong việc kích hoạt các cấu trúc thần kinh cảm thụ. Con đau khởi phát từ việc kích hoạt các thụ thể đau nằm trong các cấu trúc giải phẫu có độ nhạy cảm cao. Cấu trúc này bao gồm hệ thống dây chằng (chủ yếu dây chằng dọc sau), bao tủy, các bao khớp giữa các cuống sống và yếu tố thần kinh (rễ thần kinh)...

Các chất trung gian gây kích thích được phóng thích từ các tế bào viêm, hoặc các mô đã bị tổn thương. Nhóm các chất kích thích hoá học bao gồm: Hydrogen và các enzym. Những tác nhân hoá học này sẽ trực tiếp tác động lên điểm cuối thần kinh của các cấu trúc nhạy cảm, tạo nên triệu chứng đau, nóng rát. Con đau theo cơ chế này thường không thay đổi đáng kể khi người bệnh.

Việc kiểm soát và loại bỏ cơn đau có thể thực hiện thông qua: Giảm nồng độ các chất tác nhân hoá học (sử dụng các thuốc chống viêm) và làm hạ thấp ngưỡng kích hoạt của các thụ thể cảm nhận đau (receptor) của các cấu trúc nhạy cảm (phong bế rễ thần kinh)[6],[16],[17].

1.1.4.2. Cơ chế cơ học

Cơ chế cơ học được nhắc đến rộng rãi và được xem là nguyên nhân chính gây đau thắt lưng ở nhiều bệnh nhân. Áp lực cơ học vượt ngưỡng ảnh hưởng đến chức năng của nhiều cấu trúc cột sống bao gồm đĩa đệm, khớp liên mấu và các phần mềm cận kề. Đặc điểm của sự kích thích này đặc trưng là tác động kéo căng vật lý lên tổ chức liên kết, hoàn toàn độc lập với các chất trung gian hoá học. Cơ chế chính xác mà kích thích cơ học gây đau vẫn đang được nghiên cứu làm rõ. Dựa trên quan điểm Nikola Budog, sự kéo căng của các bó sợi thuộc dây chằng và bao khớp làm khoảng trống giữa các bó Collagen sẽ bị thu hẹp, biến dạng. Các sợi thần kinh bị kích thích do bị chèn ép giữa các bó Collagen này. Đặc điểm nổi bật của ĐTL theo cơ chế cơ học là cảm giác đau mang tính chất nén ép, châm chích, như dao đâm. Cường độ và tần suất đau của người bệnh thường thay đổi theo tư thế cột sống[6],[16].

Các nguyên nhân thường gặp bao gồm các yếu tố như căng giãn quá mức của cơ, dây chằng ở vùng cạnh cột sống, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, trượt thân đốt sống, thoái hoá đĩa đệm cột sống, dị tật bẩm sinh thân đốt sống như cùng hoá L5 hay thắt lưng hoá đốt sống cùng 1, loãng xương nguyên phát... Loại này diễn biến lành tính, chiếm 90% số trường hợp đau CSTL[3].

1.1.4.3. Cơ chế phản xạ đốt đoạn

Về mặt giải phẫu, tồn tại mối liên hệ chặt chẽ giữa thần kinh cảm giác nội tạng với thần kinh tuỷ sống. Khi xảy ra tổn thương ở một tạng trong ổ bụng thì tín hiệu đau không chỉ ghi nhận tại vị trí tạng mà còn có thể lan tới các vùng da hoặc cấu trúc cột sống được chi phối bởi cùng khoanh tuỷ đó.

Do đó ĐTL có thể do đơn lẻ hoặc phối hợp của hai hay cả ba cơ chế đau khác nhau. Do đó việc xác định bản chất cơ chế nào đang gây ra cơn đau tạo điều kiện tìm ra nguyên nhân cụ thể giúp xây dựng phác đồ điều trị mang lại kết quả tốt hơn[6],[16].

1.1.5. Thoái hóa CSTL

Thoái hoá CSTL là một tình trạng bệnh mạn tính. Với đặc điểm tiến triển nặng hơn dần theo năm tháng. Gây ra cảm giác đau và làm suy giảm tầm vận động, thậm chí có thể dẫn đến biến dạng cột sống ở khu vực này mà không có dấu hiệu viêm. Bệnh có tổn thương cơ bản là sự thoái hoá của sụn khớp và các đĩa đệm nằm giữa các đốt sống, kết hợp với sự biến đổi ở các thành phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch[3].

1.1.5.1. Thoái hóa đĩa đệm

Tiến trình thoái hóa mô tả qua 5 giai đoạn:

- Khu vực vòng sợi ở mặt sau bị suy yếu cục bộ, hình thành điểm lồi ra do nhân nhầy gây áp lực. Quá trình này bao gồm các vết rách hình tròn đồng tâm bên trong vòng sợi. Đĩa đệm vẫn được bảo tồn khả năng chịu lực và đàn hồi chưa có dấu hiệu bệnh lý trên lâm sàng[16].

- Xuất hiện các vết rách trên các sợi Collagen thuộc vòng sợi, bắt đầu từ ranh giới giữa khối nhân nhầy và bản sụn, sau đó tiến triển ra ngoại vi. Áp lực nội đĩa đệm giảm dẫn đến hiện tượng các đốt sống có xu hướng tiến lại gần nhau. Hiện tượng ĐTL cấp có thể phát sinh do tác động cơ học khiến khối lượng đĩa đệm bị dịch chuyển[16].

- Xảy ra tình trạng đứt rách hoàn toàn vòng sợi, bao gồm cả phần ngoại vi. Đường rách kéo dài toàn bộ chiều dày của vòng sợi tại một số điểm. Giới

hạn giữa nhân nhày và lớp trong của vòng sợi có biểu hiện biến đổi hình thái (không đồng nhất và lồi lõm) kèm theo là sự xâm lấn và hình thành các tổ chức sợi hạt đĩa đệm. Thường xảy ra ĐTL cấp trên lâm sàng, đặc biệt khi có hiện tượng lồi hoặc thoát vị đĩa đệm đi kèm sẽ gây kích thích hoặc chèn ép rễ thần kinh có thể dẫn tới đau thắt lưng hông[16].

- Cấu trúc vòng sợi có biến đổi hình thái ở cả lớp trong lẫn lớp bên ngoài biểu hiện qua sự lồi lõm không đồng đều. Đồng thời độ dày của vòng sợi bị suy giảm đáng kể ở nhiều vị trí. Biểu hiện lâm sàng ĐTL mạn tính có các đợt kích phát cấp tính[16].

- Lớp trong và lớp ngoài của vòng sợi biến đổi hình thái sang dạng đa giác. Phá huỷ cấu trúc chiều dày của vòng sợi và chịu tổn thương rách nặng ở nhiều hướng, dẫn đến việc vòng sợi trở nên mỏng manh một cách đáng kể trên toàn chu vi. Biểu hiện đặc trưng bởi ĐTL mạn tính hay tái phát liên tục[16].

1.1.5.2. Thoái hóa đốt sống

Sự suy giảm các sợi đàn hồi và sự thay thế bởi các tổ chức xơ là hệ quả trực tiếp của thoái hoá đĩa đệm. Dẫn tới việc giảm khả năng linh hoạt (biên độ cử động) giữa các đốt sống liên kề. Khi áp lực nội đĩa đệm suy giảm, khoảng cách giữa hai đốt sống bị rút ngắn, làm cho khả năng chống rung sóc của cột sống giảm đi. Vòng sợi và các dây chằng liên kết trở nên lỏng lẻo và chùng. Tại điểm dây chằng bám vào màng xương đốt sống, sự liên kết bị yếu đi dẫn tới khi có bất kỳ lực tác động nào hoặc việc mất đi tính đàn hồi của đĩa đệm đều có thể khiến dây chằng dễ dàng bong ra khỏi vị trí bám. Các đốt sống tiến lại gần nhau hơn, tình trạng này làm cho các dây chằng căng trung ương vốn đã lỏng lẻo lại càng dễ bị tách rời. Qua trình này tạo nên một vòng xoắn bệnh lý: Các chất bị bong tách hoạt động như dị vật kích hoạt phản ứng viêm và kích thích. Sự kích thích này có thể dẫn đến xơ hoá và canxi hoá gây ra các bệnh lý như viêm khớp thoái hoá, viêm khớp và phì đại[16].

1.1.6. Lâm sàng, cận lâm sàng ĐTL do thoái hóa cột sống

1.1.6.1. Triệu chứng lâm sàng

Hội chứng cột sống:

* Đau:

- Đau thường có tính chất cơ học và biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau:
+ Đau khởi phát từ từ, tiến triển nhiều đợt, thường liên quan đến sai tư thế kéo dài trong đời sống và sinh hoạt hoặc các chấn thương nhẹ tái diễn hoặc khi nhiễm lạnh.

+ Đau ở mức độ nhẹ và vừa, đau ê ẩm lan tỏa, đau nhức đau mỏi, xuất hiện tăng lên khi đứng lâu hoặc ngồi lâu, khi đi lại, khi làm việc trong tư thế gò bó không đổi của thân người (cúi, ngửa, nghiêng, xoay...).

+ Đau thắt lưng cục bộ chỉ khu trú ở cột sống và cạnh cột sống thắt lưng, đau có thể đối xứng ở hai bên cột sống hoặc chỉ một bên cột sống.

+ Trong bệnh cảnh hẹp ống sống, biểu hiện lâm sàng đặc trưng là đau cách hồi. Cụ thể cơn đau sẽ xuất hiện và lan truyền dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa khi người bệnh vận động, đi lại; triệu chứng sẽ thuyên giảm hoặc chấm dứt nếu ngừng hoạt động và nghỉ ngơi.

- Có thể co cứng cơ cạnh cột sống vào buổi sáng và giảm sau khi vận động.

- CSTL bị hạn chế vận động: Giảm đáng kể khả năng nghiêng, đặc biệt về phía người bệnh cảm thấy đau và khả năng cúi.

Hạn chế vận động vùng cột sống thắt lưng: Chủ yếu hạn chế khả năng nghiêng về bên đau và khả năng cúi.

- Biến dạng cột sống thắt lưng như: Mất ưỡn thắt lưng, ưỡn quá mức, gù (có thể gặp gù nhọn hay gù tròn), vẹo cột sống.

- Cứng cột sống vào buổi sáng.

- Không có biểu hiện toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút cân...

Ngoài ra cần khai thác thêm về nghề nghiệp, cách thức lao động, sinh hoạt, đặc điểm cá nhân và trạng thái tâm lý, tinh thần của người bệnh [2],[3],[18].

* Các dấu hiệu thực thể của hội chứng cột sống:

- Điểm đau cột sống: Thực hiện bằng cách ấn hoặc gõ nhẹ nhàng lên các mỏm gai đốt sống để phát hiện điểm đau. Sự xuất hiện của điểm đau khu trú tại đây thường liên quan đến các tổn thương tại chỗ hoặc tương ứng với vị trí rễ thần kinh bị ảnh hưởng.

- Điểm đau cạnh sống: Vị trí đau khu trú nằm dọc hai bên cột sống, cách đường liên mỏm gai khoảng 2cm.

- Cơ cạnh cột sống TL co cứng: Người bệnh có thể ở tư thế chống đau do khối cơ cạnh cột sống bị co cứng. Khám thấy khối cơ có dấu hiệu tăng trương lực cơ.

- Biến dạng cột sống: Đánh giá bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng, sau đó từ góc nhìn nghiêng, trước sau để xác định thay đổi độ uốn, gù và vẹo của CSTL.

- Tầm hoạt động: Đánh giá khả năng di chuyển của CSTL thông qua các động tác chủ động của người bệnh (cúi, ngửa, nghiêng sang hai bên, xoay), quan sát và ghi nhận mức độ hạn chế vận động.

+ Đo độ giãn cột sống thắt lưng (Nghiệm pháp Schober). Khi cúi, bình thường khoảng cách này cần giãn thêm 4-5cm. Giá trị Schober chuẩn được ghi nhận là 14/10 đến 15/10 (cm)

+ Độ nghiêng, ngửa, xoay CSTL: Bình thường góc đo của các động tác ngửa, nghiêng, xoay của cột sống thắt lưng ở thanh niên Việt Nam đều xấp xỉ 25° - 30° [3],[16].

1.1.6.2. X-quang

Có 3 dấu hiệu cơ bản:

- Hẹp khe đĩa đệm: Biểu hiện qua sự giảm sút về chiều cao của đĩa đệm giữa hai đốt sống. Đặc điểm là hẹp nhưng không kèm theo dính.

- Đặc xương dưới sụn

- Gai xương: Hình thành tại bờ đốt sống. Những gai xương này có thể tiến triển, kết nối hình thành cầu xương và khớp tân tạo. Đặc biệt, các gai

xương mọc gần khu vực lỗ gian đốt sống là yếu tố nguy cơ cao dễ gây ra chèn ép rễ thần kinh đi qua đó[3],[16].

1.1.7. Điều trị đau thắt lưng

Những trường hợp tìm thấy nguyên nhân thì việc điều trị phải căn cứ vào nguyên nhân. Nhìn chung điều trị đau thắt lưng được chia ra làm 2 phương pháp: bảo tồn và điều trị phẫu thuật.

1.1.7.1. Nguyên tắc chung

- Hạn chế hoạt động, cố định khi có cơn đau cấp
- Kiểm soát cơn đau.
- Giảm co thắt cơ.
- Kết hợp vật lý trị liệu.
- Trong quá trình điều trị có thể áp dụng một số phương pháp can thiệp:

Tiêm ngoài màng cứng, tiêm vào đĩa đệm.

- Phẫu thuật trong một số trường hợp khi cần.
- Điều trị nguyên nhân

1.1.7.2. Điều trị bảo tồn

* Điều trị bằng thuốc:

Việc điều trị bao gồm sự kết hợp giữa điều trị triệu chứng và sử dụng các thuốc chống thoái hoá tác dụng chậm.

- + Thuốc giảm đau: Paracetamol, Diclofenac, Meloxicam, Celecoxib...
- + Thuốc giãn cơ: Eperisone (Myonal), Tolperisone (Mydocalm)...
- + Thuốc giảm đau thần kinh: Pregabalin (Lyrica), Gabapentin (Neurontin)... trong trường hợp đau lan xuống đường đi của thần kinh hay có các rối loạn cảm giác.

- Thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm: Piascledine, Glucosamine sulfate, Chondroitin, Diacerherin[3].

* Điều trị không dùng thuốc:

Phương pháp vật lý trị liệu

- Điều trị bằng nhiệt vùng thắt lưng: Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau: Hồng ngoại; Đắp paraffin hoặc bùn khoáng; Từ trường nhiệt.
- Điện phân dẫn thuốc chống viêm giảm đau như: Natrisalicylat 3% đặt tại vùng cột sống thắt lưng.
- Siêu âm hoặc siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau dòng xung liều dọc vùng cơ hai bên cạnh cột sống.
- Tập luyện các bài tập theo tầm vận động cột sống thắt lưng. Điều chỉnh tư thế cột sống khi làm việc, trong sinh hoạt. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị[19].

1.1.7.3. Điều trị phẫu thuật

Các trường hợp ĐTL đòi hỏi can thiệp phẫu thuật bao gồm:

- Tổn thương cấu trúc và hệ thần kinh: Di lệch, hội chứng chèn ép tuỷ , hội chứng chùm đuôi ngựa (CES).
- Trong các trường hợp tiên lượng có nguy cơ cao mất vững cột sống gây lún, việc thực hiện phẫu thuật cố định liên đốt sống là bắt buộc.
- Thoát vị đĩa đệm dẫn đến chèn ép tuỷ sống hoặc các rễ thần kinh nặng.
- Tình trạng hẹp ống sống dẫn đến chèn ép tuỷ sống[2],[3].

1.2. Đau thắt lưng theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

ĐTL theo YHCT có bệnh danh là “Yêu thống” đã được ghi lại dựa trên các y thư cổ đại. Lưng là phủ của thận do đó chứng Yêu thống có quan hệ mật thiết với tạng thận[20],[21]. Trên lâm sàng thấy đau thắt lưng trước tiên phải xem xét tạng thận có thể bị tổn thương hay không.

1.2.2. Bệnh nguyên

- Do ngoại nhân: Phong hàn, phong thấp, phong nhiệt thừa kinh khí của đường kinh trên bị bế tắc, khí huyết không lưu thông. Thông thì bất thống, thống tắc bất thông. Bệnh lâu ngày sẽ làm hao tổn chính khí.
- Do nội nhân: Sự suy yếu của chính khí, kèm theo sự rối loạn chức năng tạng phủ, mà chủ yếu là Can và Thận. Can là tạng tàng huyết chủ cân, khi

chức năng Can rối loạn dẫn đến Can huyết hư không cấp đủ dưỡng chất để nuôi dưỡng gân cơ, sự thiếu hụt này sẽ khiến cân yếu và mỏi hoặc nặng hơn là co rút. Thận tàng tinh sinh tủy và nuôi dưỡng cốt, khi thận hư suy dẫn đến xương cốt yếu.

- Do bất nội ngoại nhân: Các tác động chấn thương khu vực CSTL hoặc sai tư thế từ đó dẫn đến khí trệ huyết ứ gây cản trở cho quá trình lưu thông và vận hành bình thường của khí huyết[22].

1.2.3. Phân loại thể bệnh

1.2.3.1. Thể hàn thấp

- Chứng trạng: Đau nhiều vùng thắt lưng, đau tăng khi trời lạnh, ẩm, cơ cạnh cột sống co cứng, ấn đau, không đỏ, sợ lạnh, lưỡi có rêu mỏng màu trắng. Mạch phù hoãn.

- Pháp: Tán hàn, trừ thấp, ôn kinh hoạt lạc.

- Phương: Dùng bài “Can khương thương truyệt thang gia giảm” hoặc đổi pháp lập phương[22].

1.2.3.2. Thể thấp nhiệt

- Triệu chứng lâm sàng: Vùng thắt lưng đau kèm theo sưng nóng đỏ hoặc có cảm giác nóng bức rứt, có thể sốt, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng dày. Mạch nhu sác.

- Pháp: Thanh nhiệt trừ thấp, thông kinh hoạt lạc.

- Phương: Dùng đổi pháp lập phương[22].

1.2.3.3. Thể huyết ứ (ĐTL do chấn thương)

- Chứng trạng: Khởi phát sau khi bê vác vật nặng, lệch người hoặc thay đổi tư thế một cách đột ngột khiến người bệnh đau dữ dội ở một chỗ, cự án, vận động bị hạn chế, thay đổi tư thế thì đau tăng, chất lưỡi tím, có điểm ứ huyết. Mạch sáp.

- Pháp: Hành khí, hoạt huyết, thông ứ.

- Phương: “Thân thông trục ứ thang” hoặc “Tứ vật đào hồng” gia giảm[22].

1.2.3.4. Can thận hư kiêm phong hàn thấp

- Chứng trạng: ĐTL âm ỉ, mỗi gối, đau tăng lên khi lao động, khi nghỉ thì giảm ít. Trường hợp thiên về dương hư thì có các biểu hiện sắc diện kém tươi sáng, chân và tay lạnh, đau bụng dưới kèm theo cảm giác lạnh, lưỡi có màu nhạt và mạch trầm tế. Trường hợp thiên về âm hư, do âm hư sinh nội nhiệt nên sắc diện đỏ, họng miệng khô khát, tay và chân nóng, chất lưỡi có màu đỏ và mạch tế sác.

- Pháp: Khu phong tán hàn trừ thấp thông kinh lạc. Bổ can thận

- Phương: Độc hoạt ký sinh thang gia giảm[22],[23].

ĐTL do thoái hóa cột sống thuộc thể can thận hư kiêm phong hàn thấp.

1.2.3.5. Thận dương hư

- Triệu chứng lâm sàng: Vùng thắt lưng đau âm ỉ, chân gối yếu, lao động đau nhiều, nghỉ ngơi đau đỡ ít, sắc mặt nhợt, sợ lạnh, chân tay lạnh, bụng dưới lạnh, tiểu đêm, đại tiện phân nát, sắc lưỡi nhợt. Mạch trầm tế.

- Pháp điều trị: Ôn bổ thận dương

- Phương thuốc: Sử dụng bài “Thận khí hoàn”[22].

1.3. Tổng quan về các phương pháp can thiệp

1.3.1. Tổng quan về bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

1.3.1.1. Nguồn gốc Dưỡng sinh

Trong cuốn Nội Kinh đã khẳng định: Nguyên tắc của bậc Thánh nhân là chủ động điều trị trước khi có biểu hiện bệnh tật, ổn định Quốc gia trước khi có biến loạn. Việc chỉ dùng thuốc bệnh đã rõ thì cũng giống như đợi khát mới lo đào giếng, hoặc là khi có chiến tranh mới chế tạo binh khí. Đó chính hành động chậm trễ[24],[25]. Qua đó cho thấy mức độ quan trọng của phòng bệnh. Việc để cơ thể bị tổn thương, đau ốm kéo dài sẽ khiến khả năng phục hồi sức khoẻ bị suy giảm nghiêm trọng, dẫn đến tình trạng quá muộn để cứu chữa. Người xưa hiểu rõ và thực hành dưỡng sinh từ sớm. Họ sống thuận theo quy luật Âm Dương, luôn biết cách thích ứng với sự thay đổi của thời tiết. Bên

cạnh đó họ chú trọng ăn uống điều độ, tu dưỡng tinh thần, không làm việc quá sức, sinh hoạt có chừng mực nhờ đó mới có sức khoẻ tốt, sống lâu[25].

Ở Việt Nam, phương pháp dưỡng sinh đã có truyền thống từ lâu đời, đã được nhiều danh y nghiên cứu phát triển như Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV), Đào Công Chính (thế kỷ XVII), Lê Hữu Trác (thế kỷ XVIII) đã góp phần làm cho phương pháp dưỡng sinh từ chỗ thiên về dưỡng sinh cá nhân trở thành một phương pháp y học dự phòng toàn diện[8],[24].

Phương pháp dưỡng sinh là một phương pháp rèn luyện cơ thể một cách toàn diện để bảo vệ sức khoẻ. Cơ sở của phương pháp đã được Tuệ Tĩnh, một danh y Việt Nam thế kỷ XIV tóm tắt bằng hai câu:

“Bế tinh, dưỡng khí, tồn thần
Thanh tâm, quả dục, thủ chân, luyện hình”

Đây là phương pháp tập luyện làm cho thể xác và tinh thần đều khoẻ mạnh, làm chủ được mình để sống lâu và có ích[26].

1.3.1.2. Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

Thế kỷ XX phương pháp dưỡng sinh đã được phát triển lên mức độ cao hơn với đóng góp của nhiều nhà dưỡng sinh tiêu biểu như: Nguyễn Khắc Viện, Tô Như Khuê, Lê Kim Định, Nguyễn Văn Hưởng,...đã vận dụng các phương pháp tập luyện với kiến thức về YHCT kết hợp với YHHĐ để xây dựng nên hệ thống bài tập hoàn chỉnh có cơ sở khoa học rõ ràng[8].

Năm 1970, lúc ấy có Bộ trưởng Bộ Y tế, Giáo sư Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng đã nghiên cứu xây dựng một hệ thống phương pháp dưỡng sinh (PPDS) một cách toàn diện. Cơ sở của công trình nghiên cứu này là sự kế thừa tinh hoa truyền thống lâu đời về dưỡng sinh của dân tộc Việt Nam, đồng thời tiếp thu có chọn lọc các phương pháp tập luyện từ nhiều nền văn hoá khác như: Khí công và xoa bóp của Trung Quốc; Yoga của Ấn Độ. Từ đó đưa ra “Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng” mang tính khoa học cao, dễ hiểu, dễ áp dụng [8],[24],[26].

1.3.1.3. Định nghĩa và mục đích.

Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng là phương pháp được xây dựng dựa trên nguyên tắc tự lực và chủ động tập luyện của bản thân người thực hiện. Mục đích của phương pháp này bao gồm: Củng cố và bồi dưỡng sức khỏe; Phòng ngừa sự xâm nhập và phát triển của bệnh tật; Hỗ trợ điều trị bệnh lý mạn tính; Kéo dài tuổi thọ và tiến tới sống lâu sống có ích. Bốn mục đích này có mối quan hệ mật thiết, logic thúc đẩy sự phát triển tích cực về thể chất và tinh thần. Mỗi ngày tập luyện giúp ăn ngon, thở tốt, ngủ sâu...thì sức khỏe ngày càng tăng lên[8].

1.3.1.4. Cơ sở khoa học

- Thuyết âm dương ngũ hành: Âm dương là nền tảng lý luận y học cổ truyền, người xưa đã dùng học thuyết âm dương để giải thích cho cấu tạo cơ thể, sinh lý, bệnh lý, chẩn đoán và điều trị. Khí công dưỡng sinh giúp điều tiết âm dương, điều hoà tạng phủ.

- Thuyết thiên nhân hợp nhất: Là mối quan hệ giữa thiên nhiên và con người. Trong y học cổ truyền, học thuyết này thành phương châm chỉ đạo trong phòng bệnh, bảo vệ sức khỏe và tìm ra nguyên nhân gây bệnh từ đó đưa ra so sánh quan điểm chữa bệnh một cách toàn diện

- Thuyết Tinh-Khí-Thần: Là biểu hiện của quá trình chuyển hoá vật chất (tinh thức ăn, huyết, tinh sinh dục) thành năng lượng (khí) mà hình thức cao nhất là thần, thần trở lại điều khiển khí và tinh, toàn bộ cơ thể. Tập dưỡng sinh là luyện tinh sinh khí, khí hoá thần và thần nhập tinh[8],[27].

1.3.1.5. Tác dụng phương pháp dưỡng sinh (8 phép dưỡng sinh).

- + Phép thư giãn: Giúp cho bộ óc bị căng thẳng, cơ thể bị suy nhược thần kinh có cách buông lỏng toàn bộ cơ thể và tinh thần, thư giãn cơ bắp, không suy nghĩ gì để nghỉ ngơi hoàn toàn, lấy lại sức làm việc

- + Phép thở: Bao gồm phép thở để luyện thần kinh, phép thở để luyện khí huyết, phép thở có trở ngại để tăng cường sức...

- + Phép luyện thái độ tâm thần trong cuộc sống
- + Phép ăn uống và thải chất độc
- + Tăng cường sự lưu thông của khí và huyết trong cơ thể. Ngăn chặn tình trạng co cứng, kém linh hoạt thường gặp ở người cao tuổi.
- + Điều chỉnh, xây dựng lối sống khoa học thông qua điều hoà giữa công việc, giải trí, thư giãn và giấc ngủ.
- + Hệ thống quy tắc về vệ sinh bảo vệ toàn diện sức khoẻ con người: Chống lại những yếu tố xâm phạm như vi khuẩn, chất độc, ký sinh trùng, các yếu tố vật lý, hoá học,...
- + Quy luật sống lâu, sống có ích[8].

1.3.1.6. Đặc điểm, vai trò bài tập trong phòng bệnh và điều trị bệnh mãn tính.

Phương pháp dưỡng sinh đã xây dựng cho con người một nếp sống lành mạnh, hợp lý, khoa học cho ai muốn xây dựng sức khoẻ tinh thần và thể xác để sống vui, sống khoẻ, sống lâu, sống có ích.

Phát huy sức đề kháng để phòng chống bệnh, phát huy yếu tố "Nội lực tự sinh" của cơ thể.

Phương pháp dưỡng sinh cũng là một cuộc Cách mạng đối với cơ thể giúp thay đổi thói hư tật xấu, nếp sống thiếu lành mạnh mà cơ thể đã sống từ trước theo bản năng[8].

1.3.1.7. Nội dung bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong nghiên cứu

Bài tập trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gồm các động tác có tác dụng chống xơ cứng, kết hợp trong đó có cả phép luyện thở và phép thư giãn (Phụ lục 5)[8].

TT	Động tác thực hiện	Thời gian thực hiện
1	Thư giãn	5 phút
2	Thở 4 thì có kê mông và gối chân	5 phút
3	Cúp lưng	5 phút
4	Rút lưng	5 phút
5	Hôn đầu gối	5 phút
6	Tự xoa bóp vùng thắt lưng	5 phút

1.3.1.8. Tai biến, cách xử trí

- Tai biến: Sau khi tập có thể cảm thấy đau tăng lên hoặc khi thực hiện một động tác nào đó gây ra cơn đau mạnh hơn so với bình thường.
- Xử trí: Giảm thiểu cường độ tập hoặc mức độ của buổi tập. Loại bỏ tạm thời những tư thế gây kích thích làm tăng cảm giác đau.

1.3.2. Phương pháp điều trị bằng siêu âm

1.3.2.1. Khái niệm phương pháp siêu âm điều trị

Siêu âm được định nghĩa là loại sóng âm có tần số vượt quá ngưỡng 20.000Hz. Trong lĩnh vực trị liệu, các tần số 1MHz và 3 MHz là mức thường được ứng dụng. Chức năng và hiệu quả chủ yếu của siêu âm trong điều trị bao gồm: Tác dụng cơ học, tăng nhiệt và sinh học. Các kỹ thuật phổ biến được dùng: Kỹ thuật trực tiếp, qua nước và siêu âm dẫn thuốc[28],[29],[30], [31], [32],[33].

1.3.2.2. Máy phát siêu âm

Siêu âm được tạo ra từ máy phát siêu âm. Bộ phận tạo sóng siêu âm (đầu biến năng) của máy phát chủ yếu được tạo thành từ tinh thể thạch anh, mặt trước tinh thể có một màng ngăn kim loại, màng ngăn này sẽ dao động và phát ra sóng âm khi tinh thể thạch anh rung. Sự rung động của tinh thể là do kết quả của hiệu ứng áp lực điện được kích hoạt bởi một dòng điện xoay chiều có tần số lớn. Tùy thuộc vào thiết kế của thiết bị, sóng siêu âm có thể

được phát ra ở chế độ liên tục hoặc theo chu kỳ ngắt quãng tạo nên các dòng siêu âm chế độ xung. Năng lượng sóng siêu âm phát ra từ đầu biến năng được chuẩn hoá bằng đơn vị Watt/cm^2 [30].

1.3.2.3. Cơ chế tác dụng sinh học và điều trị của siêu âm

* Tác dụng nhiệt.

- Qua trình phát sinh nhiệt là kết quả của việc các mô cơ thể tiếp nhận năng lượng sóng siêu âm. Hiệu quả này thường được thấy ở mặt phân cách giữa các mô, chẳng hạn như giữa mô mỡ, mô cơ và ở màng ngoài xương.

- Nhiệt được tạo ra trong quá trình siêu âm cũng có hiệu ứng sinh học tương đồng với các nguồn nhiệt khác. Cụ thể, nó có khả năng kích thích sự hoạt động của các tế bào, giãn mạch, thúc đẩy quá trình tuần hoàn, kéo theo sự gia tăng trong các quá trình chuyển hoá và quá trình đào thải. Nhờ vậy siêu âm giúp kiểm soát và giải quyết được các phản ứng viêm[30].

* Tác dụng cơ học

- Là kết quả của quá trình co giãn đối với các tổ chức trong khu vực điều trị bằng sóng siêu âm.

- Gia tăng tính thẩm thấu màng tế bào, nhờ đó thúc đẩy quá trình trao đổi chất và tăng khả năng hấp thu các chất dinh dưỡng hoặc hoạt chất điều trị.

- Có khả năng làm lỏng các mô kết dính, cơ chế được cho là nhờ việc tách rời các sợi Collagen ra khỏi nhau và làm mềm chất kết dính.

- Sóng siêu âm tạo ra một sự xoa bóp vi tế hay xoa bóp nội tế bào[30].

* Tác dụng hóa học

- Thúc đẩy quá trình chuyển hoá và đẩy nhanh phản ứng sinh học tại vùng điều trị[30].

* Tác dụng Giảm đau

- Siêu âm có thể làm giảm bớt cơn đau.

- Sự giảm đau có thể có khi sử dụng dòng xung siêu âm với cường độ thấp mà hiệu quả sinh nhiệt là không đáng kể[30].

1.3.2.4. Ứng dụng của siêu âm trong điều trị[29],[30]

- Siêu âm được sử dụng rộng rãi để điều trị và có nhiều hiệu quả tốt.
- Siêu âm làm cho sự hấp thụ dịch tăng và sự tạo thành mô kết dính giảm, trong khi tác dụng giảm đau.
- Siêu âm có nhiều hiệu quả hơn các phương pháp nhiệt khác đối với xương và khớp, đặc biệt là trong trường hợp viêm cột sống dính khớp.
- Siêu âm làm mềm được mô sẹo.

1.3.1.5. Chỉ định và chống chỉ định của phương pháp điều trị bằng siêu âm [19],[28],[29],[30],[34].

* Chỉ định

- Đau lưng
- Đau cổ vai gáy
- Giảm đau cục bộ.
- Giảm co.
- Viêm mãn tính.
- Xơ cứng, sẹo nông ở da.
- Dẫn một số thuốc vào tổ chức cục bộ(siêu âm dẫn thuốc).

* Chống chỉ định

- Trực tiếp lên các u, tinh hoàn, buồng trứng, thai nhi.
- Không điều trị trên tinh hoàn, tử cung đang có thai, đang hành kinh.
- Trực tiếp vùng khớp ở trẻ em.
- Không điều trị trên các đầu xương của trẻ em, nhất là phần sụn.
- Viêm tắc mạch.
- Không điều trị vùng phổi người bị lao đang tiến triển hoặc viêm hạch do lao.
- Viêm da cấp.
- Không điều trị vùng phổi người bệnh bị giãn phế quản.
- Trực tiếp vùng chảy máu, đe dọa chảy máu.

1.3.2.6. *Liều lượng điều trị*

Xác định liều lượng điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Phương thức điều trị, biểu hiện lâm sàng, độ sâu tổn thương và diện tích cần can thiệp.

Để đảm bảo an toàn, cần duy trì liều lượng thấp khi đầu dò siêu âm đứng yên, ngược lại có thể dùng liều cao hơn khi di chuyển đầu trị liệu liên tục.

- Cường độ phát sóng siêu âm được phân thành: Thấp (dao động từ 0,1 đến 0,5Watt/cm²); Trung bình (dao động từ 0,5 đến 1Watt/cm²); Cao (dao động từ 1 đến 1,5Watt/cm²).

- Thời lượng điều trị: Ngắn 2-5 phút, trung bình 5-10 phút, dài 10-15 phút.

- Lịch trình điều trị: Có thể hai lần/ngày, một lần/ngày hoặc thực hiện liệu trình xen kẽ cách ngày[30].

1.3.2.7. *Các tai biến và cách thức phòng ngừa*

- Hiện tượng bỏng nhiệt: Có thể xảy ra do sử dụng cường độ siêu âm vượt mức cho phép, việc giữ đầu biến năng cố định trên da thay vì di chuyển hay do sự thiếu đồng đều trong việc tiếp xúc giữa đầu biến năng và mô điều trị.

Phòng ngừa: Cần tuân thủ các nguyên tắc đảm bảo bệnh nhân không cảm thấy khó chịu trong suốt quá trình điều trị. Kiểm tra cảm giác nóng lạnh của người bệnh trong lần điều trị đầu tiên, cần cẩn trọng với các người bệnh có rối loạn cảm giác. Tránh các điểm xương nằm dưới da, luôn di chuyển đầu biến năng, đảm bảo tiếp xúc tốt với các vùng mô. Sử dụng siêu âm ngắt quãng sẽ giúp giảm đáng kể nguy cơ.

- Sinh hốc: Xảy ra khi dùng siêu âm có cường độ cao. Hiện tượng này là do bị siêu âm làm chấn động mạnh, gây tổn thương hoặc phá hủy mô. Trong phạm vi liều siêu âm điều trị không vượt mức cho phép, an toàn thì nguy cơ sinh hốc là rất thấp.

- Quá liều: Làm nặng thêm các triệu chứng lâm sàng hiện có của người bệnh. Cần theo dõi sát khi điều chỉnh liều lượng và các đáp ứng điều trị.

- Nguy cơ điện giật[30].

1.3.3. Tổng quan về Điện châm

1.3.3.1. Định nghĩa

Điện châm là kỹ thuật điều trị sử dụng đồng thời hiệu quả điều trị của châm cứu với kích thích từ dòng điện. Phương pháp này mang lại nhiều hiệu quả trị liệu nổi bật: Giảm đau và gây tê, kích thích hoạt động của các cơ và tổ chức liên quan, tăng cường dinh dưỡng tại chỗ, chống viêm và giảm sưng huyết phù nề cục bộ[35],[36],[37].

1.3.3.2. Cơ chế tác dụng

Châm cứu là một hình thức kích thích tạo ra một cung phản xạ mới từ bên ngoài, từ đó ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý.

Dựa vào vị trí, tác dụng của điểm châm cứu, Vogralic và Kassin đã chia thành 3 loại phản ứng của cơ thể từ đó giải thích cơ chế tác dụng của điện châm.

- Phản ứng tại chỗ: Kích thích được tạo ra tại huyết khi châm khởi phát một cung phản xạ mới. Cung phản xạ này có khả năng ức chế cung phản xạ bệnh lý mang lại hiệu quả giảm đau hoặc giải phóng tình trạng co cơ cục bộ.

- Phản ứng tiết đoạn thần kinh: Sự tổn thương nội tạng sẽ xuất hiện những biến đổi về cảm giác ở vùng da có cùng sự phân bố thần kinh theo tiết đoạn. Ngược lại khi kích thích lên vùng da thuộc tiết đoạn thần kinh tương ứng sẽ gây ra tác động ngược lại đối với cơ quan nội tạng được chi phối bởi cùng tiết đoạn đó.

- Phản ứng toàn thân: Bất kỳ kích thích châm cứu nào cũng đều có sự tham gia vỏ não, khẳng định tính chất toàn thân. Khi nói đến phản ứng toàn thân, người ta thường nhắc đến nguyên tắc về sự chi phối chiếm ưu thế của vỏ não. Điện châm tạo ra sự thay đổi về nội tiết và thể dịch, làm thay đổi các chất trung gian hoá học như Endorphin, Enkephalin, Catecholamin... Các thay đổi này thể hiện bằng tăng số lượng bạch cầu, tăng ACTH và tăng nồng độ kháng thể trong máu.

Theo quan điểm của y học cổ truyền, mục đích của châm cứu là điều hoà lại âm dương, nâng cao chính khí đẩy lùi tà khí ra khỏi cơ thể[35],[36].

1.3.3.3. *Chỉ định, chống chỉ định*

* *Chỉ định*

- Các chứng liệt (chứng sau đột quỵ, bệnh bại liệt, liệt các dây thần kinh ngoại biên); Kiểm soát tình trạng đau (đau đầu, đau CSTL, đau dây thần kinh toạ); Điều trị rối loạn cơ quan cảm giác (giảm thị lực, thính lực, thất ngôn) [35],[36],[37].

- Điều trị các cơn đau phát sinh do chấn thương, đụng giập, đau sau phẫu thuật, giảm đau trong các bệnh lý viêm hoặc đau phần mềm quanh khớp, các vấn đề liên quan đến thần kinh[35],[36],[37].

- Rối loạn chức năng và triệu chứng cơ năng như rối loạn thần kinh tim, hỗ trợ vấn đề ăn kém, đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cải thiện khi bị mất ngủ không rõ nguyên nhân, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc cụt,... [35],[36],[37].

- Hỗ trợ điều trị một số tình trạng viêm như viêm tuyến vú, chắp và lệ ở mắt... [35],[36],[37].

- Châm tê phẫu thuật[35],[36],[37].

* *Chống chỉ định*

- Bệnh lý cấp cứu

- Người suy nhược, thiếu máu, hay đã từng được chẩn đoán hoặc đang điều trị các vấn đề về tim mạch.

- Phụ nữ đang trong quá trình thai kỳ hoặc trong giai đoạn hành kinh.

- Trạng thái cơ thể không thích hợp: Khi cơ thể đang mệt mỏi, vừa trải qua lao động nặng hoặc trong tình trạng đói bụng[35],[36],[37].

1.3.3.4. *Tai biến thường gặp và xử trí*

* *Vùng kim*

- Nguyên nhân: Sợ hãi quá mức hoặc căng thẳng khi châm. Người có sức khoẻ kém hoặc thiếu máu. Châm cứu khi bệnh nhân đang ở trạng thái không thuận lợi như đói, vừa lao động nặng hay vừa di chuyển từ xa đến nơi điều trị.

- Biểu hiện lâm sàng : Da trở nên nhợt nhạt, xuất hiện mồ hôi lạnh, mạch đập nhanh nhưng yếu, hạ huyết áp, hoảng loạn, choáng và có thể dẫn đến mất ý thức tạm thời (ngất). Trường hợp nghiêm trọng có khả năng bị rối loạn cơ tròn.

- Xử trí: Yêu cầu bệnh nhân lập tức nhắm mắt, rút kim ra khỏi cơ thể. Đắp chăn hoặc dùng khăn giữ ấm cho bệnh nhân, đồng thời đảm bảo thông khí thoáng cho dễ thở. Trấn an, giải thích. Trường hợp nặng có thể cần sử dụng thuốc trợ tim[35],[36],[37].

** Chảy máu*

- Nguyên nhân: Xảy ra khi kim châm vào khu vực có nhiều mạch máu hoặc châm phải tĩnh mạch. Ngoài ra có thể do bệnh nhân cử động mạnh khi kim đang nằm trong da làm thay đổi hướng kim

- Xử trí: Sử dụng bông gòn khô để thấm máu và day nhẹ việc này giúp ngăn tụ máu dưới da, tránh ảnh hưởng đến thẩm mỹ và gây lo lắng cho người bệnh[35],[36],[37].

** Cong kim hoặc gãy kim*

- Nguyên nhân: Sử dụng kim không đảm bảo chất lượng (cong, gỉ) hoặc do kỹ thuật châm quá thô bạo. Trường hợp bệnh nhân đột ngột cử động mạnh khi châm cũng là lý do phổ biến.

- Triệu chứng: Phát hiện trong quá trình rút kim, kim bị biến dạng (cong, gãy). Vị trí đứt gãy thường nằm tại điểm tiếp giáp giữa thân kim và đốc kim.

- Xử trí: Đối với kim cong rút nhẹ nhàng, lựa theo chiều cong tự nhiên của kim. Đối với kim bị gãy thì yêu cầu bệnh nhân giữ nguyên tư thế và dùng panh để kẹp và gấp ra. Nếu trong trường hợp kim di lệch, cần chụp X-Quang để xác định vị trí chính xác tiến hành gấp kim[35],[36].

** Nhiễm trùng*

- Nguyên nhân: Do quá trình vệ sinh kim và dụng cụ không được đảm bảo, thao tác sát trùng trên da kém trước khi châm. Một số trường hợp do cơ địa của người bệnh dễ bị nhiễm trùng.

- Biểu hiện lâm sàng: Sau một khoảng thời gian từ khi thực hiện thủ thuật, phát sinh các dấu hiệu nhiễm trùng ngay tại vị trí châm.

- Xử trí: Chỉ cần dùng các thuốc sát trùng tại chỗ nếu nhiễm trùng nhẹ. Trong trường hợp nhiễm trùng nặng có thể cần phối hợp kháng sinh hoặc thực hiện thủ thuật trích rạch ổ mủ và đảm bảo vệ sinh tốt khu vực nhiễm trùng [35],[36].

1.3.3.5. Kỹ thuật thực hiện

- Thời gian, liệu trình: Thực hiện mỗi ngày 1 lần, thực hiện 20-30 phút/lần. Kéo dài 10-15 ngày hoặc dài hơn tùy theo yêu cầu và đáp ứng lâm sàng của người bệnh.

- Tần số: Tả 5-10Hz ; Bỏ 1-3Hz.

- Cường độ: Cần được tăng dần một cách từ từ, bắt đầu từ 0 tăng đến mức tối đa là 150 microAmpe. Tùy chỉnh theo mức độ chịu đựng và cảm giác của người bệnh tránh gây khó chịu hay đau đớn[37].

1.4. Tình hình nghiên cứu liên quan đến điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống

1.4.1. Nghiên cứu quốc tế

Nghiên cứu của Michael. Haake (2007) về châm cứu: Thử nghiệm châm cứu trường phái Đức trên 387 BN có tiền sử đau thắt lưng mãn tính kéo dài trong 8 năm với độ tuổi trung bình 50 ± 15 tuổi. Sau 6 tháng theo dõi, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với điều trị ở nhóm châm cứu thông thường đạt 44,2%[38].

Một nghiên cứu khác của Ebadi S (2013) thực hiện trên 20 người bệnh ĐTL với độ tuổi trung bình là 31,7%. Sau 10 buổi điều trị bằng siêu âm trị liệu với bài tập vận động, VAS giảm 24% và chức năng cột sống được cải thiện 17 %[39].

Nghiên cứu của George K. Lewis (2013), nghiên cứu sử dụng siêu âm trị liệu cho 30 ca đau mỏi cơ mãn tính trong một giờ. Kết quả cho thấy mức độ giảm đau gấp 1,94 lần so với nhóm điều trị bằng thuốc[40].

1.4.2. *Tại trong nước*

Lương Thị Dung năm 2008 đã thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả kết hợp giữa châm cứu và xoa bóp bấm huyệt cho người bệnh bị đau thắt lưng do THCS. Kết quả điều trị được phân loại như sau: Tốt 57,2%; Khá 31,4%; Trung bình 11,4%; Không có bệnh nhân nào có kết quả kém[41].

Nghiên cứu Quang Ngọc Khuê năm 2020 việc can thiệp bằng điện châm kết hợp với áp dụng bài tập dưỡng sinh. Nguyễn Văn Hương đã cho tỷ lệ điều trị 63,3% Tốt; Khá 23,3%; Trung bình 13,4%[42].

Năm 2021, Nguyễn Đức Minh và cộng sự nghiên cứu đánh giá thực hiện phương pháp điều trị kết hợp giữa điện châm và liệu pháp siêu âm trong điều trị ĐTL nguyên nhân do THCS ghi nhận rằng có tới 80% trường hợp đạt kết quả tốt[43].

Năm 2022, Trần Thị Minh Quyên nghiên cứu đánh giá khả năng cải thiện phạm vi vận động của cột sống thắt lưng thông qua việc kết hợp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và áp dụng bài tập DS Nguyễn Văn Hương trong điều trị hội chứng thắt lưng hông có nguyên nhân thoát vị đĩa đệm cột sống. Kết quả sau 20 ngày điều trị ở nhóm NC độ giãn cột sống thắt lưng trung bình tăng từ $1,07 \pm 0,57$ lên $3,28 \pm 1,00$ [44].

Năm 2023, Lê Ngọc Sơn thực hiện đánh giá phương thức trị liệu sử dụng điện châm phối hợp với bài tập DS Nguyễn Văn Hương để điều trị hội chứng thắt lưng hông tại bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng, mức độ đau VAS giảm từ $2,20 \pm 0,071$ (điểm) xuống $0,93 \pm 0,078$ (điểm)[45].

Năm 2022, Lê Thị Hoa đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do THCS, bằng việc kết hợp giữa kỹ thuật tác động cột sống, liệu pháp điện châm và hồng ngoại sau 15 ngày cho kết quả: Tốt 40%; Khá 51,4%[46].

Năm 2023, Lương Xuân Huân thực hiện đánh giá tác dụng bài thuốc Độc hoạt tang ký kết hợp siêu âm trị liệu đối với ĐTL có nguyên nhân từ thoái hoá cột sống ghi nhận với 93,34% người bệnh có mức phân loại kết quả điều trị tốt và khá[47].

Chương 2

CHẤT LIỆU ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. *Chất liệu nghiên cứu*

Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

Bài tập trong nghiên cứu sử dụng 6 động tác được áp dụng tập luyện chống xơ cứng hỗ trợ phòng và chữa bệnh lý cột sống thắt lưng, kết hợp trong đó có cả phép luyện thở và phép thư giãn. (Phụ lục 5)[8].

TT	Động tác thực hiện	Thời gian thực hiện
1	Thư giãn	5 phút
2	Thở 4 thì có kê mông và giơ chân	5 phút
3	Cúp lưng	5 phút
4	Rút lưng	5 phút
5	Hôn đầu gối	5 phút
6	Tự xoa bóp vùng thắt lưng	5 phút

- Liệu trình tập: Thời gian tập 30 phút/lần, mỗi ngày 1 lần x 21 ngày

2.1.2. *Phương tiện nghiên cứu*

- Máy kích thích điện 4 kênh kết hợp siêu âm EU-941



Hình 2.1 Máy kích thích điện 4 kênh kết hợp siêu âm EU-941

- Máy điện châm 1592-ET-TK21. Sản xuất tại Việt Nam



Hình 2.2. Máy điện châm 1592-ET-TK21

- Kim châm làm bằng thép không gỉ, đầu nhọn, dùng một lần.
- Dụng cụ đánh giá mức độ đau (thang điểm Visual analogue scale).
- Dụng cụ đo tầm vận động khớp.
- Thước dây đo độ giãn cột sống thắt lưng.
- Bộ câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 38 tuổi trở lên được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa cột sống đang điều trị tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa. Không có sự phân biệt về giới tính, loại hình công việc (nghề nghiệp), phải đảm bảo yếu tố tự nguyện tham gia vào công trình nghiên cứu, đồng thời thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn theo y học hiện đại và y học cổ truyền.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

2.2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn theo YHHD

- Tuổi ≥ 38
- Người bệnh có chẩn đoán đau thắt lưng do THCS dựa trên “Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp” năm 2016 với biểu hiện lâm sàng sau:

+ Đau vùng thắt lưng có tính chất cơ học tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi với $3 \leq \text{VAS} \leq 6$.

+ Hội chứng cột sống(+): Tầm vận động CSTL hạn chế, có điểm đau cột sống hoặc cạnh cột sống, cơ cơ cạnh cột sống.

+ Không có các dấu hiệu toàn thân như sốt, gầy sút tụt cân, ...

+ Cận lâm sàng: Hình ảnh X-quang cho thấy các dấu hiệu đặc trưng của thoái hoá CSTL như hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn và sự hiện diện của osteophyte (gai xương) tại thân đốt sống.[2],[3]

- Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu và thực hiện đầy đủ nguyên tắc điều trị.

2.2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn theo YHCT

Người bệnh được chẩn đoán yêu thống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp[15],[22],[23],[48].

Thể bệnh Tứ chẩn	Can thận hư kiêm phong hàn thấp
Vọng	- Thần tỉnh, chất lưỡi đỏ hoặc nhạt, ít hoặc không rêu.
Văn	- Giọng nói nhỏ, yếu. Hơi thở ổn định. - Các chất thải tiết không phát hiện sự thay đổi bệnh lý.
Vấn	- Đau lưng dưới âm ỉ. Các yếu tố như nhiệt độ thấp hoặc độ ẩm cao làm tăng mức độ đau, di chuyển và làm việc bị hạn chế, triệu chứng giảm khi nghỉ ngơi. - Người mệt mỏi kèm theo hoa mắt, chóng mặt, ù tai, ăn uống kém, lưng gối đau mỏi.
Thiết	- Cơ cạnh sống co cứng về bên đau, không có nóng đỏ. - Dương hư đặc trưng tay chân lạnh kèm với mạch trầm tế. Âm hư biểu hiện có cảm giác nóng lòng bàn tay và lòng bàn chân, chất lưỡi đỏ, mạch tế sác.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đau thắt lưng do THCS có kèm theo các bệnh lý nội khoa mạn tính nghiêm trọng (suy gan, thận), bệnh nhân nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân, suy giảm miễn dịch, bệnh lý viêm cột sống dính khớp, lao cột sống, có chẩn đoán ung thư, các trường hợp chấn thương gãy đốt sống.
- Bệnh nhân có chống chỉ định với phương pháp siêu âm điều trị.
- Bệnh nhân diễn biến nặng lên trong quá trình điều trị, có VAS > 6, các trường hợp này có ghi nhận và báo cáo.
- Bệnh nhân không tuân thủ nguyên tắc điều trị, tự ý dùng các thuốc khác hoặc phương pháp khác trong quá trình điều trị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Lựa chọn mẫu có chủ đích 70 bệnh nhân.

Đối tượng nghiên cứu chia làm hai nhóm: Nhóm nghiên cứu (NC) và nhóm đối chứng (ĐC) được lựa chọn theo phương pháp ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, mức độ bệnh (VAS, tầm vận động CSTL, ODI).

2.3.2. Thiết kế nghiên cứu

Công trình này được thiết kế theo phương pháp can thiệp lâm sàng, tiền cứu. Phương pháp đánh giá bao gồm so sánh các chỉ số trước và sau điều trị đồng thời thực hiện so sánh với nhóm đối chứng.

+ Nhóm NC: 35 người bệnh trị liệu bằng phương pháp siêu âm điều trị và “Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng”

+ Nhóm ĐC: 35 người bệnh trị liệu bằng phương pháp siêu âm điều trị và điện châm.

Người bệnh được điều trị liệu trình 21 ngày theo phác đồ tương ứng của từng nhóm. Các chỉ số được ghi nhận vào các thời điểm khi bắt đầu thực hiện nghiên cứu (D_0) và được tiếp tục đánh giá sau điều trị tại thời điểm 7 ngày (D_7)-14 ngày (D_{14})-21 ngày (D_{21}).

2.3.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Bảng 2.1. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Tên biến/Chỉ số	Loại biến	Định nghĩa	Cách thức thu thập	Phương tiện thu thập
Tuổi	Định lượng	Năm	Phỏng vấn	Mẫu bệnh án
Giới	Định tính	Giới tính	Phỏng vấn/ Quan sát	Mẫu bệnh án
Nghề nghiệp	Định tính	Hình thức lao động	Phỏng vấn	Mẫu bệnh án
Thời gian mắc bệnh	Định lượng	Từ khi khởi phát đến khi vào viện	Phỏng vấn	Mẫu bệnh án
X- Quang	Định tính	Hình ảnh tổn thương	Quan sát	Mẫu bệnh án
Đau	Định lượng	Mức độ đau	Phỏng vấn/ Quan sát	Mẫu bệnh án
Vận động	Định lượng	Tầm vận động cột sống thắt lưng	Thăm khám	Mẫu bệnh án
Chức năng sinh hoạt hàng ngày	Định lượng	Mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày	Phỏng vấn	Mẫu bệnh án
Tác dụng không mong muốn	Định tính	Biểu hiện triệu chứng của người bệnh	Phỏng vấn/ Quan sát	Mẫu bệnh án

2.3.4. Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Hỏi bệnh, khám lâm sàng toàn diện cho bệnh nhân
- Bước 2: Chụp X - quang cột sống thắt lưng
- Bước 3: Lựa chọn và sắp xếp bệnh nhân vào 2 nhóm
- Bước 4: Áp dụng phương pháp điều trị tương ứng từng nhóm

Nhóm nghiên cứu (NC, n=35) được điều trị theo thứ tự: Siêu âm điều trị, tập dưỡng sinh.

Nhóm đối chứng (ĐC, n=35) được điều trị theo thứ tự: Điện châm, siêu âm điều trị.

- Bước 5: Thu thập các chỉ tiêu theo dõi, biến số nghiên cứu tại các thời điểm đánh giá, theo dõi và ghi nhận tác dụng không mong muốn tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình nghiên cứu.

- Bước 6: Xử lý số liệu đánh giá kết quả điều trị của 2 nhóm.

2.3.5. Phương pháp tiến hành

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

Bệnh nhân đã ăn sáng, nghỉ ngơi 15 phút. Được giải thích và hiểu rõ về quy trình thực hiện, bệnh nhân được đo huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật.

Địa điểm làm thủ thuật cần thoáng mát, sạch sẽ, đủ ánh sáng.

2.3.5.2. Siêu âm điều trị

- Kiểm tra máy, dây dẫn.
- Bộc lộ vùng thắt lưng.
- Bôi gel vào vùng điều trị, đầu dò trị liệu.
- Chọn chế độ xung: Cường độ từ 1-1,5W/cm²
- Dẫn dò bệnh nhân chú ý và mô tả cảm giác cảm nhận trong suốt quá trình trị liệu (nóng, cắn hay dễ chịu).
- Đặt trực tiếp đầu phát sóng hoặc đầu dò lên vị trí cần điều trị. Lựa chọn thông số điều trị cường độ phù hợp.

- Bắt đầu di chuyển đầu dò trị liệu trên da, đảm bảo sóng phát ra luôn thẳng góc với bề mặt da.

- Theo dõi, đánh giá, ghi nhận cảm giác của bệnh nhân trong suốt quá trình thực hiện thủ thuật.

- Liệu trình: 15 phút/lần, 1 lần/ngày.

2.3.5.3. *Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng*: (áp dụng cho BN nhóm nghiên cứu)

Chuẩn bị nơi tập cần thoáng khí, đủ ánh sáng, yên tĩnh để người tập khi thực hiện động tác không bị phân tán.

Tiến hành cho BN tập “Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng” gồm 6 động tác, tập từng động tác theo hướng dẫn. (Phụ lục 5)

Liệu trình tập: 30 phút/lần, 1 lần/ngày.

2.3.5.4. *Điện châm*

Áp dụng công thức huyết theo phác đồ điện châm điều trị đau lưng theo quy trình kỹ thuật Bộ y tế năm 2013[37].

Châm tả các huyết: A thị huyết; Giáp tích L4-L5; Giáp tích L5-S1; Đại trường du; Chi thất; Ủy trung.

Châm bổ các huyết: Can du, Thận du, Mệnh môn, Tam âm giao, Thái khê

+ Kỹ thuật châm: Đảm bảo vô trùng kim, hai bàn tay của thầy thuốc và da vùng huyết định châm của bệnh nhân.

+ Châm kim vào huyết nhẹ nhàng, dứt khoát, đạt yêu cầu về đắc khí.

+ Kỹ thuật kích thích xung điện: Sau khi châm đắc khí, cần kích thích xung điện. Cường độ kích thích tùy theo ngưỡng chịu đựng của từng bệnh nhân. Tần số khi châm bổ 1-3 Hz, châm tả 6-10Hz.

Sau khi đủ thời gian, thao tác rút kim, để bệnh nhân nghỉ ngơi 5-10 phút.

Liệu trình: 25 phút/lần x1 lần/ngày.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu và phương pháp lượng giá

2.4.1. Chỉ tiêu nghiên cứu

* *Các đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (ghi nhận tại D0):*

- Phân bố theo nhóm tuổi: Chia 3 nhóm tuổi: 38-49, 50-59 và ≥ 60 tuổi
- Phân bố theo giới tính: Nam, nữ
- Phân bố theo thời gian mắc bệnh: Tính từ khi khởi phát bệnh đến khi bệnh nhân vào viện, chia 3 nhóm thời gian: < 1 tháng, 1-3 tháng, > 3 tháng
- Phân bố theo nghề nghiệp: nghề nghiệp được phân thành 2 mức độ là lao động chân tay và lao động trí óc[49],[50].

* *Chỉ tiêu lâm sàng sàng (thu thập tại D0, D7, D14, D21):*

- Thang điểm Visual analogue scale
- Độ giãn CS thắt lưng
- Khoảng cách tay đất
- Tầm vận động CSTL (Gấp, duỗi)
- Chỉ số khuyết tật Oswestry
- Đánh giá kết quả điều trị chung

* *Chỉ tiêu cận lâm sàng (thu thập tại D0):*

- Chụp X- quang cột sống thắt lưng

* *Tác dụng không mong muốn:*

- Tác dụng không mong muốn của siêu âm: Bỏng, choáng, điện giật,....
- Tác dụng không mong muốn của bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng: Mệt mỏi, chóng mặt, đau mỏi cơ,...
- Tác dụng không mong muốn của điện châm: Chảy máu, vệt châm, nhiễm trùng tại chỗ,...

- Ghi nhận toàn bộ các phản ánh khó chịu của bệnh nhân tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình nghiên cứu ở cả 2 nhóm.

* *Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị (D₂₁):*

Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh.

2.4.2. Phương pháp đánh giá

2.4.2.1. Đánh giá, phân loại mức độ đau

Sử dụng thang điểm Visual Analogue Scale của Hãng AstraZeneca[51],[52].



Hình 2.3. Thang điểm VAS

Thang đo có chiều dài 100mm, được chia vạch từ 0 đến 10.

- Tận cùng bên trái được minh họa bằng khuôn mặt vui vẻ là không đau.
- Tận cùng bên phải được minh họa bằng khuôn mặt khóc là đau dữ dội.
- Nhân viên y tế giải thích đồng thời yêu cầu bệnh nhân quan sát thang đo.
- Hướng bề mặt màu đỏ của công cụ đo về phía bệnh nhân.
- Người bệnh kéo thước để tự đánh giá mức độ đau của bản thân.
- Ghi lại mức độ đau của đo được trên mặt màu xanh ở phía đối diện.

Bảng 2.2. Bảng phân loại và điểm quy đổi mức độ đau

Điểm VAS	Mức độ	Điểm quy đổi
VAS = 0	Không đau	0
$0 < \text{VAS} \leq 3$	Đau nhẹ	1
$3 < \text{VAS} \leq 6$	Đau vừa	2
$6 < \text{VAS} \leq 10$	Đau nặng	3

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

Thực hiện: Yêu cầu người bệnh đứng thẳng sao cho hai gót chân chạm vào nhau và 2 bàn chân tạo thành một góc là 60° . Xác định, đánh dấu vị trí bờ trên của S1, từ điểm này đo thẳng lên 10cm và đánh dấu điểm thứ hai. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác cúi người hết mức về phía trước, tiến hành

đo lại khoảng cách 2 điểm đã được đánh dấu lúc ban đầu. Ở người không mắc bệnh lý khoảng cách đo được thường từ 14/10-16/10[53].

Bảng 2.3. Bảng phân loại và điểm quy đổi mức độ giãn cột sống.

Độ giãn CSTL(cm)	Mức độ	Điểm quy đổi
$4 \leq \text{Schober} \leq 6$	Không hạn chế	0
$3 \leq \text{Schober} < 4$	Hạn chế ít	1
$2 \leq \text{Schober} < 3$	Hạn chế trung bình	2
$0 \leq \text{Schober} < 2$	Hạn chế nhiều	3

2.4.2.3. *Nghiệm pháp tay đất*

Hướng dẫn người bệnh giữ tư thế đứng thẳng, đặt song song 2 bàn chân với nhau sau đó từ từ cúi người. Ở người không bệnh lý, đầu ngón tay có thể chạm đất ($d \leq 10\text{cm}$).

Bảng 2.4. Bảng phân loại và điểm quy đổi khoảng cách tay đất

Khoảng cách (cm)	Mức độ	Điểm quy đổi
$0 < d \leq 10$	Không hạn chế	0
$10 < d \leq 20$	Hạn chế ít	1
$20 < d \leq 30$	Hạn chế trung bình	2
$d > 30$	Hạn chế nhiều	3

2.4.2.4. *Độ gấp duỗi cột sống*

Kỹ thuật đo lường này được thực hiện với thước đo hai cạnh, một cạnh cố định và một cạnh di động.



Hình 2.4. Thước đo tầm vận động khớp

- Đo theo phương pháp “Zero”: mô tả phương pháp

- Đánh giá qua 2 chỉ số là gấp và duỗi cột sống:

+ Gấp cột sống: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân chạm vào nhau. Điểm cố định đặt ở gai chậu trước trên. Dọc theo trục xương đùi đặt cạnh cố định của thước, còn dọc theo trục thân người là cạnh di động. Cúi người tối đa, biên độ góc đo được là độ gấp.

+ Duỗi cột sống: Điểm cố định đặt ở gai chậu trước trên. Cạnh cố định của thước được căn dọc theo trục của xương đùi trong khi cạnh di động đặt dọc theo trục thân người. Người bệnh đứng thẳng, hai gót chân chạm vào nhau. Từ từ ngả người ra phía sau, góc đo được trong tư thế này chính là biên độ góc duỗi của cột sống.

Bảng 2.5. Bảng phân loại và điểm quy đổi độ gấp cột sống[11]

Độ gấp	Mức độ	Điểm quy đổi
$\geq 70^0$	Không hạn chế	0
$\geq 60^0 - < 70^0$	Hạn chế ít	1
$\geq 40^0 - < 60^0$	Hạn chế trung bình	2
$< 40^0$	Hạn chế nhiều	3

Bảng 2.6. Bảng phân loại và điểm quy đổi độ duỗi cột sống[11]

Độ duỗi	Mức độ	Điểm quy đổi
$\geq 25^0$	Không hạn chế	0
$\geq 20^0 - < 25^0$	Hạn chế ít	1
$\geq 15^0 - < 20^0$	Hạn chế trung bình	2
$< 15^0$	Hạn chế nhiều	3

2.4.2.5. Dùng bộ câu hỏi đánh giá mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt (ODI) [54]

Lựa chọn và đánh giá 8 trên tổng số 10 hoạt động chức năng trong thang điểm ODI.

- Cường độ đau	- Đi bộ	- Ngủ
- Chăm sóc bản thân	- Ngồi	- Hoạt động xã hội
- Mang vác.	- Đứng	

Mỗi tiêu chí được lựa chọn để đánh giá có số điểm từ 0 - 5 điểm, tổng điểm tối đa là 40 điểm. Khi điểm số càng cao thì mức độ suy giảm chức năng sinh hoạt hàng ngày càng nghiêm trọng.

Công thức tính kết quả chỉ số ODI:

$$\text{Tỷ lệ mất chức năng cột sống thắt lưng (ODI)} = \frac{\text{Tổng điểm của 8 mục}}{40} \times 100 = \dots\%$$

Bảng 2.7. Cách tính điểm và đánh giá chức năng sinh hoạt

Thang điểm Oswestry	Mức độ	Điểm quy đổi
0 – 8	Không hạn chế	0
9 – 16	Hạn chế ít	1
17 – 24	Hạn chế trung bình	2
≥ 25	Hạn chế nhiều	3

2.4.2.6. Đánh giá kết quả chung

Dựa vào tổng điểm quy đổi của 6 chỉ số: Chỉ số VAS, tầm vận động gập, tầm vận động duỗi, Schober, khoảng cách tay đất, chỉ số ODI , phân loại kết quả điều trị chung theo thang điểm Amor như sau:

$$\text{Phân loại} = \frac{|\text{Tổng điểm trước điều trị} - \text{Tổng điểm sau điều trị}|}{\text{Tổng điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

Phân loại	Kết quả điều trị
Tốt	Mức giảm lớn hơn 80% so với TĐT
Khá	Mức giảm lớn hơn 60% đến 80% so với TĐT
Trung bình	Mức giảm lớn hơn 40% đến 60% so với TĐT
Kém	Mức giảm nhỏ hơn hoặc bằng 40% so với TĐT

2.5. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Các khoa lâm sàng tại Bệnh viện Y dược cổ truyền Thanh Hóa.

- Thời gian thực hiện nghiên cứu: Từ 04/2025 đến 11/2025

2.6. Xử lý số liệu

Toàn bộ số liệu sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Tiến hành xác định trị số trung bình ($\bar{X}$) và độ lệch chuẩn (SD) cho các biến số định lượng.

Dùng kiểm định T-test để so sánh giá trị trung bình, sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh tỷ lệ của các nhóm. Sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê với $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

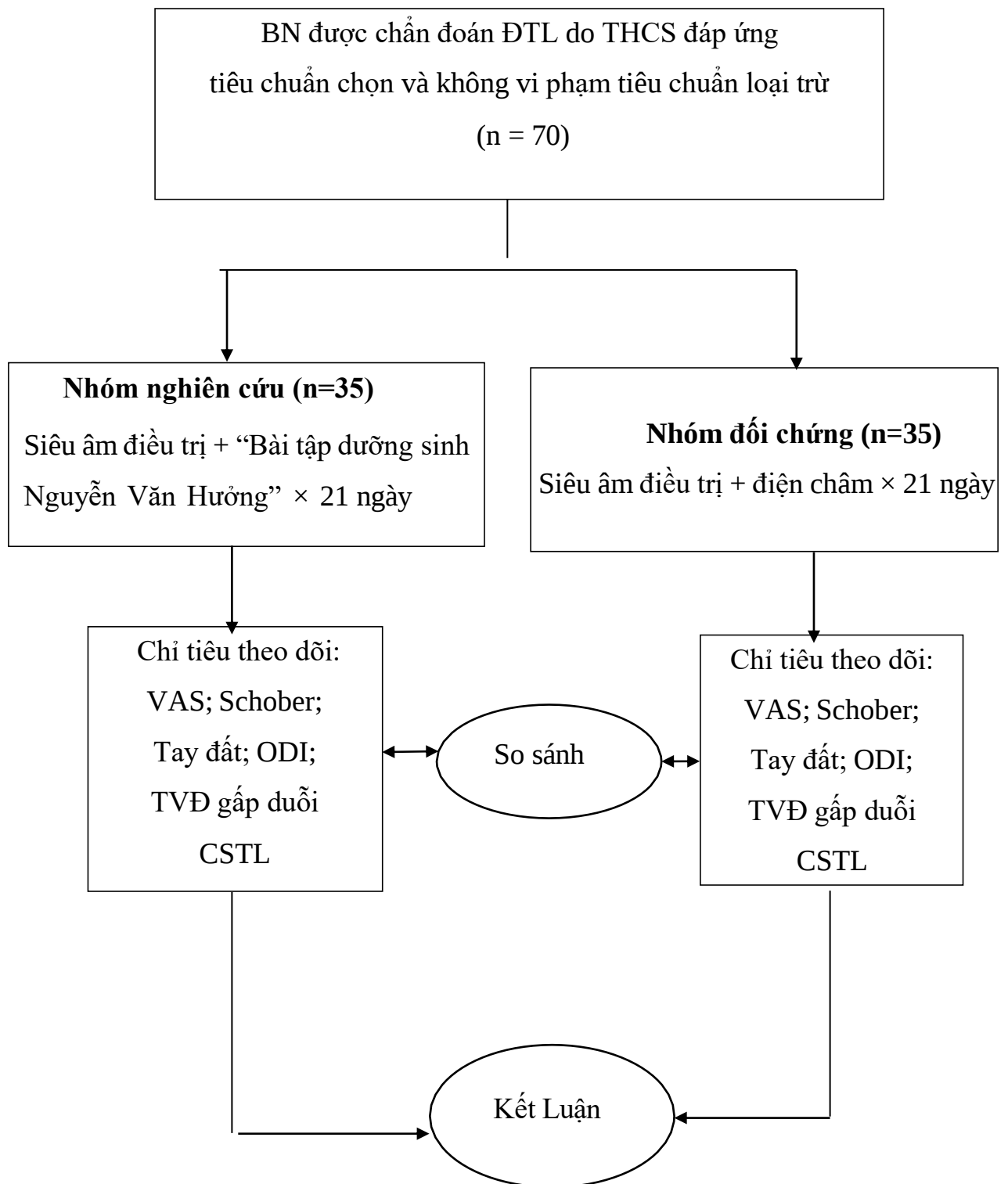
- Công trình nghiên cứu được thực hiện với mục đích cải thiện và nâng cao tình trạng sức khỏe cho người bệnh, không vì lý do thương mại hoặc mục đích nào khác.

- Quá trình nghiên cứu chỉ được triển khai sau khi được sự phê duyệt của Hội đồng bảo vệ đề cương, Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh thuộc Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam và được sự chấp thuận của Bệnh Viện YDCT Thanh Hoá.

- Toàn bộ bệnh nhân tham gia đều trên tinh thần tự nguyện sau khi đã được nhân viên y tế giải thích phác đồ và liệu trình điều trị rõ ràng.

- Việc ngưng nghiên cứu hoặc điều chỉnh phác đồ điều trị sẽ được tiến hành ngay lập tức nếu tình trạng sức khỏe của người bệnh bị suy giảm hoặc khi có yêu cầu chấm dứt sự tham gia.

2.8. Quy trình nghiên cứu



Hình 2.5. Sơ đồ tóm tắt thiết kế nghiên cứu.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

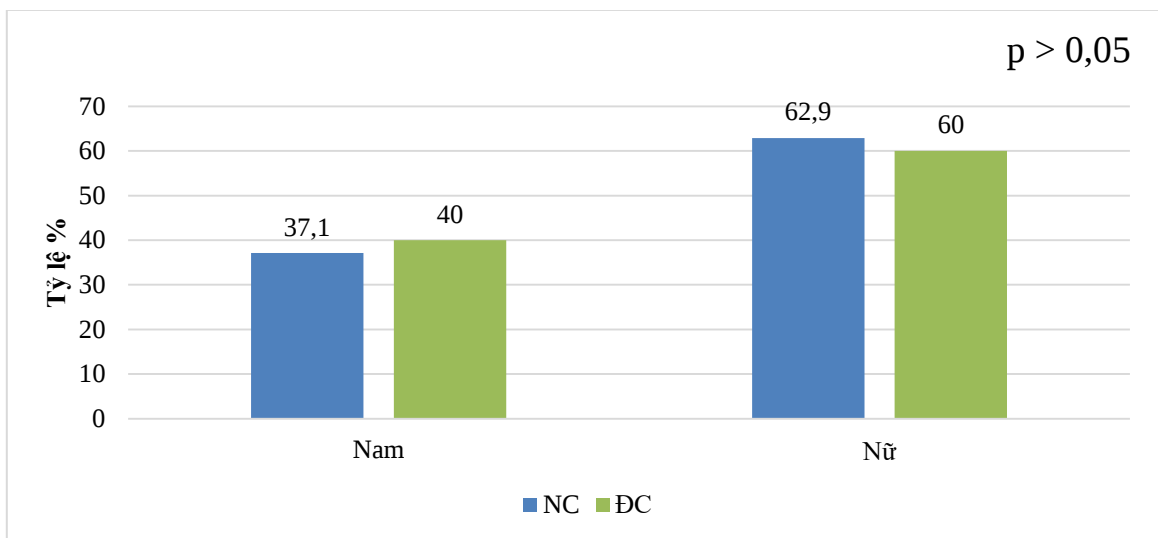
3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm Tuổi	NC (n=35)		ĐC (n=35)		Tổng (n=70)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
38 – 49	4	11,4	3	8,6	7	10
50 – 59	8	22,9	9	25,7	17	24,3
≥ 60	23	65,7	23	65,7	46	65,7
Tổng	35	100	35	100	70	100
($\bar{X} \pm SD$)	62,03± 8,65		64,97± 10,33		63,5± 9,58	
pNC-ĐC	> 0,05					

Nhận xét: Ở cả 2 nhóm, bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi ≥ 60 (chiếm 65,7% ở cả hai nhóm), nhóm tuổi 38 – 49 có tỷ lệ thấp nhất (chiếm 11,4% ở nhóm NC; 8,6% ở nhóm ĐC). Giữa hai nhóm sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

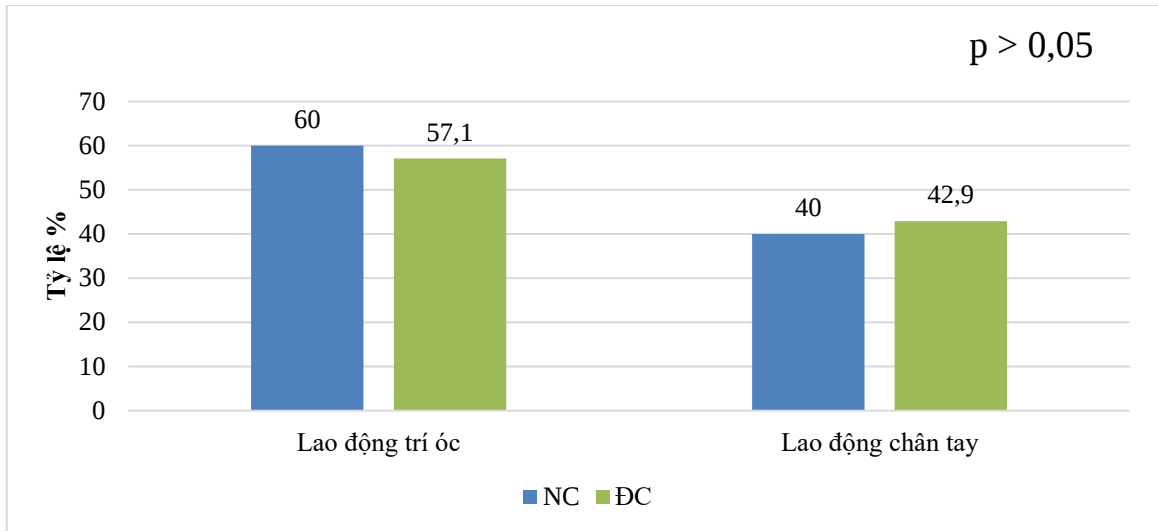
3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: Cả hai nhóm nghiên cứu đều có phần lớn bệnh nhân là nữ (chiếm 62,9% ở nhóm NC và 60% ở nhóm ĐC). Không có sự khác biệt về phân bố giới tính giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.1.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nhận xét: Đặc điểm phân bố nghề nghiệp cho thấy những người làm công việc trí óc có tỷ lệ cao hơn so với những người tham gia lao động chân tay ở cả hai nhóm nghiên cứu. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

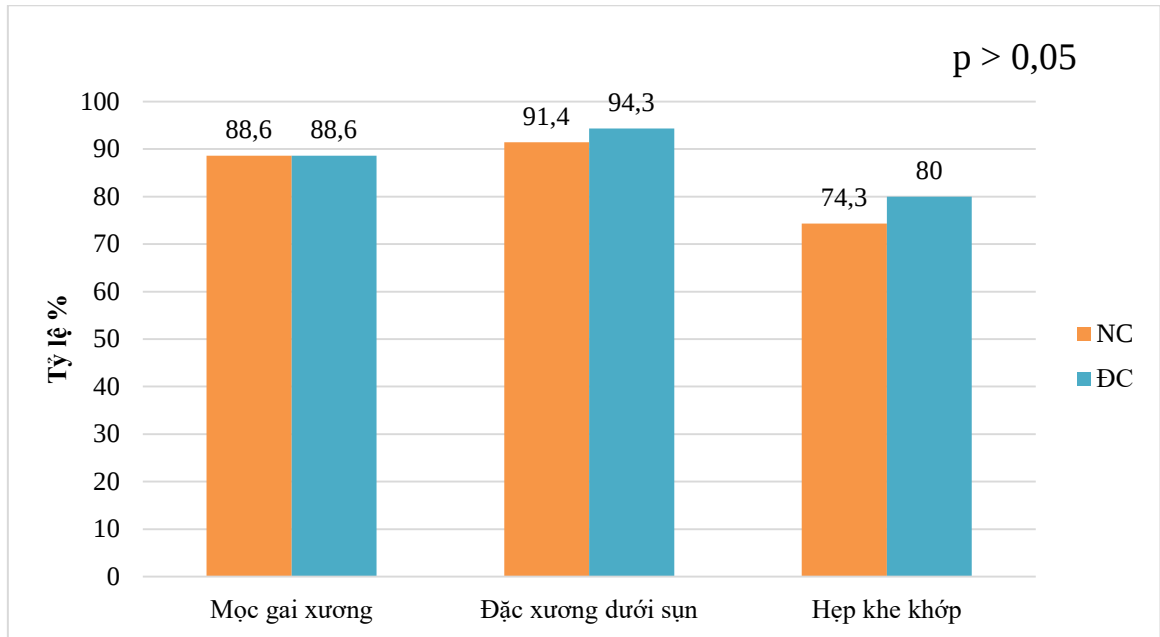
3.1.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.2. Phân bố theo thời gian mắc bệnh

Thời gian \ Nhóm	NC (n=35)		ĐC (n=35)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
< 1 tháng	7	20	6	17,2	>0,05
1 – 3 tháng	13	37,1	13	37,1	
> 3 tháng	15	42,9	16	45,7	
Tổng	35	100	35	100	

Nhận xét: Khoảng thời gian mắc bệnh trên 3 tháng được ghi nhận chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả nhóm NC và ĐC. Thấp nhất là nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng. Không có sự khác biệt với giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.1.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo hình ảnh X - quang



Biểu đồ 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo hình ảnh X – quang

Nhận xét: Ở cả hai nhóm đều cho thấy đặc xương dưới sụn là đặc điểm chẩn đoán có tần suất cao nhất ở cả hai nhóm (NC: 91,4%; ĐC: 94,3%). Trong khi đó hình ảnh hẹp khe khớp có tỷ lệ thấp nhất. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.1.6. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị

Bảng 3.3. Mức độ đau theo thang điểm VAS TĐT

Nhóm \ Mức độ	NC(n=35)		ĐC(n=35)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Đau nhẹ	0	0	0	0	> 0,05
Đau vừa	35	100	35	100	
Tổng	35	100	35	100	

Nhận xét: Mức độ đau vừa được ghi nhận là phổ biến nhất ở cả hai nhóm. Không ghi nhận trường hợp bệnh nhân nào có mức độ đau nhẹ. Mức độ đau trước điều trị của 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0.05$).

3.1.7. Phân loại tầm vận động CSTL trước điều trị

Bảng 3.4. Tầm vận động CSTL trước điều trị

Chỉ số \ Nhóm	NC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	ĐC (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)	p
Độ giãn cột sống (cm)	2,43 $\pm$ 0,24	2,47 $\pm$ 0,22	>0,05
Tay đất (cm)	29,11 $\pm$ 3,06	29,03 $\pm$ 3,13	>0,05
Gập (độ)	52,89 $\pm$ 4,98	52,97 $\pm$ 4,65	>0,05
Duỗi (độ)	17,37 $\pm$ 2,34	17,46 $\pm$ 2,34	>0,05

Nhận xét: Cả nhóm NC và ĐC đều hạn chế các tầm vận động: gập, duỗi, độ giãn CSTL và chỉ số tay đất. Không có sự khác biệt về tầm vận động CSTL, độ giãn CSTL theo chỉ số Schober và chỉ số tay đất trước điều trị giữa nhóm NC và nhóm ĐC với $p > 0,05$.

3.1.8. Chức năng sinh hoạt hàng ngày trước điều trị

Bảng 3.5. Phân loại chỉ số sinh hoạt hàng ngày (ODI)TĐT

Chức năng sinh hoạt \ Nhóm	NC (n=35)		ĐC (n=35)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Không hạn chế	0	0	0	0	>0,05
Hạn chế ít	0	0	0	0	
Hạn chế trung bình	33	94,3	33	94,3	
Hạn chế nhiều	2	5,7	2	5,7	
Tổng	35	100	35	100	
Điểm ODI ($\bar{X} \pm SD$)	21,69 $\pm$ 2,45		21,37 $\pm$ 2,6		>0,05

Nhận xét: Trước điều trị, người bệnh hạn chế ODI ở mức độ trung bình gặp nhiều nhất ở cả 2 nhóm với tỷ lệ 94,3%, không gặp hạn chế hoàn toàn. Giữa hai nhóm NC và ĐC không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Điểm trung bình hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở nhóm NC và ĐC lần lượt là 21,69 $\pm$ 2,45 (điểm), 21,37 $\pm$ 2,6 (điểm). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Hiệu quả điều trị

3.2.1. Kết quả giảm đau VAS

Bảng 3.6. Mức độ đau VAS sau 7 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm NC (n = 35)					Nhóm ĐC (n = 35)				
	D ₀		D ₇		P _(D0-D7)	D ₀		D ₇		P _(D0-D7)
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không đau	0	0	0	0	>0,05	0	0	0	0	>0,05
Đau nhẹ	0	0	2	5,7		0	0	2	5,7	
Đau vừa	35	100	33	94,3		35	100	33	94,3	
Đau nặng	0	0	0	0		0	0	0	0	
P _{7(NC-ĐC)}	> 0,05									

Nhận xét: Tại thời điểm D₀, 100% đối tượng nghiên cứu ở cả hai nhóm đều có phân loại ở mức độ đau vừa. Đến thời điểm D₇, tỷ lệ này giảm nhẹ xuống còn 94,3% ở cả nhóm NC và ĐC. Tỷ lệ đau nhẹ 2 nhóm tăng từ 0 lên 5,7%. Không ghi nhận trường hợp không đau. Sự thay đổi về phân bố mức độ đau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Mức độ đau VAS sau 14 ngày điều trị

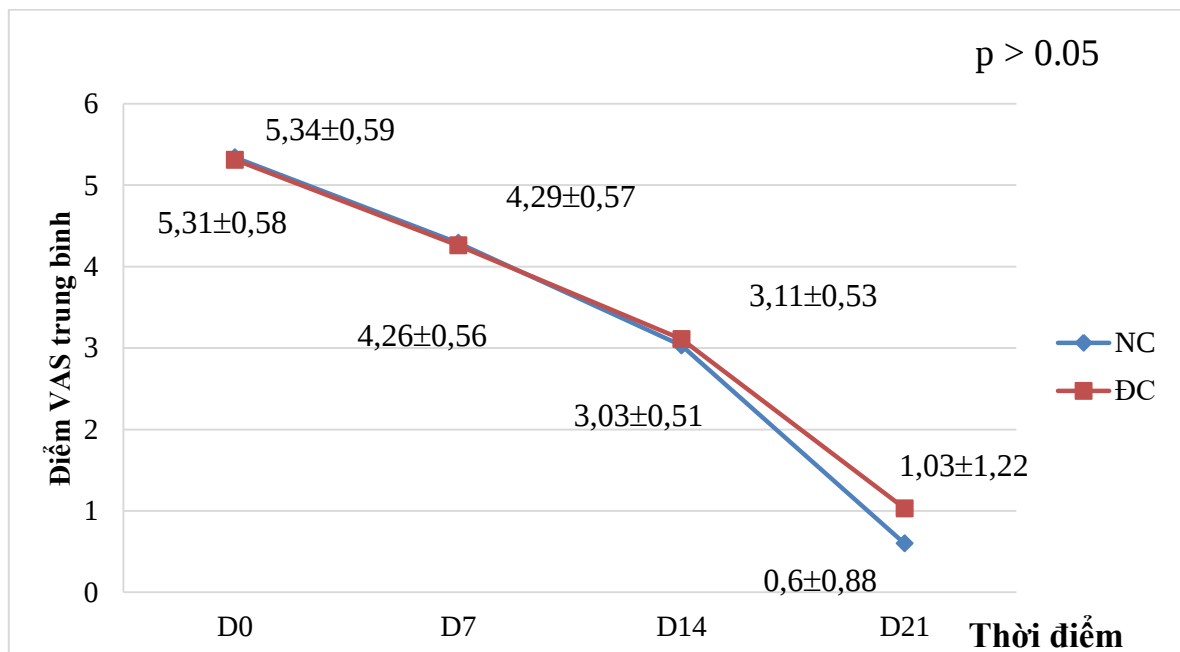
Nhóm Mức độ	Nhóm NC (n = 35)					Nhóm ĐC (n = 35)				
	D0		D14		P _(D0-D14)	D0		D14		P _(D0-D14)
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không đau	0	0	0	0	<0,05	0	0	0	0	<0,05
Đau nhẹ	0	0	31	88,6		0	0	28	80	
Đau vừa	35	100	4	11,4		35	100	7	20	
Đau nặng	0	0	0	0		0	0	0	0	
P _{14(NC-ĐC)}	> 0,05									

Nhận xét: Ở điểm D₁₄, mức độ đau vừa giảm đáng kể ghi nhận còn 11,4% ở nhóm NC, 20% ở nhóm ĐC. Tỷ lệ đau nhẹ tăng lên đến 88,6% ở nhóm NC, 80% ở nhóm ĐC. Chưa có bệnh nhân hết đau hoàn toàn. Sự thay đổi so với trước điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.8. Mức độ đau VAS sau 21 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm NC (n = 35)					Nhóm ĐC (n = 35)				
	D ₀		D ₂₁		P(D ₀ -D ₂₁)	D ₀		D ₂₁		P(D ₀ -D ₂₁)
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không đau	0	0	23	65,7	<0,05	0	0	19	54,3	<0,05
Đau nhẹ	0	0	12	34,3		0	0	16	45,7	
Đau vừa	35	100	0	0		35	100	0	0	
Đau nặng	0	0	0	0		0	0	0	0	
P ₂₁ (NC-ĐC)	> 0,05									

Nhận xét: Tại thời điểm D₂₁, không còn bệnh nhân nào ghi nhận ở mức độ đau vừa trong cả hai nhóm. Tỷ lệ bệnh nhân không đau từ 0 lên 65,7% ở nhóm NC, tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 54,3%. Mức độ đau nhẹ tăng lên 34,3% ở nhóm NC; 45,7% ở nhóm ĐC. Sự cải thiện so với trước điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

**Biểu đồ 3.4. Diễn biến mức độ đau theo VAS trong quá trình điều trị**

Nhận xét: Trước khi tiến hành điều trị, 100% người bệnh ở mức độ đau vừa trong cả 2 nhóm, nhóm NC $5,34 \pm 0,59$, nhóm ĐC $5,31 \pm 0,58$. Không có sự khác biệt về mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị giữa nhóm NC và nhóm ĐC ($p > 0,05$).

Điểm VAS trung bình ở cả hai nhóm tại thời điểm D_7 , D_{14} , D_{21} đều giảm so với trước điều trị, sau 7 ngày điều trị nhóm NC từ $5,34 \pm 0,59$ (điểm) giảm xuống $4,29 \pm 0,57$ (điểm), nhóm ĐC từ $5,31 \pm 0,58$ giảm xuống $4,26 \pm 0,56$ (điểm). Sau 14 ngày nhóm NC giảm xuống $3,03 \pm 0,51$ (điểm), nhóm ĐC giảm xuống $3,11 \pm 0,53$ (điểm). Sau 21 ngày điều trị nhóm NC giảm xuống $0,6 \pm 0,88$ (điểm), nhóm ĐC giảm xuống $1,03 \pm 1,22$ (điểm). Mặc dù hiệu quả giảm đau ở nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.2. Kết quả điều trị theo sự cải thiện tâm vận động CSTL

Bảng 3.9. Thay đổi trung bình độ giãn CSTL tại các thời điểm

Thời điểm nghiên cứu \ Nhóm	Độ giãn CSTL trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		P NC - ĐC
	NC (n=35)	ĐC (n=35)	
D_0	$2,43 \pm 0,24$	$2,47 \pm 0,22$	$>0,05$
D_7	$2,54 \pm 0,25$	$2,54 \pm 0,19$	$>0,05$
D_{14}	$2,96 \pm 0,23$	$2,88 \pm 0,35$	$>0,05$
D_{21}	$4,1 \pm 0,46$	$4,06 \pm 0,39$	$>0,05$
$P(D_0 - D_7)$	$>0,05$	$>0,05$	
$P(D_0 - D_{14})$	$<0,05$	$<0,05$	
$P(D_0 - D_{21})$	$<0,05$	$<0,05$	

Nhận xét: Độ giãn CSTL trung bình ở cả 2 nhóm đều có cải thiện sau 7 ngày can thiệp điều trị nhưng chưa có nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bắt đầu từ 14 ngày điều trị trở đi sự khác biệt mới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 21 ngày điều trị độ giãn CSTL trung bình nhóm NC tăng lên $4,1 \pm 0,46(\text{cm})$, nhóm ĐC $4,06 \pm 0,39(\text{cm})$. Tuy nhiên giữa nhóm NC và ĐC chưa có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Bảng 3.10. Thay đổi trung bình khoảng cách tay đất tại các thời điểm

Thời điểm nghiên cứu \ Nhóm	Khoảng cách tay đất trung bình ($\bar{X} \pm \text{SD}$)		$P_{\text{NC} - \text{ĐC}}$
	NC (n=35)	ĐC (n=35)	
D_0	$29,11 \pm 3,07$	$29,03 \pm 3,14$	$>0,05$
D_7	$27,86 \pm 2,19$	$27,83 \pm 2,01$	$>0,05$
D_{14}	$22,83 \pm 2,02$	$23,06 \pm 2,25$	$>0,05$
D_{21}	$11,74 \pm 3,11$	$12,77 \pm 3,84$	$>0,05$
$P_{(D_0 - D_7)}$	$>0,05$	$>0,05$	
$P_{(D_0 - D_{14})}$	$<0,05$	$<0,05$	
$P_{(D_0 - D_{21})}$	$<0,05$	$<0,05$	

Nhận xét: Tại thời điểm ban đầu (D_0) khoảng cách tay đất trung bình của hai nhóm là $29,11 \pm 3,07$ và $29,03 \pm 3,14$. Hai nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Ở thời điểm 14 ngày và 21 ngày, khoảng cách tay đất ở cả 2 nhóm giảm xuống so với trước điều trị một cách rõ rệt ($p < 0,05$).

Ở các thời điểm đánh giá, nhóm nghiên cứu đều có khoảng cách tay đất trung bình thấp hơn so với nhóm chứng, nghĩa là khả năng cúi được cải thiện nhiều hơn. Mặc dù vậy sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.11. Thay đổi trung bình tầm vận động gấp cột sống tại các thời điểm

Thời điểm nghiên cứu \ Nhóm	Tầm vận động gấp trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		P _{NC - ĐC}
	NC (n=35)	ĐC (n=35)	
D ₀	52,89±4,98	52,97±4,65	>0,05
D ₇	55,03±3,77	55,06±3,82	>0,05
D ₁₄	63,09±3,83	62,51±3,41	>0,05
D ₂₁	72,43±3,39	71,57±3,45	>0,05
P(D ₀ - D ₇)	>0,05	>0,05	
P(D ₀ - D ₁₄)	<0,05	<0,05	
P(D ₀ - D ₂₁)	<0,05	<0,05	

Nhận xét: Chỉ số tầm vận động gấp được ghi nhận tiến triển tăng dần, liên tục qua các thời điểm đánh giá 7, 14, 21 ngày. Bắt đầu từ ngày thứ 14 sự cải thiện ở mỗi nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mặc dù nhóm NC có sự cải thiện tầm tốt hơn, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.12. Thay đổi trung bình tầm vận động duỗi cột sống tại các thời điểm

Thời điểm nghiên cứu \ Nhóm	Tầm vận động duỗi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		P _{NC - ĐC}
	NC (n=35)	ĐC (n=35)	
D ₀	17,37±2,34	17,46±2,34	>0,05
D ₇	18,46±2,03	18,49±2,11	>0,05
D ₁₄	23,03±2,63	22,14±2,09	>0,05
D ₂₁	26,8±2,07	25,94±2,03	>0,05
P(D ₀ - D ₇)	> 0,05	> 0,05	
P(D ₀ - D ₁₄)	< 0,05	< 0,05	
P(D ₀ - D ₂₁)	< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Theo ghi nhận tầm vận động đuôi ở nhóm NC và ĐC có cải thiện tăng dần qua tất cả các mốc thời gian theo dõi trong suốt quá trình điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở ngày thứ 14, 21 với $p < 0,05$; nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt.

3.2.3. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Bảng 3.13. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau 7 ngày điều trị

Nhóm \ Mức độ	Nhóm NC (n = 35)					Nhóm ĐC (n = 35)				
	D ₀		D ₇		P _(D0-D7)	D ₀		D ₇		P _(D0-D7)
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không hạn chế	0	0	0	0	>0,05	0	0	0	0	>0,05
Hạn chế ít	0	0	3	8,6		0	0	1	2,9	
Hạn chế trung bình	33	94,3	31	88,6		33	94,3	34	97,1	
Hạn chế nhiều	2	5,7	1	2,9		2	5,7	0	0	
P _{7(NC-ĐC)}	> 0,05									

Nhận xét: Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở cả hai nhóm tại thời điểm D₇ đều giảm so với thời điểm ban đầu (D₀). Sự khác biệt ở từng nhóm tại các thời điểm đánh giá không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.14. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau 14 ngày điều trị

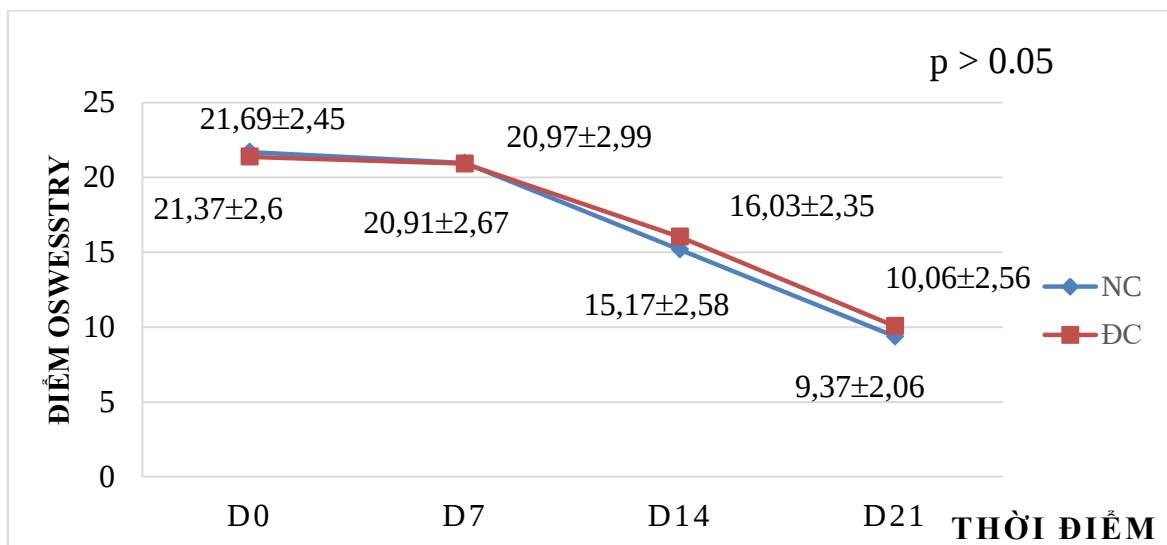
Nhóm	Nhóm NC (n = 35)					Nhóm ĐC (n = 35)				
	D ₀		D ₁₄		P _(D0-D14)	D ₀		D ₁₄		P _(D0-D14)
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không hạn chế	0	0	0	0	<0,05	0	0	0	0	<0,05
Hạn chế ít	0	0	20	57,1		0	0	13	37,1	
Hạn chế trung bình	33	94.3	15	42,9		33	94.3	22	62,9	
Hạn chế nhiều	2	5.7	0	0		2	5.7	0	0	
P _{14(NC-ĐC)}	> 0,05									

Nhận xét: Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở cả hai nhóm tại thời điểm D_{14} đều giảm so với trước điều trị. Ở mỗi nhóm sự cải thiện tại ngày thứ 14 và bắt đầu có sự khác biệt với $p < 0,05$.

Bảng 3.15. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau 21 ngày điều trị

Mức độ \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)					Nhóm ĐC (n = 35)				
	D ₀		D21		P(D0-D21)	D ₀		D21		P(D0-D21)
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không hạn chế	0	0	20	57,1	<0,05	0	0	18	51,4	<0,05
Hạn chế ít	0	0	15	42,9		0	0	17	48,6	
Hạn chế trung bình	33	94,3	0	0		33	94,3	0	0	
Hạn chế nhiều	2	5,7	0	0		2	5,7	0	0	
P _{D21(NC-ĐC)}	> 0,05									

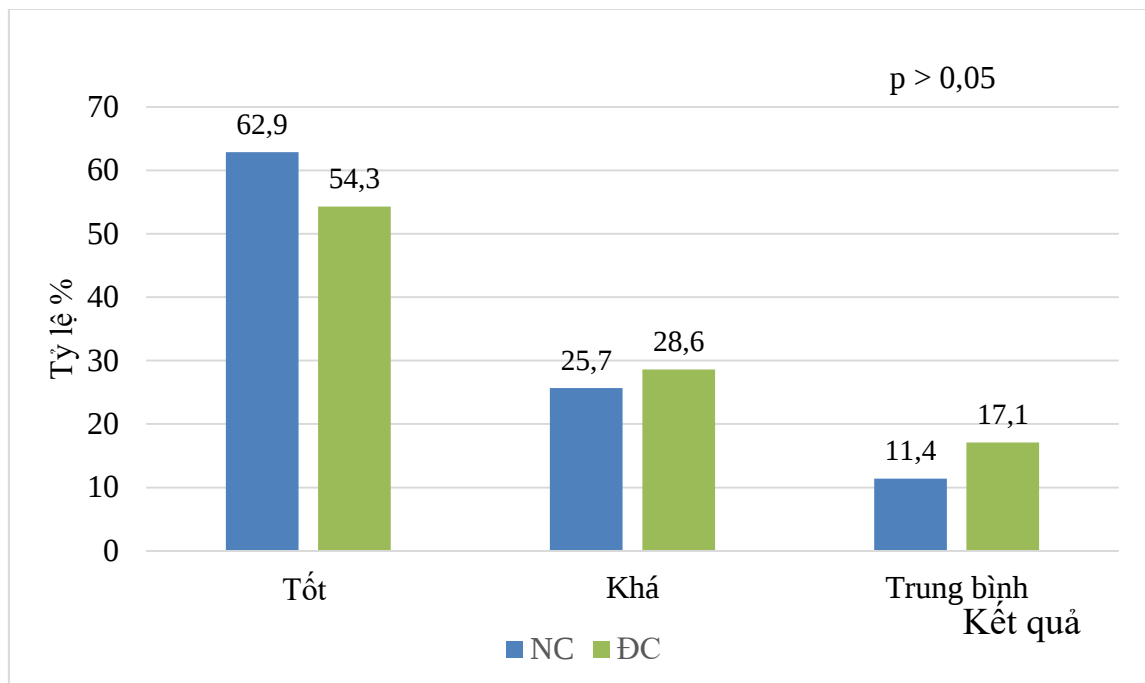
Nhận xét: Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở cả hai nhóm tại thời điểm D_{21} đều giảm so với trước điều trị, bệnh nhân không hạn chế chức năng sinh hoạt tăng lên 57,1% ở nhóm NC, 51,4% ở nhóm chứng. Sự thay đổi ở mỗi nhóm so với trước điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi điểm ODI trung bình trong quá trình điều trị

Nhận xét: Thời điểm trước điều trị (D_0) điểm ODI trung bình của hai nhóm là $21,69 \pm 2,45$ và $21,37 \pm 2,6$ (điểm), không có sự khác biệt với $p > 0,05$; Ở các thời điểm đánh giá, nhóm nghiên cứu đều có điểm Oswestry trung bình thấp hơn so với nhóm chứng, nghĩa là chức năng cột sống thắt lưng được cải thiện nhiều hơn. Tuy nhiên sau 21 ngày điều trị sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

3.2.4. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.6. Kết quả điều trị chung

Nhận xét: Sau 21 ngày can thiệp điều trị, cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm NC là 62,9%, cao hơn so với nhóm chứng khi đạt 54,3% tốt; Mức khá ở nhóm NC và ĐC lần lượt có tỷ lệ là 25,7% và 28,6%; Nhóm NC có 11,4% bệnh nhân ở mức trung bình thấp hơn mức 17,1% của nhóm ĐC. Mặc dù kết quả tổng thể của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.5. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp

Bảng 3.16. Tác dụng không mong muốn của phương pháp nghiên cứu

Triệu chứng	Ngày xuất hiện	Xử trí	Sau xử trí
Mệt mỏi	Không	Không	Không
Hoa mắt chóng mặt	Không	Không	Không
Đau mỗi cơ	Không	Không	Không
Bỏng	Không	Không	Không
Choáng	Không	Không	Không
Điện giật	Không	Không	Không
Chảy máu	Không	Không	Không
Vụng châm	Không	Không	Không
Nhiễm trùng tại chỗ	Không	Không	Không
Khác	Không	Không	Không

Nhận xét: Trong toàn bộ thời gian nghiên cứu, hoàn toàn không ghi nhận bất kỳ sự xuất hiện của bất kỳ tác dụng không mong muốn nào liên quan đến phương pháp điều trị can thiệp.

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

Bảng 3.17. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị chung

Kết quả \ Nhóm tuổi		< 60		≥ 60		OR	p
		n	%	n	%		
Nhóm NC (n=35)	Tốt	9	75	13	56,5	2,3	>0,05
	Trung bình + Khá	3	25	10	43,5		
Tổng		12	100	23	100		

Nhận xét: Sự phân bố của các mức kết quả (Tốt, khá, trung bình) được phân bố đồng đều ở cả hai nhóm tuổi với $p > 0,05$. Dù vậy, người bệnh tuổi < 60 khả năng đáp ứng điều trị tốt gấp 2,3 lần so với bệnh nhân tuổi ≥ 60 .

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

Kết quả \ Giới		Nam		Nữ		OR	p
		n	%	n	%		
Nhóm NC (n=35)	Tốt	6	46,2	16	72,7	0,3	>0,05
	Trung bình + Khá	7	53,8	6	27,3		
Tổng		12	100	23	100		

Nhận xét: Kết quả điều trị tổng thể (Tốt, khá, trung bình) được phân bố cân bằng ở cả hai giới tính ($p > 0,05$). Không có mối liên hệ nào được tìm thấy giữa giới tính và kết quả điều trị.

Bảng 3.19. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị chung

Kết quả \ Nhóm thời gian		≤ 3 tháng		> 3 tháng		OR	p
		n	%	n	%		
Nhóm NC (n=35)	Tốt	14	70	8	53,3	2,0	>0,05
	Trung bình + Khá	6	30	7	46,7		
Tổng		20	100	15	100		

Nhận xét: Từ dữ liệu bảng cho thấy người bệnh nếu có thời gian mắc bệnh từ 3 tháng trở xuống thì khả năng đáp ứng điều trị tốt gấp 2,0 lần so với thời gian trên 3 tháng. Tuy nhiên chưa khẳng định bất kỳ mối liên hệ nào giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị tổng thể.

Bảng 3.20. Liên quan giữa mức độ gấp và kết quả điều trị chung

Kết quả \ Mức độ		Hạn chế vừa		Hạn chế nhiều		OR	p
		n	%	n	%		
Nhóm NC (n=35)	Tốt	20	60,6	2	100	Vô định	>0,05
	Trung bình + Khá	13	39,4	0	0		
Tổng		33	100	2	100		

Nhận xét: Từ số liệu trong bảng, cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa hai nhóm mức độ hạn chế gấp.

Bảng 3.21. Liên quan giữa mức độ hạn chế chế sinh hoạt hàng ngày (ODI) và kết quả điều trị chung

Kết quả \ Mức độ		Hạn chế vừa		Hạn chế nhiều		OR	p
		n	%	n	%		
Nhóm NC (n=35)	Tốt	21	63,6	1	50	1,75	>0,05
	Trung bình + Khá	12	36,4	1	50		
Tổng		33	100	2	100		

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy không có bằng chứng thống kê về mối liên quan giữa mức độ hạn chế sinh hoạt với kết quả điều trị chung.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Đau thắt lưng là bệnh lý bắt đầu thường từ 30-50 tuổi. Kết quả nghiên cứu theo bảng 3.1 ở cả 2 nhóm, bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi ≥ 60 (chiếm 65,7% ở cả hai nhóm), nhóm tuổi 38 – 49 có tỷ lệ thấp nhất (chiếm 11,4% ở nhóm NC; 8,6% ở nhóm ĐC). Độ tuổi trung bình của hai nhóm lần lượt là $62,03 \pm 8,65$ ở nhóm NC và $64,97 \pm 10,33$ ở nhóm ĐC.

Phân tích thống kê đã xác nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ($p > 0,05$). Kết quả này khẳng định tính tương đồng về độ tuổi giữa hai quần thể nghiên cứu.

Kết quả công trình này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích Hằng năm 2023[55]; Lương Xuân Huân năm 2022 các bệnh nhân ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao[47].

Thoái hoá cột sống là một quá trình bệnh lý bao gồm nhiều yếu tố bắt nguồn từ gánh nặng cơ học vượt ngưỡng và tải trọng tác động liên tục kéo dài qua nhiều năm, gây ra sự tổn thương và hao mòn sụn khớp, đĩa đệm bị mất đi tính đàn hồi tự nhiên, các dây chằng bao khớp xung quanh trở nên xơ cứng và kém linh hoạt. Các tổn thương tích lũy dẫn đến xuất hiện các triệu chứng và biến chứng trong thoái hoá cột sống[3]. Theo y học cổ truyền người tuổi cao khí huyết hư suy, chính khí suy yếu cùng với tẩu lý sơ hờ tạo điều kiện cho ngoại tà xâm nhập vào cơ thể từ đó gây ra tình trạng bế tắc kinh khí ở hai đường kinh quan trọng là Bàng quang và Đờm, đây chính là nguyên nhân trực tiếp gây ra bệnh.

4.1.2. Đặc điểm về Giới tính

Dựa trên bảng và biểu đồ 3.1 ta thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam chiếm 62,9% ở nhóm NC và 60% ở nhóm ĐC. Không có sự khác biệt về giới giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Quang Ngọc Khuê năm 2020[42].

Trong nghiên cứu này bệnh nhân nữ thoái hoá cột sống thắt lưng chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới nguyên nhân có thể do độ tuổi trung bình trong nghiên cứu cao 63.5 ± 9.58 (tuổi); Các đối tượng phụ nữ ở lứa tuổi này đặc trưng bởi sự thay đổi nội tiết tố, liên quan trực tiếp đến tiến trình tiền mãn kinh và mãn kinh gây ra, mà trong đó hormone Estrogen đóng vai trò hết sức quan trọng với xương, giúp ức chế quá trình tiêu xương, kích thích quá trình tạo xương từ đó giúp duy trì mật độ xương, nên khi bị rối loạn sẽ tăng nguy cơ loãng xương làm nặng lên quá trình thoái hoá. Với vai trò của người phụ nữ trong xã hội hiện nay, họ thường phải đối mặt với công việc đòi hỏi sức lực ngoài xã hội và trách nhiệm nội trợ, hệ quả là hầu hết có xu hướng chỉ đến khám và điều trị khi các triệu chứng của bệnh đã gây hạn chế đáng kể trong các hoạt động hằng ngày. Đồng thời, với sự thay đổi về quan niệm tư duy, người phụ nữ trong xã hội được quan tâm nhiều hơn, vì thế họ bắt đầu chú ý tới vấn đề sức khoẻ của bản thân hơn.

Ngoài ra, giới nữ có thể nhạy cảm về đau hơn so với nam nên nữ sẽ đi khám bệnh sớm hơn và thường xuyên hơn so với nam giới.

4.1.3. Đặc điểm lao động

Đặc trưng về nghề nghiệp trong nghiên cứu này được phân thành hai loại: Lao động nặng và lao động nhẹ theo phân loại lao động của Bộ lao động thương binh và Xã hội[50] và Quyết định Thủ tướng Chính phủ năm 2020 về Danh mục nghề nghiệp Việt Nam[49]. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy ở cả hai nhóm, tỷ lệ lao động trí óc đều cao hơn lao động chân tay. Nhóm NC, lao động trí óc là 60%, lao động chân tay chiếm tỷ lệ 40%, tỷ lệ này lần

lượt ở nhóm ĐC là 57,1% và 42,9%. Đặc điểm nghề nghiệp giữa hai nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Dữ liệu phân tích này tương ứng với ghi nhận trong nghiên cứu của Lê Đình Việt (2019)[56] lao động chân tay chiếm 48,3%, lao động trí óc chiếm 51,7%.

Đối với lao động chân tay, cơ thể phải làm việc trong môi trường sử dụng sức lực, thân thể thường xuyên mang vác hoặc chịu trọng tải quá mức so với khả năng, thực hiện các động tác vượt qua giới hạn vận động sinh lý, duy trì một tư thế làm việc trong một khoảng thời gian dài dẫn đến sự co rút và căng cứng các tổ chức phần mềm xung quanh khớp thuận lợi cho việc phát sinh tổn thương cơ học, sự nuôi dưỡng của đĩa đệm cột sống bị cản trở là yếu tố thúc đẩy nhanh quá trình thoái hoá. Tuy nhiên, việc lao động trí óc nhưng với công việc gò bó, sai tư thế trong một thời gian dài cũng sẽ tạo ra những vi chấn thương là yếu tố đẩy nhanh quá trình thoái hoá. Kèm theo cũng có một lý do nữa làm tỷ lệ lao động trí óc trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn là do nhóm bệnh nhân này có điều kiện để đi khám chữa bệnh hơn nhóm lao động chân tay, để đánh giá sâu hơn cần những nghiên cứu cụ thể về vấn đề này.

4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Khoảng thời gian mắc bệnh được xác định từ khi khởi phát các triệu chứng lâm sàng cho đến khi bệnh nhân đến viện khám và điều trị. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có thời gian đau trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (NC: 42,9%; ĐC: 45,7%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Quý (48,6% ở nhóm nghiên cứu và 55,7% ở nhóm chứng)[57].

Nguyên nhân có thể lí giải do nghiên cứu được tiến hành tại một cơ sở y tế tuyến tỉnh nên đa phần người bệnh đã có một thời gian điều trị tại các cơ sở y tế tuyến dưới rồi mới lên tuyến trên, hoặc sau một đợt điều trị bằng thuốc y học hiện đại trong thời gian dài nhưng không đạt kết quả điều trị như mong

muốn. Đồng thời bệnh đau thắt lưng thường hay tái phát, và lúc đầu người bệnh mức độ đau nhẹ, chưa làm cản trở đến khả năng vận động và chất lượng sinh hoạt vẫn được bảo tồn nên bệnh nhân thường hay tự điều trị, đến khi bệnh tái phát nhiều lần hoặc đau nhiều ảnh hưởng đến lao động và chức năng sinh hoạt mới đến bệnh viện khám và điều trị. Vì thế, thời gian mắc thường kéo dài. Do vậy, thời gian đau trên 3 tháng của bệnh nhân trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả về thời gian mắc bệnh của chúng tôi cũng cho thấy sự tương đồng giữa nhóm NC và ĐC với $p > 0,05$.

4.1.5. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

- Theo thang điểm VAS trước điều trị

Đau là biểu hiện lâm sàng thường xuất hiện trong đau lưng và là nguyên nhân khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm ban đầu (D_0), mức độ đau của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng chỉ phân bố ở mức độ đau vừa ($3 < VAS \leq 6$ điểm) chiếm 100%. Không có mức độ đau nhẹ và đau nặng. Điểm đau trung bình nhóm NC, ĐC lần lượt là $5,34 \pm 0,59$ (điểm); $5,31 \pm 0,58$ (điểm). Sự khác biệt về điểm đau VAS và tỷ lệ phân bố bệnh nhân ở các mức độ đau giữa nhóm NC và ĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Quang Ngọc Khuê trung bình điểm đau VAS của nhóm NC là $5,01 \pm 2,24$ (điểm), nhóm ĐC là $4,89 \pm 2,03$ (điểm)[42]; Trong nghiên cứu Nguyễn Thị Định đã ghi nhận mức độ đau được xác định theo thang điểm VAS tại thời điểm đánh giá ban đầu là $5,80 \pm 1,40$ (điểm)[58].

Đau lưng do thoái hoá cột sống thắt lưng, các triệu chứng lâm sàng nhiều khi không điển hình như các bệnh lý cấp tính. Nhiều trường hợp, người bệnh chỉ xuất hiện biểu hiện lâm sàng nhẹ, thoáng qua nên thường có xu hướng chủ quan bỏ qua. Hầu hết chỉ tìm đến cơ sở y tế để khám và điều trị khi tình trạng bệnh lý đã gây ảnh hưởng rõ rệt đến công việc và các chức năng sinh hoạt

thường nhật. Đây là nguyên nhân khiến tỷ lệ bệnh nhân có mức độ đau vừa chiếm tỷ lệ cao.

- Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng trước điều trị

Trước điều trị, 100% BN trong nghiên cứu đều có hạn chế vận động: gấp, duỗi. Chỉ số tầm vận động CSTL được ghi nhận là tương đồng giữa hai nhóm,

sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Khi đau và co cứng cơ nhiều sẽ làm hạn chế tầm vận động của cột sống thắt lưng. Mức độ hạn chế ROM có sự tương quan chặt chẽ với cường độ đau và tình trạng co cứng cơ. Do đó bên cạnh mức độ giảm đau thì sự cải thiện tầm vận động cột sống cũng được coi là một chỉ số đánh giá quan trọng để xác định hiệu quả quá trình trị liệu.

- Mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày trước điều trị

Trước điều trị, 100% người bệnh tập trung ở mức độ hạn chế trung bình. Điểm trung bình theo bộ câu hỏi ODI là $21,69 \pm 2,45$ (điểm) ở nhóm NC, $21,37 \pm 2,6$ (điểm) ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Nhận xét chung về đặc điểm nghiên cứu trước điều trị

Dựa vào các kết quả ghi nhận ở trên cả hai nhóm không có sự khác biệt về độ tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, mức độ bệnh ở thời điểm ban đầu (D_0) với $p > 0,05$. Qua đó cho thấy sự tương đồng giữa 2 nhóm về các chỉ tiêu theo dõi trước điều trị. Tính tương đồng này cho phép việc so sánh kết quả điều trị giữa nhóm NC và ĐC được thực hiện một cách khách quan, chính xác và giảm thiểu sai số hơn.

4.1.6. Đặc điểm X-Quang trước điều trị

Trên phim chụp X-Quang, quá trình thoái hoá CSTL có biểu hiện điển hình bằng các tổn thương cấu trúc như hẹp khe khớp, gai xương, đặc xương dưới sụn rồi dẫn tới biến dạng cột sống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở cả hai nhóm NC và ĐC, hình ảnh đặc xương dưới sụn chiếm tỷ lệ cao nhất. Hẹp khe khớp có tỷ lệ thấp nhất. Kết quả phân tích cho thấy giữa hai nhóm sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Các đặc điểm X- Quang được thu thập trong nghiên cứu này đã khẳng định tính phù hợp với cơ chế bệnh sinh của thoái hoá cột sống thắt lưng mà bắt đầu là sự hư đĩa đệm, sau đó tổn thương lan rộng đến tổ chức sụn và cuối cùng làm thay đổi cấu trúc nghiêm trọng tại xương đốt sống.

4.2. Bàn luận về tác dụng của bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp với siêu âm trị liệu điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống trên lâm sàng

4.2.1. Sự thay đổi điểm đau VAS

Đau là cơ chế bảo vệ của cơ thể. Cảm giác khó chịu này báo hiệu xuất hiện tổn thương tại một vị trí nào đó, từ đó kích hoạt một phản ứng nhằm loại trừ tác nhân gây ra đau. Đau lưng do thoái hoá CSTL thường có tính chất cơ học và biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau. Thoái hoá CSTL thường gây ra ĐTL mạn tính chủ yếu do biến đổi cấu trúc tại đốt sống như sự hình thành các gai xương, phì đại mỏm khớp, sự lỏng lẻo của hệ thống dây chằng...hoặc tình trạng thoái hoá nghiêm trọng của đĩa đệm, biến đổi về mặt sinh học và cơ học, đĩa đệm bị lồi ra kích thích các nhánh thần kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi việc đánh giá cảm giác đau chủ quan của người bệnh sử dụng thước đo theo thang điểm VAS có chia vạch từ 0 đến 10 điểm của hãng Astra-Zeneca. Đây là phương pháp sử dụng trong rất nhiều nghiên cứu trước đây đồng thời vừa đơn giản vừa dễ thực hiện.

Tất cả bệnh nhân (100%) ở hai nhóm đều có mức độ đau vừa tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu. Sau 7 ngày, tỷ lệ đau vừa có xu hướng giảm nhẹ (94,3% ở mỗi nhóm). Mức độ đau nhẹ tăng lên 5,7% ở nhóm NC và nhóm ĐC. Chưa có bệnh nhân nào đạt mức không đau. Sự thay đổi về mức độ đau sau 7 ngày không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Tại thời điểm D_7 ở cả hai nhóm điểm VAS trung bình đều giảm so với trước điều trị với $p < 0,05$ (NC từ $5,34 \pm 0,59$ xuống $4,29 \pm 0,57$ (điểm), ĐC từ $5,31 \pm 0,58$ xuống $4,26 \pm 0,56$ (điểm)). Dù nhóm NC có chiều hướng tốt hơn về hiệu quả giảm đau, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả trên cho thấy, sau 7 ngày, có sự dịch chuyển đáng kể về điểm VAS trung bình ở cả hai nhóm bệnh nhân tuy nhiên chưa có sự chuyển dịch rõ về phân loại mức độ đau ($p > 0,05$). Chúng tôi cho rằng có kết quả này bởi vì trong nghiên cứu mức độ đau vừa có điểm VAS trong khoảng ≥ 3 và < 6 là khoảng điểm rộng để thay đổi, trong khi điểm VAS chỉ chia làm 10 khoảng và 4 mức độ.

Ghi nhận tại D_{14} , người bệnh ở mức độ đau vừa giảm mạnh chỉ còn 11,4% ở nhóm NC và 20% ở nhóm chứng. Đồng thời người bệnh ở mức độ đau nhẹ tăng đáng kể chiếm 88,6% ở nhóm NC, 80% ở nhóm chứng. Tuy nhiên chưa có trường hợp nào ở trạng thái thuyên giảm đau hoàn toàn. Tại thời điểm 14 ngày điều trị, sự thay đổi mức độ đau ở mỗi nhóm bắt đầu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm VAS trung bình nhóm NC giảm còn $3,03 \pm 0,51$ (điểm), nhóm ĐC giảm còn $3,11 \pm 0,53$ (điểm). Hiệu quả giảm đau của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Dựa trên dữ liệu bảng 3.8 cho thấy, sau 21 ngày can thiệp cho thấy sự cải thiện đáng kể về mức độ đau ở cả hai nhóm: Không còn người bệnh mức độ đau vừa, Số lượng bệnh nhân ở mức độ đau nhẹ chiếm 34,3% ở nhóm NC, 45,7% ở nhóm ĐC; Tỷ lệ bệnh nhân không đau tăng vọt từ 0 tăng lên 65,7% ở nhóm NC; 54,3% ở nhóm ĐC. Sự chuyển biến về mức độ đau so với trước điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. VAS trung bình ở cả hai nhóm tại D_{21} giảm rõ rệt so với trước điều trị với $p < 0,05$ (NC giảm xuống $0,6 \pm 0,88$ (điểm), ĐC giảm xuống $1,03 \pm 1,22$ (điểm)).

Kết quả chỉ ra rằng nhóm NC đạt được mức độ giảm đau khả quan hơn nhóm ĐC, nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy, kết quả giảm đau trong nghiên cứu này tương đương so với nghiên cứu của Quang Ngọc Khuê[42]

Cả hai nhóm đều có sự thay đổi một cách tích cực về triệu chứng đau trong suốt quá trình điều trị thông qua các dữ liệu đã được ghi nhận tại các thời điểm 7, 14, 21 ngày.

Hiệu quả giảm đau của cả hai nhóm trước hết là do tác dụng giảm đau của siêu âm trị liệu. Do khi sử dụng phương pháp siêu âm tác động đến cơ thể thông qua các thụ thể thần kinh cảm giác, đồng thời tác dụng cơ học của siêu âm tạo ra một hiệu ứng xoa bóp vi mô hay còn gọi là xoa bóp nội tế bào làm điều biến tín hiệu đau, giúp giảm đau. Ngoài ra cũng có tác dụng tăng tuần hoàn, giãn cơ dẫn tới giảm đau cho bệnh nhân.

Bên cạnh tác dụng của siêu âm trị liệu, trong nghiên cứu nhóm đối chứng sử dụng kết hợp với phương pháp điện châm mà theo quan niệm của YHCT triệu chứng đau là do tình trạng kinh lạc bị bế tắc dẫn đến sự ngưng trệ trong lưu thông khí huyết. Mà “Thông bất thống, thống bất thông” chính là nền tảng giải thích triệu chứng bệnh lý.

Chúng tôi lựa chọn người bệnh bị yếu thống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp trong nghiên cứu này, chính vì vậy nguyên nhân cốt lõi gây ra bệnh là do sự rối loạn chức năng của hai tạng Can và Thận. Khi kết hợp với chính khí suy yếu tà khí (Phong, hàn, thấp) thừa cơ xâm nhập vào hai đường kinh Bàng quang và Đờm. Sự xâm nhập này trực tiếp cản trở sự vận hành lưu thông của khí huyết từ đó mà dẫn đến đau. Theo YHCT, khi các cơ quan trong cơ thể xuất hiện tổn thương hoặc bệnh lý, sẽ tạo ra kích thích từ đó khởi động một cung phản xạ có tính chất bệnh lý.

Ở nhóm đối chứng sử dụng kết hợp châm cứu là phương pháp sử dụng xung điện với các tần số khác nhau để tạo kích thích trực tiếp tại huyết, vị trí

tổn thương. Nếu kích thích đủ mạnh sẽ ức chế cung phản xạ bệnh lý. Đồng thời điện châm còn có tác dụng kích thích cơ thể tiết ra các chất Edorphin nội sinh là một hormone có tác dụng giảm cảm giác đau; kích thích xung điện trường trong và ngoài tế bào, tại vùng kích thích sẽ tăng trương lực cơ, tăng quá trình trao đổi chất và chuyển hoá tế bào từ đó giúp hồi phục chức năng vận động của tế bào. Theo nguyên lý y học cổ truyền, kỹ thuật điện châm đưa vào cơ thể một lượng kích thích thông qua các huyết vị cụ thể có tác dụng điều hoà sự lưu thông của Khí và Huyết trong kinh mạch. Khí hành thì huyết hành. Sự tuần hoàn của khí huyết trong kinh mạch được khơi thông, điều hoà âm dương giúp cơ thể thoát khỏi tình trạng bệnh lý, tái lập được chức năng sinh lý bình thường, từ đó có tác dụng trong điều trị[36].

Ở nhóm nghiên cứu sử dụng siêu âm trị liệu kết hợp với tập DS Nguyễn Văn Hưởng. Theo lý giải bài tập DS của Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng tác động lên cơ thể thông qua việc luyện trí, luyện thần, luyện động, luyện tĩnh...dựa trên nguyên lý nếu có đau đớn ở chỗ nào là khí huyết ở đó không thông. Vậy làm cho hệ khí huyết lưu thông thì giải quyết được bệnh tật.

Cụ thể hơn, khi ta thư giãn, tinh thần thư thái, các cơ vân, cơ trơn được mềm ra. Đồng thời cơ bắp và thần kinh có mối quan hệ tương tác: Thần kinh căng thẳng thì cơ bắp co cứng, thần kinh thư thái thì cơ bắp giãn mềm. Ngược lại cơ bắp co cứng thì thần kinh căng thẳng, cơ bắp giãn mềm thì thần kinh thư thái. Trong nghiên cứu của chúng tôi ứng dụng bài tập sử dụng các động tác luyện thở và chống xơ cứng. Đối với bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hoá cột sống thì xương sống xơ cứng, bị đóng vôi, mọc gai,..., mạch máu xơ cứng, làm trở ngại cho sự lưu thông khí huyết, không nuôi đầy đủ các tế bào nên sinh ra bệnh. Tổ chức liên kết làm chặt đệm trọng các bộ phận, có nhiệm vụ bảo vệ và nuôi dưỡng các tế bào chức năng của các bộ phận ấy; nếu tổ chức liên kết cũng bị xơ cứng sẽ chèn ép các tế bào chức năng. Vậy tập luyện chống xơ cứng làm cho các khớp hoạt động đến phạm vi tối đa, các bộ phận không bị co rút lại, cho khí huyết lưu thông làm bệnh nhân đỡ đau.

4.2.2. Sự thay đổi độ giãn CSTL

Độ giãn cột sống thắt lưng của hai nhóm trước điều trị là tương đồng nhau với $p > 0,05$; Với $2,43 \pm 0,24$ ở nhóm nghiên cứu và $2,47 \pm 0,22$ ở nhóm đối chứng.

Độ giãn CSTL đã ghi nhận sự gia tăng ở cả hai nhóm sau 7 ngày can thiệp điều trị, đạt giá trị trung bình ở nhóm NC và ĐC lần lượt là $2,54 \pm 0,25$ và $2,54 \pm 0,19$ (cm). Ở cả 2 nhóm, độ giãn cột sống thắt lưng trung bình tại thời điểm D_7 có cải thiện nhưng chưa có nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bắt đầu từ thời điểm D_{14} trở đi sự khác biệt mới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đến D_{21} độ giãn CSTL trung bình nhóm NC tăng lên $4,1 \pm 0,46$ (cm), nhóm ĐC $4,06 \pm 0,39$ (cm). Tuy nhiên giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt, với $p > 0,05$.

Ghi nhận trong nghiên cứu này tương đồng với công trình NC của tác giả Nguyễn Thị Quý(2019)[57] khi nghiên cứu 35 bệnh nhân ĐTL do THCS bằng bài thuốc "Dưỡng cốt HV" và điện châm, độ giãn CSTL tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu là $2,59 \pm 0,56$ (cm), sau quá trình trị liệu là $4,25 \pm 0,74$ (cm). Đồng thời cũng tương đương với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Phương Thảo(2025) [59] khi sử dụng phối hợp bài thuốc “Phong thấp NK” và điện châm trong trị liệu đau lưng do THCS với kết quả sau điều trị của nhóm NC là $4,26 \pm 0,54$ (cm).

4.2.3. Sự thay đổi khoảng cách tay đất

Khoảng cách tay đất là một trong những tiêu chí đánh giá độ giãn CSTL. Khoảng cách tay đất là một chỉ số đơn giản nhưng quan trọng, được sử dụng để đánh giá tổng thể tính linh hoạt và mềm dẻo của CS, cơ và hệ thống dây chằng tại khu vực thắt lưng, cùng với phạm vi chuyển động và biên độ gập của cột sống.

Dựa trên bảng 3.10 cho thấy sau điều trị 7 ngày, khoảng cách tay đất của mỗi nhóm đều cải thiện nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Sau 14 ngày, khoảng cách tay-đất trung bình ở nhóm NC giảm xuống $22,83 \pm 2,02(\text{cm})$, nhóm chứng còn $23,06 \pm 2,25(\text{cm})$, sự cải thiện trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Tại thời điểm D_{21} , ở nhóm NC khoảng cách tay đất trung bình giảm còn $11,74 \pm 3,11(\text{cm})$; Ở nhóm chứng còn $12,77 \pm 3,84(\text{cm})$. Sự khác biệt trong mỗi nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; giữa 2 nhóm (NC và ĐC) chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Ghi nhận trong nghiên cứu này tương đồng với kết quả NC của tác giả Nguyễn Thị Quý (2020)[57] với kết quả điều trị sau 20 ngày khoảng cách tay đất trung bình là $11,7 \pm 5,9(\text{cm})$.

4.2.4. Sự thay đổi độ gấp duỗi cột sống

Tầm vận động cột sống thắt lưng được đánh giá thông qua các chuyển động cơ bản đó là gấp, duỗi, nghiêng, xoay. Mặc dù vậy, phạm vi của nghiên cứu này ưu tiên theo dõi đánh giá các chuyển động gấp, duỗi CSTL. Khi bị đau thắt lưng, sự kết hợp giữa co cứng các khối cơ cạnh sống và co rút các tổ chức liên kết (gân, dây chằng, bao khớp...) làm giới hạn biên độ di chuyển các đốt sống thắt lưng nghiêm trọng từ đó gây hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng.

Tại thời điểm ban đầu, tầm vận động của cột sống thắt lưng được ghi nhận là bị giới hạn và tương đồng giữa hai nhóm.

Sau giai đoạn điều trị kéo dài 7 ngày, tầm vận động gấp của nhóm nghiên cứu tăng từ giá trị trung bình ban đầu là $52,89 \pm 4,98(\text{độ})$ lên $55,03 \pm 3,77(\text{độ})$; Ở nhóm đối chứng tăng từ $52,97 \pm 4,65(\text{độ})$ lên $55,06 \pm 3,82(\text{độ})$, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Đến ngày thứ 14, tầm vận động gấp nhóm NC tăng đến $63,09 \pm 3,83(\text{độ})$, nhóm ĐC tăng lên $62,51 \pm 3,41(\text{độ})$, bắt đầu tại thời điểm D_{14} trở đi sự khác biệt trước sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tại thời điểm D_{21} nhóm nghiên cứu tăng đến $72,43 \pm 3,39$ (độ), nhóm ĐC tăng lên $71,57 \pm 3,45$ (độ) và có xu hướng cao hơn nhóm chứng. Tuy nhiên giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt, với $p > 0,05$.

Tầm vận động duỗi cũng tăng dần và liên tục trong suốt quá trình trị liệu. Tương ứng ở các thời điểm D_0 , D_7 , D_{14} , D_{21} ghi nhận tăng lần lượt từ $17,37 \pm 2,34$ (độ) lên $18,46 \pm 2,03$ (độ), lên $23,03 \pm 2,63$ (độ), đến $26,8 \pm 2,07$ (độ) ở nhóm nghiên cứu; Từ $17,46 \pm 2,34$ (độ) lên $18,49 \pm 2,11$ (độ) lên $22,14 \pm 2,09$ (độ) ở nhóm chứng, lên đến $25,94 \pm 2,03$ (độ). Nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt, với $p > 0,05$.

Ghi nhận trong nghiên cứu hoàn toàn đồng nhất với kết quả giảm đau, kết quả tăng độ giãn CSTL ở trên. Quá trình bệnh lý ở bệnh nhân đau CSTL thường phát triển thành một vòng xoắn bệnh lý thường khởi đầu bằng sự xuất hiện của cảm giác đau (VAS) dẫn đến tình trạng co cơ, khi co cứng kéo dài sẽ cản trở lưu thông khí huyết theo YHCT hoặc cản trở sự cung cấp oxy và loại bỏ chất thải theo YHHD, triệu chứng này ngày càng tăng sẽ gây ra cản trở vận động làm hạn chế ROM.

Trong nghiên cứu, tầm vận động cột sống thắt lưng được cải thiện ở cả hai nhóm là hoàn toàn phù hợp bởi sự hạn chế vận động trong đau thắt lưng là kết quả của nhiều yếu tố phối hợp (tình trạng đau nhức, phản ứng sưng viêm, tổn thương sụn, hẹp khe khớp, gai xương...) mà hiệu ứng nhiệt sinh học là cơ chế tác động đặc trưng của siêu âm trị liệu, mang lại hiệu quả sinh lý được xem là tương tự với các phương pháp sử dụng nhiệt vật lý khác. Nhiệt kích thích sự hoạt động mạnh mẽ của tế bào, giãn mạch cục bộ, giúp tăng cường sự lưu chuyển tuần hoàn máu, thúc đẩy quá trình chuyển hoá và quá trình đào thải từ đó giải quyết được hiện tượng viêm và việc tăng tính thấm màng tế bào giúp cải thiện chuyển hóa tế bào, đào thải chất gây đau, giảm đau. Do vậy tầm vận động CSTL được khôi phục.

Nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện tầm vận động tốt hơn nhóm đối chứng bởi khi thực hành các động tác dưỡng sinh theo phương pháp Nguyễn Văn Hưởng đã tạo ra khí, qua đó kích thích sự vận hành của Huyết mạch. Khi khí hành thì huyết hành từ đó giúp giảm đau. Bài tập trong nghiên cứu sử dụng các động tác tập luyện chống xơ cứng làm cho các khớp hoạt động đến phạm vi tối đa, tăng tính linh hoạt của CSTL từ đó tầm vận động cột sống thắt lưng được cải thiện theo.

Tuy nhiên chưa có sự khác biệt về mặt thống kê có thể do đối tượng nghiên cứu đa phần là người lớn tuổi (≥ 60 tuổi), và thời gian mắc bệnh > 3 tháng nên thường đã tái phát hoặc đã điều trị nhiều phương pháp nên cần có thời gian để đạt hiệu quả điều trị tối đa, trong khi đó phương pháp dưỡng sinh cần phải có thời gian để tập luyện.

4.2.5. Sự thay đổi điểm ODI

Đối với những người bệnh ĐTL, tình trạng đau và sự giới hạn tầm vận động của cột sống thắt lưng (CSTL) là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến sự hạn chế đối với khả năng lao động và hoạt động sinh hoạt thường nhật khiến bệnh nhân phải nhập viện. Để đánh giá ảnh hưởng của đau lưng đến các chức năng sinh hoạt hàng ngày, trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn ưu tiên đánh giá 8 hoạt động trong 10 hoạt động của thang điểm Oswestry(ODI) bao gồm mức độ đau, khả năng chăm sóc bản thân, mang vác, đi bộ, tư thế ngồi, tư thế đứng, chất lượng giấc ngủ, tham gia hoạt động xã hội

Trước điều trị, các chức năng sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm đánh giá qua chỉ số ODI là tương đương nhau với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điểm trung bình ODI ở cả hai nhóm giảm, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Đến D₁₄, D₂₁ điểm trung bình ODI ở mỗi nhóm trước và sau điều trị giảm rõ rệt với $p < 0,05$. Tuy nhiên giữa hai nhóm sự khác biệt về chức năng sinh hoạt hàng ngày tại các thời điểm đánh giá không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Điểm ODI trung bình tại thời điểm D₂₁ ở nhóm nghiên cứu giảm xuống là $9,37 \pm 2,06$ (điểm). So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Quang Ngọc Khuê điểm ODI trung bình sau điều trị của nhóm nghiên cứu là $9,04 \pm 3,56$ [42]; tác giả Nguyễn Thị Quý điểm ODI trung bình sau điều trị của nhóm nghiên cứu là $9,06 \pm 4,2$ [57] thì công trình nghiên cứu này cho thấy sự cải thiện đáng kể về chức năng sinh hoạt cơ bản hàng ngày với hiệu quả đạt được tương đương.

Kết quả thu được cho thấy phương pháp điều trị làm cho bệnh nhân giảm đau, tăng tầm vận động, hướng tới cải thiện chất lượng cuộc sống và sự tham gia của người bệnh vào các hoạt động hàng ngày bằng cách khắc phục các hạn chế chức năng gây ra bởi cơn đau vùng lưng dưới. Điều này có thể lý giải bởi điểm đặc biệt của bài tập dưỡng sinh sử dụng trong nghiên cứu có các động tác thư giãn việc thở sâu, chậm và êm giúp cơ thể chuyển cơ thể từ trạng thái stress sang trạng thái thư giãn. Khi tâm lý lo âu giảm bớt bệnh nhân tự tin hơn khi thực hiện các hoạt động chăm sóc bản thân mà trước đó thường né tránh.

Trong nghiên cứu này nhóm nghiên cứu có xu hướng giảm đau, cải thiện tầm vận động tốt hơn nhóm chứng, do vậy mà chỉ số ODI được cải thiện tốt hơn, từ đó giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Tuy nhiên vẫn chưa có sự khác biệt với $p > 0,05$.

4.2.6. Hiệu quả điều trị

Trong công trình này chúng tôi phân tích, đánh giá mức độ hiệu quả của phương pháp can thiệp trong trị liệu ĐTL thông qua các chỉ số: Mức độ giảm đau, tầm vận động gấp, tầm vận động duỗi, độ giãn CSTL, khoảng cách tay đất và chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.

Khi đánh giá hiệu quả điều trị tổng thể sau 21 ngày trị liệu, nhóm NC có tỷ lệ đáp ứng cao hơn nhóm chứng với 62,9% tốt và 25,7% khá. Tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 54,3% đạt tốt và 28,6% bệnh nhân ở mức khá sau can thiệp. Không có bệnh nhân kết quả điều trị kém. Hiệu quả điều trị của nhóm nghiên

cứu có xu hướng tốt hơn nhóm chứng nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Kết quả thu được này tương đương với dữ liệu đã được công bố trong nghiên cứu của Quang Ngọc Khuê (2020)[42], Nguyễn Thị Quý (2019)[57].

Có được kết quả này trong nghiên cứu, chúng tôi cho rằng đầu tiên việc sử dụng phương pháp siêu âm trị liệu với tác dụng nhiệt (Thermal Effects) đã giúp tăng tuần hoàn máu tại chỗ, sóng siêu âm đã tạo ra sự ma sát giữa các phân tử mô làm tăng nhiệt độ ở các mô sâu (Cơ, gân, dây chằng), khi nhiệt độ tăng lên sẽ làm giãn mạch máu giúp tăng lưu lượng máu đến vùng thắt lưng bị tổn thương. Tăng cường cung cấp oxy và chất dinh dưỡng cho mô, cơ; Đồng thời loại bỏ các chất thải chuyển hoá và các chất trung gian gây đau (Bradykinin, Prostaglandin, Serotonin,...), từ đó giảm đau và thúc đẩy quá trình lành mô. Với tác dụng nhiệt sâu giúp các sợi cơ ở vùng thắt lưng (thường bị co thắt do đau) được thư giãn, làm giảm tình trạng co cứng cơ, giúp bệnh nhân cảm thấy thoải mái và tăng tầm vận động. Bên cạnh đó giúp tăng cường tuần hoàn và chuyển hóa giúp kiểm soát và làm giảm các quá trình viêm kéo dài. Trong điều trị đau thắt lưng, siêu âm trị liệu là một biện pháp không xâm lấn, sử dụng tác động kép của nhiệt và cơ học để giảm đau, chống viêm, giãn cơ và thúc đẩy quá trình phục hồi ở các cấu trúc sâu như cơ cạnh sống, gân, dây chằng và khớp.

Riêng đối với nhóm đối chứng sử dụng phương pháp điện châm, lựa chọn các huyệt theo quy trình kỹ thuật của Bộ y tế (Phụ lục 3), là các huyệt vừa có tác dụng tại chỗ, vừa có tác dụng toàn thân, nên có tác dụng tốt trong điều trị. Các huyệt sử dụng trong nghiên cứu bao gồm: Can du, Thận du, Đại trường du, Giáp tích L4-L5, Giáp tích L5-S1, Chi thất, Mệnh môn, Ủy trung, Tam âm giao, Thái khê; theo nguyên tắc “Kinh lạc sở quá, chủ trị sở cập”, đồng thời vận dụng phép phối hợp huyệt bằng châm các nhóm huyệt có tại

chỗ, có toàn thân, có tả pháp và bổ pháp. Khi điện châm với tần số tả thông qua xung điện kích thích các huyết vị khu trú vùng thắt lưng như: Đại trường du (nằm trên cơ lưng to); Giáp tích (L_4-L_5 , L_5-S_1); Chi thất; A thị huyết sẽ có tác dụng điều trị các chứng đau nhức tại chỗ, kích hoạt hoạt động sinh lý của cơ và mô, đồng thời hỗ trợ cải thiện dinh dưỡng ở tổ chức, làm giãn các cơ, hồi phục lại các tổn thương, tăng cường tầm vận động tại chỗ; theo YHCT thì có tác dụng lưu thông khí huyết, hoạt huyết hóa ứ, mà “Huyết hành thì phong tự diệt”. Các huyết này khi được kết hợp với nhau có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc. Nhóm bổ pháp, bao gồm các huyết: Thận du; Can du; Tam âm giao; Thái khê. Huyết Thận du; Can du thuộc kinh túc thái dương bàng quang, là huyết du của tạng thận và tạng can có tác dụng bổ can thận, điều trị chứng do can thận hư gây ra. Tam âm giao là huyết nằm trên kinh túc thái âm tỳ, là huyết hội của ba đường kinh âm ở chân (can, tỳ, thận) đều liên quan đến huyết dịch để nuôi dưỡng can, thận giúp cho việc điều chỉnh khí huyết, dưỡng cân can, cốt tủy được đầy đủ, lưng, gối đỡ đau nhức. Việc lựa chọn phương huyết như trên, theo chúng tôi là hoàn toàn phù hợp với thể bệnh YHCT của đối tượng nghiên cứu, thể phong hàn thấp kèm can thận hư. Vì thế có thể phát huy được tối ưu hiệu quả điều trị.

Đối với nhóm nghiên cứu thì việc kết hợp siêu âm điều trị với bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng mang tính giao thoa giữa y học cổ truyền và y học hiện đại, tạo ra tác động kép nhằm tối ưu hoá quá trình phục hồi chức năng của bệnh lý về cơ xương khớp. Khi các mô đã được “làm mềm” bởi siêu âm, thì việc tập dưỡng sinh sẽ phát huy tối đa công năng cải thiện tầm vận động những động tác mềm dẻo của dưỡng sinh giúp duy trì độ linh hoạt mà sóng siêu âm đã tạo ra, kèm theo điều hoà khí huyết và thần kinh, tăng sức bền. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng 6 động tác tập luyện bao gồm các động tác chống xơ cứng hỗ trợ phòng và chữa bệnh lý cột sống thắt lưng,

kết hợp trong đó có cả phép luyện thở và phép thư giãn. Cụ thể trong đó động tác Thư giãn, quá trình thực hiện động tác mang lại nhiều lợi ích toàn diện, tác động tích cực cả về thể chất lẫn tinh thần. Về tinh thần và thần kinh thư giãn giúp tạo điều kiện cho vỏ não được nghỉ ngơi một cách chủ động làm cho tinh thần thoải mái, giảm bớt căng thẳng. Về mặt thể chất và sinh hoá khi thư giãn tức là toàn bộ cơ bắp buông lỏng dẫn đến giảm chuyển hóa cơ bản, từ đó làm giảm sự tiêu thụ oxy của cơ thể giúp tiết kiệm năng lượng. Kiểm soát nhận thức giúp người bệnh làm chủ được giác quan và cảm giác giảm thiểu ảnh hưởng của các xung kích ngoại sinh lên cơ thể. Về sinh học trạng thái thư giãn giúp xóa bỏ dần hoặc làm yếu đi những phản xạ có hại. Động tác Thở bốn thì có kê môn và giờ chân là phép luyện tổng hợp về thần, khí và huyết, chủ yếu nhằm điều hòa hai quá trình hưng phấn và ức chế của hệ thần kinh, làm khí huyết lưu thông tốt hơn. Động tác Cúp lưng tác động lên cột sống và cơ bắp, giúp kéo giãn và làm mềm dẻo các cơ và khớp ở vùng lưng; Đặc biệt hữu ích cho những người bị đau lưng do tuổi tác hoặc thói quen sinh hoạt, giúp tăng cường tuần hoàn khí huyết ở cột sống, giúp máu và năng lượng lưu thông tốt hơn, hỗ trợ chống lại các bệnh lý như thoái hóa cột sống, đau lưng, và đau thần kinh tọa; Làm giãn và giúp vùng lưng trở nên dẻo dai hơn chống lại sự lão hóa do vận động toàn bộ các cơ phía sau thân, đặc biệt là cột sống, là một cách hiệu quả để duy trì sức khỏe và sự linh hoạt, góp phần chống lại sự già nua. Các động tác: Rút lưng, hôn đầu gối làm cho cột sống thắt lưng dẻo dai, phòng xơ cứng, vôi hóa, mọc nhánh, đau lưng; Làm cho khí huyết lưu thông ở vùng thắt lưng, tăng cường chức năng thận. Cuối cùng động tác Xoa vùng thắt lưng, vùng này rất quan trọng có xương sườn cột thứ 11 và 12 mà ở đầu xương sườn ấy là 2 huyết: Chương môn (kinh can) và Kinh môn (kinh đởm); Ở dưới sâu, có 2 quả thận và 2 tuyến thượng thận làm cho ta có thể nghĩ đến Thận thủy và Thận hỏa của Đông y, khi xoa vùng này sẽ giúp giảm đau và thư cân giãn cơ[24]. Sự kết hợp này không chỉ dừng lại ở việc

cộng dồn hiệu quả mà là sự cộng hưởng: Siêu âm giúp bệnh nhân đỡ đau để tập luyện trong khi dưỡng sinh giúp giải quyết gốc rễ, tạo nên một chu trình hồi phục bền vững và toàn diện.

Tuy nhiên chưa có sự khác biệt về mặt thống kê có thể do đối tượng nghiên cứu đa phần là người lớn tuổi (≥ 60 tuổi), và thời gian mắc bệnh > 3 tháng nên thường đã tái phát hoặc đã điều trị nhiều phương pháp nên cần có thời gian để đạt hiệu quả điều trị tối đa, bên cạnh đó phương pháp dưỡng sinh cần phải có thời gian để tập luyện để đạt hiệu quả tốt nhất.

4.2.7. Tác dụng không mong muốn của phương pháp nghiên cứu

- Theo dõi lâm sàng trong suốt quá trình trị liệu ở hai nhóm cho thấy không có sự xuất hiện của các tác dụng không mong muốn đối với phương pháp đã được áp dụng: Siêu âm điều trị (Bông, choáng, điện giật,...); Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng (Mệt mỏi, chóng mặt, đau mỏi cơ,...); Điện châm (Chảy máu, vệt châm, nhiễm trùng tại chỗ,...).

Như vậy bước đầu có thể nói phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp với siêu âm trị liệu cho thấy tính an toàn và mang lại hiệu quả trong việc điều trị ĐTL do thoái hóa cột sống.

4.3. Bàn luận về một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị chung

4.3.1. Mối liên quan giữa phân loại tuổi với kết quả điều trị chung

Dựa trên ghi nhận ở Bảng 3.17 và phân tích kết quả cho thấy bệnh nhân dưới 60 đạt được kết quả cải thiện tốt hơn với 75%. Nhóm bệnh nhân tuổi từ 60 trở lên có tỷ lệ cải thiện tốt thấp hơn đạt 56,5%. Sự khác biệt về hiệu quả điều trị này theo nhận định của nhóm nghiên cứu cho rằng cùng với sự gia tăng của tuổi tác thì quá trình thoái hóa cũng tăng tốc khiến cho hệ thống dây chằng và gân mất dần đi tính đàn hồi, đồng thời sự suy giảm sức khỏe cũng làm hạn chế khả năng tái tạo và phục hồi của cơ thể trước những tổn thương. Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ cải thiện ở nghiên cứu, tuy nhiên chúng tôi chưa tìm thấy bằng chứng về mối tương quan có ý nghĩa nào giữa

tuổi và hiệu quả điều trị ($p>0,05$). Nguyên nhân có thể do kích thước mẫu nghiên cứu vẫn còn khiêm tốn và tỷ lệ người bệnh từ 60 tuổi trở lên cao hơn so với nhóm tuổi dưới 60 (65,7% ở cả hai nhóm).

4.3.2. Mối liên quan giữa giới tính với kết quả điều trị chung

Dựa và dữ liệu Bảng 3.18 cho thấy, theo phân tích thống kê sự phân bố kết quả điều trị theo phân loại tốt, khá và trung bình đồng đều ở cả hai giới ($p>0,05$).

Qua đó nói lên không có mối liên hệ giữa giới tính và hiệu quả điều trị tổng thể sau 21 ngày can thiệp. Tuy nhiên điều này có thể bị ảnh hưởng bởi việc nhóm bệnh nhân là nữ giới chiếm tỷ lệ lớn hơn so với nam giới trong quần thể nghiên cứu (nữ chiếm 62,9% ở nhóm NC và 60% ở nhóm ĐC).

4.3.3. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị chung

Thời gian từ khi khởi phát bệnh đến lúc bắt đầu tham gia nghiên cứu hoặc can thiệp điều trị thường không đồng nhất chịu sự chi phối lớn bởi nhận thức cá nhân, quan điểm của người bệnh về tình trạng sức khỏe của họ. Một số bệnh nhân sẽ tìm đến các cơ sở khám chữa bệnh từ khi chỉ cần bắt đầu xuất hiện các triệu chứng cơ năng là đau, hạn chế vận động ít. Tuy nhiên có không ít những người có xu hướng tự điều trị hoặc lơ là trước các biểu hiện bệnh lý, đến khi trầm trọng mới tìm kiếm sự chăm sóc y tế. Hành vi này cũng do sự chi phối của nhiều yếu tố xã hội và ngoại cảnh như trình độ văn hoá (mức độ hiểu biết và nhận thức về bệnh tật) ảnh hưởng đến khả năng nhận thức mức độ nghiêm trọng của bệnh hoặc tình trạng kinh tế (khả năng chi trả, tài chính cá nhân) hoặc tập quán tín ngưỡng (sử dụng tâm linh hoặc dân gian)... Quy luật chung trong điều trị bệnh lý là hiệu quả điều trị tỷ lệ nghịch với thời gian mắc bệnh.

Kết quả Bảng 3.19 của chúng tôi cho thấy hiệu quả tốt ở nhóm có thời gian mắc bệnh từ 3 tháng trở xuống (70%) cao hơn nhóm trên 3 tháng (53,3%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Đồng

thời ở bảng trên ghi nhận bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 3 tháng trở xuống có khả năng đáp ứng điều trị tốt gấp 2,0 lần so với thời gian trên 3 tháng, điều này là hoàn toàn phù hợp với quy luật điều trị thời gian mắc bệnh càng ngắn thì khả năng thành công trong trị liệu càng cao.

4.3.4. Mỗi liên quan giữa mức độ hạn chế gấp và kết quả điều trị chung

Đối với THCS, hạn chế của động tác gấp vùng thắt lưng ở người bệnh thoái hoá phát sinh do sự kết hợp của triệu chứng đau, tình trạng co thắt cơ, sự mất dần tính đàn hồi bao khớp và dây chằng... là một trong những chỉ số quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị. Tuy nhiên từ số liệu trong bảng, cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa hai nhóm mức độ hạn chế gấp. Kết quả này cũng thể do mức độ hạn chế tầm vận động chủ yếu tập trung ở mức hạn chế vừa.

4.3.5. Liên quan giữa mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (ODI) và kết quả điều trị chung

Khi bệnh nhân đau thắt lưng sẽ biểu hiện bởi đau và hạn chế tầm vận động CSTL gây ra những hạn chế trong lao động và sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Cũng chính đau và những hạn chế trong lao động, sinh hoạt hàng ngày là nguyên nhân khiến bệnh nhân phải nhập viện. Theo bảng 3.21 ta thấy rằng bệnh nhân có hạn chế ODI ở mức độ vừa sẽ có xu hướng đạt kết quả tốt hơn 1,75 lần so với mức độ hạn chế nhiều, tuy nhiên chưa có sự khác biệt về mặt thống kê. Nguyên nhân có thể kết quả điều trị chung là kết quả của nhiều yếu tố ngoài mức độ hạn chế ODI.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên 70 người bệnh đau vùng thắt lưng do THCS được phân thành 2 nhóm. Nhóm NC được điều trị bằng phương pháp siêu âm trị liệu và tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng. Nhóm ĐC điều trị bằng phương pháp siêu âm kết hợp điện châm. Sau 21 ngày, chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp siêu âm trị liệu có hiệu quả tốt trong điều trị đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống, cụ thể:

- Tác dụng giảm đau: giảm 43,3% điểm VAS trung bình sau 14 ngày điều trị (từ 5,34 còn 3,03), giảm 88,8% ở thời điểm D_{21} (từ 5,34 còn 0,6), khác biệt so với D_0 , $p < 0,05$.

- Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng.

- + Tăng tương ứng 32,6% và 54,3% độ duỗi trung bình cột sống ở D_{14} và D_{21} , sự khác biệt so với D_0 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- + Tăng 36,9% độ gấp trung bình cột sống ở D_{21} ($p < 0,05$).

- + Tăng tương ứng 21,8% và 68,7% chỉ số Schober ở D_{14} và D_{21} ($p < 0,05$).

- + Giảm tương ứng 21,6% và 59,7% chỉ số tay đất ở D_{14} và D_{21} ($p < 0,05$).

- Giảm tương ứng 30% và 56,8% điểm ODI ở D_{14} và D_{21} ($p < 0,05$).

- Kết quả điều trị tổng thể ghi nhận sau 21 ngày: 62,9% tốt; 25,7% là khá; 11,4% là trung bình.

- Sự cải thiện về tác dụng giảm đau, tầm vận động, chỉ số ODI và hiệu quả điều trị chung trong nhóm nghiên cứu có xu hướng tốt hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

- Trong thời gian nghiên cứu, không ghi nhận thấy tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng.

2. Kết quả nghiên cứu, bước đầu cho thấy chưa ghi nhận mối liên hệ giữa các yếu tố như tuổi tác, giới tính, thời gian mắc bệnh, mức độ hạn chế gấp, mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (ODI) với kết quả điều trị.

KHUYẾN NGHỊ

Căn cứ vào các dữ liệu được ghi nhận sau giai đoạn đầu nghiên cứu tác dụng của Phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp với siêu âm trị liệu điều trị đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống chúng tôi đưa ra một số kiến nghị sau:

1. Phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp với siêu âm trị liệu điều trị đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống là phương pháp hiệu quả, an toàn cho người bệnh cho nên có thể áp dụng rộng rãi trên lâm sàng.

2. Tiếp tục đánh giá tác dụng của phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp với siêu âm trị liệu trong thời gian dài hơn và cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2016)**, *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, tái bản lần thứ 3, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2019)**, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, tái bản lần thứ 6, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
3. **Bộ Y tế, Nguyễn Thị Xuyên (2024)**, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, chủ biên, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 136-140.
4. **Rodrigo Dalke Meucci, Anaclaudia Gastal Fassa, Neice Mulleret al, (2015)**, "Prevalence of chronic low back pain: systematic review", *Rev Saude Publica*. 49, tr. 1.
5. **Ho Pham Thuc Lan (2015)**, "Prevalence and pattern of radiographic intervertebral disc degeneration in Vietnamese: a population-based study", *Calcif Tissue Int*. 96(6), tr. 510-7.
6. **Trần Ngọc Ân (2002)**, "Đau vùng thắt lưng", *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 226-239.
7. **Học viện Quân y, Bộ môn Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng (2014)**, *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, 110-114.
8. **Nguyễn Văn Hưởng, Huỳnh Uyển Liên (2014)**, *Phương pháp dưỡng sinh*, Lần xuất bản thứ 14, Nhà xuất bản y học chi nhánh TP Hồ Chí Minh.
9. **Nguyễn Thị Bích Hồng (2013)**, *Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ tiêu trên lâm sàng và sinh hoá trên bệnh nhân nữ béo phì luyện tập phương pháp dưỡng sinh* Nguyễn Văn Hưởng, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Hà Nội.
10. **Nguyễn Thị Vân Anh (2000)**, *Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng trên bệnh nhân có hội chứng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính*, Luận án Thạc sỹ y học, Hà Nội.

11. **Hồ Hữu Lương (2012)**, *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm*, tái bản lần thứ hai có sửa chữa và bổ sung, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
12. **Bộ môn giải phẫu, Trường đại học Y Hà Nội (2006)**, *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. **Netter Frank H (người dịch Nguyễn Quang Quyền) (2007)**, *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
14. **Trịnh Văn Minh (2012)**, *Giải phẫu người I, II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
15. **Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2012)**, *Đau thắt lưng, Bài giảng bệnh học nội khoa tập II*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, 252-269.
16. **Vũ Quang Bích (2001)**, *Phòng và chữa các chứng bệnh đau lưng*, Nhà xuất bản Y học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.11.
17. **Manfrè Luigi, Van Goethem Johan (2020)**, *"Low Back Pain"*, Springer International Publishing, Springer International Publishing.
18. **Vũ Thị Thanh Thủy (2012)**, *Chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 56, 36-38, 60-64, 77.
19. **Bộ y tế (2014)**, *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng, ban hành kèm theo quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014*, chủ biên, tr. 208-217.
20. **Học viện Trung Y Thượng Hải Trung Quốc (1994)**, *"Yêu thống"*, *Đông y nội khoa và bệnh án*, Nhà xuất bản Cà Mau, 274-279.
21. **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, 145-148.
22. **Bộ y tế (2020)**, *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại"* ban hành kèm theo quyết định 5013/QĐ-BYT, ngày 01/12/2020, tr. 7-14.
23. **Phạm Vũ Khánh (2009)**, *Lão khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.189-194.

24. **Nguyễn Văn Hưởng (1977)**, *Phương pháp dưỡng sinh*, Nhà xuất bản y học.
25. **Trần Thuý, Nguyễn Nhược Kim, Vũ Nam, (2018)**, *Nội Kinh*, Tái bản lần thứ 3 có sửa chữa và bổ sung, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
26. **Bộ môn Khí Công Dưỡng sinh- Xoa bóp bấm huyệt, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam (2006)**, *Giáo trình khí công dưỡng sinh- Xoa bóp bấm huyệt*, Hà Nội, 96-121.
27. **Trần Quang Đạt, Trần Thái Hà** *Điều trị một số chứng bệnh thường gặp trên lâm sàng bằng phương pháp châm cứu, xoa bóp, khí công, dưỡng sinh (tài liệu lưu hành nội bộ)*, Nhà xuất bản y học, 11-63,110-135.
28. **Bộ Y tế (2014)**, “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng ban hành kèm theo quyết định số 54/QĐ - BYT ngày 06/01/2014.*”, tr.20 – 21.
29. **Douglas Miller, Nadine Smith et al (2012)**, "Overview of therapeutic ultrasound applications and safety considerations", *J Ultrasound Med.* 31(4), tr. 623-34.
30. **Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh, (2010)**, *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
31. **Hội phục hồi chức năng Việt Nam (1995)**, *Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 226-227, 499-500.
32. **Cầm Bá Thức, Phạm Văn Minh (2021)**, *Điện trị liệu lâm sàng*, Hà Nội, Nhà xuất bản y học.
33. **Bộ Y tế (2023)**, *Quyết định số 3665/QĐ-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2023, Quyết định về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Phục hồi chức năng*,
34. **Bộ môn phục hồi chức năng, Trường đại học Y Hà Nội (2003)**, *Bài giảng Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 64-65.

35. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013)**, *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.13, 15, 80, 166-175, 181-190, 320- 322.
36. **Khoa YHCT, Trường đại học Y Hà Nội (2011)**, *Bài giảng y học cổ truyền tập II*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 166 - 168, 358 - 364.
37. **Bộ Y tế (2013)**, *Quy trình kỹ thuật khám bệnh chữa bệnh bằng châm cứu*, quy trình số 143 ban hành kèm theo quyết định 792/QĐ - BYT ngày 12/3/2013., chủ biên.
38. **Michael Haake (2007)**, "German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups", *Arch Intern Med*. 167(17), tr. 1892-8.
39. **Ebadi S, Ansari NN, Naghdi S et al, (2013)**, "A study of therapeutic ultrasound and exercise treatment for muscle fatigue in patients with chronic non specific low back pain: a preliminary report", *J Back Musculoskelet Rehabil*. 26(2), tr. 221-6.
40. **George K. Lewis Jr. Mathew D. et al (2013)**, "Design and evaluation of a wearable self-applied therapeutic ultrasound device for chronic myofascial pain", *Ultrasound Med Biol*. 39(8), tr. 1429-39.
41. **Lương Thị Dung (2009)**, "Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống", *Tạp chí châm cứu Việt Nam*. 3, tr. 19-22.
42. **Quang Ngọc Khuê (2020)**, "Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của điện châm kết hợp với bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng" Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
43. **Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc (2021)**, "Tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống bằng điện châm và siêu âm điều trị", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 504(1).

44. **Trần Thị Minh Quyên, Lê Thành Xuân, Nguyễn Thị Thuận, (2023),** "*Đánh giá tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng của điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương trong điều trị hội chứng thắt lưng hông thoát vị đĩa đệm cột sống*", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 523(1).
45. **Lê Ngọc Sơn và cộng sự (2023),** "*Kết quả của phương pháp điện châm kết hợp bài tập dưỡng sinh của Nguyễn Văn Hương trong điều trị hội chứng thắt lưng hông tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng 2022 – 2023,*" *Tạp chí Khoa học sức khỏe*. 5(1), tr. 30-41.
46. **Lê Thị Hoa (2022),** "*Đánh giá tác dụng của phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại trị liệu trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*", Luận văn CKII, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
47. **Lương Xuân Huân, Nguyễn Văn Tâm và Trần Quang Minh (2022),** "*Đánh giá tác dụng bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh gia giảm kết hợp siêu âm điều trị đau cột sống thắt lưng tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa*", *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*. 51(4), tr. 35-40.
48. **Zhang J.P YuJC, Han JX (2013),** "Lumbar disc herniation treated with qi pathway intervention and spinal adjustment: a randomized controlled trial", *Zhongguo Zhen Jiu*. 33(4), tr. 289-93.
49. **Thủ tướng Chính phủ (2020),** *Quyết định 34/2020/QĐ-TTg, ban hành ngày 26 tháng 11 năm 2020 về Danh mục nghề nghiệp Việt Nam.*, chủ biên.
50. **Bộ lao động – Thương binh và xã hội (1995),** Ban hành kèm theo quyết định số 2753/LĐTBXH – BHLĐ ngày 01 tháng 08 năm 1995. Về việc hướng dẫn xây dựng danh mục nghề, công việc đặc biệt nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm.
51. **Paula Kersten, Ayse A. Alan Tennant (2012),** "*The use of the Visual Analogue Scale (VAS) in rehabilitation outcomes*", *J Rehabil Med*. 44(7), tr. 609-10.

52. **Domenica A. Delgado, Bradley S. Lambert, Nickolas Boutris, (2018),** "Validation of Digital Visual Analog Scale Pain Scoring With a Traditional Paper-based Visual Analog Scale in Adults", *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev.* 2(3), tr. e088.
53. **Nguyễn Văn Chương (2015),** *Khám lâm sàng hệ thần kinh tập I*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 147-159.
54. **Fairbank, J.C. and P.B. Pynsent (2000),** "The Oswestry Disability Index", *Spine (Phila Pa 1976).* 25(22), tr. 2940-52; discussion 2952.
55. **Nguyễn Thị Bích Hằng (2023),** *Mô tả thực trạng điều trị người bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội năm 2023,* Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
56. **Lê Đình Việt (2019),** *Đánh giá tác dụng của điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu điều trị đau cột sống thắt lưng.*
57. **Nguyễn Thị Quý (2019),** *Nghiên cứu tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống của bài thuốc "Dưỡng cốt HV" kết hợp điện châm,* Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
58. **Nguyễn Thị Định (2014),** *Đánh giá hiệu quả điều trị của điện châm kết hợp từ rung nhiệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống,* Luận văn tốt nghiệp bác sỹ Đa khoa, Đại học Y Hà Nội.
59. **Lê Thị Phương Thảo (2025),** *Đánh giá tác dụng điều trị đau lưng do thoái hoá cột sống (thể phong hàn thấp kiêm can thận hư) của bài thuốc "Phong thấp NK,* Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1. BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU	i
Phụ lục 2. CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU	vi
Phụ lục 3. VỊ TRÍ HUYỆT	viii
Phụ lục 4. CHỈ SỐ OSWESTRY DISABILITY	ix
Phụ lục 5. BÀI TẬP DƯỠNG SINH NGUYỄN VĂN HƯỞNG	xii
Phụ lục 6. MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG NGHIÊN CỨU	xvii
Phụ lục 7. DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU	xviii

Phụ lục 1
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

MÃ BA:

Nhóm (NC,ĐC):

I. Hành chính

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

2. Địa chỉ:.....

3. Điện thoại liên hệ:.....

4. Nghề nghiệp:

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

5. Ngày vào viện: **6. Ngày ra viện:**.....

II. Y học hiện đại

1. Khởi phát bệnh.

Đột ngột ☐ Từ từ tăng dần ☐

2. Hoàn cảnh xuất hiện:

Tự nhiên ☐ Sau chấn thương ☐ Vận động sai tư thế ☐ Khác ☐

3. Thời gian mắc bệnh:

< 1 tháng ☐ 1-3 tháng ☐ > 3 tháng ☐

4. Triệu chứng thực thể.

- Đường cong sinh lý cột sống

Mất đường cong sinh lý ☐ Không mất đường cong sinh lý ☐

- Điểm đau tại cột sống Có ☐ Không ☐

- Cơ cơ cạnh sống Có ☐ Không ☐

- Đau lan xuống mông, chân một hoặc hai bên Có ☐ Không ☐

5 . Tiền sử:

Thoát vị đĩa đệm ☐ THCS ☐ Loãng xương ☐ Khác ☐

6. Đánh giá các chỉ tiêu lâm sàng:

Đánh giá mức độ đau CSTL theo thang điểm VAS

Kết quả điểm VAS	Đánh giá mức độ đau	Điểm quy đổi	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
VAS = 0	Không đau	0				
$0 < \text{VAS} \leq 3$	Đau nhẹ	1				
$3 < \text{VAS} \leq 6$	Đau vừa	2				
$6 < \text{VAS} \leq 10$	Đau nặng	3				

Đánh giá độ giãn CSTL

Độ giãn CSTL (cm)	Mức độ	Điểm quy đổi	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
$4 \leq \text{Schober} \leq 6$	Không hạn chế	0				
$3 \leq \text{Schober} < 4$	Hạn chế ít	1				
$2 \leq \text{Schober} < 3$	Hạn chế trung bình	2				
$0 \leq \text{Schober} < 2$	Hạn chế nhiều	3				

Đánh giá khoảng cách tay đất

Khoảng cách (cm)	Mức độ	Điểm quy đổi	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
$0 < d \leq 10$	Không hạn chế	0				
$10 < d \leq 20$	Hạn chế ít	1				
$20 < d \leq 30$	Hạn chế trung bình	2				
$d > 30$	Hạn chế nhiều	3				

Đánh giá độ gấp CSTL

Độ gấp CSTL	Mức độ	Điểm quy đổi	D₀	D₇	D₁₄	D₂₁
$\geq 70^0$	Không hạn chế	0				
$\geq 60^0 - < 70^0$	Hạn chế ít	1				
$\geq 40^0 - < 60^0$	Hạn chế trung bình	2				
$< 40^0$	Hạn chế nhiều	3				

Đánh giá độ duỗi CSTL

Độ duỗi CSTL	Mức độ	Điểm quy đổi	D₀	D₇	D₁₄	D₂₁
$\geq 25^0$	Không hạn chế	0				
$\geq 20^0 - < 25^0$	Hạn chế ít	1				
$\geq 15^0 - < 20^0$	Hạn chế trung bình	2				
$< 15^0$	Hạn chế nhiều	3				

Đánh giá chức năng sinh hoạt theo Oswestry Disability

Thang điểm ODI	Mức độ	Điểm quy đổi	D₀	D₇	D₁₄	D₂₁
0 - 8	Không hạn chế	0				
9 - 16	Hạn chế ít	1				
17 - 24	Hạn chế trung bình	2				
≥ 25	Hạn chế nhiều	3				

7. Cận lâm sàng:

X- Quang:

Mọc gai xương ☐ Đặc xương dưới sụn ☐ Hẹp khe khớp ☐**III. Y học cổ truyền****1. Vọng chẩn:**- Lưỡi: Chất lưỡi : Đỏ ☐ Hồng nhuận ☐ Bệu ☐

2. Thiết chẩn:

Mạch chẩn:.....

Phù ☐ Trầm ☐ Hoạt ☐ Tế ☐ Sác ☐ Khản ☐ Huyền ☐ Khác ☐**3. Chẩn đoán YHCT:**

Bát cương:

Kinh lạc:

Nguyên nhân:

Thê bệnh:

IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:**1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng:**

Tác dụng không mong muốn của Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Diễn biến	Xử trí	Sau xử trí
Mệt mỏi				
Chóng mặt				
Đau mỏi cơ				
Khác				

Tác dụng không mong muốn của Siêu âm điều trị

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Diễn biến	Xử trí	Sau xử trí
Bỏng				
Choáng				
Điện giật				
Bỏng				
Khác				

Tác dụng không mong muốn của Điện châm

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Diễn biến	Xử trí	Sau xử trí
Chảy máu				
Vùng châm				
Nhiễm trùng tại chỗ				
Khác				

2. Kết quả điều trị:

Tốt ☐

Khá ☐

Trung bình ☐

Kém ☐

Thanh Hóa, ngày.... tháng.... năm 2025

Bác sĩ điều trị

Phụ lục 2

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: *“Đánh giá tác dụng của Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp siêu âm trị liệu điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống”*

Tôi (Họ và tên):

Tuổi:.....Giới:.....

Địa chỉ:.....

Điện thoại liên hệ:.....

Xác nhận rằng:

Tôi đã được cung cấp các thông tin đầy đủ cho nghiên cứu “Đánh giá tác dụng của Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp siêu âm trị liệu điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống” và tôi đã được cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia nghiên cứu này. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia là hoàn toàn tự nguyện.

- Tôi đã có cơ hội hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và tôi thấy hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra

- Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu là 21 ngày điều trị tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa.

- Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.

- Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin. Sau khi nghiên cứu kết thúc, tôi sẽ được thông báo (nếu muốn) về bất cứ phát hiện nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi.

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

- Tôi có toàn quyền quyết định về việc sử dụng trong tương lai, tiếp tục lưu giữ hay hủy các mẫu xét nghiệm đã thu thập.

- Tôi tình nguyện tham gia và chịu trách nhiệm khi không tuân thủ theo quy định của Bệnh viện.

- Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

- Nghiên cứu viên tham gia trong nghiên cứu đóng vai trò là nhà nghiên cứu và bác sỹ điều trị của tôi.

- Tôi được đảm bảo rằng có một hội đồng đánh giá khía cạnh đạo đức sẽ thông qua hoặc làm rõ đề cương nghiên cứu.

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Nếu cần:

Ký và ghi rõ họ tên của Bác sỹ

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Ký, ghi rõ họ tên người hướng dẫn khoa học

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Phụ lục 3
VỊ TRÍ HUYỆT

Tên huyết	Ký hiệu	Đường kinh	Vị trí
Can du	VII.18	Túc Thái dương Bàng quang	Từ giữa khe D9-D10 đo ngang ra 1,5 thốn.
Thận du	VII.23	Túc Thái dương Bàng quang	Từ giữa khe L2-L3 đo ngang ra 1,5 thốn.
Đại trường du	VII.25	Túc Thái dương Bàng quang	Từ giữa khe L4-L5 đo ngang ra 1,5 thốn.
Giáp tích L4-L5		Ngoài kinh	Cách móm gai đốt sống L4-L5 ngang ra 0,5 thốn.
Giáp tích L5-S1		Ngoài kinh	Cách móm gai đốt sống L5-S1 ngang ra 0,5 thốn.
Chi thất	VII.52	Túc Thái dương Bàng quang	Từ giữa khe L2-L3 đo ngang ra 3 thốn.
Mệnh môn	XIII.4	Mạch Đốc	Chính giữa khe L2-L3.
Ủy trung	VII.40	Túc Thái dương Bàng quang	Chính giữa lằn chỉ ngang nếp gấp khoeo chân (chính giữa trám khoeo)
Tam âm giao	IV.6	Túc thái âm tỳ	Từ chỗ lồi cao nhất mắt cá chân trong đo lên 3 thốn, cách bờ sau xương chày 1 khoát ngón tay.
Thái Khê	VIII.3	Túc thiếu âm Thận	Tại trung điểm giữa đường nối bờ sau mắt cá trong và mép trong gân gót, khe giữa gân gót chân ở phía sau.

Phụ lục 4
CHỈ SỐ OSWESTRY DISABILITY

Chỉ số OSWESTRY
I. Cường độ đau vùng thắt lưng 0. Có thể bỏ qua đau và sinh hoạt như bình thường 1. Chịu đựng được đau và không phải dùng thuốc giảm đau 2. Đau đến mức phải dùng thuốc giảm đau 3. Thuốc dùng chỉ có tác dụng giảm đau ở mức độ trung bình 4. Thuốc chỉ có tác dụng giảm đau rất ít 5. Không sử dụng thuốc vì dùng cũng không có hiệu quả giảm đau
II. Hoạt động cá nhân 0. Sinh hoạt cá nhân bình thường và không gây ra đau thêm 1. Sinh hoạt cá nhân bình thường nhưng gây ra đau lưng 2. Sinh hoạt cá nhân là nguyên nhân gây đau nên phải chậm và cẩn thận 3. Cần giúp đỡ trong sinh hoạt cá nhân do đau lưng nhưng vẫn chủ động được 4. Cần giúp đỡ trong hầu hết sinh hoạt cá nhân hàng ngày do đau 5. Đau làm không mặc được quần áo và khó khăn cả khi nằm ở trên giường
III. Mang vác 0. Có thể nâng lên những trọng lượng nặng mà không làm đau lưng thêm 1. Có thể nâng lên những trọng lượng nặng nhưng gây đau lưng thêm 2. Có thể nâng lên những trọng lượng nặng nếu vị trí tiện lợi 3. Đau có thể nâng lên những vật có trọng lượng nhẹ và vừa nếu vị trí tiện lợi 4. Đau làm cho chỉ có thể nâng lên được những vật có trọng lượng rất nhẹ 5. Đau làm cho không thể nâng hoặc mang vác bất cứ vật gì

IV. Đi bộ

0. Đau không làm hạn chế đi bộ ở bất kỳ khoảng cách nào
1. Đau làm hạn chế đi bộ hơn khoảng 1.6km
2. Đau làm hạn chế đi bộ hơn khoảng 800m
3. Đau làm hạn chế đi bộ hơn khoảng 400m
4. Đau làm cho chỉ có thể đi bộ được khi sử dụng gậy hoặc nạng
5. Đau làm cho luôn phải nằm trên giường và không tới nhà vệ sinh được

V. Ngồi

0. Đau không gây cản trở, có thể ngồi bất kỳ chỗ nào mình muốn
1. Đau làm cho chỉ có thể ngồi ở một tư thế
2. Đau làm cho chỉ có thể ngồi được hơn 1 giờ
3. Đau làm cho chỉ có thể ngồi được khoảng 30 phút
4. Đau làm cho chỉ có thể ngồi được khoảng 15 phút
5. Đau làm cho không ngồi được

VI. Ngủ

0. Có giấc ngủ tốt không đau
1. Chỉ có thể ngủ được khi sử dụng thuốc giảm đau
2. Ngủ ít hơn 6 giờ mặc dù vẫn dùng thuốc giảm đau
3. Dùng thuốc giảm đau vẫn ngủ ít hơn dưới 4 giờ
4. Dùng thuốc giảm đau ngủ ít hơn 2 giờ
5. Đau làm cho không ngủ được chút nào

VII. Đứng

0. Có thể đứng theo ý muốn mà không gây đau
1. Có thể đứng như ý muốn nhưng gây đau thêm
2. Đau làm chỉ đứng được hơn 1 giờ
3. Đau làm chỉ đứng được hơn 30 phút
4. Đau làm chỉ đứng được hơn 10 phút
5. Đau làm không đứng được

VIII. Hoạt động xã hội

0. Hoạt động xã hội bình thường mà không gây đau lưng.
1. Hoạt động xã hội bình thường nhưng làm tăng đau lưng
2. Đau lưng không ảnh hưởng đến các hoạt động xã hội tiêu tốn năng lượng (nhảy, chạy...)
3. Đau lưng hạn chế hoạt động xã hội, tôi không ra ngoài đường thường xuyên.
4. Đau lưng nên tôi chỉ ở nhà
5. Không có chút hoạt động xã hội nào vì đau lưng.

Tỷ lệ mất chức năng cột sống được chia làm 5 mức:

Mức 1 (mất chức năng ít): ODI 0-20%. BN có thể tự sinh hoạt bình thường, không cần điều trị, cần hướng dẫn tư thế lao động và sinh hoạt, bê vác, giảm cân nếu cần.

Mức 2 (mất chức năng vừa): ODI 21-40%. BN cảm thấy đau lưng nhiều hơn khi ngồi, khi bê vác, khi đứng. Du lịch và hoạt động xã hội khó khăn hơn. Có thể điều trị nội khoa.

Mức 3 (mất chức năng nhiều): ODI 41-60%. Đau lưng là vấn đề chính đối với BN, cảm thấy trở ngại trong sinh hoạt, hoạt động xã hội, sinh hoạt tình dục và khó ngủ.

Cần có phác đồ điều trị cụ thể.

Mức 4 (mất chức năng rất nhiều): ODI 61-80%. Đau lưng ảnh hưởng sâu sắc đến đời sống và công việc.

Phác đồ điều trị tích cực là cần thiết.

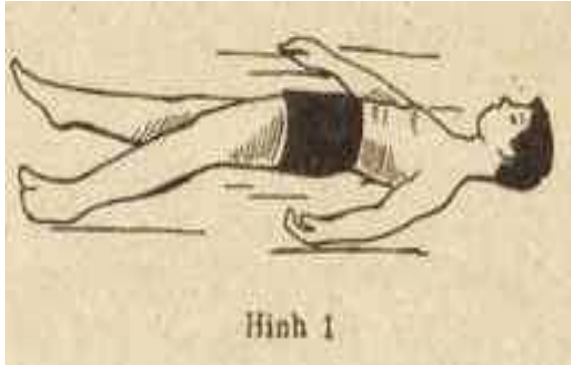
Mức 5 (mất hoàn toàn chức năng) : ODI >80%. BN có thể phải nằm tại chỗ hoặc cảm thấy đau đớn quá mức cần có sự chăm sóc đặc biệt.

Cần có phác đồ điều trị tổng hợp.

Phụ lục 5

BÀI TẬP DƯỠNG SINH NGUYỄN VĂN HƯỞNG

ĐỘNG TÁC 1: THƯ GIÃN (5 phút)



Kỹ thuật làm thư giãn

a. Tư thế: Tư thế nằm là tốt nhất vì tư thế nằm các cơ giãn hoàn toàn, chỗ nằm nên cho êm, người già quen nằm đệm thì nằm đệm, đầu cao thấp là tùy thói quen.

b. Thực hiện: 3 điều kiện của thư giãn

- Không cho cơ thể tiếp xúc bên ngoài bằng cách cắt đứt liên hệ ngũ quan. Chọn nơi yên tĩnh, tránh xa tiếng ồn quá lớn và đảm bảo không khí trong lành, không có mùi khó chịu. Điều chỉnh nhiệt độ ở mức dễ chịu, nếu nóng quá thì vịn quạt cho vừa, nếu lạnh quá thì ta mặc thêm cho ấm, không để bí hơi quá, phải mở cửa thông gió song tránh gió lùa. Ưu tiên trang phục rộng rãi, thoải mái. Đặc biệt nới lỏng thắt lưng để không gây cản trở quá trình tuần hoàn máu và lưu thông khí huyết. Nên nhắm mắt hoặc sử dụng khăn mềm che mắt để ngăn hoàn toàn ánh sáng tránh gây kích thích. Không bận tâm đến tiếng động xung quanh, tương tự như công nhân ngủ bên tiếng máy móc đang vận hành. Không để tâm đến bất kỳ mùi hương nào. Lưỡi không nếm vị gì quá mạnh.

- Ra lệnh cho các cơ vận và cơ trơn thư giãn:

Đầu óc ta thanh thoi, không nghĩ gì, rồi ta ra lệnh cho hệ thống thần kinh động vật và thực vật, các cơ vận và cơ trơn đều buông xuôi hết. Thư giãn hoàn toàn. Nghỉ ngơi hoàn toàn. Ước chế hoàn toàn.

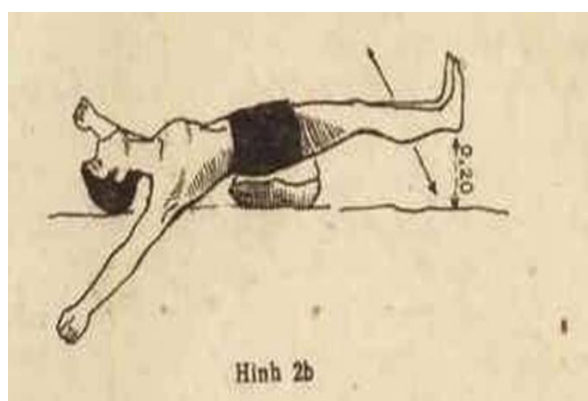
Khi thư giãn các cơ vân hoàn toàn thì cơ thể sẽ có cảm giác nặng. Cảm giác này như mí mắt díp lại vì cơn buồn ngủ, việc nhướng mí mắt trở nên khó khăn.

Khi các cơ trơn thư giãn, nhất là cơ trơn tại thành mạch giãn ra, sự co thắt biến mất tạo điều kiện cho dòng máu lưu thông tự do hơn về các chi, chính sự tăng cường tưới máu này tạo nên cảm giác ấm áp và nặng nề lan toả khắp tay chân.

Ta có thể “tự kỷ ám thị” để giúp thêm cho sự thư giãn: “Tay chân tôi nặng và ấm, toàn thân tôi nặng và ấm”.

- Tập trung ý nghĩ theo dõi hơi thở: Trong giai đoạn đầu của việc luyện tập, tâm trí chúng ta thường rất dễ bị xao nhãng bởi những suy nghĩ như nghĩ việc chồng con cha mẹ, chuyện tình duyên trắc trở... nên người ta thường so sánh ý nghĩ như một “con bướm” chao lượn không dừng hay như “tâm viên ý mã” như con khỉ nhảy nhót, phá phách, như con ngựa chạy đủ bốn phương. Để chế ngự sự xao động này và rèn luyện khả năng làm chủ tư duy, thì ta nên dùng cách tập trung ý nghĩ vào mục tiêu theo dõi hơi thở, thở cho đều, hít vào thở ra, nghỉ, hít vào, thở ra, nghỉ... Như thế ta sẽ giúp thêm cho việc thư giãn và tập luyện việc tập trung ý nghĩ, càng ngày càng mạnh lên. Nếu tập trung theo dõi hơi thở mệt rồi thì đổi sang tập trung vào tự kỷ ám thị “nặng” và “ấm”.

ĐỘNG TÁC 2: THỞ 4 THÌ CÓ KÊ MÔNG VÀ GIỜ CHÂN (5 phút)



Tư thế: Kê mông cần được thực hiện linh hoạt, dựa trên thể trạng và tình trạng bệnh lý cụ thể, cần cân trọng nhất là đối với những trường hợp có tiền sử cao huyết áp. Ban đầu nên kê bằng một chiếc gối mỏng để cơ thể thích nghi dần. Tuỳ theo khả năng đáp ứng của cơ hoành trong việc điều tiết và đẩy tạng phủ xuống dưới, người bệnh có thể nâng dần độ cao bằng cách sử dụng hai chiếc gối. Việc có sử dụng gối đầu hay không tuỳ bệnh, tuỳ thói quen của bệnh nhân. Bệnh nhân cao huyết áp phải rất cẩn thận, không cho tai biến mạch máu não, cứ giữ gối như cũ rồi lần lần dùng gối thấp hơn, rồi bỏ gối nếu huyết áp tốt.

a. Cách thực hiện:

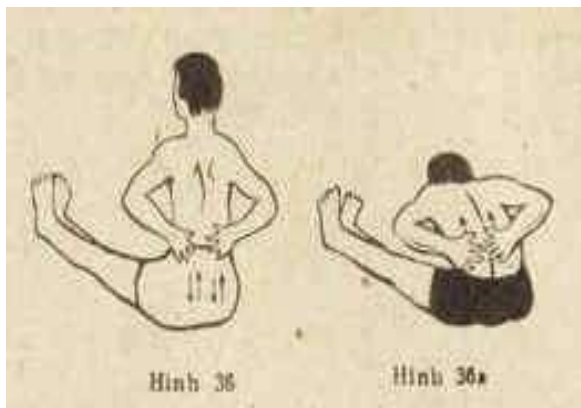
Thì 1: Hít vào, đều, sâu, tối đa, ngực nở, bụng phình và cứng, khi hít vào tối đa cơ ức đòn chũm căng lên. Thời gian = $\frac{1}{4}$ hơi thở. “Hít vào ngực nở, bụng căng”

Thì 2: Giữ hơi, cơ hoành và các cơ lồng ngực đều co thắt tối đa, thanh quản mở, hai chân giơ thay phiên nhau cao 20cm; giơ từng chân một, thời gian bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở tương ứng với câu “ giữ hơi cố gắng hít thêm”.

Thì 3: Thở ra thoải mái, tự nhiên, không kìm, không thúc song phải nhẹ nhàng, không tạo ra tiếng rít, bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở, tương ứng với câu “ thở ra không kìm, không thúc”

Thì 4: Thư giãn hoàn toàn, có cảm giác nặng và ấm, thời gian = $\frac{1}{4}$ hơi thở, tự kỷ ám thị: tay chân tôi nặng và ấm, toàn thân tôi nặng và ấm.

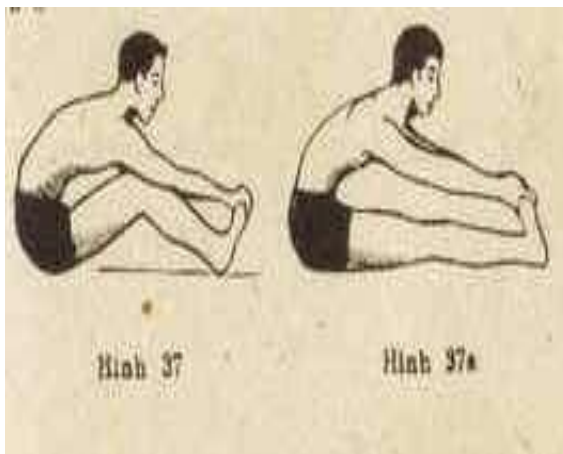
ĐỘNG TÁC 3: CÚP LƯNG (5 phút)



Kỹ thuật: Bắt đầu ở tư thế ngồi, hai chân duỗi thẳng về phía trước. Đặt hai lòng bàn tay úp vào vùng lưng, thực hiện động tác xoa xát theo chiều lên xuống cho ấm cả vùng lưng. Để tăng hiệu quả làm ấm sâu có thể nắm hờ tay chà xát với lực mạnh hơn cho đến khi hơi ấm lan toả đều khắp vùng lưng. Sau khi vùng lưng đã ấm đặt úp hai tay vào lưng, ở phía dưới đệm giường. Cúp lưng thật mạnh, hạ thấp đầu và thân mình xuống phía dưới, thở ra mạnh và hai bàn tay xoa vùng lưng từ dưới lên trên càng cao càng tốt; ngồi thẳng lên, hơi nghiêng ra sau, hít vô tới đa và đưa cả hai bàn tay xuống phía dưới vào vị trí cũ, đệm giường. Lặp lại quy trình như vậy 10 hơi thở, chà xát vùng lưng cho nóng ấm để chuẩn bị tập động tác khó hơn.

Tác dụng: Làm cho lưng nóng lên, dẻo dai hơn, trị bệnh đau lưng...

ĐỘNG TÁC 4: RÚT LƯNG (5 phút)



Kỹ thuật: Ngồi đặt hai chân thẳng về phía trước, hơi co lại sao cho hai tay có thể nắm lấy bàn chân. Sử dụng ngón tay giữa ấn vào huyệt Dũng tuyền. Huyệt này nằm ở lòng bàn chân, tại điểm giao nhau giữa 1/3 trước và 2/3 sau của lòng bàn chân. Dùng ngón tay cái đè lên huyệt Thái xung ở mu bàn chân, vị trí này nằm tại phần lõm giữa xương bàn chân ngón cái và ngón thứ hai. Duy trì tư thế chân hơi co, bắt đầu thực hiện một nhịp hít vào thật sâu và đầy cho đến khi lồng ngực căng mở tới đa; Dùng lực đẩy mạnh để duỗi thẳng chân ra phía trước, đồng thời thở ra triệt để. Làm như thế từ 3 – 5 hơi thở.

Tác dụng: Làm cho lưng giãn ra, khí huyết lưu thông, trị bệnh đau lưng. Tay bám vào huyệt Dũng tuyền điều hoà huyết áp; Bám huyệt Thái xung điều hoà chức năng gan.

ĐỘNG TÁC 5: HÔN ĐẦU GỐI (5 phút)



Chuẩn bị: Duỗi thẳng hai bên về phía trước sao cho hai chân sát vào nhau. Sử dụng hai bàn tay nắm vào vị trí cổ chân.

Thực hiện: Hít vô tối đa; cố gắng hai tay kéo mạnh cho đầu đụng hai chân (hôn đầu gối) đồng thời thở ra triệt để; rồi ngừng đầu dậy hít vô; hôn đầu gối thở ra. Làm thế từ 3 – 5 hơi thở.

Tác dụng: Làm giãn lưng trị bệnh đau lưng.

ĐỘNG TÁC 6: TỰ XOA BÓP VÙNG THẮT LƯNG (5 phút)

- Xoa: Dùng gốc bàn tay, vân ngón tay, mô ngón út hoặc mô ngón cái xoa tròn trên chỗ da đau theo chiều kim đồng hồ.

Tác dụng: Thông khí huyết, làm hết sưng, giảm đau.

- Xát: Đặt bàn tay, ngón tay gần nhau xung quanh phần thắt lưng, lòng bàn tay hướng vào trong, dùng gốc gan tay từ từ xát lên và xuống làm vùng thắt lưng nóng lên.

Tác dụng. Thông kinh lạc, dẻo gân cốt, lý khí làm hết đau, giảm đau.

- Miết: Xát hai tay vào nhau cho nóng lên rồi đặt chồng lên nhau ở giữa thắt lưng đẩy từ trên xuống chà xát 5 - 10 lần, sau đó di chuyển sang phải, sang trái 5 - 10 lần.

Tác dụng: Thông kinh lạc, tăng dinh dưỡng, tuần hoàn tại chỗ, giảm đau.

Phụ lục 6
MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG NGHIÊN CỨU



SỞ Y TẾ TỈNH THANH HÓA
BỆNH VIỆN YDCT THANH HÓA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN XIN XÁC NHẬN ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Tôi tên là: Mai Thị Kim Hòa Ngày sinh: 29/01/1990

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

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

Tôi viết đơn này xin Ban Giám Đốc Bệnh viện xác nhận cho phép tôi nghiên cứu đề tài chuyên khoa II ***“Đánh giá tác dụng của bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp siêu âm trị liệu điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống”***, tại Bệnh viện Y Dược Cổ Truyền Thanh Hóa từ ngày 02 tháng 04 năm 2025

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Thanh Hóa, ngày tháng năm 2025

Ban Giám Đốc



PHÓ GIÁM ĐỐC
Trịnh Chí Giao

Người viết đơn

Mai Thị Kim Hòa

Phụ lục 7

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

I. Bệnh nhân nhóm nghiên cứu

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới	Địa chỉ	Ngày vào	Số BA
1	Nguyễn Ngọc L	71	Nam	Hoàng Hóa- Thanh Hoá	22/04/2025	25002278
2	Nguyễn Thị N	65	Nữ	Xã Luận Thành-Thanh Hoá	28/07/2025	25005019
3	Vũ Thị Ng	72	Nữ	TX. Nghi Sơn- Thanh Hoá	05/05/2025	25002523
4	Lê Thế S	55	Nam	Đông Lĩnh- TP. Thanh Hóa	05/05/2025	25002469
5	Nguyễn Thị H	46	Nữ	Phú Sơn-TP. Thanh Hóa	05/05/2025	25002485
6	Phạm Hồng Th	75	Nam	TX.Bỉm Sơn- Thanh Hoá	05/05/2025	25002417
7	Bùi Thị Ch	59	Nữ	Trường Thi-TP. Thanh Hóa	08/05/2025	25002669
8	Đinh Thị Đ	65	Nữ	Hạc Thành- Thanh Hoá	08/09/2025	25006142
9	Lê Duy V	70	Nam	Đông Thọ- Thanh Hoá	26/05/2025	25003160
10	Bùi Ngọc B	76	Nam	Quang Trung- Thanh Hoá	08/09/2025	25006065
11	Trịnh Thị H	61	Nữ	Trung Hạ- Thanh Hoá	13/10/2025	25007056
12	Nguyễn Thị L	52	Nữ	Đông Sơn- Thanh Hoá	15/09/2025	25006393
13	Lê Khắc H	59	Nam	Hoảng Quang- TP. Thanh Hóa	19/05/2025	25002951
14	Trần Văn K	57	Nam	Hậu Lộc-Thanh Hóa	06/05/2025	25002564
15	Trịnh Thị H	66	Nữ	Hàm Rồng-Thanh Hóa	03/09/2025	25005978
16	Nguyễn Thị Th	64	Nữ	Quảng Thịnh-Thanh Hóa	22/04/2025	25002279
17	Vũ Thị T	71	Nữ	TX.Bỉm Sơn- Thanh Hoá	05/05/2025	25002416
18	Trịnh Thị T	64	Nữ	Hạc Thành- Thanh Hoá	22/09/2025	25006559
19	Vũ Hữu B	61	Nam	TX.Nghi Sơn- Thanh Hoá	08/05/2025	25002661
20	Bùi Thị Th	49	Nữ	Đông Hải- Thanh Hoá	03/06/2025	25003383
21	Hoàng Thị D	69	Nữ	Đông Quang- Thanh Hóa	27/10/2025	25007410
22	Phạm Tiến Th	62	Nam	Yên Định- Thanh Hoá	02/06/2025	25003301
23	Lê Thị Th	61	Nữ	Nguyệt Viên- Thanh Hoá	05/08/2025	25005302
24	Lê Thị T	63	Nữ	Đông Thọ- TP. Thanh Hóa	30/06/2025	25004112
25	Lê Văn H	67	Nam	Sầm Sơn- Thanh Hoá	01/07/2025	25004223
26	Mai Thị H	59	Nữ	Nông Công- Thanh Hoá	30/06/2025	25004117
27	Lê Thị M	71	Nữ	Điện Biên- TP. Thanh Hóa	04/06/2025	25003411
28	Phan Thị Th	42	Nữ	Đông Tiến- Thanh Hoá	17/07/2025	25004776
29	Lê Thị H	63	Nữ	Đông Xoài- Bình Phước	02/06/2025	25003327
30	Nguyễn Thị Th	71	Nữ	Hoảng Hoá- Thanh Hoá	02/07/2025	25004270
31	Hoàng Văn A	55	Nam	Hàm Rồng- Thanh Hoá	04/07/2025	25004338
32	Lê Ngọc Th	42	Nam	Hoảng Sơn- Thanh Hoá	24/07/2025	25004908
33	Lê Thị Th	56	Nữ	Nguyệt Viên- Thanh Hoá	24/09/2025	25006613
34	Lê Thị Kh	62	Nữ	Hạc Thành- Thanh Hoá	25/09/2025	25006647
35	Lê Văn Đ	70	Nam	Hàm Rồng-Thanh Hoá	29/07/2025	25005075



II. Bệnh nhân nhóm đối chứng

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới	Địa chỉ	Ngày vào	Số BA
1	Trần Quốc D	70	Nam	Lam Sơn- Thanh Hoá	18/04/2025	25002193
2	Nguyễn Thị T	76	Nữ	Ba Đình- Thanh Hoá	03/04/2025	25001725
3	Đỗ Thị V	77	Nữ	Hậu Lộc- Thanh Hoá	05/05/2025	25002429
4	Lê Thị Ph	71	Nữ	Hàm Rồng- Thanh Hoá	04/08/2025	25005214
5	Lê Thị L	77	Nữ	Đông Hương- Thanh Hoá	26/04/2025	25002366
6	Nguyen Thi O	63	Nữ	Hạc Thành- Thanh Hoá	09/07/2025	25004507
7	Lê Văn Th	55	Nam	Quảng Thịnh- Thanh Hoá	15/04/2025	25002103
8	Mai Thị L	63	Nữ	Quyết Tâm-Sơn La	16/04/2025	25002151
9	Nguyễn Thị X	75	Nữ	Hoảng Hoá- Thanh Hoá	16/10/2025	25007173
10	Nguyễn Xuân H	62	Nam	Ba Đình- TP. Thanh Hóa	12/05/2025	25002729
11	Lê Sỹ K	58	Nam	Đông Thọ- Thanh Hoá	03/04/2025	25001726
12	Mai Đức Th	75	Nam	Hà Trung- Thanh Hoá	21/05/2025	25003052
13	Lê Thị Đ	75	Nữ	Đông Quang- Thanh Hoá	17/09/2025	25006458
14	Nguyễn Thị H	38	Nữ	Hoảng Hoá- Thanh Hoá	09/04/2025	25001905
15	Nguyễn Thị B	70	Nữ	Hậu Lộc- Thanh Hoá	06/05/2025	25002552
16	Phạm Thị Đ	77	Nữ	Đông Thọ - Thanh Hoá	17/04/2025	25002167
17	Trần Thị T	72	Nữ	Ngọc Sơn-Thanh Hoá	28/07/2025	25004993
18	Mai Văn Nh	60	Nam	Hàm Rồng- Thanh Hoá	28/04/2025	25002375
19	Lê Thị D	72	Nữ	Hạc Thành- Thanh Hoá	23/09/2025	25006597
20	Lương Thị Th	75	Nữ	Hàm Rồng- Thanh Hoá	08/07/2025	25004450
21	Hà Thị M	56	Nữ	Mường Mìn- Thanh Hoá	02/10/2025	25006782
22	Nguyễn Phùng H	49	Nam	Hạc Thành- Thanh Hoá	15/07/2025	25004693
23	Nguyễn Xuân C	57	Nam	Nguyệt Viên- Thanh Hoá	02/10/2025	25006759
24	Hàn Thanh T	47	Nam	Hạc Thành- Thanh Hoá	16/07/2025	25004750
25	Nguyễn Trọng Tr	56	Nam	Tĩnh Gia- Thanh Hoá	17/07/2025	25004780
26	Doãn Hữu Đ	73	Nam	Hạc Thành- Thanh Hoá	14/07/2025	25004572
27	Lê Văn D	75	Nam	Đào Duy Từ- Thanh Hoá	28/07/2025	25004994
28	Lê Thị L	51	Nữ	Sầm Sơn- Thanh Hoá	14/07/2025	25004662
29	Nguyễn Thế Th	62	Nam	Hạc Thành- Thanh Hoá	27/08/2025	25005871
30	Trịnh Thị V	53	Nữ	Hàm Rồng- Thanh Hoá	18/08/2025	25005719
31	Vũ Ngọc Th	71	Nam	Hạc Thành- Thanh Hoá	27/08/2025	25005896
32	Trịnh Thị H	58	Nữ	Triệu Sơn- Thanh Hoá	28/08/2025	25005930
33	Nguyễn Thị L	71	Nữ	Đông Tiến- Thanh Hoá	04/09/2025	25006039
34	Nguyễn Thị Phương L	59	Nữ	Quảng Phú- Thanh Hóa	22/10/2025	25007332
35	Thiều Thị H	75	Nữ	Đông Quang- Thanh Hoá	16/09/2025	25006397

Thanh Hóa ngày 18 tháng 11 năm 2025

XÁC NHẬN CỦA PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

XÁC NHẬN CỦA LÃNH ĐẠO BỆNH VIỆN


Mai Thị Dương




CHỖ CHẤM ĐỌC
Trịnh Thị Giao