**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

**=========**



**LÊ THỊ PHƯƠNG THẢO**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC “PHONG THẤP NK” KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU LƯNG DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG**

**LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II**

**HÀ NỘI – 2025**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

**=========**



**LÊ THỊ PHƯƠNG THẢO**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC “PHONG THẤP NK” KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU LƯNG DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG**

**Chuyên ngành: Y học cổ truyền**

**LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**PGS.TS. PHẠM QUỐC BÌNH**

**HÀ NỘI - 2025**

**LỜI CẢM ƠN**

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Ban giám đốc Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Phòng Đào tạo Sau đại học, Ban Giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh, các khoa, phòng, Bộ môn đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Với tấm lòng chân thành, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

PGS.TS. Phạm Quốc Bình, người thầy đã trực tiếp hướng dẫn khoa học, tận tâm, tận lực mang hết nhiệt huyết của mình để giảng dạy, giúp đỡ, chỉ bảo cho tôi những kinh nghiệm quý báu nhất trong quá trình học tập, nghiên cứu để tôi hoàn thành luận văn một cách tốt nhất.

Thầy cô trong Hội đồng chấm luận văn đã đóng góp nhiều ý kiến khoa học quý báu để giúp tôi hoàn thành luận văn này.

Ban giám đốc và tập thể các y bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã giúp đỡ và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình nghiên cứu tại viện.

Con xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã luôn động viên, khích lệ con trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Cuối cùng, tôi xin được gửi lời cảm ơn chân thành đến 60 bệnh nhân đã đồng thuận tham gia nghiên cứu và sự đóng góp lớn lao của họ trong toàn bộ nghiên cứu này.

*Hà Nội, ngày tháng năm 20...*

**Tác giả luận văn**

**Lê Thị Phương Thảo**

**LỜI CAM ĐOAN**

**Tôi tên là:** Lê Thị Phương Thảo

**Học viên lớp:** Chuyên khoa II khoá 8, chuyên ngành Y học cổ truyền, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

Tôi xin cam đoan:

1. Đây là nghiên cứu của tôi, thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của  
   PGS.TS. Phạm Quốc Bình.
2. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực và khách quan, do tôi thu thập và thực hiện một cách khoa học và chính xác.
3. Kết quả nghiên cứu của luận văn này chưa được đăng tải trên bất kỳ một tạp chí hay một công trình khoa học nào.

*Hà Nội ngày tháng năm 20...*

**Người viết cam đoan**

Lê Thị Phương Thảo

MỤC LỤC

[MỤC LỤC BẢNG](#_Toc151719351)

[MỤC LỤC BIỂU](#_Toc151719352)

[DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT](#_Toc151719353)

[ĐẶT VẤN ĐỀ 1](#_Toc151719354)

[CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3](#_Toc151719355)

[1.1. Quan điểm của YHHĐ về thoái hoá cột sống thắt lưng 3](#_Toc151719356)

[1.1.1. Đặc điểm giải phẫu vùng thắt lưng 3](#_Toc151719357)

[1.1.2. Thoái hoá cột sống thắt lưng 6](#_Toc151719358)

[1.1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của đau vùng thắt lưng do thoái hóa. 7](#_Toc151719359)

[1.1.4. Chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa cột sống 9](#_Toc151719360)

[1.1.5. Điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống 11](#_Toc151719361)

[1.2. Đau vùng thắt lưng do thoái hoá cột sống theo y học cổ truyền. 12](#_Toc151719362)

[1.2.1. Bệnh danh 12](#_Toc151719363)

[1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh 13](#_Toc151719364)

[1.2.3. Các thể bệnh của đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống theo Y học cổ truyền. 14](#_Toc151719365)

[1.3. Tổng quan về điện châm 15](#_Toc151719366)

[1.3.1. Định nghĩa 15](#_Toc151719367)

[1.3.2. Cơ chế tác dụng của điện châm 15](#_Toc151719368)

[1.3.3. Công thức huyệt 16](#_Toc151719368)

[1.3.3. Chỉ định và chống chỉ định 16](#_Toc151719369)

[1.3.4. Tai biến thường gặp và xử trí 17](#_Toc151719370)

[1.3.5. Kỹ thuật bổ tả của điện châm 18](#_Toc151719371)

[1.4. Tổng quan về bài thuốc “Phong thấp NK” 18](#_Toc151719372)

[1.4.1. Xuất xứ bài thuốc nghiên cứu 18](#_Toc151719373)

[1.4.2. Tác dụng của bài thuốc 18](#_Toc151719374)

[1.4.3. Chỉ định 18](#_Toc151719375)

[1.4.4. Cách dùng 19](#_Toc151719376)

[1.4.5. Phân tích bài thuốc. 19](#_Toc151719377)

[1.5. Tình hình nghiên cứu thuộc lĩnh vực đề tài trong và ngoài nước. 19](#_Toc151719378)

[1.5.1. Trên thế giới 19](#_Toc151719379)

[1.5.2. Tại Việt Nam 20](#_Toc151719380)

[CHƯƠNG 2](#_Toc151719381): [CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 22](#_Toc151719382)

[2.1. Chất liệu nghiên cứu 22](#_Toc151719383)

[2.1.1. Công thức bài thuốc:” Phong thấp NK” 22](#_Toc151719384)

[2.1.2. Dạng bào chế 22](#_Toc151719385)

[2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu 23](#_Toc151719386)

[2.3. Đối tượng nghiên cứu. 23](#_Toc151719387)

[2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân 23](#_Toc151719388)

[2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ 24](#_Toc151719389)

[2.4. Phương pháp nghiên cứu 24](#_Toc151719390)

[2.4.1. Thiết kế nghiên cứu 24](#_Toc151719391)

[2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu 24](#_Toc151719392)

[2.4.3. Trình tự tiến hành 25](#_Toc151719393)

[2.4.4. Chỉ tiêu theo dõi 28](#_Toc151719394)

[2.4.5. Tiêu chuẩn đánh giá: 29](#_Toc151719395)

[2.5. Xử lý số liệu 35](#_Toc151719396)

[2.6. Đạo đức nghiên cứu 35](#_Toc151719397)

[CHƯƠNG 3](#_Toc151719398):  [KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 36](#_Toc151719399)

[3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu 36](#_Toc151719400)

[3.1.1. Một số đặc điểm dịch tễ 36](#_Toc151719401)

[3.1.2. Một số đặc điểm về bệnh tật 37](#_Toc151719402)

[3.2. Tác dụng giảm đau và cải thiện vận động 40](#_Toc151719403)

[3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS 40](#_Toc151719404)

[3.2.2. Biến đổi tầm vận động cột sống thắt lưng 41](#_Toc151719405)

[3.2.3. Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng 48](#_Toc151719406)

[3.2.4 Tác dụng cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày 50](#_Toc151719407)

[3.2.5. Sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền 51](#_Toc151719408)

[3.2.6. Kết quả điều trị chung 52](#_Toc151719409)

[3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp. 53](#_Toc151719410)

[3.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. 54](#_Toc151719411)

[CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN 56](#_Toc151719412)

[4.1. Bàn luận về các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu ........................56](#_Toc151719413)

[4.1.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu. 56](#_Toc151719414)

[4.1.2. Đặc điểm về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu. 57](#_Toc151719416)

[4.1.3. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu. 58](#_Toc151719417)

[4.1.4. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu. 58](#_Toc151719418)

[4.1.6. Hình ảnh Xquang vùng thắt lưng trước điều trị. 61](#_Toc151719419)

[4.2. Bàn về kết quả điều trị 61](#_Toc151719421)

[4.2.1. Sự cải thiện mức độ đau. 61](#_Toc151719414)

[4.2.2. Sự cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng. 64](#_Toc151719416)

[4.2.3. Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng. 67](#_Toc151719417)

[4.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày. 68](#_Toc151719418)

[4.2.5. Sự thay đổi một số triệu chứng lâm sàng theo YHCT. 68](#_Toc151719419)

[4.2.6. Kết quả điều trị chung. 69](#_Toc151719418)

[4.2.7. Các tác dụng không mong muốn. 70](#_Toc151719419)

[4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị. 71](#_Toc151719422)

[4.3.1. Sự ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh đến kết quả điều trị. 71](#_Toc151719414)

[4.3.2. Sự ảnh hưởng của nghề nghiệp đến kết quả điều trị. 71](#_Toc151719416)

[4.3.3. Sự ảnh hưởng của tuổi đến kết quả điều trị. 72](#_Toc151719417)

[KẾT LUẬN 73](#_Toc151719423)

[KIẾN NGHỊ 74](#_Toc151719424)

[TÀI LIỆU THAM KHẢO](#_Toc151719425)

**PHỤ LỤC**

MỤC LỤC BẢNG

[Bảng 2.1. Cách tính điểm và phân loại mức độ đau 30](#_Toc151719458)

[Bảng 2.2. Cách tính điểm và phân loại mức độ giãn cột sống 30](#_Toc151719459)

[Bảng 2.3. Cách tính điểm và phân loại khoảng cách tay đất 31](#_Toc151719460)

[Bảng 2.4. Cách tính điểm và phân loại độ gấp cột sống. 32](#_Toc151719461)

[Bảng 2.5. Cách tính điểm và phân loại độ duỗi cột sống. 32](#_Toc151719462)

[Bảng 2.6. Cách tính điểm và phân loại độ nghiêng cột sống. 32](#_Toc151719463)

[Bảng 2.7. Cách tính điểm và phân loại độ xoay cột sống. 32](#_Toc151719464)

[Bảng 2.8. Cách tính điểm và đánh giá chức năng sinh hoạt 33](#_Toc151719465)

[Bảng 2.9. Bảng đánh giá hiệu quả điều trị chung 34](#_Toc151719465)

[Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi. 36](#_Toc151719466)

[Bảng 3.2. Phân bố theo nghề nghiệp 36](#_Toc151719468)

[Bảng 3.3. Phân bố thời gian mắc bệnh. 37](#_Toc151719469)

[Bảng 3.4. Đặc điểm bệnh lý trước điều trị của hai nhóm. 39](#_Toc151719563)

[Bảng 3.5. Hình ảnh Xquang của 2 nhóm trước điều trị 39](#_Toc151719470)

[Bảng 3.6. Mức độ đau theo thang điểm VAS của 2 nhóm qua các thời điểm 40](#_Toc151719471)

[Bảng 3.7. Độ duỗi trung bình của 2 nhóm qua các thời điểm. 41](#_Toc151719472)

[Bảng 3.8. Mức độ duỗi cột sống của 2 nhóm qua các thời điểm. 42](#_Toc151719473)

[Bảng 3.9. Độ gấp cột sống trung bình của 2 nhóm qua các thời điểm. 43](#_Toc151719474)

[Bảng 3.10. Mức độ gấp cột sống của 2 nhóm qua các thời điểm. 41](#_Toc151719475)

[Bảng 3.11. Độ nghiêng cột sống bên đau của 2 nhóm qua các thời điểm. 45](#_Toc151719476)

[Bảng 3.12. Mức độ nghiêng cột sống bên đau của 2 nhóm qua các thời điểm. 45](#_Toc151719477)

[Bảng 3.13. Độ xoay CS trung bình bên đau của 2 nhóm qua các thời điểm 47](#_Toc151719478)

[Bảng 3.14. Mức độ xoay cột sống bên đau của 2 nhóm qua các thời điểm. 47](#_Toc151719479)

[Bảng 3.15. Độ giãn CSTL của 2 nhóm qua các thời điểm (theo Schӧber) 48](#_Toc151719480)

[Bảng 3.16.Phân loại khoảng cách tay đất của 2 nhóm qua các thời điểm. 49](#_Toc151719481)

[Bảng 3.17. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của 2 nhóm. 50](#_Toc151719482)

[Bảng 3.18. Sự thay đổi một số triệu chứng lâm sàng theo YHCT của hai nhóm sau điều trị 51](#_Toc151719483)

[Bảng 3.19. Kết quả điều trị chung của 2 nhóm. 52](#_Toc151719482)

[Bảng 3.20: Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng 53](#_Toc151719485)

Bảng 3.21: Chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị......................54

Bảng 3.22. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị54

[Bảng 3.23. Liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp với kết quả điều trị 55](#_Toc151719488)

[Bảng 3.24. Liên quan giữa tuổi với kết quả điều trị 55](#_Toc151719489)

MỤC LỤC BIỂU ĐỒ

[Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp 37](#_Toc151719515)

Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh...............**38**

Biểu đồ 3.3.Hình ảnh X quang của 2 nhóm trước điều trị...............**40**

Biểu đồ 3.4. Kết quả điều trị chung của 2 nhóm.............................**53**

**DANH MỤC HÌNH**

[Hình 1.1. Các đốt sống thắt lưng . 3](#_Toc151719558)

[Hình 1.2. Hình ảnh Xquang thoái hóa cột sống 10](#_Toc151719559)

[Hình 2.1. Thuốc sắc đóng túi. 23](#_Toc151719560)

[Hình 2.2.Thang điểm VAS 29](#_Toc151719561)

[Hình 2.3. Thước đo tầm vận động khớp 31](#_Toc151719562)

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Viết tắt | Tiếng Việt | Tiếng Anh |
| CSTL | Cột sống thắt lưng |  |
| ĐTL | Đau thắt lưng |  |
| TĐCS | Tác động cột sống |  |
| THCS | Thoái hóa cột sống |  |
| THCSTL | Thoái hóa cột sống thắt lưng |  |
| ĐVTL | Đau vùng thắt lưng |  |
| VAS | Thang điểm đau | Visual analogue scale |
| YHCT | Y học cổ truyền |  |
| YHHĐ | Y học hiện đại |  |
|  | Giá trị trung bình | Mean |

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là hội chứng đau khu trú cấp tính hoặc mạn tính ở vùng thắt lưng được giới hạn trong khoảng từ ngang đốt sống thắt lưng L1 đến nếp lằn mông. Là bệnh lý gặp phổ biến trong thực hành lâm sàng ở Việt Nam cũng như các nước trên thế giới. Bệnh xảy ra ở cả nam và nữ, chủ yếu trong độ tuổi lao động [1],[2],[3]. Tỷ lệ bệnh tăng theo tuổi, thường gặp trong độ tuổi 30 – 50.

Ở nước ta theo điều tra tình hình bệnh tật, đau thắt lưng chiếm 2% trong dân, chiếm 17% những người trên 60 tuổi (Phạm Khuê-1979). Theo báo cáo của Nguyễn Văn Đăng số người đi chữa bệnh này vào các cơ sở như khoa khớp, khoa vật lý trị liệu khoảng 50% so với điều trị các bệnh khác [4],[5].

Có nhiều nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng nhưng nguyên nhân do THCS chiếm tỷ lệ cao. Theo thống kê của WHO thoái hoá cột sống thắt lưng (THCSTL) chiếm 31,12% trong tổng số thoái hoá khớp. Tại Bệnh viện Bạch Mai, thoái hoá cột sống thắt lưng chiếm 2/3 tổng số 10,41% các loại thoái hoá trong 10 năm (1991- 2000) [6],[7].

Thoái hoá cột sống thắt lưng là bệnh lý mạn tính, dễ tái phát nên phải điều trị lâu dài, do đó việc kết hợp điều trị bằng phương pháp YHHĐ và YHCT mang lại hiệu quả điều trị tối ưu nhất cho người bệnh.

Y học hiện đại có nhiều phương pháp điều trị khác nhau. Trong đó, điều trị nội khoa đã được đề cập đến từ lâu và mang lại những hiệu quả nhất định, Sự ra đời của ngành vật lý trị liệu phục hồi chức năng với các phương pháp: Kéo dãn, chiếu đèn hồng ngoại, điện xung…. đem lại kết quả điều trị ngày càng tốt hơn [7],[8].

Theo YHCT, đau lưng có bệnh danh “Yêu thống” thuộc phạm vi “Chứng tý” và được điều trị bằng một số phương pháp như: Thuỷ châm, điện châm, xoa bóp bấm huyệt, thuốc thang sắc uống…. Trong đó điện châm là phương pháp tân châm được dùng đã lâu có tác dụng giảm đau hiệu quả [10]. Song phương pháp này chỉ được thực hiện khi bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện trong đợt đau nhiều, không có khả năng phòng bệnh chống tái phát. Việc sử dụng các bài thuốc y học cổ truyền kết hợp điều trị để khắc phục nhược điểm của điện châm là điều rất cần thiết. Trong nền y học dân tộc Việt Nam, lương y Nguyễn Kiều là người có công đóng góp rất lớn. Thầy đã thừa kế và phát huy truyền thống của Đại danh y Tuệ Tĩnh, nghiên cứu và sử dụng thuốc nam chữa bệnh rất có hiệu quả. Trong tài liệu “Các bài thuốc thường dùng thừa kế của thầy Nguyễn Kiều” được biên soạn lại năm 1998, mục “Các bệnh thuộc bộ máy thần kinh”, có một bài thuốc dùng để chữa đau lưng đã được cụ Kiều dùng rất nhiều trong nhân dân, thành phần là các vị thuốc nam quen thuộc. Để thuận tiện cho việc nghiên cứu, chúng tôi đặt tên bài thuốc này là “Phong thấp NK”. Cho đến hiện tại, chưa có một đánh giá khoa học cụ thể nào về sự kết hợp giữa bài thuốc “Phong thấp NK” và phương pháp điện châm trên bệnh nhân đau lưng do thoái hoá cột sống. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **"Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Phong thấp NK” kết hợp điện châm điều trị đau lưng do thoái hoá cột sống”**với hai mục tiêu:

*1.* *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” kết hợp điện châm.*

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

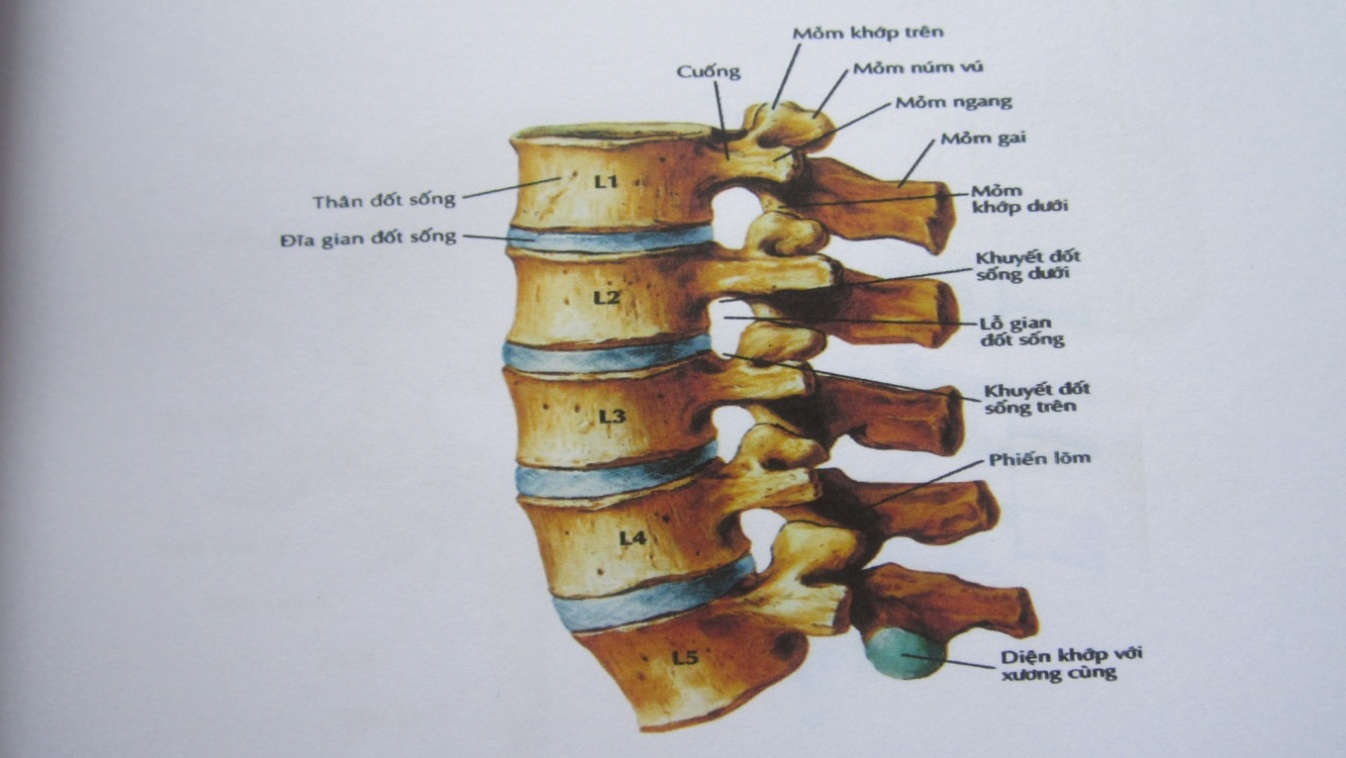
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Quan điểm của YHHĐ về thoái hoá cột sống thắt lưng

1.1.1. Đặc điểm giải phẫu vùng thắt lưng

1.1.1.1. Cột sống thắt lưng:

Đoạn cột sống thắt lưng gồm 5 đốt sống được giới hạn từ đốt sống L1 đến L5, có 4 đĩa đệm và 2 đĩa đệm chuyển đoạn là: Ngực – thắt lưng và thắt lưng - cùng. Đây là nơi chịu tải 80% trọng lượng cơ thể, và có tầm hoạt động rộng theo mọi hướng. Để đảm bảo chức năng nâng đỡ, giữ cho cơ thể ở tư thế đứng thẳng, cột sống thắt lưng hơi cong về phía trước với các góc [10],[11]:



***Hình 1.1.Các đốt sống thắt lưng [12].***

- Góc cùng: tạo bởi đường thẳng ngang và đường thẳng chạy qua mặt trên = 30°.

- Góc thắt lưng cùng: tạo bởi trục L5 và S1 = 140°.

- Góc nghiêng xương chậu: tạo bởi đường thẳng ngang với đường thẳng nối giữa ụ nhô với bờ trên xương mu.

Cấu tạo dây chằng chắc, khoẻ, đốt sống và đĩa đệm có kích thước lớn hơn các vùng khác, nhất là đốt sống L4 – L5.

Cấu tạo các vòng xơ sụn, nhân nhầy có tính chịu lực, đàn hồi giúp cho cột sống thực hiện được các hoạt động của cơ thể.

Như vậy những biến đổi gây tác động về giải phẫu, sinh lý, chức năng vùng thắt lưng đều có thể là nguyên nhân dẫn đến đau thắt lưng.

Đốt sống thắt lưng được cấu tạo bởi hai thành phần chính: thân đốt ở phía trước và cung đốt ở phía sau.

- Thân đốt: là phần lớn nhất của đốt sống, có hình trụ dẹt. Chiều rộng lớn hơn chiều cao và chiều dày. Mặt trên và mặt dưới là mâm sụn

- Cung đốt sống: có hình móng ngựa, liên quan hai bên là mỏm khớp liên cuống, mỏm khớp chia cung sống làm hai phần: phía trước là cuống sống, phía sau là lá cung, gai sau gắn vào cung sống ở gần mỏm khớp, giữa thân đốt sống với cung sống là ống tuỷ. Riêng L5 thân đốt ở phía trước cao hơn ở phía sau để tạo độ ưỡn thắt lưng.

- Mỏm ngang: có hai mỏm ngang chạy từ cung đốt sống ra ngoài.

- Gai sống: có một gai dính vào cung đốt sống

- Lỗ đốt sống nằm ở giữa, thân đốt sống nằm ở trước và cung đốt sống nằm ở sau tạo nên ống sống trong đó có tuỷ sống [9],[10],[11].

*1.1.1.2. Cấu tạo đĩa đệm:*

- Đĩa đệm: Nằm ở khe liên đốt sống, phía trước được cố định bởi dây chằng dọc trước, phía sau được cố định bởi dây chằng dọc sau. Đĩa đệm có hình tròn như một thấu kính lõm 2 mặt gồm 2 thành phần:

+ Phần trung tâm (nhân nhày): Gồm chất căn bản keo, nhân nhày chứa 80% nước, có đặc tính hút nước mạnh, không có mạch máu và thần kinh ở nhân nhày, nhân nhày liên kết chặt chẽ với các vòng sợi ngoại vi.

+ Phần ngoại vi: Là những bó sợi tạo nên những vòng sợi đồng tâm. Cấu trúc này làm tăng sức bền, giúp vòng sợi chịu đựng được những áp lực lớn. Sự nuôi dưỡng ở những đĩa đệm nghèo nàn chủ yếu bằng phương pháp thẩm thấu [10],[11].

1.1.1.3. Cơ – dây chằng:

- Cơ vận động cột sống:

Gồm hai nhóm chính: Nhóm cơ cạnh cột sống và nhóm cơ thành bụng:

+ Nhóm cơ cạnh cột sống: Tác dụng làm duỗi cột sống, đồng thời có thể phối hợp với nghiêng, xoay cột sống.

+ Nhóm cơ thành bụng: gồm có:

* Cơ thẳng: Là cơ gập thân người rất mạnh.
* Nhóm cơ chéo: Các cơ chéo có chức năng xoay thân người, khi xoay sang bên trái cần cơ chéo ngoài phải và cơ chéo trong trái hoạt động và ngược lại.
* Dây chằng cột sống: Các dây chằng giúp cho cột sống vững vàng đồng thời hạn chế những vận động quá mức của cột sống. Dây chằng dọc trước và dây chằng dọc sau là hai dây chằng dài nhất, đều bắt đầu từ xương chẩm chạy tới xương cùng [10],[11].

1.1.1.4. Lỗ liên đốt – sự phân bố thần kinh cột sống:

* Lỗ liên đốt sống:

Rễ thần kinh thoát ra khỏi ống sống qua lỗ liên đốt.

* Phân bố thần kinh cột sống:

Từ phía trong rễ thần kinh chọc thủng màng cứng đi ra ngoài tới hạch giao cảm cạnh sống tách ra hai nhánh:

+ Nhánh trước: Phân bố cho vùng trước cơ thể.

+ Nhánh sau: Phân bố cho da, cho cơ vùng lưng cùng bao khớp và diện ngoài của khớp liên cuống.

+ Nhánh màng tủy: Đi từ hạch giao cảm, chui qua lỗ liên đốt vào ống sống, chi phối cho các thành phần bên trong bao gồm khớp liên cuống, dây chằng dọc sau, bao tủy. Do có sự liên quan về giải phẫu nên bất cứ sự thay đổi nào của những thành phần liên quan ở lỗ liên đốt sẽ kích thích rễ thần kinh gây ra đau đớn [11],[12],[13],[14].

1.1.2. Thoái hoá cột sống thắt lưng

Định nghĩa

Thoái hóa cột sống thắt lưng (THCSTL) là bệnh mạn tính tiến triển từ từ, tăng dần gây đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng mà không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm cột sống phối hợp với những thay đổi ở phần xương dưới sụn, và màng hoạt dịch [1],[2],[3],[15].

**Nguyên nhân và cơ chế của thoái hóa**

***a) Nguyên nhân***

Cho đến nay các nhóm nguyên nhân này vẫn còn là vấn đề có nhiều bàn cãi, nhưng nhiều nhất vẫn là các nhóm nguyên nhân sau [1],[6],[7],[15].

* *Tuổi tác và sự lão hóa*: Ở người trưởng thành quá trình tạo xương giảm thay thế dần bằng các tế bào hủy xương, khả năng tổng hợp nên các sợi collagen và các sợi mucopolysaccharide giảm và rối loạn, các sợi collagen trở nên kém đàn hồi và dễ đứt gẫy, làm hư hỏng các chất proteoglycan.
* *Nguyên nhân cơ học*: Sự thay đổi trọng lực, tăng lực nén lên khớp, đĩa đệm trong một thời gian quá dài gây nên quá trình hư khớp: Tăng trọng lượng, thường xuyên mang vác vật nặng sai tư thế, dị dạng bẩm sinh làm thay đổi diện tích tỳ nén bình thường của diện khớp. Các biến dạng thứ phát sau chấn thương, u, viêm, loạn sản làm thay đổi hình thái tương quan của ổ khớp và cột sống…
* *Một số yếu tố khác*: Di truyền, thay đổi nội tiết tố (mãn kinh, tiểu đường, do thuốc, loãng xương…)

***b) Cơ chế bệnh sinh của thoái hóa khớp cột sống***

Thoái hóa cột sống thắt lưng là một quá trình biến đổi tuần tự. Đầu tiên là sự hư đĩa đệm, tiếp theo là tổ chức sụn, xương dưới sụn và cuối cùng là xương đốt sống.

* *Tổn thương đĩa đệm*: Vòng sợi phía sau bị yếu, quá trình này có sự rách đồng tâm trong vòng sợi, các sợi collagen bị đứt gẫy lấn dần ra phía ngoài, áp lực nội đĩa đệm giảm làm cho các đốt sống tiến lại gần nhau hơn. Vòng sợi rách, ranh giới nhân nhầy vòng sợi lồi lõm, biến dạng, có sự xâm nhập của tổ chức viêm dẫn tới sự hình thành các tổ chức sợi hạt đĩa đệm kích thích lên rễ thần kinh gây đau cấp [4],[7].
* *Thoái hóa đốt sống*: Hậu quả của thoái hóa đĩa đệm là các sợ đàn hồi của vòng sợi giảm được thay thế bằng các tổ chức xơ, dẫn tới sự giảm linh động giữa hai đốt sống. Sụn bị hủy hoại, xương dưới sụn phản ứng bằng cách tăng sinh xương, tái tạo bất thường để bù trừ mất sụn, mở rộng điểm tựa, thành lập gai xương (Osteophytose), đặc xương dưới sụn [1],[4],[14].
* *Phản ứng viêm ở bao hoạt dịch*: Những mảnh Protesoglycan và collagen được giải phóng vào dịch khớp, với lượng tăng dần. Ở khớp giữ vai trò là nơi loại bỏ những sản phẩm thoái hóa của sụn như cytokine và các yếu tố tăng trưởng. Chúng bị tiêu hủy bởi các đại thực bào, hiện tượng này dẫn tới viêm nhiễm mạn tính ở bao hoạt dịch. Những tế bào hoạt dịch lại sản sinh ra Cytokin đặc biệt là Interleukin I, các chất nhầy này tác động vào sụn khớp càng làm tăng thêm sự tàn phá sụn[1].

1.1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của đau vùng thắt lưng do thoái hóa.

*1.1.3.1. Lâm sàng*

* Biểu hiện dưới hai dạng, đau vùng thắt lưng cấp (lumbago), hoặc đau vùng thắt lưng mạn tính (lombalgie).

+ ĐVTL cấp: Khởi phát đột ngột, kèm cảm giác đau cứng cột sống, thời gian diễn biến trong vòng một tuần, đó là những biểu hiện đặc trưng của thoái hóa đĩa đệm, có thể kèm theo đau thần kinh tọa hoặc không.

+ ĐVTL mạn: Khởi phát từ từ kéo dài, thời gian diễn biến ít nhất là 3 tháng, liên tục không có dấu hiệu thuyên giảm.

* *Hoàn cảnh xuất hiện* : Sau chấn thương hoặc vi chấn thương, sau đau vùng thắt lưng cấp hoặc đau thần kinh tọa, hoặc đã từng đau vùng thắt lưng thoáng qua.
* *Tính chất đau*
* Đau có tính chất cơ giới: Đau âm ỉ tăng khi lao động, khi thay đổi tư thế đột ngột, khi đứng lâu ngồi nhiều, khi thay đổi thời tiết và giảm khi nghỉ ngơi.
* Có thể có dấu hiệu cứng khớp cột sống vào buổi sáng. Khi thoái hóa nặng đau liên tục ảnh hưởng tới giấc ngủ.
* Đau có thể toàn bộ CSTL một hoặc hai bên. Đau khu trú tại cột sống không lan khi không có chèn ép rễ thần kinh.
* Bệnh nhân nghe thấy tiếng lục khục khi cử động cột sống.
* *Dấu hiệu thực thể của hội chứng cột sống*
* Điểm đau tại cột sống: Ấn hoặc gõ trên các mỏm gai đốt sống của bệnh nhân phát hiện điểm đau. Trường hợp tổn thương rễ thần kinh thường có điểm đau ở cột sống tương ứng.
* Điểm đau cạnh sống: Ấn đau ở các vị trí cách đường liên mỏm gai 2cm
* Co cứng cơ cạnh cột sống thắt lưng: Quan sát bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng hoặc nghiêng, thấy rõ cơ bên nào bị co cứng sẽ nổi vồng lên. Khi sờ nắn, ấn tay thấy khối cơ căng chắc.
* Cột sống mất đường cong sinh lý: Dùng ngón tay miết dọc cột sống phát hiện đường cong sinh lý có bị biến dạng hay không (như gù, vẹo cột sống..).
* Tầm vận động CSTL: Hạn chế tầm vận động CSTL, yêu cầu bệnh nhân thực hiện các động tác cúi, ngửa, nghiêng, xoay để quan sát tầm vận động.

Dùng thước đo để đánh giá: Bình thường độ duỗi 300, gấp 700, nghiêng từng bên 300, quay từng bên 250.

* Độ giãn CSTL: Bệnh nhân đứng thẳng 2 gót chạm vào nhau, từ từ cúi xuống phía trước tối đa, khớp gối giữ thẳng, hai tay dơ thẳng hướng xuống đất. Bình thường ngón tay giữa 2 bên chạm đất. Khi có tổn thương động tác cuối sẽ bị hạn chế, tay không sát đất. Khoảng cách bàn tay và mặt đất sẽ đánh giá mức độ tổn thương.

Đo độ giãn cột sống thắt lưng (Nghiệm pháp Schöber): Bệnh nhân đứng thẳng thầy thuốc đánh dấu một điểm ngang qua đốt sống thắt lưng L5. Từ điểm đấy đo lên 10cm đánh dấu điểm thứ 2, cho bệnh nhân cúi xuống đến mức tối đa, hai chân vẫn giữ thẳng, đo chiều dài từ điểm 1 đến điểm 2. Bình thường độ giãn CSTL 4 - 6cm, độ giãn CSTL nhỏ hơn hoặc bằng 2 là có tình trạng bệnh lý.

Nhìn chung đau vùng thắt lưng do thoái hóa không có biểu hiện toàn thân mà chỉ có triệu chứng đau khu trú tại chỗ hoặc đau lan xuống chân khi có chèn ép rễ thần kinh.

*1.1.3.2. Cận lâm sàng*

* Bilan viêm âm tính.
* Xquang thường quy cột sống thẳng, nghiêng có các dấu hiệu sau:

+ Hẹp khe khớp: Hẹp không đồng đều, diện khớp nhẵn, biểu hiện bằng chiều cao của đĩa đệm giảm, hẹp nhưng không dính khớp.

+ Đặc xương dưới sụn: Phần đầu xương, hõm khớp, thân đốt sống kết đặc, biểu hiện bằng hình ảnh cản quang nhiều

+ Mọc gai xương: Hình tiếp giáp giữa xương, sụn và màng hoạt dịch có hình ảnh gai xương. Chồi xương có hình ảnh thô và đậm đặc.

- CT- Scanner hoặc MRI: Hình ảnh hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, gai xương, ngoài ra có thể đánh giá được tổn thương đĩa đệm và phần mềm cạnh sống.

***1.1.4. Chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa cột sống***

*1.1.4.1. Chẩn đoán xác định*

Thoái hóa cột sống đơn thuần dựa vào các dấu hiệu sau [1], [2], [4], [15], [16], [17].

*a)**Lâm sàng:*

- Đau cột sống có tính chất cơ học.

- Không có các dấu hiệu toàn thân: Sốt, gầy sút cân, thiếu máu…

*b) Cận lâm sàng*:

- Dấu hiệu Xquang (Xquang thường quy cột sống thẳng, nghiêng, chếch 3/4 ) có các dấu hiệu sau

+ Hẹp khe khớp với diện khớp nhẵn (hẹp khe khớp liên mấu <2mm)

+ Đặc xương dưới sụn, mòn xương dưới sụn, nang dưới sụn.

+ Gai xương thân đốt sống.

+ Hẹp lỗ liên đốt.

Hình 1.2. Hình ảnh Xquang thoái hóa cột sống[19]

* Dấu hiệu trên MRI, hoặc CT - Scanner (nếu có).
* Xét nghiệm máu: Billan viêm âm tính .

*1.1.4.2. Chẩn đoán phân biệt*

* Viêm cột sống đĩa đệm do nhiễm khuẩn hoặc do lao, tính chất đau như kiểu viêm hoặc đau liên tục, kèm theo dấu hiệu toàn thân, Xquang có diện khớp hẹp, bờ khớp nham nhở không đều, MRI có hình ảnh viêm đĩa đệm đốt sống. Xét nghiệm có bilan viêm dương tính.
* Bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính đặc biệt viêm cột sống dính khớp: Nam giới, trẻ tuổi, đau và hạn chế vận động các đốt sống thắt lưng cùng, Xquang có viêm khớp cùng chậu, Xét nghiệm tốc độ máu lắng tăng.
* Ung thư di căn xương: Đau mức độ nặng kiểu viêm, kèm theo dấu hiệu toàn thân, Xquang có hủy xương hoặc kết đặc xương, cộng hưởng từ và xạ hình xương có vai trò quyết định chẩn đoán [1], [2], [3], [4].

1.1.5. Điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống

*Nguyên tắc chung [1]*

- Nằm bất động khi đau nhiều.

- Dùng thuốc giảm đau.

- Dùng thuốc giãn cơ khi có căng cơ.

- Kết hợp điều trị vật lý trị liệu.

- Sử dụng một số biện pháp đặc biệt khi cần: phong bế ngoài màng cứng, phong bế hốc xương cùng, tiêm vào đĩa đệm...

- Điều trị nguyên nhân.

- Phẫu thuật một số trường hợp khi có chỉ định.

*1.1.5.1. Điều trị nội khoa*

- Thuốc giảm đau theo bậc thang giảm đau của WHO, trong thời gian đau cấp.

* Thuốc chống viêm không steroid, liều lượng đường dùng phụ thuộc vào mức độ đau, chú ý không dùng các thuốc cùng nhóm với nhau.

+ Đường tiêm: Meloxicam (Mobic 15mg), Piroxicam (Feldel 20mg)…

+ Đường uống: Diclofenac (Votaren) viên 50mg, Meloxicam (Mobic 7,5mg).

+Thuốc chống viêm bôi ngoài da: Voltaren emugel.

* Thuốc giãn cơ: Eperision(Myonal 50mg), Tolpersone (Mydocalm 50mg,150mg)
* Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm:

+ Piascledine 300mg, Glucosamine sulfate và chondroitin sulphat, Thuốc ức chế IL1: Diacerhein 50mg (viên 50mg). Có thể dùng kéo dài trong nhiều năm [1], [2], [3], [4], [6], [15].

*1.1.5.2.* *Phục hồi chức năng*

- Điều trị bằng nhiệt nóng như, hồng ngoại, siêu âm, sóng ngắn, đắp parapin.. Nhiệt làm giãn mạch tại chỗ hoặc toàn thân thúc đẩy quá trình viêm, tiết dịch, tạo điều kiện làm lành vết thương do tăng cường dinh dưỡng tại chỗ. Nhiệt làm tăng ngưỡng kích thích thần kinh, tăng chuyển hóa, ngừa thoái hóa sợi cơ.

- Kéo giãn cột sống để điều chỉnh chiều cao của khoang gian đốt. Dưới tác dụng lực kéo cơ học vào vùng cột sống làm rộng khoang gian đốt, giảm áp lực nội đĩa đệm, điều chỉnh sai lệch của đốt sống, giảm chèn ép thần kinh mạch máu, giãn cơ thụ động.

**-** Bài tập CSTL**:** Gồm các bài tập như bài tập cột sống thắt lưng McKenzie, bài tập Nguyễn Văn Hưởng... [7], [6], [17].

*1.1.5.3.* *Điều trị ngoại khoa*

Được chỉ định với các trường hợp:

* TVĐĐ , trượt thân đốt sống hoặc có hẹp ống sống với các triệu chứng thần kinh tiến triển nặng dần ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà điều trị nội khoa không thành công trong vòng 6 tháng.
* Đĩa đệm thoái hóa nhiều có thể thay đĩa đệm nhân tạo.
* Phẫu thuật làm cứng cố định đốt sống khi có nguy cơ lún, xẹp đốt sống…[1], [2].

**1.2. Đau vùng thắt lưng do thoái hoá cột sống theo y học cổ truyền.**

1.2.1. Bệnh danh

- Đau vùng thắt lưng trong y văn cổ gọi là chứng “Yêu thống”.

- Bệnh thuộc phạm vi chứng Tý của YHCT, “tý” có nghĩa là tắc, làm cho khí huyết không lưu thông mà gây ra chứng đau.

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Theo văn tự cổ “Tý” có nghĩa là đóng lại, bế tắc. Sách Hoàng đế Nội kinh Tố vấn, Thiên Tý luận viết: “Ba khí phong, hàn, thấp lẫn lộn dồn đến, hợp lại thành chứng Tý”, “Mắc bệnh về mùa đông, là cốt tý; mắc bệnh về mùa xuân gọi là cân tý; mắc bệnh về mùa hạ gọi là mạch tý; mắc bệnh vào thời điểm về Chí âm gọi là cơ tý; mắc bệnh về mùa thu gọi là bì tý”. Sách còn viết: ‘‘Chứng Tý, phạm thẳng vào tàng, sẽ chết; nếu lưu niên ở khoảng gân xương, thì lâu khỏi; nếu chỉ ở khoảng bì phu, thì chóng khỏi.” ‘‘Đó cũng là do sự uống ăn, cư xử mà gây nên. Sáu phủ cũng đều có Du, các khí phong, hàn, thấp trúng vào Du, nhân có sự uống ăn tiếp theo, do Du mà vào, rồi đến ký túc vào Phủ.” [19]

Theo Hải Thượng Lãn Ông, ‘‘tuy dùng thuốc phong thấp nhưng cần dùng nhiều thuốc bổ khí huyết để giảm chế đi, xong cốt yếu là hai kinh can, thận, bổ nguồn gốc của tinh huyết để làm tác dụng cho gân xương.” [20].

Đau vùng thắt lưng do thoái hóa liên quan mật thiết tới hai tạng can thận. Lưng là phủ của thận, thận tàng tinh, tinh sinh tủy, thận chủ cốt tủy. Tinh được tàng trữ ở thận, tinh sinh tủy, tủy vào trong xương nuôi dưỡng xương, tinh tủy đầy đủ xương cốt rắn chắc. Thận hư yếu không tàng được tinh, cốt tủy không được nuôi dưỡng mà gây nên đau lưng, mỏi gối. Can chủ cân, can cân luôn dựa vào sự nuôi dưỡng của can huyết, tinh sinh huyết, thận hư không tàng được tinh, can huyết kém dẫn đến can cân không được nuôi dưỡng tốt gây chứng chân tay co duỗi khó khăn, lưng co cứng, vận động khó.

Như vậy, nguyên nhân gây chứng ĐVTL do thoái hóa gồm [18], [19],[20],[21]:

* Ngoại nhân: Vệ ngoại bất cố, tấu lý sơ hở làm cho tà khí phong, hàn, thấp thừa cơ xâm nhập vào cơ thể, tà khí ứ lại ở cơ nhục, cân mạch, kinh lạc làm khí huyết không thông mà gây nên chứng tý. Ứ đọng lại ở kinh Túc thái dương bàng quang, làm cho khí huyết của kinh này trở trệ mà gây đau. Bệnh lâu ngày làm ảnh hưởng tới chính khí.
* Do tuổi cao, chức năng của các tạng phủ hư suy, hoặc do mắc bệnh lâu ngày, hoặc do bẩm tố tiên thiên bất túc, khiến cho thận tinh hao tổn, thận hư không nuôi dưỡng được can âm, dẫn tới can huyết hư. Thận hư không chủ được cốt tủy, thận hư xương cốt hư yếu mà gây đau mỏi, can huyết hư không nuôi dưỡng được cân mà gây nên các chứng đau co rút.

- Do lao động nặng nhọc, sai tư thế kéo dài, gánh vác lâu ngày, hoặc sang chấn… làm khí huyết ứ lại, kinh lạc không thông, bất thông thì thống, các chứng đau nhức cũng từ đó mà ra.

1.2.3. Các thể bệnh của đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống theo Y học cổ truyền.

ĐVTL do thoái hóa cột sống thuộc thể can thận hư kết hợp với phong- hàn - thấp [8], [18], [21]. Biểu hiện của các thể này như sau:

1.2.3.1. Thể phong hàn thấp:

- Triệu chứng: Đau lưng xảy ra đột ngột, sau khi bị lạnh, mưa ẩm thấp, đau nhiều không cúi được, ho và trở mình cũng đau, đau một bên hoặc cả hai bên, ấn các cơ cạnh sống đau co cứng, mạch phù khẩn.

- Biện chứng luận trị: Tấu lý sơ hở, chính khí suy yếu, vệ ngoại bất cố, tà khí thừa cơ xâm phạm vào cơ thể, lưu lại ở kinh bàng quang làm kinh khí bị bế tắc, khí huyết không điều hòa mà gây đau và hạn chế vận động. Phong có tính chất nhanh nên bệnh khởi phát đột ngột, đau vùng lưng, sợ gió. Đau sau khi bị lạnh hoặc mưa ẩm, trời lạnh ẩm đau tăng là đặc tính của hàn thấp. Hàn thấp trở trệ kinh mạch gây nên đau nhức ; ho hoặc trở mình cũng đau.

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

- Phương không dùng thuốc:

+ Châm cứu: Châm tả kết hợp cứu hoặc ôn châm: A thị huyệt, Giáp tích, Thận du, Đại trường du, Ủy trung, Mệnh môn hỏa, Dương lăng tuyền.

+ Xoa bóp: Dùng các thủ thuật day, ấn, lăn… trên vùng cột sống thắt lưng.

- Phương dùng thuốc: Dùng đối pháp lập phương hoặc dùng bài “Can khương thương truật thang gia giảm”, hoặc bài “ Độc hoạt ký sinh thang” gia giảm.

1.2.3.2. Thể can thận hư

* Triệu chứng: Đau mỏi vùng thắt lưng, kèm theo mỏi gối, ù tai, hoa mắt chóng mặt, người mệt mỏi, ăn ngủ kém, mạch trầm tế.
* Biện chứng luận trị: Do tiên thiên bất túc, hoặc mắc bệnh lâu ngày làm chính khí suy yếu, chức năng can thận bị hư suy. Can chủ cân, thận chủ cốt tủy, can thận hư gây đau lưng mỏi gối, hoa mắt chóng mặt ù tai.
* Pháp điều trị: Bổ can thận.
* Phương không dùng thuốc :

+ Châm cứu: Châm bổ: Thận du, Đại trường du, Uỷ trung, Giáp tích L1- S1, Bát lưu, A thị huyệt, Thái khê.

+ Xoa bóp bấm huyệt: Dùng các thủ thuật xát, day, lăn, bóp, bấm huyệt, vận động hai bên cột sống từ L1 đến mông.

* Phương dùng thuốc: Bài "Độc hoạt ký sinh thang" gia giảm.

1.3. Tổng quan về điện châm

1.3.1. Định nghĩa

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của kim châm vào huyệt với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm.

Kích thích của dòng có xung điện làm dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, các tổ chức, tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức, làm giảm viêm, giảm xung huyết và phù nề tại chỗ [8], [22], [23].

1.3.2. Cơ chế tác dụng của điện châm

Theo YHHĐ, khi cơ thể có bệnh, tổn thương ở các cơ quan sẽ kích thích tạo ra cung phản xạ bệnh lý. Điện châm là một kích thích bằng xung điện với các dải tần số khác nhau kích thích vào huyệt, nếu đủ mạnh sẽ ức chế cung phản xạ bệnh lý, từ đó có tác dụng giảm đau [8].

Điện châm kích thích xung điện trường trong và ngoài tế bào, tăng trương lực cơ, tăng quá trình chao đổi chất và chuyển hóa tế bào, tăng thải acid lactic nhờ đó phục hồi chức năng vận động của tế bào. Cơ chế giảm đau của điện châm có liên quan đến chất endorphin và no-endorphin. Vai trò giảm đau của châm cứu thông qua hệ thống serotonin-endorphin [10]. Kho và cộng sự (1993) nhận thấy điện châm làm tăng hàm lượng serotonin ở hành tủy và cầu não. Nếu tiêm naloxon (là chất ức chế các recepter của opiat) trước đó thì hàm lượng serotonin sẽ giảm và tác dụng giảm đau của điện châm cũng giảm. Hiện tượng này cho thấy điện châm tác dụng vào quá trình chuyển hóa các chất truyền đạt thần kinh trung ương có bản chất là receptor opiate, có tác dụng làm giảm đau [24].

Theo YHCT, điện châm tác động qua huyệt vào cơ thể một lượng kích thích, điểm kích thích là các huyệt vị, có tác dụng điều hòa khí huyết. Khí hòa thì huyết hòa, tuần hoàn khí huyết trong kinh mạch được lưu thông, ''Thông thì bất thống'', lập lại cân bằng âm dương đưa cơ thể trở về hoạt động sinh lý bình thường [8], [22].

* + 1. ***Công thức huyệt :***

Lấy theo phác đồ điện châm điều trị đau lưng của Bộ Y tế năm 2013 [25]

- Châm tả: A thị huyệt, Giáp tích L2 - S1, Yêu dương quan.

- Châm bổ: Thận du, Can du, Đại trường du, tam âm giao

- Châm bình bổ bình tả: Ủy trung.

1.3.4. Chỉ định và chống chỉ định

*a) Chỉ định*

- Các chứng liệt : Liệt do tai biến mạch máu não, di chứng viêm não, liệt các dây thần kinh ngoại biên…

- Bệnh ngũ quan: Giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn...

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

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

- Một số bệnh do viêm nhiễm: Viêm tuyến vú, chắp, lẹo....

- Châm tê phẫu thuật

b) Chống chỉ định

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

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

-Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa [8],[22],[23], [24].

1.3.5. Tai biến thường gặp và xử trí

*a)Vựng kim*

* Do bệnh nhân sợ, sức khỏe yếu, cơ thể ở trạng thái không bình thường, thiếu máu
* Hiện tượng : Hoa mắt, chóng mặt, toát mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
* Xử trí : Rút kim ra ngay, đắp ấm, uống nước trà gừng, giải thích cho bệnh nhân, theo dõi mạch, huyết áp.

*b) Chảy máu*

- Do châm kim vào tĩnh mạch khi rút kim gây chảy máu.

- Xử trí: Lấy ngay bông khô ấn chặt vào nơi chảy máu, không được day.

*c) Gẫy kim*

* Do kim cong, kim gỉ, thủ thuật quá mạnh, thường gẫy ở cán kim.
* Xử trí: Dùng panh gắp đoạn kim gẫy ra.
* Trước khi châm phải tiến hành kiểm tra kim châm, xử lý hoặc loại bỏ kim bị hỏng.

*d) Tai biến của kích thích điện*

- Đối với dòng xung điện gần như rất ít tai biến, có thể gặp chóng mặt, khó chịu.

- Xử trí: Ngừng kích thích điện và rút kim ra ngay, cho bệnh nhân nằm nghỉ tại chỗ [8], [26].

1.3.6. Kỹ thuật bổ tả của điện châm

- Châm 1lần/ ngày, mỗi lần 20 - 30 phút, một liệu trình điều trị 10 - 15 ngày, hoặc dài ngày hơn tùy theo yêu cầu điều trị.

- Tần số (đặt tần số cố định) tần số tả từ 4 - 10Hz, tần số bổ từ 1 - 3Hz.

- Cường độ nâng dần từ 0 đến 150 microAmpe tùy theo mức độ chịu đựng của bệnh nhân.

1.4. Tổng quan về bài thuốc “Phong thấp NK”

1.4.1. Xuất xứ bài thuốc nghiên cứu

\* Xuất xứ của bài thuốc nghiên cứu: Bài thuốc “Phong thấp NK” thực tế là một bài thuốc nằm trong tài liệu “Các bài thuốc thường dùng thừa kế của thầy Nguyễn Kiều” được bác sỹ Hoàng Thủ và bác sỹ Trần Đức Đạo biên soạn lại vào năm 1998, mục “Các bệnh thuộc bộ máy thần kinh”. Đây là bài thuốc dùng để chữa đau lưng đã được cụ Kiều dùng nhiều trong nhân dân, thành phần là các vị thuốc nam quen thuộc. Bài thuốc đã được nghiên cứu độc tính cấp tại Viện nghiên cứu Y học cổ truyền Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và được xác định an toàn với liều lượng dùng dưới đây.

\* *Thành phần của bài thuốc “ Phong thấp NK  ”* *[26]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hà thủ ô đỏ | 20g | Dây chìa vôi | 12g |
| Hạt tơ hồng | 20g | Trinh nữ | 20g |
| Dây gắm | 20g | Kim cang | 20g |
| Dây chiều | 20g | Cà gai leo | 20g |

1.4.2. Tác dụng của bài thuốc

Khu phong trừ thấp, hoạt huyết chỉ thống, bổ can thận.

***1.4.3. Chỉ định***

Chứng phong thấp tý, các chứng đau, lưng gối đau mỏi.

1.4.4. Cách dùng

Tất cả làm thành thang sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

1.4.5. Phân tích bài thuốc.

Bài thuốc có các vị dây gắm, dây chiều, dây chìa vôi, trinh nữ là các vị thuốc nam dùng nhiều trong nhân dân, đều có tác dụng trừ phong thấp, thư cân, hoạt huyết chỉ thống. Kim cang vị đạm, đắng nhẹ, tác dụng lợi thuỷ thẩm thấp, đưa thấp ra ngoài theo đường thuỷ đạo. Hà thủ ô vị ngọt tính ấm, giúp bổ huyết, ích can thận, mạnh cân cốt. Hạt tơ hồng vị ngọt, cay, tính ấm, có tác dụng bổ can thận, ích tinh tuỷ, giúp cân cốt được cường kiện. Cà gai leo vị đắng nhẹ, ích can giải độc, trừ phong thấp. Các vị trong bài thuốc hỗ trợ nhau để đạt được tác dụng trừ phong thấp, hoạt huyết chỉ thống, bổ can thận.

1.5. Tình hình nghiên cứu thuộc lĩnh vực đề tài trong và ngoài nước.

1.5.1. Trên thế giới

Năm 2007, Michael, Haake (Đức) thử nghiệm châm cứu điều trị ĐVTL cho 387 bệnh nhân, có tiền sử đau lưng mạn trong 8 năm. Tại tháng thứ 6 tỷ lệ đáp ứng là 44,2% đối với nhóm bệnh nhân châm cứu [29].

Năm 2008, Thomas – Lowe (Tạp chí Châu Âu) cho thấy THCS là nguyên nhân thường gặp gây ĐVTL. Điều đáng chú ý rằng mặc dù có 80% người lớn tuổi đau lưng nhưng chỉ có 1 - 2% cần phẫu thuật, châm cứu là một lựa chọn kiểm soát triệu chứng đau rất an toàn vì kích thích sản xuất ra endorphin, acetycholine và serotonin. Tuy nhiên châm cứu nên phối hợp với các phương pháp khác như xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc y học cổ truyền để đạt hiệu quả cao hơn [30].

Năm 2013, Mai Xu; Shi Yan và cộng sự (Trung Quốc), Nghiên cứu tác dụng của châm cứu trong điều trị đau lưng mạn tính so với các phương pháp điều trị khác. Các tác giả tổng hợp nghiên cứu trên 132 tài liệu với 2678 bệnh nhân nghiên cứu, rút ra kết luận châm cứu có tác dụng giảm đau tốt hơn, phục hồi tàn tật cao hơn và cải thiện được chức năng sinh hoạt hằng ngày [32].

Năm 2015, Khương Hội Lê, Ký Lệ Lệ và cộng sự (Bắc Kinh, Trung Quốc), Tổng kết tài liệu cổ kim xử phương châm cứu điều trị yêu thống mạn tính. Chia 2 lĩnh vực lâm sàng cổ đại và cận đại trong 10 năm gần đây. Kết quả thấy trong châm cứu cổ đại dùng ‘‘Viễn đạo thủ huyệt’’ Tức lấy huyệt ở nơi xa, và ‘‘đơn huyệt vi chủ’’ tức chọn một huyệt làm chính yếu. Còn tài liệu châm cứu cận đại thì dùng ‘‘Viễn cận phối huyệt’’ tức là phối huyệt cả ở gần và xa, và ‘‘Đa huyệt vi chủ’’ tức là chọn nhiều huyệt làm chính. Huyệt vị được chọn ở cả hai loại tài liệu tập chung chủ yếu ở các kinh Túc Thái dương Bàng quang, Đốc mạch và Thiếu dương Đởm, dùng Ngũ du huyệt, giao hội huyệt và bối du huyệt ứng dụng tương đối nhiều. Các tác giả thấy châm cứu điều trị yêu thống mạn tính chú trọng dùng ‘‘Viễn đạo thủ huyệt’’ và lấy nguyên tắc ‘‘Viễn cận phối huyệt’’ làm nội dung chính để chỉ đạo châm cứu lâm sàng [33].

Năm 2016, Đặng Đặc Vĩ, Đặng Lệ Lệ và Bành Quyên (Trung Quốc) nghiên cứu sử dụng giờ Thân tuần kinh thủ huyệt châm điều trị yêu thống do thận hư, cho 60 bệnh nhân chia 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu châm tại giờ Thân 15 - 17 giờ, nhóm chứng châm cách xa giờ Thân 4 tiếng. Chọn các huyệt Đốc du, Ủy trung, Âm cốc, lưu kim 30 phút, tuần 5 lần. Thấy 2 nhóm đều có cải thiện triệu chứng đau lưng với p<0,05. Nhưng nhóm nghiên cứu có hiệu quả 93,1%, có ưu thế hơn nhóm chứng 75% [34].

1.5.2. Tại Việt Nam

Năm 2008, Lương Thị Dung đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị cho 35 BN ĐVTL do thoái hóa tại khoa YHCT Bệnh viện Xanhpon, kết quả tốt và khá đạt 88,6% [35].

Năm 2009, Trần Thị Kiều Lan, đánh giá tác dụng điều trị ĐVTL do THCS bằng điện châm các huyệt Đại trường du, Giáp tích L1 - L5, Thứ liêu, Ủy trung kết hợp thủy châm Methycoban cho 60 BN điều trị nội trú tại Khoa Đông y Viện 103 và ngoại trú tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương, kết quả khá và tốt đạt 96,7% [36].

Năm 2009, Nguyễn Bá Quang điều trị cho 52 bệnh nhân đau lưng thể phong hàn thấp tuổi từ 20 đến 80 tuổi, tại Khoa Châm cứu Bệnh viện Tuệ Tĩnh bằng điện châm các huyệt Giáp tích L1 - S1, Thận du, Trật biên, Hoàn khiêu cho kết quả tốt 80,77%, khá 13,46% [37]

Năm 2015, Trần Thị Đoan Trang đánh giá hiệu quả giảm đau của viên ST (Thiên niên kiện, Bạch chỉ, Cốt toái bổ) phối hợp châm cứu trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa. Kết quả tốt và khá đạt 93,9%.[38]

Năm 2015, Nguyễn Thị Như Quỳnh đánh giá hiệu quả điều trị đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện châm các huyệt Can du, Thận du, Đại trường du, Giáp tích L1 - L5, Tam âm giao, Mệnh môn, Chi thất kết hợp với bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trên 30 bệnh nhân tại Khoa Nội – Bệnh viện Châm cứu Trung ương, kết quả tốt và khá 93,3% [40].

Năm 2017, Nguyễn Thị Luân đánh giá hiệu quả điều trị đau vùng thắt lưng do thoái hoá cột sống bằng Điện châm kết hợp bài tập MCKENZIE tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hoá cho kết quả tốt là 83,3% [39].

Năm 2020, Nguyễn Đình Minh Đạt đánh giá tác dụng điều trị đau cột sống thắt lưng của bài thuốc “khớp HV” kết hợp phương pháp tác động cột sống, kết quả tốt 50% và khá đạt 46,7%. [41]

Năm 2020, Quang Ngọc Khuê 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, kết quả tốt 63,3% và không còn bệnh nhân nào ở mức không hiệu quả.[42]

CHƯƠNG 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Công thức bài thuốc: “Phong thấp NK”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vị thuốc** | **Tên khoa học** | **Liều lượng** |
| Hà thủ ô đỏ | *Fallopia multiflora* | 20g |
| Hạt tơ hồng | *Cuscuta sinensis* | 20g |
| Dây gắm | *Gnetum montanum* | 20g |
| Dây chiều | *Tetracera scandens L.* | 20g |
| Dây chìa vôi | *Cissus modeccoides Planch* | 12g |
| Trinh nữ | *Mimosa pudica L.* | 20g |
| Kim cang | *Dioscorea tokoro Makino* | 20g |
| Cà gai leo | *Solanum procumbens* | 20g |

2.1.2. Dạng bào chế

Bài thuốc “Phong thấp NK” đạt tiêu chuẩn cơ sở của nơi sản xuất.

Dược liệu do Khoa Dược - Bệnh viện Tuệ Tĩnh cung cấp, đạt tiêu chuẩn cơ sở và Tiêu chuẩn của Dược điển V;

Dạng bào chế: thuốc được bào chế dưới dạng thuốc sắc bằng máy sắc thuốc của DONGHUAYUAN MEDICAL – Trung Quốc, tại Khoa Dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh, 1 thang (152 gram dược liệu) sắc lấy 250ml, đóng gói 125 ml/ gói. Bệnh nhân chia uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 gói, sau ăn 30 phút.



Hình 2.1: Thuốc sắc đóng túi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

**-** Bệnh nhân điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

**-** Thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2024 đến tháng 10/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu.

2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

*2.3.1.1. Theo YHHĐ:* Là các bệnh nhân

- Có đau vùng thắt lưng.

-Có chẩn đoán xác định THCS: Có hội chứng cột sống và hình ảnh thoái hóa trên phim Xquang thường quy hoặc trên phim MRI, CT-Scanner (nếu có).

- Có mức độ đau theo thang điểm VAS từ 3 đến 6 điểm.

- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

*2.3.1.2. Theo YHCT:* Bệnh nhân được chẩn đoán yêu thống thể phong hàn thấp kiêm can thận hư [10],[23].

|  |  |
| --- | --- |
| **Thể bệnh**  **Tứ chẩn** | **Thể phong hàn thấp kiêm can thận hư** |
| Vọng | - Thần tỉnh, sắc kém tươi nhuận  - Chất lưỡi nhợt, ít rêu, rêu lưỡi trắng. |
| Văn | - Tiếng nói nhỏ, hơi thở bình thường.  - Các chất thải tiết không thấy bất thường |
| Vấn | - Vùng ngang thắt lưng đau âm ỉ, trời lạnh ẩm hoặc khi gặp lạnh đau tăng, đi lại, làm việc khó khăn, nghỉ ngơi đỡ.  - Người mệt mỏi, ăn uống kém, lưng gối đau mỏi.  - Sợ gió, sợ lạnh, thích ấm, chườm ấm vùng thắt lưng dễ chịu. |
| Thiết | - Cơ cạnh sống co cứng về bên đau, không nóng đỏ.  - Mạch trầm. |

***2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ***

- Bệnh nhân ĐVTL có kèm theo các bệnh:

+ Suy tim, suy thận, đái tháo đường, HIV/AIDS, tâm thần, ung thư,…

+ Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn cấp: Nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm da vùng thắt lưng.

+ Rối loạn đông máu.

+ Đau thắt lưng do các nguyên nhân khác: do thoát vị đĩa đệm, do chấn thương, lao...

- Bệnh nhân không tuân thủ quy trình điều trị.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng - tiến cứu, so sánh trước – sau điều trị và so sánh với nhóm chứng.

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

*2.4.2.1. Cỡ mẫu*

Chọn mẫu có chủ đích 60 bệnh nhân

Nhóm nghiên cứu 30 bệnh nhân

Nhóm chứng 30 bệnh nhân

Cỡ mẫu thực tế bao gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu, tối thiểu 60 bệnh nhân ở cả hai nhóm.

*2.4.2.2. Cách chọn mẫu*

Bệnh nhân được lấy tương đồng chia vào hai nhóm về tỷ lệ tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và mức độ đau theo thang điểm VAS.

Chọn số Bệnh nhân nhóm nghiên cứu (NC) = Số Bệnh nhân nhóm chứng (ĐC) = 30 Bệnh nhân.

* Nhóm nghiên cứu (n =30): Dùng bài thuốc “Phong thấp NK” kết hợp điện châm.
* Nhóm đối chứng (n= 30): Dùng bài thuốc “Độc hoạt ký sinh thang” kết hợp điện châm.

2.4.3. Quy trình nghiên cứu

- Các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, làm bệnh án, làm các xét nghiệm cận lâm sàng và điền đầy đủ các mục của bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo mẫu thống nhất (phụ lục 1).

- 60 bệnh nhân được chia làm hai nhóm: Nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, mỗi nhóm 30 bệnh nhân theo phương pháp ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, mức độ bệnh.

- Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị trong 21 ngày tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh như sau:

2.4.3.1. Điện châm: Dùng cho cả hai nhóm.

* *Công thức huyệt* :

Lấy theo phác đồ điện châm điều trị đau lưng của Bộ Y tế năm 2013 [25]

- Châm tả: A thị huyệt, Giáp tích L2 - S1, Yêu dương quan.

- Châm bổ: Thận du, Can du, Đại trường du, tam âm giao

- Châm bình bổ bình tả: Ủy trung.

* *Thủ thuật:*

- Bước 1: xác định và sát khuẩn da vùng huyệt.

- Bước 2: Châm kim vào huyệt theo các thì sau.

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

Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho tới khi đạt “đắc khí” thì dừng lại.

- Bước 3: Kích thích huyệt bằng máy điện châm.

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ tả của máy điện châm.

Tần số (đặt tần số cố định) tần số tả từ 4 - 6Hz, tần số bổ từ 1 - 3Hz.

Cường độ nâng dần từ 0 - 150 μA tùy theo mức độ chịu đựng của người bệnh [8], [22], [25].

- Thời gian châm: Mỗi lần châm lưu kim 30 phút.

2.4.3.2. Bài thuốc“Phong thấp NK”: Dùng cho 30 bệnh nhân nhóm nghiên cứu. Uống trong 21 ngày.

Thuốc được bào chế dưới dạng thuốc sắc bằng máy sắc thuốc của DONGHUAYUAN MEDICAL – Trung Quốc, tại Khoa Dược - Bệnh viện Tuệ Tĩnh, 1 thang (152 gram dược liệu) sắc lấy 250ml, đóng gói 125 ml/ gói. Bệnh nhân chia uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 gói, sau ăn 30 phút.

2.4.3.3. Bài thuốc “Độc hoạt ký sinh thang”: Dùng cho 30 bệnh nhân nhóm đối chứng. Uống trong 21 ngày.

Thuốc được bào chế dưới dạng thuốc sắc bằng máy sắc thuốc của DONGHUAYUAN MEDICAL – Trung Quốc, tại Khoa Dược - Bệnh viện Tuệ Tĩnh, 1 thang sắc lấy 250ml, đóng gói 125 ml/ gói. Bệnh nhân chia uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 gói, sau ăn 30 phút.

### *2.4.3.4. Sơ đồ nghiên cứu*

Bệnh nhân Đau lưng do thoái hóa CS đủ tiêu chuẩn chọn

n=60

Nhóm đối chứng

n= 30

Nhóm nghiên cứu

n= 30

Sử dụng bài thuốc “Độc hoạt ký sinh thang” kết hợp điện châm

Sử dụng bài thuốc “Phong thấp NK” kết hợp điện châm

Kết quả điều trị

Kết quả điều trị

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ tóm tắt thiết kế nghiên cứu.

2.4.4. Chỉ tiêu theo dõi

*2.4.4.1. Thời gian theo dõi, đánh giá*

Mỗi bệnh nhân được đánh giá 4 lần.

* Lần 1(D0): Trước khi nghiên cứu.
* Lần 2(D7): Sau 7 ngày điều trị.
* Lần 3(D14): Sau 14 ngày điều trị.
* Lần 4(D21): Sau 21 ngày điều trị.

So sánh kết quả điều trị giữa 2 nhóm bệnh nhân.

2.4.4.2.Chỉ tiêu theo dõi

1. *Đặc điểm chung.*

* Tuổi.
* Giới.
* Nghề nghiệp: Trong nghiên cứu này, nghề nghiệp được phân thành 2 mức độ là lao động nặng và lao động nhẹ dựa trên quyết định số 2753/LĐTBXH-BHLĐ của bộ Lao động Thương binh và Xã hội [44].
* Lao động nặng: Thường xuyên làm các công việc tay chân nặng nhọc, mang vác các vật nặng như phụ hồ, làm nông, công nhân công nghiệp nặng, vận động viên thể thao (vận động viên cửu tạ, thể dục dụng cụ…)…
* Lao động nhẹ: Thường làm các công việc trí óc như văn phòng, giáo viên, bác sỹ…
* Thời gian mắc bệnh: Tính từ khi phát hiện bệnh đến thời điểm hiện tại.
* Tình trạng đau vùng thắt lưng: Được tính theo thang điểm VAS.
* Độ giãn cột sống thắt lưng: Được tính theo nghiệm pháp Schöber và khoảng cách tay đất.
* Tầm vận động của khớp: Gấp, duỗi, xoay, nghiêng.
* Chức năng sinh hoạt hằng ngày: Được tính bằng chỉ số OSWESTRY.

*b) Kết quả điều trị*

* Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS.
* Thay đổi về tầm vận động CSTL
* Thay đổi độ giãn CSTL
* Thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày
* Thay đổi một số chứng trạng theo YHCT.
* Tác dụng không mong muốn ở nhóm nghiên cứu trên lâm sàng.

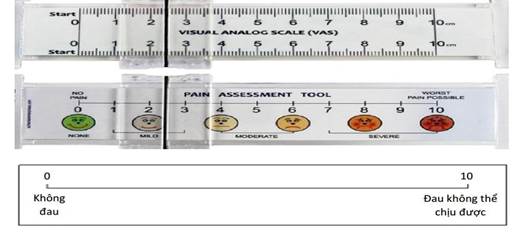
*c) Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.*

* Tuổi.
* Nghề nghiệp.
* Thời gian mắc bệnh.

2.4.5. Tiêu chuẩn đánh giá:

1. Thang điểm VAS (Visual Alnalog Scale) của Hãng Astrazeneca.

Là một thang điểm nhìn .



Hình 2.2. Thang điểm VAS

* Dài 100mm, cố định ở 2 đầu, được đánh số từ 0 đến 10.
* Một đầu trái có hình người cười là không đau.
* Đầu phải có hình người khóc là đau chưa từng có.
* Bệnh nhân được hỏi và yêu cầu nhìn thước, nhân viên giải thích.
* Yêu cầu bệnh nhân tập trung, quay mặt có màu đỏ về phía bệnh nhân.
* Bệnh nhân tự đánh giá mức đau của mình bằng cách tự kéo thước.
* Nhân viên Y tế đọc mức đau của BN ở mặt xanh đối diện bằng cm.

Bảng 2.1. Cách tính điểm và phân loại mức độ đau

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thang điểm VAS** | **Mức độ đau** | **Điểm** |
| VAS = 0 | Không đau | 0 |
| 1 ≤ VAS ≤ 3 | Đau nhẹ | 1 |
| 4 ≤ VAS ≤ 6 | Đau vừa | 2 |
| 7 ≤ VAS ≤ 10 | Đau nặng | 3 |

1. *Đánh giá chỉ số Schöber theo thang điểm quy ước:*

Cách đo: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 600, đánh dấu bờ trên đốt sống S1 rồi đo lên 10 cm đánh dấu ở đó. Cho bệnh nhân cúi tối đa, đo lại khoảng cách giữa hai điểm đánh dấu. Ở người bình thường khoảng cách trong khoảng 14/10 – 16/10.

Bảng 2.2. Cách tính điểm và phân loại mức độ giãn cột sống

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Độ giãn CSTL(cm)** | **Mức độ** | **Điểm** |
| 4 ≤ Schöber ≤ 6 | Tốt | 1 |
| 3 ≤ Schöber < 4 | Khá | 2 |
| 2 ≤ Schöber < 3 | Trung bình | 3 |
| 0 ≤ Schöber < 2 | Kém | 4 |

1. *Nghiệm pháp tay đất*

Bệnh nhân đứng thẳng, hai bàn chân song song với nhau, từ từ cúi xuống, ở người bình thường ngón tay chạm đất (d ≤ 10cm).

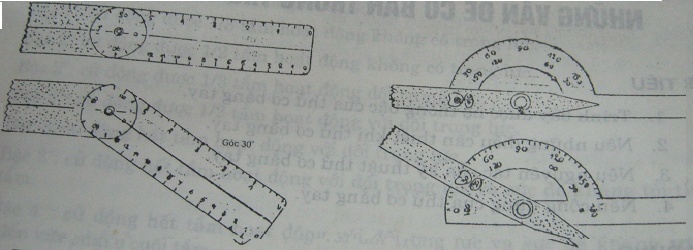
**Bảng 2.3. Cách tính điểm và phân loại khoảng cách tay đất**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Khoảng cách(cm)** | **Mức độ** | **Điểm** |
| d ≤ 10 | Tốt | 1 |
| d ≤ 20 | Khá | 2 |
| d ≤ 30 | Trung bình | 3 |
| d > 30 | Kém | 4 |

*d). Tầm vận động CSTL.*

Sử dụng thước đo hai cành, một cành cố định và một cành di chuyển theo sự di chuyển của thân người, điểm cố định của thước được chia từ 0 - 3600.

Đo theo phương pháp “Zero”: mô tả PP



Hình 2.3. Thước đo tầm vận động khớp

- Đánh giá hai chỉ số chính là gấp và ưỡn cột sống

- Gấp cột sống: Bệnh nhân đứng thẳng, điểm cố đị

nh đặt ở gai chậu trước trên, cành cố định đặt dọc đầu, cành di động đặt dọc theo thân mình, chân hình chữ V, cúi người tối đa, góc đo được là góc của độ gấp cột sống.

- Độ duỗi cột sống: Điểm cố định đặt ở gai chậu trước trên, cành cố định đặt dọc đùi, cành di động đặt dọc thân mình, người bệnh đứng thẳng, chân đứng hình chữ V, từ duỗi về phía sau, góc đo được là độ duỗi cột sống.

Bảng 2.4. Cách tính điểm và phân loại độ gấp cột sống.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Độ gấp cột sống** | **Mức độ** | **Điểm** |
| ≥ 700 | Tốt | 1 |
| ≥ 600 | Khá | 2 |
| ≥ 500 | Trung bình | 3 |
| < 500 | Kém | 4 |

Bảng 2.5. Cách tính điểm và phân loại độ duỗi cột sống.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Độ duỗi cột sống** | **Mức độ** | **Điểm** |
| ≥ 250 | Tốt | 1 |
| ≥ 200 | Khá | 2 |
| ≥ 150 | Trung bình | 3 |
| < 150 | Kém | 4 |

Bảng 2.6. Cách tính điểm và phân loại độ nghiêng cột sống.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Độ nghiêng cột sống** | **Mức độ** | **Điểm** |
| ≥ 300 | Tốt | 1 |
| ≥ 250 | Khá | 2 |
| ≥ 200 | Trung bình | 3 |
| < 200 | Kém | 4 |

Bảng 2.7. Cách tính điểm và phân loại độ xoay cột sống.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Độ xoay cột sống** | **Mức độ** | **Điểm** |
| ≥ 250 | Tốt | 1 |
| ≥ 200 | Khá | 2 |
| ≥ 150 | Trung bình | 3 |
| < 150 | Kém | 4 |

*e). Đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày.*

Sử dụng bộ câu hỏi *“Oswestry Low Back Pain Disability Questionaire*” (năm 2000) để đánh giá độ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày [41].

Chọn đánh giá 8 hoạt động trong 10 hoạt động của thang điểm Oswestry (phụ lục 3):

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

Với mỗi tiêu chí có số điểm từ 0 - 5 điểm, điểm càng cao thì chức năng sinh hoạt càng giảm.

Cách tính kết quả chỉ số Oswestry như sau:

Tỷ lệ mất chức năng cột sống thắt lưng (ODI) = Tổng điểm của 8 mục

/40x100 = ....%

Bảng 2.8. Cách tính điểm và đánh giá chức năng sinh hoạt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Điểm thu được từ 8 hoạt động** | **Chỉ số Oswestry** | **Mức độ** | **Điểm** |
| 0 - 8 | 0% - 20% | Tốt | 1 |
| 9 – 16 | 21% - 40% | Khá | 2 |
| 17 – 24 | 41% - 60% | Trung bình | 3 |
| ≥ 25 | ≥ 61% | Kém | 4 |

* *Theo YHCT:*

Đánh giá sự thay đổi về một số triệu chứng lâm sàng theo YHCT: Đau lưng âm ỉ, tăng khi thay đổi thời tiết/gió lạnh, mưa ẩm; rêu lưỡi trắng mỏng; mạch trầm tế.

* *Đánh giá hiệu quả điều trị chung.*

Dựa vào tổng điểm 8 chỉ số: Chỉ số VAS, tầm vận động gấp, tầm vận động duỗi, độ xoay bên đau, độ nghiêng bên đau, tay đất, Schöber, chỉ số sinh hoạt hằng ngày. Từ tổng điểm trên, quy đổi kết quả điều trị chung theo thang điểm Amor như sau:

Tổng điểm trước điều trị - Tổng điểm sau điều trị

Hiệu quả = x 100%

Tổng điểm sau điều trị

Bảng 2.9. Bảng đánh giá hiệu quả điều trị chung

|  |  |
| --- | --- |
| **Phân loại** | **Tổng điểm các triệu chứng trên lâm sàng** |
| Tốt | Giảm ≥ 80% so với trước điều trị |
| Khá | Giảm ≥ 60% đến 80% so với trước điều trị |
| Trung Bình | Giảm ≥ 40 % đến 60% so với trước điều trị |
| Kém | Giảm < 40% so với trước điều trị |

* *Tác dụng không mong muốn của nhóm nghiên cứu trên lâm sàng*

- Theo dõi trong suốt quá trình nghiên cứu: Cho cả 2 phương pháp: điện châm kết hợp bài thuốc “Phong thấp NK” và điện châm kết hợp bài thuốc “Độc hoạt ký sinh thang”.

- Các chỉ tiêu theo dõi:

Lâm sàng: Mẩn ngứa, buồn nôn và nôn, đi ngoài phân lỏng, vựng châm, chảy máu, ban đỏ tại vùng châm, điện giật.

Cận lâm sàng: Hồng cầu, Bạch cầu, tiểu cầu, Ure, Creatinin, AST, ALT.

* *Đánh giá ảnh hưởng một số yếu tố lên kết quả điều trị*

- Thời gian mắc bệnh

- Yếu tố nghề nghiệp

- Yếu tố tuổi

2.5. Xử lý số liệu

\* Số liệu được nhập bằng phần mềm SPSS 20.0.

\* Các test thống kê được dùng:

* Kiểm định χ²: so sánh sự khác nhau giữa các tỉ lệ %.
* T- student test: so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

\* Ý nghĩa thống kê được xác định với giá trị p<0,05.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích tìm ra thêm một phương pháp điều trị đau vùng thắt lưng do thoái hoá cột sống, ngoài ra không có mục đích nào kh

Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo người tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về phương pháp can thiệp, liệu trình điều trị và sự tham gia là hoàn toàn tự nguyện, thông tin bệnh nhân nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

Ngừng nghiên cứu nếu tình trạng bệnh ngày càng nặng lên, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng thông qua đề cương luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II chuyên ngành Y học cổ truyền và Hội đồng đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, được sự chấp thuận của Ban giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh trước khi tiến hành nghiên cứu.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Một số đặc điểm dịch tễ

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nhóm tuổi** | **NC** (n=30) | | **ĐC**(n=30) | | **Tổng** (n=60) | | PNC-ĐC |
| n | % | n | % | n | % |
| ≤ 39 | 1 | 3,3 | 2 | 6,7 | 3 | 5 | > 0,05 |
| 40 – 49 | 3 | 10 | 2 | 6,7 | 5 | 8,3 |
| 50 – 59 | 6 | 20 | 5 | 16,6 | 11 | 18,3 |
| ≥ 60 | 20 | 66,7 | 21 | 70 | 41 | 68,4 |
| Tổng | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |
| Trung bình±SD) | 64,2 ± 15,3 | | 64,8 ± 15,5 | |  | | > 0,05 |

Nhận xét: Ở cả 2 nhóm, lứa tuổi trên 60 đều chiếm tỷ lệ cao nhất với 66.7%, ở nhóm nghiên cứu và 70% ở nhóm đối chứng. Tuổi trung bình của 2 nhóm lần lượt là: 64,2 ± 15,3 và 64,8 ± 15,5. Sự khác biệt về nhóm tuổi và tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.2. Phân bố theo nghề nghiệp

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nghề nghiệp** | **NC (**n=30) | | **ĐC (**n=30) | | **Tổng (**n=60) | | **pNC-ĐC** |
| n | % | N | % | n | % |
| Lao động nhẹ | 13 | 43,3 | 14 | 46,7 | 27 | 45 | > 0,05 |
| Lao động nặng | 17 | 56,7 | 16 | 53,3 | 33 | 55 |
| Tổng | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |

Nhận xét: Trong nghiên cứu, cả 2 nhóm đều có tỷ lệ lao động nhẹ thấp hơn lao động nặng, với tỷ lệ lần lượt là: 43,3% và 56,7% ở nhóm nghiên cứu; 46,7% và 53,3% ở nhóm đối chứng.

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nhận xét: Trong nghiên cứu, ở cả 2 nhóm, tỷ lệ lao động nhẹ thấp hơn lao động nặng. Tỷ lệ lao động nhẹ ở nhóm nghiên cứu là 43,3% và ở nhóm đối chứng là 46,7%.

3.1.2. Một số đặc điểm về bệnh tật

Bảng 3.3. Phân bố thời gian mắc bệnh.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời gian** | **NC (**n=30) | | **ĐC (**n=30) | | **Tổng (**n=60) | | **pNC-ĐC** |
| n | % | n | % | n | % |
| < 1 tháng | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | p > 0,05 |
| 1 tháng - 3 tháng | 8 | 26,7 | 7 | 23,3 | 15 | 25 |
| 3tháng – 6 tháng | 15 | 50 | 17 | 56,7 | 32 | 53,3 |
| > 6 tháng | 7 | 23,3 | 6 | 20 | 13 | 21,7 |
| Tổng | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |

Nhận xét: Số bệnh nhân bị bệnh trong khoảng từ 3 tháng đến 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm, lần lượt là 50% ở nhóm nghiên cứu và 56,7% ở nhóm chứng. Sự phân bố bệnh nhân ở các thời điểm mắc bệnh không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Nhận xét: Ở cả 2 nhóm, số bệnh nhân bị bệnh trong khoảng từ 3 tháng đến 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 50% ở nhóm nghiên cứu và 56,7% ở nhóm đối chứng. Sự phân bố bệnh nhân ở các thời điểm mắc bệnh không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Bảng 3.4. Đặc điểm bệnh lý trước điều trị của hai nhóm.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chỉ số** | **NC (**n=30) | **ĐC (**n=30) | **pNC-ĐC** |
| ±SD) | ±SD) |
| Điểm đau VAS | 4,61±1,35 | 4,63±1,45 | > 0,05 |
| Tầm vận động gấp (độ) | 54,5±4,92 | 55,4±4,94 | > 0,05 |
| Tầm vận động duỗi (độ) | 17,84±3,01 | 17,91± 3,01 | > 0,05 |
| Độ giãn cột sống (cm) | 2,55 ± 0,58 | 2,57 ± 0,57 | > 0,05 |
| Tay đất (cm) | 29,3 ± 3,4 | 28,9 ± 3,5 | > 0,05 |
| Nghiêng CS bên đau (độ) | 21,49 ± 2,8 | 20,9 ± 3,5 | > 0,05 |
| Xoay CS bên đau (độ) | 18,36 ± 2,43 | 18,2 ± 3,2 | > 0,05 |

Nhận xét: Lúc bệnh nhân mới vào viện, mức độ đau, tầm vận động cột sống thắt lưng (gấp, duỗi, xoay, nghiêng), độ giãn cột sống thắt lưng, nghiệm pháp tay đất ở cả 2 nhóm đều tương đương nhau với p > 0,05.

Bảng 3.5: Hình ảnh Xquang của 2 nhóm trước điều trị

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hình ảnh XQuang** | **Nhóm NC (n = 30)** | | **Nhóm ĐC (n = 30)** | |
| n | % | n | % |
| Đặc xương dưới sụn | 29 | 96,7 | 29 | 96,7 |
| Gai xương thân đốt sống | 28 | 93,3 | 27 | 90 |
| Hẹp khe khớp | 22 | 73,3 | 23 | 76,7 |
| Hẹp lỗ liên đốt | 21 | 70 | 22 | 73,3 |
| pNC-ĐC | > 0.05 | | | |

Nhận xét: Ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, hình ảnh đặc xương dưới sụn chiếm tỷ lệ cao nhất; đặc xương dưới sụn với 96,7% nhóm NC và 96,7 % nhóm ĐC. Thấp nhất là hình ảnh hẹp lỗ liên đốt với 70% nhóm NC và 73.3 % nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Biểu đồ 3.3. Hình ảnh Xquang của 2 nhóm trước điều trị

Nhận xét: Ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, hình ảnh đặc xương dưới sụn chiếm tỷ lệ cao nhất; hình ảnh hẹp lỗ liên đốt chiếm tỷ lệ thấp. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Tác dụng giảm đau và cải thiện vận động

3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.6. Mức độ đau theo thang điểm VAS của 2 nhóm qua các thời điểm

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | NC (n = 30) | | | | ĐC (n = 30) | | | |
| D0 | D7 | D14 | D21 | D0 | D7 | D14 | D21 |
| Không đau | 0  0% | 3  10% | 14  46,7% | 20  66,7% | 0  0% | 4  13,3% | 10  33,3% | 18  60% |
| Đau nhẹ | 6  20% | 17  56,7% | 14  46,7% | 9  30% | 7  23,3% | 18  60% | 16  53,3% | 11  36,7% |
| Đau vừa | 24  80% | 10  33,3% | 2  6,6% | 1  3,3% | 23  76,7% | 8  26,7% | 4  13,4% | 1  3,3% |
| Đ nặng | 0  0% | 0  0% | 0  0% | 0  0% | 0  0% | 0  0% | 0  0% | 0  0% |
| Tổng | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| p(D0-D7) | > 0,05 | | | | > 0,05 | | | |
| p(D0-D14) | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p(D0-D21)** | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p7(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| **P14(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| p21(NC-ĐC) | > 0,05 | | | | | | | |

Nhận xét: BN vào viện đều ở mức độ đau vừa và đau nhẹ. Mức độ đau của hai nhóm có sự tương đồng.

Sau 7 ngày và 14 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN đau vừa và đau nhẹ giảm, số BN đau nhẹ và không đau tăng lên. Sau 21 ngày điều trị, không có BN đau nặng lên. Ở nhóm nghiên cứu, số BN khỏi đau chiếm 66,7% cao hơn nhóm chứng là 60%, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

**3.2.2. Biến đổi tầm vận động cột sống thắt lưng**

Bảng 3.7. Độ duỗi trung bình của 2 nhóm qua các thời điểm.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thời gian | Độ duỗi trung bình CS (độ)  ±SD) | | p NC - ĐC |
| ) |  |
| D0 | 17,84±3,01 | 17,91± 3,01 | > 0,05 |
| D7 | 19,17 ± 3,05 | 19,08 ± 3,07 | > 0,05 |
| D14 | 23,35 ± 3,16 | 22,37 ± 3,21 | > 0,05 |
| D21 | 26,2 ± 3,32 | 24,6 ± 3,31 | > 0,05 |
| pD0- D7 | > 0,05 | > 0,05 |  |
| pD0- D14 | < 0,05 | < 0,05 |
| pD0- D21 | < 0,05 | < 0,05 |

Nhận xét: Tầm vận động duỗi của hai nhóm đều tăng dần qua các thời điểm điều trị. Ở mỗi nhóm sự cải thiện tại D14, D21 có sự khác biệt với p < 0,05.

Giữa hai nhóm, sau 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày điều trị nhóm nghiên cứu đều có sự cải thiện tầm vận động duỗi tốt hơn nhóm đối chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.8. Mức độ duỗi cột sống của 2 nhóm qua các thời điểm.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | NC (n = 30) | | | | ĐC (n = 30) | | | |
| D0 | D7 | D14 | D21 | D0 | D7 | D14 | D21 |
| Tốt | 0  0 % | 3  10% | 6  20% | 12  40% | 0  0% | 2  6,7% | 6  20% | 10  33,3% |
| Khá | 6  20% | 10  33,3% | 16  53,3% | 16  53,3% | 6  20% | 9  30% | 15  50% | 16  53,3% |
| Trung bình | 21  70% | 15  50% | 8  26,7% | 2  6,7% | 20  66,7% | 16  53,3% | 8  26,7% | 4  13,4% |
| Kém | 3  10% | 2  6,7% | 0  0% | 0  0% | 4  13,3% | 3  10% | 1  3,3% | 0  0% |
| p(D0-D7) | > 0,05 | | | | > 0,05 | | | |
| p(D0-D14) | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p(D0-D21)** | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p7(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| **p14(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| p21(NC-ĐC) | > 0,05 | | | | | | | |

Nhận xét: BN vào viện đa số có tầm vận động duỗi ở mức độ trung bình. Tầm vận động duỗi của hai nhóm có sự tương đồng .

Sau 7 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có tầm vận động duỗi trung bình và kém giảm. Sau 14 ngày và 21 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có tầm vận động duỗi trung bình và kém giảm nhiều. Đặc biệt, sau 21 ngày điều trị, không còn BN có tầm vận động duỗi kém, số BN tốt và khá tăng lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0.05.

Sau 21 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu, số BN có tầm vận động duỗi tốt chiếm 40%, cao hơn nhóm chứng là 33,3%. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.9. Độ gấp cột sống trung bình của 2 nhóm qua các thời điểm.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thời gian | Độ gấp trung bình CS (độ)  ±SD) | | p NC – ĐC |
| ) |  |
| D0 | 54,5 ± 4,92 | 55,4 ± 4,94 | > 0,05 |
| D7 | 59,7 ± 3,42 | 58,2 ± 3,81 | > 0,05 |
| D14 | 66,4 ± 3,11 | 64,7 ± 3,32 | > 0,05 |
| D21 | 70,8 ± 5,4 | 67,2 ± 4,6 | > 0,05 |
| pD0- D7 | > 0,05 | > 0,05 |  |
| pD0- D14 | < 0,05 | < 0,05 |
| pD0- D21 | < 0,05 | < 0,05 |

Nhận xét: Tầm vận động gấp của hai nhóm đều tăng dần qua các thời điểm điều trị. Ở mỗi nhóm, sự cải thiện tại D14, D21 có sự khác biệt với p < 0.05.

Giữa hai nhóm, sau 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu đều có sự cải thiện tầm vận động gấp tốt hơn nhóm đối chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.10. Mức độ gấp cột sống của 2 nhóm qua các thời điểm.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | NC (n=30) | | | | ĐC (n=30) | | | |
| D0 | D7 | D14 | D21 | D0 | D7 | D14 | D21 |
| Tốt | 0  0 % | 0  0% | 2  6,7% | 16  53,3% | 0  0% | 0  0% | 3  10% | 14  46,7% |
| Khá | 2  6,7% | 9  30% | 18  60% | 11  36.7% | 1  3,3% | 9  30% | 17  56,7% | 11  36,7% |
| Trung bình | 24  80% | 19  63,3% | 10 33,3% | 3  10% | 25  83,3% | 18  60% | 10  33,3% | 5  16,7% |
| Kém | 4  13,3% | 2  6,7% | 0  0% | 0  0% | 4  13,3% | 3  10% | 0  0% | 0  0% |
| p(D0-D7) | > 0,05 | | | | > 0,05 | | | |
| p(D0-D14) | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p(D0-D21)** | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p7(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| **p14(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| p21(NC-ĐC) | > 0,05 | | | | | | | |

Nhận xét: BN vào viện đa số có tầm vận động gấp ở mức độ trung bình. Tầm vận động gấp của hai nhóm có sự tương đồng.

Sau 14 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có tầm vận động gấp trung bình và kém giảm nhiều, số BN tốt và khá tăng lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05, nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt.

Sau 21 ngày điều trị, không còn BN có tầm vận động gấp kém. Ở nhóm nghiên cứu, số BN có tầm vận động gấp tốt chiếm 53,3%, cao hơn nhóm chứng là 46,7%. Tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.11. Độ nghiêng cột sống bên đau của 2 nhóm qua các thời điểm.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thời gian | Độ nghiêng trung bình CS (độ)  ±SD) | | p NC – ĐC |
| ) |  |
| D0 | 21,49 ± 2,8 | 20,9 ± 3,5 | > 0,05 |
| D7 | 23,57 ± 3,1 | 22,47 ± 3,6 | > 0,05 |
| D14 | 27,32 ± 3,3 | 25,56 ± 3,2 | > 0,05 |
| D21 | 29,09 ± 4,3 | 27,81 ± 3,8 | > 0,05 |
| pD0- D7 | > 0,05 | > 0,05 |  |
| pD0- D14 | < 0,05 | < 0,05 |
| pD0- D21 | < 0,05 | < 0,05 |

Nhận xét: Lúc đầu vào viện độ nghiêng cột sống trung bình của hai nhóm là 21,49 ± 2,8 và 20,9 ± 3,5. Ở các thời điểm đánh giá, nhóm nghiên cứu đều có độ nghiêng cột sống trung bình cao hơn so với nhóm chứng, nghĩa là vận động cột sống tốt hơn. Tuy nhiên sau 21 ngày điều trị, sự khác biệt giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.12. Mức độ nghiêng cột sống bên đau của 2 nhóm qua các

thời điểm.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | NC (n = 30) | | | | ĐC (n = 30) | | | |
| D0 | D7 | D14 | D21 | D0 | D7 | D14 | D21 |
| Tốt | 0  0 % | 0  0% | 1  3,3% | 17  56,7% | 0  0% | 0  0% | 1  3,3% | 15  50% |
| Khá | 2  6,7% | 10  33,3% | 20  66,7% | 11  36,7% | 2  6,7% | 9  30% | 18  60% | 11  36,7% |
| Trung bình | 24  80% | 18  60% | 9  30% | 2  6,6% | 24  80% | 18  60% | 10  33,4% | 4  13,3% |
| Kém | 4  13,3% | 2  6,7% | 0  0% | 0  0% | 4  13,3% | 3  10% | 1  3,3% | 0  0% |
| p(D0-D7) | > 0,05 | | | | > 0,05 | | | |
| p(D0-D14) | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p(D0-D21)** | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p7(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| **p14(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| p21(NC-ĐC) | > 0,05 | | | | | | | |

Nhận xét: BN vào viện đa số có độ nghiêng cột sống ở mức độ trung bình. Độ nghiêng cột sống của hai nhóm có sự tương đồng .

Sau 7 ngày, ở mỗi nhóm số BN có độ nghiêng cột sống trung bình và kém giảm. Sau 14 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có độ nghiêng cột sống trung bình và kém giảm rõ, số BN tốt và khá tăng lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05, nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt.

Sau 21 ngày điều trị, không còn BN có độ nghiêng cột sống kém. Ở nhóm nghiên cứu, số BN có độ nghiêng cột sống tốt chiếm 56,7% cao hơn nhóm chứng là 50%. Tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.13. Độ xoay CS trung bình bên đau của 2 nhóm qua các thời điểm

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thời gian** | **Độ xoay CS bên đau trung bình (Độ)**  **(± SD )** | | **pNC-ĐC** |
| **NC (n=30)** | **ĐC(n=30)** |
| D0 | 18,36 ± 2,43 | 18,2 ± 3,2 | > 0,05 |
| D7 | 19,82 ± 3,3 | 19,05 ± 3,1 | > 0,05 |
| D14 | 22,35 ± 3,4 | 21,82 ± 3,3 | > 0,05 |
| D21 | 26,09 ± 3,6 | 25,05 ± 3,5 | > 0,05 |
| pD0- D7 | > 0,05 | > 0,05 |  |
| pD0- D14 | < 0,05 | < 0,05 |
| pD0- D21 | < 0,05 | < 0,05 |

Nhận xét: Ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, độ xoay cột sống bên đau trung bình đều cải thiện tốt sau 14 ngày và 21 ngày điều trị, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.Tuy nhiên giữa 2 nhóm không có sự khác biệt.

Bảng 3.14. Mức độ xoay cột sống bên đau của 2 nhóm qua các thời điểm.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | NC (n = 30) | | | | ĐC (n = 30) | | | |
| D0 | D7 | D14 | D21 | D0 | D7 | D14 | D21 |
| Tốt | 0  0 % | 0  0% | 8  26,7% | 18  60% | 0  0% | 0  0% | 6  20% | 17  56,7% |
| Khá | 6  20% | 10  33,3% | 14  46,6% | 9  30% | 2  6,7% | 9  30% | 13  43,3% | 9  30% |
| Trung bình | 20  66,7% | 18  60% | 8  26,7% | 3  10% | 24  80% | 18  60% | 10  33,3% | 4  13,3% |
| Kém | 4  13,3% | 2  6,7% | 0  0% | 0  0% | 4  13,3% | 3  10% | 1  3,4% | 0  0% |
| p(D0-D7) | > 0,05 | | | | > 0,05 | | | |
| p(D0-D14) | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p(D0-D21)** | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p7(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| **p14(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| p21(NC-ĐC) | > 0,05 | | | | | | | |

Nhận xét: BN vào viện đa số có độ xoay cột sống ở mức độ trung bình. Độ xoay cột sống của hai nhóm có sự tương đồng .

Sau 7 ngày, ở mỗi nhóm số BN có độ xoay cột sống trung bình và kém giảm. Sau 14 ngày điều trị, ở mỗi nhóm, số BN có độ xoay cột sống trung bình và kém giảm nhiều, số BN tốt và khá tăng lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05, nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt.

Sau 21 ngày điều trị, không còn BN có độ xoay cột sống kém. Ở nhóm nghiên cứu, số BN có độ xoay cột sống tốt chiếm 60% cao hơn nhóm chứng là 56,7%. Tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

**3.2.3. Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng**

Bảng 3.15. Độ giãn CSTL của 2 nhóm qua các thời điểm (theo Schӧber)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thời gian** | **Độ giãn cột sống trung bình (cm)**  **(± SD )** | | **pNC-ĐC** |
| **NC (n=30)** | **ĐC(n=30)** |
| D0 | 2,55 ± 0,58 | 2,57 ± 0,57 | > 0,05 |
| D7 | 2,95 ± 0,52 | 2,81 ± 0,53 | > 0,05 |
| D14 | 3,55 ± 0,43 | 3,41 ± 0,45 | > 0,05 |
| D21 | 4,26 ± 0,54 | 4,01 ± 0,55 | > 0,05 |
| pD0- D7 | > 0,05 | > 0,05 |  |
| pD0- D14 | > 0,05 | > 0,05 |
| pD0- D21 | < 0,05 | < 0,05 |

Nhận xét: Ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, độ giãn cột sống thắt lưng trung bình đều cải thiện tốt sau 7 ngày và 14 ngày điều trị, nhưng đến ngày thứ 21 mới có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tuy nhiên giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt, với p > 0,05.

Bảng 3.16. Phân loại khoảng cách tay đất của 2 nhóm qua các thời điểm.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | NC (n = 30) | | | | ĐC (n = 30) | | | | |
| D0 | D7 | D14 | D21 | | D0 | D7 | D14 | D21 |
| Tốt | 0  0 % | 0  0% | 1  3,3% | 17  56,7% | | 0  0% | 0  0% | 1  3,3% | 15  50% |
| Khá | 5  16,7% | 7  23,3% | 10  33,4% | 12  40% | | 5  16,7% | 7  30% | 9  30% | 11  36,7% |
| Trung bình | 20  66,6% | 20  66,7% | 18  60% | 1  3,3% | | 20  66,6% | 19  60% | 17  56,7% | 4  13,3% |
| Kém | 5  16,7% | 3  10% | 1  3,3% | 0  0% | | 5  16,7% | 4  10% | 3  10% | 0  0% |
| p(D0-D7) | > 0,05 | | | | | > 0,05 | | | |
| p(D0-D14) | > 0,05 | | | | | > 0,05 | | | |
| **p(D0-D21)** | < 0,05 | | | | | < 0,05 | | | |
| **p7(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | | |
| **p14(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | | |
| p21(NC-ĐC) | > 0,05 | | | | | | | | |

Nhận xét: BN vào viện đa số có khoảng cách tay đất ở mức độ trung bình. Khoảng cách tay đất của hai nhóm có sự tương đồng .

Sau 7 ngày và 14 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có khoảng cách tay đất trung bình và kém giảm dần, số BN tốt và khá tăng lên , nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt.

Sau 21 ngày điều trị, không còn BN có khoảng cách tay đất kém. Ở mỗi nhóm, số BN có khoảng cách tay đất trung bình và kém giảm nhiều, số BN tốt và khá tăng lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05. Đồng thời, ở nhóm nghiên cứu, số BN có khoảng cách tay đất tốt chiếm 56,7% cao hơn nhóm chứng là 50%, tuy nhiên khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

**3.2.4 Tác dụng cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày**

Bảng 3.17. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của 2 nhóm.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | NC (n = 30) | | | | ĐC (n = 30) | | | |
| D0 | D7 | D14 | D21 | D0 | D7 | D14 | D21 |
| Tốt | 0  0 % | 0  0% | 8  26,7% | 18  60% | 0  0% | 0  0% | 6  20% | 17  56,7% |
| Khá | 4  13,3% | 8  26,7% | 14  46,6% | 10  33,3% | 4  13,3% | 7  23,3% | 13  43,3% | 9  30% |
| Trung bình | 21  70% | 20  66,6% | 8  26,7% | 2  6,7% | 21  70% | 20  66,7% | 10  33,3% | 4  13,3% |
| Kém | 5  16,7% | 2  6,7% | 0  0% | 0  0% | 5  16,7% | 3  10% | 1  3,4% | 0  0% |
| p(D0-D7) | > 0,05 | | | | > 0,05 | | | |
| p(D0-D14) | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p(D0-D21)** | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| **p7(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| **p14(NC-ĐC)** | > 0,05 | | | | | | | |
| p21(NC-ĐC) | > 0,05 | | | | | | | |

Nhận xét: BN vào viện đa số có chức năng sinh hoạt ở mức độ trung bình. Chức năng sinh hoạt của hai nhóm có sự tương đồng.

Sau 7 ngày, ở mỗi nhóm số BN có chức năng sinh hoạt trung bình và kém giảm. Sau14 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có chức năng sinh hoạt trung bình và kém giảm nhiều, số BN tốt và khá tăng lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05. Nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt.

Sau 21 ngày điều trị, không còn BN có chức năng sinh hoạt kém. Ở nhóm nghiên cứu, số BN có chức năng sinh hoạt tốt chiếm 60% cao hơn nhóm chứng là 56,7%. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

3.2.5. Sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền

Bảng 3.18. Sự thay đổi một số triệu chứng lâm sàng theo YHCT của

hai nhóm sau điều trị

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chứng trạng** | **NC** (n=30) | | | | **ĐC** (n=30) | | | | p(D0-D21) |
| D0 | | D21 | | D0 | | D21 | |
| n | % | n | % | N | % | n | % |
| Đau lưng âm ỉ, tăng khi thay đổi thời tiết/gió lạnh, mưa ẩm | 30 | 100 | 10 | 33.3 | 30 | 100 | 12 | 40 | < 0,05 |
| Rêu lưỡi trắng mỏng | 28 | 93,3 | 2 | 6,7 | 29 | 96,7 | 2 | 6,7 | < 0,05 |
| Mạch trầm tế | 29 | 96,7 | 4 | 13,3 | 28 | 93,3 | 4 | 13,3 | < 0,05 |

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có độ cải thiện chứng trạng tăng lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05.

Nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt. Trong quá trình điều trị, sự thay đổi về chứng trạng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

3.2.6. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.19. Kết quả điều trị chung của 2 nhóm

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời điểm**  **Hiệu quả** | **Nhóm NC (n=30)** | | **Nhóm ĐC(n=30)** | |
| D0 | D21 | D0 | D21 |
| Tốt | 0% | 56,3% | 0% | 49,8% |
| Khá | 12,8% | 36,9% | 11% | 37,5% |
| Trung bình | 73,3% | 6,8% | 75,2% | 12,7% |
| Kém | 13,9% | 0% | 13,8% | 0% |
| pD0-D21 | < 0,05 | | < 0,05 | |
| pD0(NC-ĐC) | > 0,05 | | | |
| pD21(NC-ĐC) | > 0,05 | | | |

*Nhận xét*: Sau 21 ngày điều trị, ở mỗi nhóm, hiệu quả điều trị có cải thiện rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05. Nhóm nghiên cứu có 56,3% là tốt; 36,9% là khá; 6,8% là trung bình ; nhóm chứng chỉ đạt 49,8% tốt ; 37,5% khá và vẫn còn 12,7% BN trung bình. Hiệu quả điều trị của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê.

**Biểu đồ 3.4. Kết quả điều trị chung của 2 nhóm**

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có 56,3% là tốt; 36,9% là khá; tổng mức tốt và khá chiếm 93,2%; nhóm chứng chỉ đạt 49,8% tốt ; 37,5% khá, tổng mức tốt và khá chiếm 87,3%. Hiệu quả điều trị của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp.

Bảng 3.20: Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tác dụng không mong muốn | NC (n = 30) | | ĐC (n = 30) | |
| n | % | n | % |
| Mẩn ngứa | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Buồn nôn, nôn | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Đi ngoài phân lỏng | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vựng châm | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Chảy máu | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ban đỏ tại vùng châm | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Điện giật | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bình thường | 30 | 100 | 30 | 100 |

Nhận xét: Trong 21 ngày điều trị, chưa phát hiện tác dụng không mong muốn trên lâm sàng ở cả hai nhóm.

Bảng 3.21: Chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chỉ số**  **cận lâm sàng** | **Nhóm nghiên cứu** | | |
| **Trước điều trị (n=30)** | **Sau điều trị (n=30)** | **p** |
| **(±SD)** | **(±SD)** |
| Hồng cầu (T/l) | 4,36 ± 0,51 | 4,37 ± 0,5 | > 0,05 |
| Tiểu cầu (G/l) | 215 ± 40,8 | 213 ± 40,3 | > 0,05 |
| Bạch cầu (G/l) | 6,48 ± 1,24 | 6,51 ± 1,22 | > 0,05 |
| AST (UI/L- 370) | 24,35 ± 5,21 | 23,88 ± 5,4 | > 0,05 |
| ALT (UI/L- 370) | 21,74 ± 7,09 | 19,52 ± 7,12 | > 0,05 |
| Ure (µmol/l) | 5,14 ± 0,91 | 4,91 ± 0,85 | > 0,05 |
| Creatinin (µmol/l) | 71,09 ± 13,02 | 73,35 ± 14,2 | > 0,05 |

Nhận xét: Số lượng AST, ALT, Ure, Creatinin của nhóm NC trước điều trị và sau điều trị có sự thay đổi. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Thuốc không làm ảnh hưởng tới chức năng gan, thận của bệnh nhân.

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

Bảng 3.22. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời gian** | **Tốt** | | **Khá** | | **Trung bình** | | **Kém** | | **Tổng (n=60)** | | **p** |
| n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| < 1 tháng | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | < 0,05 |
| 1 tháng - 3 tháng | 13 | 86,7 | 2 | 13,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 25 |
| 3 Tháng – 6 tháng | 16 | 50 | 14 | 43,8 | 2 | 6,2 | 0 | 0 | 32 | 53,3 |
| > 6 tháng | 2 | 15,4 | 7 | 53,8 | 4 | 30,8 | 0 | 0 | 13 | 21,7 |

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh càng ngắn hiệu quả điều trị càng cao, tỉ lệ khỏi ở nhóm mắc bệnh 1 tháng – 3 tháng là 86,7%, trong khi nhóm lớn hơn 6 tháng chỉ có 15,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.23. Liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp với kết quả điều trị

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nghề nghiệp | Tốt | | Khá | | Trung bình | | Kém | | Tổng | | p |
| n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Lao động nhẹ | 14 | 51,9 | 10 | 37 | 3 | 11,1 | 0 | 0 | 27 | 45 | > 0,05 |
| Lao động nặng | 18 | 54,5 | 12 | 36,4 | 3 | 9,1 | 0 | 0 | 33 | 55 |

Nhận xét: Bệnh nhân lao động nặng vào viện điều trị nhiều hơn, nhưng nghề nghiệp chưa thấy liên quan tới kết quả điều trị chung. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.24. Liên quan giữa tuổi với kết quả điều trị

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tuổi** | **Tốt** | | **Khá** | | **Trung bình** | | **Kém** | | **Tổng (n=60)** | | **p** |
| n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| ≤ 39 | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 5,0 | < 0,05 |
| 40- 49 | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 8,3 |
| 50 – 59 | 6 | 54,5 | 4 | 36,4 | 1 | 9,1 | 0 | 0 | 11 | 18,3 |
| ≥ 60 | 22 | 53,6 | 15 | 36,6 | 4 | 9,8 | 0 | 0 | 41 | 68,4 |

Nhận xét: Nhóm tuổi từ ≤ 39 đạt tỉ lệ khỏi cao nhất 66,7%, tuổi càng cao tỉ lệ khỏi càng giảm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Bàn về các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Dựa vào bảng kết quả 3.1, ở cả 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng, lứa tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,7% ở nhóm nghiên cứu và 70% ở nhóm đối chứng. Sau đó đến nhóm tuổi từ 50-59, với tỷ lệ 20% ở nhóm nghiên cứu và 16,6% ở nhóm đối chứng. Thấp nhất là nhóm tuổi dưới 39 vói tỷ lệ 5%. Tuổi trung bình của 2 nhóm lần lượt là: 64,2 ± 15,3 và 64,8 ± 15,5.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý (2016) cho thấy tỷ lệ người bệnh ≥ 60 tuổi chiếm 60% trong nghiên cứu [60]. Nguyễn Thị Phượng (2021) tuổi trung bình là 62,43 ± 6,59 tuổi, 70% người bệnh ≥ 60 tuổi [57]. Nguyễn Thị Thuý và cộng sự (2022) nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 65,6% [58]. Trần Thị Hồng Ngãi (2023) cho tỷ lệ người bệnh ≥ 60 là 73,33% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [59]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác, Lại Đoàn Hạnh (2008) là 54,28% [46], Trần Thị Kiều Lan (2009) là 55% [36], Phạm Thị Ngọc Bích (2015) là 72,9% [47], và Nguyễn Thị Luân (2017) [43].

Kết quả của chúng tôi có phần khác biệt so với các nghiên cứu của các tác giả Đoàn Hải Nam [48], Tarasenko Lidiya [49]. Trong nghiên cứu của Đoàn Hải Nam, bệnh nhân đau thắt lưng do lạnh là ở độ tuổi (20 – 60 tuổi) trong đó nhiều nhất ở độ tuổi 40 – 49 chiếm tỷ lệ 36,7%, tiếp đến là ở độ tuổi 30 – 39 (26,7%), nhưng nhóm tuổi 50 – 60 chỉ có 13,3%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Tarasenko Lidiya thì đau thắt lưng do thoái hóa cột sống gặp nhiều nhất là ở tuổi 41 – 50 (30%). Sự khác biệt này có thể giải thích thứ nhất là do địa điểm lấy mẫu nghiên cứu là Bệnh viện Tuệ Tĩnh– nơi mà bệnh nhân đến khám và điều trị là những người lớn tuổi, mắc bệnh mạn tính. Thứ hai là đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, mà quá trình thoái hóa thường xảy ra từ lứa tuổi lớn hơn 30 trở đi và càng nhiều tuổi, đặc biệt ở lứa tuổi lớn hơn 60 tuổi, quá trình thoái hóa càng mạnh gây ra đau thắt lưng. Trong khi đó đối tượng nghiên cứu của Đoàn Hải Nam là đau thắt lưng do hàn thấp (X quang không có tổn thương thực thể cột sống thắt lưng) và của Tarasenko Lidiya là đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, nhưng đối tượng nghiên cứu từ 20 – 80 tuổi.

Khoa học hiện đại đã chứng minh được rằng quá trình thoái hóa đĩa đệm xảy ra từ rất sớm. Người ta nhận thấy mức độ thoái hóa đĩa đệm tăng dần theo tuổi, ở tuổi trẻ chỉ thấy thoái hóa đĩa đệm ở giai đoạn 1 và 2. Từ 45 – 50 tuổi và trên 50 tuổi đa số thoái hóa đĩa đệm ở giai đoạn 3, 4, 5. Quá trình thoái hóa sinh lý theo tuổi của đĩa đệm là những yếu tố nguy cơ của bệnh lý đau lưng.

4.1.2. Đặc điểm về nghề nghiệp

Theo bảng 3.2, nghề nghiệp được phân làm hai nhóm. Nhóm lao động nặng gồm công nhân, nông dân, ngư dân, người lao động chân tay..., thường xuyên mang vác những vật nặng. Nhóm lao động nhẹ là nhóm ít phải mang vác các vật nặng thường xuyên như: lao động văn phòng, lao động trí óc, nội trợ… Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm lao động nặng tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nhóm lao động nhẹ; lao động nặng chiếm 55%, còn lao động nhẹ chiếm 45%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Triệu Thùy Linh (2015)[39] lao động chân tay chiếm 65,1%; Tarasenko Lidiya (2003)[49] lao động nặng chiếm 60%.

Công nhân, nông dân là những người làm việc nặng nhọc, vất vả, trong tư thế gò bó kéo dài, cột sống phải chịu trọng tải lớn liên tục, tổ chức phần mềm quanh cột sống cũng bị căng giãn lâu ngày không còn khả năng bù trừ dẫn đến thoái hóa, thậm chí thoát vị đĩa đệm. Vì vậy môi trường làm việc thoải mái, đúng tư thế, thời gian làm việc hợp lý cho nhóm đối tượng có nguy cơ cao là hết sức quan trọng, làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và nâng cao chất lượng sống cho bản thân họ.

4.1.3. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh được tính từ khi xuất hiện dấu hiệu đau đến khi bệnh nhân được khám và điều trị.

Theo bảng 3.3, cho thấy số bệnh nhân mắc bệnh từ 3 tháng đến 6 tháng nhiều nhất chiếm 53,3%, bệnh nhân mắc bệnh trên 6 tháng chiếm 21,7%.Thấp nhất là nhóm mắc bệnh từ 1 tháng đến 3 tháng chiếm 25%. Kết quả này có sự tương đồng với tác giả Hồ Thị Tâm (2013) [50], Nguyễn Thị Luân (2017) [43] đó là nhóm từ 3 - 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất.

Điều này có thể do bản thân các mặt bệnh cần điều trị bằng y học cổ truyền phần nhiều gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, mắc bệnh lâu ngày, nhiều bệnh mạn tính kèm theo. Mặt khác, nghiên cứu này thực hiện trên nhóm bệnh nhân đau lưng có tiền sử thoái hóa cột sống gây đau âm ỉ kéo dài. Ban đầu bệnh nhân mới chỉ đau ít và chưa ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động, sinh hoạt nên vẫn cố lao động và tự điều trị ở nhà hoặc tại các cơ sở y tế tư nhân. Đến khi đau không lao động được nữa hoặc đau quá thì bệnh nhân mới chịu đến viện khám và điều trị. Bên cạnh đó, do điều kiện kinh tế phát triển, số người hiểu biết về bệnh tật cũng tăng lên. Ở thành phố, nhóm đối tượng quan tâm tới sức khoẻ và kiến thức bệnh tốt hơn nên thường vào viện điều trị sớm hơn. Tuy nhiên ở vùng nông thôn và ngoại thành, tỷ lệ người đến khám ngay vẫn ít hơn nên mới có tỷ lệ thời gian mắc bệnh đến và điều trị như trên.

4.1.4. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu

4.1.4.1. Mức độ đau CSTL theo thang điểm VAS trước điều trị

Đau lưng thường là triệu chứng đầu tiên của THCS thắt lưng biểu hiện trên lâm sàng và đây cũng chính là triệu chứng khiến bệnh nhân phải đến Bệnh viện điều trị. Triệu chứng đau CSTL thường tiến triển theo mức độ bệnh. Thang điểm VAS là thang điểm đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh. Thang điểm VAS được biểu diễn thông qua một thước đo chia vạch từ 0 tới 10 điểm. Đây là thang điểm đánh giá mức độ đau được sử dụng khá phổ biến trong các nghiên cứu.

Dựa theo kết quả nghiên cứu bảng 3.5, điểm đau VAS trung bình trước điều trị của nhóm nghiên cứu là 4,61 ± 1,35, của nhóm chứng là 4,63 ± 1,45, chủ yếu đau ở mức độ vừa. Sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê. Điều này có được là do trong nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn những bệnh nhân có chỉ số đau giới hạn từ 3 đến 6 điểm để đánh giá. Khung điểm này tập trung ở những bệnh nhân có mức độ đau vừa và một phần bệnh nhân có mức độ đau nhẹ. Trong nhiều đề tài khác, điểm đau VAS trung bình của mỗi nhóm có thể cao hơn hoặc thấp hơn do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân khác chúng tôi, có thể kéo dài phổ điểm đau VAS. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý (2016) cho thấy điểm VAS trung bình trước can thiệp trong nhóm 2 là 6,03 ± 0,76 [60]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh (2018), người bệnh có điểm VAS trung bình trước can thiệp là 5,93 ± 0,86 [61].

4.1.4.2. Chức năng vận động theo độ giãn và tầm vận động CSTL trước điều trị

Tại thời điểm đánh giá bệnh nhân trước khi điều trị (bảng 3.4), các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều bị hạn chế độ giãn và tầm vận động CSTL. Mức độ hạn chế độ giãn, tầm vận động giữa hai nhóm bệnh nhân trước điều trị là tương đương nhau (p > 0,05).

Bảng 3.4 cho thấy, Độ giãn CSTL (cm) ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là 2,55 ± 0,58 và 2,57 ± 0,57, nghiệm pháp tay đất (cm) ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là 29,3 ± 8,5 và 28,9 ± 8,4. Tương tự, tầm vận động gấp, duỗi, nghiêng, xoay (độ) bên đau của người bệnh đều ở mức hạn chế.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Trần Thị Kiều Lan [36], nhóm nghiên cứu có mức độ về độ giãn và tầm vận động khá tới trung bình chiếm 76,6%, nhóm chứng chiếm 76,7%. Nghiên cứu của Lương Thị Dung [35], nhóm nghiên cứu có độ giãn và tầm vận động hạn chế nhẹ tới trung bình chiếm 77,1%.

4.1.4.3. Chức năng sinh hoạt hàng ngày trước điều trị

Sự hạn chế tầm vận động CSTL ở bệnh nhân đau lưng biểu hiện bằng những hạn chế trong sinh hoạt và lao động hàng ngày của bệnh nhân. Để đánh giá ảnh hưởng của đau lưng đến sinh hoạt và lao động hàng ngày của bệnh nhân, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi của Ủy ban phòng chống đau lưng thế giới: bộ câu hỏi Oswestry Disabitity.

Tại thời điểm đánh giá bệnh nhân trước khi điều trị (bảng 3.17), các bệnh nhân trong nghiên cứu có chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức độ kém tới trung bình là nhiều, trong đó cả nhóm nghiên cứu có 70% bệnh nhân có mức độ trung bình, 16,7% mức độ kém. Ở nhóm đối chứng có 66,7% bệnh nhân có mức độ trung bình, 16,7% mức độ kém. Sự khác biệt về chức năng sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm bệnh nhân trước điều trị là không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Kiều Lan, chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức độ kém tới trung bình trong nhóm nghiên cứu chiếm 83,3% [36]. Theo Lương Thị Dung, chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức độ kém tới trung bình trong nhóm nghiên cứu trước điều trị là 65,7% [35].

Trong nghiên cứu này các đặc điểm về tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, thời gian mắc bệnh đợt này và đặc điểm bệnh lý trước điều trị giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu là đồng nhất, với p>0,05. Điều này đảm bảo tính tương đồng khi chia nhóm nghiên cứu và đánh giá hiệu quả điều trị của hai nhóm được khách quan và chính xác hơn.

4.1.5. Hình ảnh Xquang vùng thắt lưng trước điều trị

Tổn thương thoái hóa cột sống thắt lưng trên X quang thường được đặc trưng bởi sự hẹp khe khớp, có gai xương, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên đốt rồi dẫn tới biến dạng cột sống, mất đường cong sinh lý..

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi(bảng 3.5), ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, hình ảnh đặc xương dưới sụn chiếm tỷ lệ cao nhất với 96,7% nhóm NC và 96,7 % nhóm ĐC. Thấp nhất là hình ảnh hẹp lỗ liên đốt với 70% nhóm NC và 73,3% nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi là phù hợp với cơ chế bệnh sinh của thoái hóa cột sống thắt lưng**.** Thoái hóa cột sống thắt lưng là một quá trình biến đổi tuần tự. Đầu tiên là sự hư đĩa đệm, tiếp theo là tổ chức sụn, xương dưới sụn và cuối cùng là xương đốt sống [4]. Kết quả này không khác biệt nhiều so với Đỗ Thị Kim Ngân (2021) [62].

4.2. Bàn về kết quả điều trị

***4.2.1. Sự cải thiện mức độ đau***

Đau là biểu hiện sớm nhất và cũng là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân phải nhận sự can thiệp từ y tế và cũng là yếu tố chính gây hạn chế vận động, làm ảnh hưởng đến lao động và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Đau trong YHCT được giải thích do chính khí trong cơ thể suy yếu hoặc bẩm tố tiên thiên bất túc làm tổn thương đến hai tạng can, thận. Can chủ cân, thận chủ cốt tủy, lưng lại là phủ của thận, can thận hư tinh tủy không được đầy đủ, cốt tủy không được nuôi dưỡng gây nên các chứng đau lưng âm ỉ kéo dài hay tái phát từng đợt. Cơ thể suy yếu tà khí thừa cơ xâm phạm vào cơ thể (tà khí ở đây chủ yếu là phong hàn thấp), tà khí trở trệ lại ở kinh lạc làm cho khí huyết kinh lạc không thông, vận hành bị ứ trệ, bế tắc gây nên chứng đau “Bất thông tắc thống’’.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi mới vào viện, đa phần bệnh nhân của cả 2 nhóm đều có mức độ đau vừa theo thang điểm đau VAS, tiêu chuẩn chọn bệnh nhân của chúng tôi có chỉ số VAS dao động từ 3-6 điểm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với p > 0,05.

Sau 14 ngày điều trị, mức độ đau của 2 nhóm đều có sự cải thiện đáng kể. Nhóm chứng giảm tỷ lệ bệnh nhân đau vừa từ 76,7% xuống còn 13,4%, trong khi ở nhóm nghiên cứu giảm tỷ lệ bệnh nhân đau vừa từ 80% xuống còn 6,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Sau 21 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân không đau và đau nhẹ đều tăng lên hẳn so với trước điều trị với p < 0,05. Sau 21 ngày không còn bệnh nhân nào ở mức độ đau nặng ở cả 2 nhóm. So sánh giữa hai nhóm, tỷ lệ bệnh nhân không đau sau 21 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu là 66,7% nhiều hơn so với nhóm chứng là 60%. Sự khác biệt về hiệu quả giảm đau của 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Kết quả này cũng tương đương với một số nghiên cứu khác: Lương Thị Dung (2008) sử dụng điện châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt cho 35 BN ĐVTL do thoái hóa cột sống cho kết quả khỏi đau và đau nhẹ chiếm 85,8% [35]. Trần Thị Kiều Lan (2009) dùng điện châm kết hợp với thủy châm trong điều trị ĐVTL cho 60 BN kết quả khỏi đau và đau nhẹ 96,6% [36]. Nguyễn Bá Quang (2009) dùng điện châm trong điều trị ĐVTL cho 52 BN thể phong hàn thấp cho kết quả khỏi đau và đau nhẹ chiếm 84,1% [37]. Ngô Đức Hạnh (2016) dùng điện trường châm kết hợp bài tập duỗi McKenzie trên 30 BN ĐVTL do TVĐĐ cho kết quả khỏi đau và đau nhẹ chiếm 96,7% [51]. Đinh Đăng Tuệ (2013) sử dụng xoa bóp bấm huyệt của YHCT kết hợp với vật lý trị liệu gồm: đắp parafin, điện phân, kéo giãn cột sống, bài tập duỗi McKenzie cho 30 BN có hội chứng thắt lưng hông do TVĐĐ, kết quả BN khỏi đau và đau nhẹ chiếm 96,7% [52]. Nghiên cứu của Nguyễn Trường Sơn (2022) về kết quả phục hồi chức năng vận động, khả năng cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoái hóa cột sống trước và sau điều trị cũng cho kết quả tương tự sau 10 và 20 ngày điều trị [63].

Ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, sự cải thiện triệu chứng đau sau 14 ngày và 21 ngày điều trị đều có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tác dụng giảm đau của cả 2 nhóm trước hết là do tác dụng của điện châm. Điện châm là phương pháp dùng kim kết hợp cường độ điện kích thích liên tục vào huyệt tạo ra một cung phản xạ khác đủ mạnh ức chế cung phản xạ bệnh lý, từ đó có tác dụng giảm đau. Điện châm kích thích xung điện trường trong và ngoài tế bào, tăng trương lực cơ, tăng quá trình trao đổi chất và chuyển hóa tế bào, tăng thải acid lactic, nhờ đó phục hồi chức năng vận động của tế bào. Ngoài ra điện châm còn làm tăng nồng độ β – Endorphin, một tiền chất tạo ra morphin (có tác dụng mạnh gấp 200 lần morphin), serotonin, catecholamin, cotisol và ACTH, điện châm tác dụng vào quá trình chuyển hóa các chất truyền đạt thần kinh trung ương có bản chất là receptor opiate, do đó làm giảm cơn đau [11]. Theo YHCT, điện châm gây kích thích liên tục vào huyệt tạo cảm giác căng tức nặng, từ đó có tác dụng thông kinh hoạt lạc, giúp khí huyết lưu thông trong mạch. Khí hòa thì huyết hòa, khí huyết điều hòa thì phong tất diệt, kinh mạch lưu thông thì hết đau, “thông bất thống’’. Điện châm lập lại trạng thái cân bằng âm dương trong cơ thể, đưa cơ thể về trạng thái hoạt động sinh lý bình thường.

Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn bệnh nhân thể can thận hư kết hợp với phong hàn thấp nên nguyên nhân chính là chức năng hai tạng can thận bị rối loạn, đồng thời phong hàn thấp thừa cơ xâm nhập vào kinh bàng quang, kinh đởm, làm ảnh hưởng đến sự chu lưu khí huyết của hai kinh gây đau lưng.

Ở nhóm chứng, bài thuốc  “độc hoạt ký sinh thang” có tác dụng khu phong tán hàn trừ thấp, thông kinh hoạt lạc, bổ ích can thận. Trong đó, độc hoạt sở trường đi xuống chi dưới, trị phong hàn thấp ở khoảng giữa cân cốt, thông tý chỉ thống. Tang ký sinh bổ can thận, tráng cân cốt, khư phong thấp, chỉ thống vùng lưng đùi, là quân dược. Tế tân, quế tâm tán hàn thấp, ôn thông kinh mạch, chỉ thống. Phòng phong khu phong thắng thấp, chỉ thống, thấu tà ngoại xuất. Tần giao trừ phong thấp ở giữa cân cơ nhục, thông kinh chỉ thống. Đỗ trọng, ngưu tất, ích can thận, cường cân tráng cốt, chỉ thống, giúp tang ký sinh bổ can thận, cường cân cốt, đều là thần dược. Đương quy, xuyên khung, sinh địa, bạch thược dưỡng huyết hoạt huyết để trị phong. Nhân sâm, bạch linh ích khí kiện tỳ, phù chính khu tà, đều là tá dược. Cam thảo điều hoà các vị thuốc, là sứ dược. Bài thuốc này được kết hợp với điện châm sẽ làm tăng tác dụng trừ ngoại tà, bổ can thận, thông kinh lạc, do đó có tác dụng giảm đau tăng hơn.

Tương tự, ở nhóm nghiên cứu, chúng tôi kết hợp điện châm với bài thuốc “Phong thấp NK” cũng mang lại hiệu quả giảm đau tốt. Bài thuốc có nguồn gốc từ tài liệu “Các bài thuốc thường dùng thừa kế của thầy Nguyễn Kiều”, mục “Các bệnh thuộc bộ máy thần kinh”, được cụ Nguyễn Kiều dùng rất nhiều trong nhân dân, với hiệu quả đáng kể, có tác dụng khu phong trừ thấp, hoạt huyết chỉ thống, bổ can thận. Trong đó, các vị dây gắm, dây chiều, dây chìa vôi, trinh nữ đều có tác dụng trừ phong thấp, thư cân, hoạt huyết, chỉ thống. Kim cang vị đạm, đắng nhẹ, tác dụng lợi thuỷ thẩm thấp, đưa thấp ra ngoài theo đường thuỷ đạo. Hà thủ ô vị ngọt, tính ấm, giúp bổ huyết, ích can thận, cường cân tráng cốt. Hạt tơ hồng vị ngọt, cay, tính ấm, có tác dụng bổ can thận, ích tinh tuỷ, giúp cân cốt được cường kiện. Cà gai leo vị đắng nhẹ, ích can giải độc, trừ phong thấp. Các vị trong bài thuốc hỗ trợ nhau để đạt được tác dụng trừ phong thấp, hoạt huyết chỉ thống, bổ can thận. Do có thêm sự kết hợp với điện châm nên càng làm tăng tác dụng trừ ngoại tà, bổ can thận, thông kinh lạc, chỉ thống, do đó có tác dụng giảm đau rõ rệt.

*4.2.2. Sự cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng*

Tầm vận động của cột sống thắt lưng được đánh giá bởi các hoạt động chính: Gấp, duỗi, nghiêng, xoay CSTL.

Tầm vận động CSTL trước điều trị của hai nhóm hạn chế tương đương nhau. Sau 7 ngày điều trị, tầm vận động gấp ở nhóm nghiên cứu tăng từ 54,50 ± 4,92 lên 59,70 ± 3,42, lên 66,40 ± 3,11 ở ngày thứ 14, và có xu hướng cao hơn nhóm chứng tăng từ 55,40 ± 4,94 lên 58,20 ± 3,81 ở ngày thứ 7 và 64,70 ± 3,32 ở ngày thứ 14. Sau 21 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu tăng 70,80 ± 5,4, nhóm chứng tăng 67,20 ± 4,6. Tại mỗi nhóm, sự cải thiện độ gấp CSTL sau 14 ngày và sau 21 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu - nhóm chứng chưa có ý nghĩa thống kê.

Tầm vận động duỗi cũng tăng qua các thời điểm. Ở ngày thứ 7, nhóm nghiên cứu tăng từ 17,840 ± 3,01 lên 19,170 ± 3,05, lên 23,350 ± 3,16 ở ngày thứ 14; tốt hơn so với nhóm chứng từ 17,910 ± 3,01 lên 19,080 ± 3,07 và lên 22,370 ± 3,21 nhưng vẫn chưa có ý nghĩa thống kê. Đến ngày điều trị thứ 21 nhóm nghiên cứu tăng lên 26,20± 3,32, nhóm chứng là 24,60 ± 3,31. Tại mỗi nhóm, sự cải thiện độ gấp CSTL sau 14 ngày và sau 21 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê.

Độ nghiêng CSTL tăng qua các thời điểm. Ở ngày thứ 7 và thứ 14, nhóm nghiên cứu tăng từ 21,490 ± 2,8 lên 23,570 ± 3,1 và 27,320 ± 3,3; ở nhóm chứng từ 20,90 ± 3,5 lên 22,470 ± 3,6 và 25,560 ± 3,2. Đến ngày điều trị thứ 21, nhóm nghiên cứu tăng lên 29,090± 4,3, nhóm chứng là 27,810 ± 3,8, sự khác biệt giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê.

Độ xoay CSTL cũng tăng qua các thời điểm ở cả 2 nhóm. Sau 7 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có độ xoay cột sống trung bình và kém giảm. Sau 14 ngày điều trị, ở mỗi nhóm, số BN có độ xoay cột sống trung bình và kém tiếp tục giảm nhiều, số BN tốt và khá tăng lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt. Sau 21 ngày điều trị, không còn BN có độ xoay cột sống kém. Ở nhóm nghiên cứu, số BN có độ xoay cột sống tốt chiếm 60% cao hơn nhóm chứng là 56,7%. Tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với Phạm Thị Ngọc Bích (2015) khi sử dụng điện trường châm kết hợp với bài Độc hoạt tang ký sinh điều trị cho 35 BN đau vùng thắt lưng do THCS, có sự cải thiện tầm vận động CSTL với độ chênh trung bình ở động tác gấp 8,030 ± 4,82 và động tác duỗi 4,630 ± 2,63 [47]. Cũng tương đương với Nguyễn Đức Minh và Nguyễn Vinh Quốc (2021) khi tìm hiểu tác dụng cải thiện vận động cột sống của điện châm kết hợp siêu âm điều trị trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, cho thấy độ giãn cột sống thắt lưng trung bình ở cả hai nhóm bệnh nhân tăng dần qua các thời điểm theo dõi và đánh giá [64].

Ở thời điểm 7 ngày sau điều trị, tầm vận động nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng, nhưng khác biệt chưa nhiều. Điều này có thể do trong những ngày đầu điều trị, bệnh nhân còn đau nhiều, hiệu quả điều trị của 2 bài thuốc là tương đương nhau. Đối tượng nghiên cứu đa phần là người lớn tuổi (68,4% trên 60 tuổi) - là những đối tượng phải công bổ kiêm trị. Do đó càng về sau bài thuốc “Phong thấp NK” với các vị thuốc nam thông dụng có tác dụng trừ phong thấp rất tốt đã được ứng dụng trong điều trị từ lâu nên hiệu quả cao.

Trong nghiên cứu, tầm vận động cột sống thắt lưng được cải thiện bởi lẽ: Hạn chế vận động trong đau thắt lưng thường do nhiều nguyên nhân kết hợp như đau, phản ứng viêm, tổn thương sụn, hẹp khe khớp, xuất hiện gai xương….Điện châm có tác dụng đuổi tà khí, thông kinh hoạt lạc chúng tôi sử dụng nhóm huyệt vùng thắt lưng như Giáp Tích, Thận Du, Đại Trường Du tác động vào cạnh cột sống theo nguyên tắc tiết đoạn thần kinh, giãn cơ, giải phóng chèn ép rễ. Mặt khác, trong công thức huyệt nghiên cứu chủ yếu là các huyệt tại chỗ vùng thắt lưng nên có tác dụng trực tiếp lên các cơ cạnh sống, làm tăng mạch máu tới nuôi dưỡng cho cơ, làm giãn cơ và giảm đau. Do vậy tầm vận động CSTL được khôi phục.

*4.2.3. Sự cải thiên độ giãn cột sống thắt lưng.*

Dựa vào bảng kết quả 3.15: Trước điều trị, hai nhóm đều có độ giãn CSTL tương đồng nhau p > 0,05, ở nhóm nghiên cứu là 2,55 ± 0,58 và nhóm chứng là 2,57 ± 0,57. Sau 7 ngày điều trị, độ giãn cột sống thắt lưng của cả 2 nhóm đều tăng lên 2,95 ± 0,52 và 2,81 ± 0,53, chưa có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Sau 14 ngày, 21 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu tăng lên 3,55 ± 0,43 và 4,26 ± 0,54 cm, trong khi đó nhóm chứng chỉ tăng 3,41 ± 0,45 và 4,01 ± 0,55, so sánh mức độ cải thiện độ giãn cột sống trong từng nhóm trước điều trị và sau điều trị thì sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tuy nhiên, khác biệt này giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Luân (2017) nghiên cứu 30 bệnh nhân ĐVTL do THCS bằng điện châm kết hợp với bài tập McKenzie, kết quả sau điều trị độ giãn CSTL từ 1,63 ± 0,67cm lúc vào viện lên 4,10 ± 0,80cm [43]. Cũng tương đồng với Trần Thị Hải Vân (2014) khi nghiên cứu 30 bệnh nhân ĐVTL do THCS bằng điện châm kết hợp với rung nhiệt, kết quả sau điều trị độ giãn CSTL từ 2,53 ± 0,86cm lúc vào viện lên 4,27 ± 0,95cm, cải thiện này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) [54].

Dựa vào bảng kết quả 3.16, trước điều trị, hai nhóm đều có khoảng cách tay đất tương đồng nhau. Sau 7 ngày và 14 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có khoảng cách tay đất trung bình và kém giảm dần, số BN tốt và khá tăng lên , nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt. Sau 21 ngày điều trị, không còn BN có khoảng cách tay đất kém. Ở mỗi nhóm, số BN có khoảng cách tay đất trung bình và kém giảm nhiều, số BN tốt và khá tăng lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05. Đồng thời, ở nhóm nghiên cứu, số BN có khoảng cách tay đất tốt chiếm 56,7% cao hơn nhóm chứng là 50%, tuy nhiên khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Luân (2017) [43].

***4.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày***

Để đánh giá ảnh hưởng của đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống lên sinh hoạt hằng ngày, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi Oswestry low back pain disability questionaire (2000). Bộ câu hỏi gồm 10 câu, nhưng nghiên cứu chỉ sử dụng 8/10 câu hỏi gồm: Cường độ đau vùng thắt lưng, hoạt động cá nhân, mang vác, đi bộ, ngồi, đứng, ngủ, hoạt động xã hội. Còn 2 câu hỏi về lĩnh vực sinh hoạt tình dục và du lịch chúng tôi không sử dụng trong nghiên cứu này.

Dựa vào bảng kết quả 3.17, BN vào viện đa số có chức năng sinh hoạt ở mức độ trung bình. Chức năng sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm có sự tương đồng. Sau 7 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có chức năng sinh hoạt trung bình và kém giảm. Sau 14 ngày điều trị, ở mỗi nhóm số BN có chức năng sinh hoạt trung bình và kém giảm nhiều, số BN tốt và khá tăng lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05. Nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt. Sau 21 ngày điều trị, không còn BN có chức năng sinh hoạt kém. Ở nhóm nghiên cứu, số BN có chức năng sinh hoạt tốt chiếm 60% cao hơn nhóm chứng là 56,7%. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê.

So với Nguyễn Thị Như Quỳnh (2015) [40], Hồ Thị Tâm (2013) [50], Nguyễn Vinh Quốc và nhóm cộng sự (2021) [65], kết quả này cũng tương đương.

Chức năng sinh hoạt hàng ngày cải thiện tốt hơn bởi điện châm kết hợp với bài thuốc “Phong thấp NK” cho kết quả giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống tốt hơn, cơ cạnh cột sống đỡ co, các khớp vận động linh hoạt, dinh dưỡng đến vùng cột sống thắt lưng tốt hơn, từ đó sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân dần trở về bình thường.

***4.2.5. Sự thay đổi một số triệu chứng lâm sàng theo YHCT***

Dựa vào bảng kết quả 3.18, sau 21 ngày điều trị, ở mỗi nhóm, triệu chứng lâm sàng có sự cải thiện rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05. Ở nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân đau lưng âm ỉ, đau tăng khi thay đổi thời tiết/gió lạnh/mưa ẩm giảm từ 100% xuống còn 33,3%, lưỡi và mạch có sự cải thiện rõ rệt, sự cải thiện lưỡi từ 93,3% xuống còn 6,7%, sự cải thiện mạch từ 96,7% xuống còn 13,3%. Ở nhóm chứng, tỷ lệ bệnh nhân đau lưng âm ỉ, đau tăng khi thay đổi thời tiết/gió lạnh/mưa ẩm giảm từ 100% xuống còn 40%, sự cải thiện lưỡi từ 96.7% xuống còn 6,7%, sự cải thiện mạch từ 93,3% xuống còn 13,3%. Hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê.

Nguyễn Văn Đức (2023) đánh giá “Tác dụng của viên nén “Phong thấp đan” điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống”, cho thấy nhóm nghiên cứu sau 30 ngày điều trị cho hiệu quả tốt, tỷ lệ đau lưng chỉ còn 15%, trong khi sự cải thiện mạch và lưỡi thể hiện rõ rệt, lưỡi còn 3,3% và mạch còn 8,3% biểu hiện bệnh lý, mức độ cải thiện cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [69]. Tuy nhiên, cũng có thể lý giải do thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn (21 ngày) so với của tác giả Nguyễn Văn Đức (30 ngày). Vì thời gian điều trị lâu hơn nên tỷ lệ khỏi và đỡ sẽ cao hơn.

*4.2.6. Kết quả điều trị chung*

Kết quả điều trị chung dựa vào tổng điểm 8 chỉ số: Chỉ số VAS, tầm vận động gấp, tầm vận động duỗi, độ xoay bên đau, độ nghiêng bên đau, tay đất, Schöber, chỉ số sinh hoạt hằng ngày. Từ tổng điểm trên, quy đổi kết quả điều trị chung theo thang điểm Amor.

Dựa vào bảng kết quả 3.19 và biểu đồ 3.4, sau 21 ngày điều trị, ở mỗi nhóm, hiệu quả điều trị có cải thiện rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05. Nhóm nghiên cứu có 56,3% là tốt; 36,9% là khá, tổng mức tốt và khá chiếm 93,2%; nhóm chứng đạt 49,8% tốt ; 37,5% khá, tổng mức tốt và khá chiếm 87,3%;. Hiệu quả điều trị của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng, nhưng giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê.

Nguyễn Thị Luân (2017) đánh giá tác dụng của điện châm và bài tập duỗi McKenzie trên bệnh nhân đau lưng do THCS cho kết quả tốt 50%, khá 40% [43]. Tarasenko Lidia (2003) nghiên cứu điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa đốt sống L5-S1 bằng điện mãng châm đạt kết quả tốt là 60%, khá là 40% [49]. Nguyễn Minh Phụng (2022) đánh giá tác dụng của phương pháp laser công suất cao kết hợp viên Độc hoạt tang ký sinh và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông, cho thấy nhóm nghiên cứu sau 20 ngày điều trị cho hiệu quả tốt đạt 62,4%, khá đạt 23,3% và trung bình đạt 13,3%, không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [66]. Nghiên cứu của Lã Kiều Oanh (2019) cho tỷ lệ kết quả điều trị loại tốt chiếm 76,67%, khá chiếm 23,33% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trường Sơn (2022) cho kết quả điều trị chung Tốt: 9,0%; Khá: 68,0%; Trung bình: 22,0%; Kém: 1,0% [63]. Nghiên cứu của Trần Tuấn Thành (2018) hiệu quả chung trên nhóm bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng cho thấy hiệu quả Khá cao nhất với 39,4%; tiếp theo là trung bình chiếm 30,3%; Tốt chiếm 24,2% và có 6,1% bệnh nhân không hiệu quả [68]. Như vậy kết quả điều trị chung có sự khác biệt giữa các nghiên cứu, nguyên nhân do phương pháp đánh giá kết quả chung phụ thuộc vào phương pháp nghiên cứu, phương pháp can thiệp điều trị của mỗi tác giả.

Việc kết hợp bài thuốc “Phong thấp NK” với điện châm mang lại kết quả điều trị tốt như vậy là bởi lẽ có sự tác dụng hiệp đồng của điện châm và bài thuốc. Xét về tác dụng của điện châm, việc lựa chọn các huyệt phối hợp góp phần không thể thiếu trong việc nâng cao hiệu quả điều trị. Điện châm thông qua tác động vào huyệt đạo và kinh lạc có tác dụng điều hoà khí huyết, khai thông kinh mạch, kinh khí trong kinh mạch thông suốt có tác dụng giảm đau.

*4.2.7. Các tác dụng không mong muốn*

* *Trên lâm sàng*

Dựa vào bảng kết quả 3.20, trong 21 ngày điều trị và theo dõi trên lâm sàng, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có tác dụng không mong muốn như: vựng châm, gãy kim, dị ứng, tiêu chảy... Như vậy bước đầu có thể nói phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “Phong thấp NK” trên lâm sàng là khá an toàn và có hiệu quả trong điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống.

* *Trên cận lâm sàng*

Dựa vào bảng kết quả 3.21, Các chỉ số về số lượng HC, BC, TC của nhóm nghiên cứu trước - sau điều trị không có sự khác biệt nhiều, không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Kết quả trước – sau điều trị không ảnh hưởng tới chức năng tạo máu của bệnh nhân nghiên cứu.

Các chỉ số AST, ALT, Ure, Creatinin máu của nhóm nghiên cứu sau điều trị so với trước điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Vậy kết quả trước – sau điều trị đều không làm ảnh hưởng tới chức năng gan, thận của bệnh nhân nghiên cứu.

4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị

*4.3.1. Sự ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh đến kết quả điều trị*

Thoái hóa cột sống là bệnh mạn tính gây đau âm ỉ kéo dài, diễn biến từng đợt. Dựa vào bảng nghiên cứu 3.22, thời gian mắc bệnh càng ngắn hiệu quả điều trị càng cao, tỉ lệ khỏi ở nhóm mắc bệnh 1 tháng – 3 tháng là 86,7%, từ 3 tháng - 6 tháng là 50%, trong khi nhóm lớn hơn 6 tháng chỉ có 15,4%. Hiệu quả điều trị ở nhóm mắc bệnh ≤ 6 tháng cao gấp nhiều lần so với nhóm mắc bệnh trên 6 tháng, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Có thể lý giải khi mới mắc bệnh, cơ thể chưa chịu nhiều tác động của vi chấn thương, dây chằng chưa bị tổn thương nhiều do đó khả năng phục hồi sẽ tốt hơn. Thời gian mắc bệnh càng dài có thể khiến tình trạng thoái hoá cột sống trở nên nặng nề hơn và đáp ứng chậm hơn với phác đồ điều trị. Để có những kết luận chính xác hơn, cần tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá mối tương quan giữa thời gian mắc bệnh và hiệu quả điều trị bệnh.

*4.3.2. Sự ảnh hưởng của nghề nghiệp đến kết quả điều trị*

Theo bảng 3.23, trong nghiên cứu này nhóm lao động nhẹ có tỉ lệ tốt và khá là 88,9%; tương đương với nhóm lao động nặng tỉ lệ tốt và khá là 90,9%, với p > 0,05. Nghề nghiệp lao động nhẹ và lao động nặng đều có những đặc điểm động tác, tư thế làm việc gây hại cho cột sống, lâu ngày dẫn đến thoái hoá cột sống thắt lưng. Như vậy nghề nghiệp chưa thấy ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị chung. Điều này có thể do hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được nằm điều trị nội trú, được nghỉ ngơi hoàn toàn trong thời gian điều trị. Do đó mà tác động, tính chất của công việc ít ảnh hưởng đến quá trình và kết quả điều trị. Thêm vào đó số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn hạn chế nên chưa có sự khác biệt.

*4.3.3. Sự ảnh hưởng của tuổi đến kết quả điều trị*

Dựa vào bảng 3.24, sau 21 ngày điều trị thấy nhóm tuổi dưới 39 có tỉ lệ tốt cao nhất 66,7%, tuổi càng tăng, tỉ lệ tốt càng giảm. Nhóm trên 60 tuổi có tỉ lệ tốt thấp nhất là 53,6% và khá là 36,6%. Điều này có thể do khi tuổi càng cao quá trình thoái hoá càng diễn ra mạnh, hệ thống gân và dây chằng kém đàn hồi, lại thêm sức khỏe chung giảm nên khả năng tái tạo và phục hồi chức năng kém hơn so với nhóm tuổi trẻ.

KẾT LUẬN

Qua các kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi rút ra được những kết luận sau:

1. Phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “Phong thấp NK” có hiệu quả tốt trong điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống.

* *Cải thiện chỉ số VAS:* Mức độ đau theo thang điểm VAS cải thiện sau 21 ngày điều trị: 66,7% không đau; 30% đau nhẹ, 3,3% đau vừa, với p < 0,05.
* *Cải thiện tầm vận động CSTL:* tăng rõ rệt tầm vận động gấp, duỗi, nghiêng, xoay sau 21 ngày điều trị (p < 0,05).
* *Cải thiện độ giãn CSTL:* cải thiện rõ rệt từ 2,55 ± 0,58 cm lên 4,26 ± 0,54 cm sau 21 ngày điều trị (p < 0,05).
* *Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày:* độ cải thiện tốt chiếm 60%, khá 33,3%, sau 21 ngày điều trị (p < 0,05).
* *Cải thiện một số triệu chứng lâm sàng theo YHCT:* tình trạng đau tăng khi thay đổi thời tiết giảm từ 100% xuống còn 33,3%, tỷ lệ mạch trầm tế giảm còn 13,3%, lưỡi bệnh lý chỉ còn 6,7% sau 21 ngày điều trị (p < 0,05).
* *Hiệu quả điều trị chung:* Nhóm nghiên cứu có 56,3% là tốt; 36,9% là khá, 6,8% là trung bình, tổng mức tốt và khá chiếm 93,2%; không có bệnh nhân nào hiệu quả điều trị kém.
* *Tác dụng không mong muốn:* hiện chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “ Phong thấp NK” an toàn trên lâm sàng và cận lâm sàng.

Sau 21 ngày điều trị, sử dụng bài thuốc "Phong thấp NK" kết hợp điện châm ở bệnh nhân đau lưng do thoái hóa cột sống, chưa thấy có biểu hiện không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng.

**KIẾN NGHỊ**

Dựa vào các kết quả thu được sau bước đầu nghiên cứu điện châm kết hợp bài thuốc “ Phong thấp NK” trong điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị sau:

1. Có thể áp dụng phác đồ kết hợp điện châm với bài thuốc “Phong thấp NK” ở các tuyến điều trị cơ sở để nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.
2. Tiếp tục nghiên cứu phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “Phong thấp NK” trên phạm vi rộng hơn, cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012), Thoái hóa khớp, Đau vùng thắt lưng và đau dây thần kinh tọa. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 138 - 162,361 - 364.
2. Hoàng Văn Dũng, Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015), Thoái hóa cột sống thắt lưng. Phác đồ chẩn đoán điều trị bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam,191-197.
3. Đặng Hồng Hoa, Trần Ngọc Ân , Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015), Đau vùng thắt lưng. Phác đồ chẩn đoán điều trị bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 198 - 203.
4. Vũ Thị Thanh Thủy (2016), Thoái hóa cột sống, Đau vùng thắt lưng và đau dây thần kinh tọa. Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp, Nhà xuất bản Y học,Hà Nội, 56 - 64,75 - 87.
5. Phạm Khuê (2013). Bệnh học lão khoa, Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật. Hà Nội, 51, 52, 55, 240 - 231.
6. Các Bộ môn Nội, Trường đại học Y Hà Nội (2012), Đau vùng thắt lưng, Hư khớp, Bài giảng bệnh học nội khoa tập II, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, 188 - 196, 252 - 269.
7. Trần Ngọc Ân (2002). Bệnh thấp khớp, Tái bản lần thứ 7, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 225 - 235.
8. 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.
9. Nguyễn Tiến Chung (2018), Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc “Khớp gối HV” trên bệnh thoái hoá khớp gối, Đề tài cấp cơ sở, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
10. Nguyễn Quang Quyền (2007), Bài giảng giải phẫu học,tập II, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 22 - 23.
11. Bộ môn Giải phẫu, Trường đại học Y Hà Nội, chủ biên Trịnh Văn Minh (2010), Giải phẫu người, tập I. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 327 - 334.
12. Frank H. Netter. MR, người dịch Nguyễn Quang Quyền (2004), Atlas giải phẫu người, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 142, 144,
13. Hồ Hữu Lương (2001), Đau lưng do bệnh lý cột sống. Bệnh học thần kinh. Tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 223 - 317.
14. Jonathan Cluett, M.D (2009). Herniated Disc, 1 - 4.
15. Bộ Y tế ( 2016), Thoái hóa cột sống thắt lưng, Hội chứng Đau vùng thắt lưng. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh cơ xương khớp, Ban hành kèm theo quyết định  361/QĐ-BYT ngày 25 tháng 1 năm 2014.
16. Pathria M, Sartoris DJ, Resnick D (1987), “Osteoarthritis of the facet joints: accuracy of oblique radiographic assessement”. Radiology 164: 227-230
17. Vũ Quang Bích (2001), Phòng và chữa bệnh đau lưng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 11.
18. Bộ Y tế, chủ biên Phạm Vũ khánh (2009), Lão khoa y học cổ truyền. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam. Hà Nội, 189 - 194.
19. Nguyễn Tử Siêu dịch (2009), Hoàng đế nội kinh tố vấn.Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội, 259 - 261
20. Hải Thượng Lãn Ông (2008), Hải Thượng y tông tâm lĩnh, tập 2. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 13.
21. Trần Thúy (2006), Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, 398 - 400, 475 – 486.
22. 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, 13, 15, 80, 166 -175, 181-190,192 - 204.
23. Nghiên Hữu Thành (2010), Nghiên cứu cơ sở khoa học của điện châm trong điều trị một số chứng đau, Đề tài khoa học cấp nhà nước, Mã số CK10-30/06.10.
24. Kho H.G, Kloppenblrg P.W, Van – Egmond J.(1993), Effect of acupuncture and transcutanneous stimulation analgesia on plasma hormone levels during and after major abdominal surgery. Eur.J Anaesthesiol, 10(3), 197 - 203.
25. Bộ Y tế (2013), Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu. Ban hành kèm theo quyết định số 792/QĐ- BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013.
26. Hoàng Thủ, Trần Đức Đạo (1998), Các bài thuốc thường dùng thừa kế của thầy Nguyễn Kiều. Trường trung học y học cổ truyền Tuệ Tĩnh, tài liệu Lưu hành nội bộ, tr 26-27.
27. Dương Trọng Hiếu, Dương Trọng Nghĩa, Nguyễn Thị Thu Hà (2009), Tra cứu châm cứu. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 360 – 364.
28. Nguyễn Nhược Kim, (2009), Phương tễ học. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 67 - 68.
29. Michael Haake,PhD, MD(2007), “German Acupuncture Trial (GERAC) for chronic Low Back pain”, Arch Interm Med;176(17), 1982-1989.
30. Thomas G. Lowe, MD.(2008), Degenerativi Disc Disease nd low back pain, Euro pean Spine Tournal; Vol 17,36-39
31. Lee, Jun-Hwan; Choi, Tae-Young; Lee, Myeong Soo; Lee, Hyejung; Shin, Byung-Cheul; Lee, Hyangsook (February 2013), Acupuncture for acute low back pain. The clinical Journal of pain. 29 (2): 172–185.
32. **Mai Xu; Shi Yan; Xu Yin; Xiuyang Li; Shuguang Gao; Rui Han; Licheng Wei; Wei Luo; Guanghua Lei** (January 2013), Acupuncture for chronic low back pain in Long-Term Follow-Up: A Meta-Analysis of 13 Randomized Controlled Trials. *The American Journal of Chinese Medicine*. **41** (01): 1–19.
33. [姜会梨](http://s.wanfangdata.com.cn/Paper.aspx?q=%e4%bd%9c%e8%80%85%3a%22%e5%a7%9c%e4%bc%9a%e6%a2%a8%22) ,[冀丽丽](http://s.wanfangdata.com.cn/Paper.aspx?q=%e4%bd%9c%e8%80%85%3a%22%e5%86%80%e4%b8%bd%e4%b8%bd%22), 和同事 (2015).慢性腰痛针灸处方古今文献研究. [北京中医药大学学报](http://c.wanfangdata.com.cn/Periodical-bjzyydxxb.aspx). 中国.(Khương Hội Lê, Ký Lệ Lệ và các cộng sự (2015). Nghiên cứu văn học cổ đại về toa thuốc châm cứu điều trị đau lưng mãn tính. Tạp chí Đại học trung y dược Bắc Kinh. Trung Quốc)
34. [邓特伟](http://s.wanfangdata.com.cn/Paper.aspx?q=%e4%bd%9c%e8%80%85%3a%22%e9%82%93%e7%89%b9%e4%bc%9f%22) ,[邓丽丽](http://s.wanfangdata.com.cn/Paper.aspx?q=%e4%bd%9c%e8%80%85%3a%22%e9%82%93%e4%b8%bd%e4%b8%bd%22),  [彭娟](http://s.wanfangdata.com.cn/Paper.aspx?q=%e4%bd%9c%e8%80%85%3a%22%e5%bd%ad%e5%a8%9f%22) (2016), 申时循经取穴针刺治疗肾虚腰痛的临床疗效研究,  [广州中医药大学学报](http://c.wanfangdata.com.cn/Periodical-gzzyydxxb.aspx), 中国.( Đặng Đặc Vĩ, Đặng Lệ Lệ, Bành Quyên (2016). Nghiên cứu hiệu quả lâm sàng giờ Thân tuần kinh thủ huyệt châm thích điều trị thận hư yêu thống. Tạp chí Đại học trung y dược Quảng Châu, Trung quốc)
35. Lương Thị Dung (2008), Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp XBBH điều trị ĐVTL do THCS, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
36. Trần Thị Kiều Lan (2009), Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp với thủy châm trong điều trị Đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
37. Nguyễn Bá Quang (2009), Nghiên cứu tác dụng của điện châm trong điều trị hội chứng Đau vùng thắt lưng thể phong hàn thấp. Y học thực hành. Tập 667, số 7/2009.
38. Trần Thị Đoan Trang (2015), “Đánh giá hiệu quả giảm đau của viên ST (Thiên niên kiện, Bạch chỉ, Cốt toái bổ) phối hợp châm cứu trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa”, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
39. Triệu Thị Thùy Linh (2015), Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân Đau vùng thắt lưng do thoái hóa, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
40. Nguyễn Thị Như Quỳnh (2015), Đánh giá hiệu quả điều trị Đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng phương pháp điện châm kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
41. Nguyễn Đình Minh Đạt (2020),“Đánh giá tác dụng điều trị đau cột sống thắt lưng của bài thuốc “khớp HV” kết hợp phương pháp tác động cột sống”, Luận văn thạc sỹ, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
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, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
43. Nguyễn Thị Luân (2017), Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp bài tập Mckenzie trên bệnh nhân đau vùng thắt lưng do thoái hoá cột sống, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
44. **Bộ lao động – Thương binh và xã hội** **(1995)** ban hành kèm theo quyết định số 2753/LĐTBXH – BHLĐngày 01 tháng 08 năm 1995 . Về việc hướng dẫn xây dựng danh mục nghề, công việc đặc biệt nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm.
45. **Fairbank, J.C. and P.B. Pynsent (2000),** The Oswestry disability index, Spine, 25(22). 2940-2953.
46. **Lại Đoàn Hạnh** (2008), *Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp thủy châm*, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội.
47. **Phạm Thị Ngọc Bích** (2015), *Đánh giá tác dụng điều trị Đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện trường châm kết hợp với bài độc hoạt tang ký sinh,* Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
48. **Đoàn Hải Nam** (2005), *Đánh giá tác dụng của điện châm huyệt Ủy trung và Giáp tích thắt lưng (L1 – L5) trong điều trị chứng yêu thống thể hàn thấp*, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
49. **Tarasenko Lidiya** (2003), *Nghiên cứu điều trị hội chứng Đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống L1 – S1 bằng mãng châm*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
50. **Hồ Thị Tâm** (2013), *Đánh giá tác dụng điều trị Đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyệt*, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
51. **Ngô Đức Hạnh** (2016), *Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp kéo giãn cột sống và bài tập duỗi McKenzie trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng,* Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
52. **Đinh Đăng Tuệ** (2013), *Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng kết hợp xoa bóp bấm huyệt,* Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
53. **Phạm Hồng Vân** (2014), *Nghiên cứu đặc điểm huyệt thận du và hiệu quả của điện châm trong điều trị Đau vùng thắt lưng thể thận hư,* Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
54. **Trần Thị Hải Vân** (2014), *Hiệu quả của điện châm kết hợp từ rung nhiệt trên bệnh nhân Đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Tạp chí nghiên cứu y học, 68 - 72
55. **Trần Quốc Khánh** (2004), *Đánh giá tác dụng điều trị Đau vùng thắt lưng ở công nhân công ty dệt may Huế bằng bài tập McKenzie,* Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
56. **Nguyễn Tài Thu** (2004), Mãng châm chữa bệnh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
57. **Nguyễn Thị Phượng** (2021), *Đánh giá tác dụng của điện châm huyệt giáp tích và dùng bài thuốc độc hoạt tang kí sinh trong điều trị đau thần kinh tọa tại khoa YHCT bệnh viện Đại học Y Hải Phòng*. Tạp chí Y học Việt Nam, 6, 79–84.
58. **Nguyễn Thị Thúy, Nguyễn Thị Thu Hiền** (2022), *Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc Tứ vật đào hồng tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng.* Tạp chí Y học Việt Nam, 515, 70–77.
59. **Trần Thị Hồng Ngãi và cộng sự** (2023), *Đánh giá tác dụng của đèn xông ngải cứu kết hợp điện châm điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp*. Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 47, 35–43.
60. **Nguyễn Thị Thúy** (2016), *Đánh giá tác dụng của liệu pháp kinh cân bằng điện châm, xoa bóp kết hợp với bài thuốc độc hoạt ký sinh thang trong điều trị đau thần kinh hông to*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
61. **Nguyễn Tuấn Anh** (2018), *Đánh giá tác dụng điện châm, xoa bóp bấm huyệt và từ trường trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống,* Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
62. **Đỗ Thị Kim Ngân** (2021), *Đánh giá tác dụng điều trị của phương pháp Laser châm trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
63. **Nguyễn Trường Sơn** (2022), *Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động và khả năng cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoái hóa cột sống điều trị tại phòng khám khoa y học cổ truyền Bệnh viện Vũng Tàu năm 2021 – 2022,* Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 53/2022, tr. 105-112.
64. **Nguyễn Đức Minh và Nguyễn Vinh Quốc** (2021), *Nghiên cứu tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp siêu âm,* Tạp chí Y học Việt Nam. 504(1), tr. 11-18.
65. **Nguyễn Vinh Quốc và Vũ Văn Thái** (2021), *Đánh giá tác dụng điều*

*trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng xông hơi thuốc kết hợp hoàn*

*chỉ thống*, Tạp chí Y học Việt Nam 6(1), tr. 143-150.

1. **Nguyễn Minh Phụng** (2022), *Đánh giá tác dụng của phương pháp laser công suất cao kết hợp viên Độc hoạt tang ký sinh và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Lã Kiều Oanh** (2019), *Đánh giá tác dụng của Độc hoạt thang kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to do thoái hoá cột sống thắt lưng,* Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Trần Tuấn Thành** (2018)*, Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Phong*

*thấp HV” kết hợp điện châm điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng trên*

*lâm sàng,* Tạp chí Y học Việt Nam. 515(1), tr. 40-45.

1. **Nguyễn Văn Đức** (2023), *Tác dụng của viên nén “Phong thấp đan” điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống,* Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.

PHỤ LỤC 1: BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

**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 nặng . Lao động nhẹ 

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 - 6 tháng  ≥6 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 cạnh sống nổi vồng, co cứng Có  Không

- Đau lan xuống mông và chân một hoặc 2 bên Có Không

**5 . Tiền sử:**

**-** Thoát vị đĩa đệm  THCS  Loãng xương  Khác 

**6. Đánh giá một số chỉ số:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời điểm**  **Chỉ số** | **D0** | **D7** | **D14** | **D21** |
| Mức độ đau (điểm VAS) |  |  |  |  |
| Độ giãn CSTL (cm) |  |  |  |  |
| Khoảng cách tay đât (cm) |  |  |  |  |
| Gấp cột sống (độ) |  |  |  |  |
| Duỗi cột sống (độ) |  |  |  |  |
| Nghiêng CS bên đau (độ) |  |  |  |  |
| Xoay CS bên đau (độ) |  |  |  |  |
| Chức năng sinh hoạt hằng ngày (điểm) |  |  |  |  |

**7. Cận lâm sàng:**

- Hình ảnh X quang:

Mọc gai xương Đặc xương dưới sụn

Hẹp khe khớp Hẹp lỗ liên đốt 

-Công thức máu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chỉ số** | **D0** | **D21** |
| Hồng cầu |  |  |
| Bạch cầu |  |  |
| Tiểu cầu |  |  |

-Sinh hoá máu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chỉ số** | **D0** | **D21** |
| Ure |  |  |
| Creatinin |  |  |
| AST |  |  |
| ALT |  |  |

**8. Tác dụng không mong muốn**

Mẩn ngứa  Buồn nôn, nôn 

Đi ngoài phân lỏng  Vựng châm 

Chảy máu  Ban đỏ tại vùng châm 

Điện giật 

**II. Một số triệu chứng Y học cổ truyền**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chứng trạng** | **D0** | **D21** |
| Đau lưng âm ỉ, tăng khi thay đổi thời tiết/gió lạnh, mưa ẩm | Có  không | Có  không |
| Rêu lưỡi trắng mỏng | Có  không | Có  không |
| Mạch trầm tế | Có  không | Có  không |

**Chẩn đoán YHCT:**

1. Bát cương:……………………………………………………………...
2. Tạng phủ, Kinh lạc:…………………………………………………...
3. Nguyên nhân:…………………………………………………………..
4. Thể bệnh:…………………………………………………………….....

**IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:**

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

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

Hà Nội, Ngày….., tháng… năm

Bác sỹ điều trị

# PHỤ LỤC 2

# THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU VAS

(**Visual Alnalog Scale)**

VAS là thước đo thang điểm nhìn của hãng Astra- Zeneca

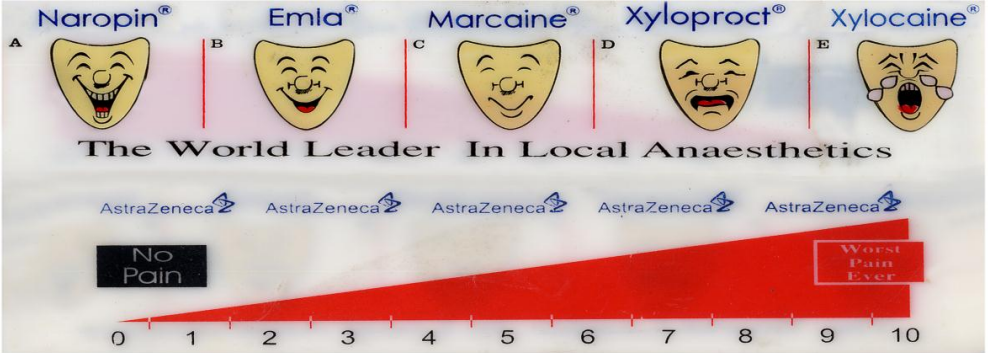
Đau là cảm giác chủ quan của bệnh nhân, đánh giá dựa vào sự đánh dấu của bệnh nhân trên thang điểm.

Thang điểm số học VAS dài 100mm, cố định ở 2 đầu và có hai mặt:

Một mặt chia thành 11 vạch đều nhau tính từ 0 đến 10 điểm

Một mặt chia thành 5 hình tượng có thể quy ước mức độ đau

Mặt giành cho bệnh nhân đánh giá ở phía trái ghi chữ “không đau” và phía phải ghi chữ “đau không chịu nổi”. Để bệnh nhân có thể xác nhận dễ hơn mức độ đau, sau này người ta đã gắn thêm vào mặt này hình ảnh thể hiện nét mặt tương ứng với các mức độ đau khác nhau. Bệnh nhân tự đánh giá bằng cách di chuyển con trỏ đến vị trí tương ứng với mức độ đau của mình. Sau khi bệnh nhân chọn vị trí con trỏ trên thước tương ứng với mức độ đau của họ người đánh giá xác nhận điểm đau VAS là khoảng cách từ điểm 0 đến vị trí con trỏ.



**Thang điểm VAS**

# PHỤ LỤC 3

# CHỈ SỐ OSWESTRY DISABILITY

|  |
| --- |
| **Chỉ số OSWESTRY** |
| 1. **Cường độ Đau vùng thắt lưng.** 2. Có thể bỏ qua đau và sinh hoạt như bình thường 3. Chịu đựng được đau và không phải dùng thuốc giảm đau 4. Đau đến mức phải dùng thuốc giảm đau 5. Thuốc dùng chỉ có tác dụng giảm đau ở mức độ trung bình 6. Thuốc chỉ có tác dụng giảm đau rất ít 7. Không sử dụng thuốc vì dùng cũng không có hiệu quả giảm đau |
| **II. Hoạt động cá nhân**   1. Sinh hoạt cá nhân bình thường và không gây ra đau thêm 2. Sinh hoạt cá nhân bình thường nhưng gây ra đau lưng 3. Sinh hoạt cá nhân là nguyên nhân gây đau nên phải chậm và cẩn thận 4. Cần giúp đỡ trong sinh hoạt cá nhân do đau lưng nhưng vẫn chủ động được 5. Cần giúp đỡ trong hầu hết các sinh hoạt cá nhân hàng ngày do đau 6. Đau làm không mặc được quần áo và khó khăn cả khi nằm ở trên giường |
| **III. Mang vác**   1. Có thể nâng lên những trọng lượng nặng mà không làm đau lưng thêm 2. Có thể nâng lên những trọng lượng nặng nhưng gây đau lưng thêm 3. Có thể nâng lên những trọng lượng nặng nếu vị trí tiện lợi 4. Có thể nâng lên những vật có trọng lượng nhẹ và vừa nếu vị trí tiện lợi 5. Đau làm cho chỉ có thể nâng lên được những vật có trọng lượng rất nhẹ 6. Đau làm cho không thể nâng hoặc mang vác bất cứ vật gì |
| **IV. Đi bộ**   1. Đau không làm hạn chế đi bộ ở bất kỳ khoảng cách nào 2. Đau làm hạn chế đi bộ hơn khoảng 1,6km 3. Đau làm hạn chế đi bộ hơn khoảng 800m 4. Đau làm hạn chế đi bộ hơn khoảng 400m 5. Đau làm cho chỉ có thể đi bộ được khi sử dụng gậy hoặc nạng 6. Đau làm cho luôn phải nằm trên giường và không tới nhà vệ sinh được |
| **V. Ngồi**   1. Đau không gây cản trở , có thể ngồi bất kỳ chỗ nào mình muốn 2. Đau làm cho chỉ có thể ngồi ở một tư thế. 3. Đau làm cho chỉ ngồi được hơn 1 giờ 4. Đau làm cho chỉ ngồi được khoảng 30 phút. 5. Đau làm cho chỉ ngồi được khoảng 15 phút 6. 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**   1. Có thể đứng theo ý muốn mà không gây đau 2. Có thể đứng như ý muốn nhưng gây đau thêm 3. Đau làm chỉ đứng được hơn 1 giờ 4. Đau làm chỉ đứng được hơn 30 phút 5. Đau làm chỉ đứng được hơn 10 phút 6. Đau làm không đứng được |
| **VIII. Hoạt động xã hội**   1. Hoạt động xã hội bình thường mà không gây đau lưng. 2. Hoạt động xã hội bình thường nhưng làm tăng đau lưng 3. Đau lưng không ảnh hưởng đến các hoạt động xã hội tiêu tốn năng lượng (nhảy, chạy...) 4. Đau lưng hạn chế hoạt động xã hội, tôi không ra ngoài đường thường xuyên. 5. Đau lưng nên tôi chỉ ở nhà 6. 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, 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 của bn 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 4**

CÁC VỊ THUỐC TRONG BÀI “PHONG THẤP NK”

**1. Dây gắm:**

- Tên khoa học: *Gnetum montanum*

- Bộ phận dùng: Dùng thân hoặc rễ phơi khô của cây Dây gắm

- Thành phần hóa học: tinh dầu, chất béo, Triterpenoid, Anthraquinon, Antraglycosid, Alkaloid, Flavonoid, Tannin, Saponin, chất khử và acid hữu cơ.

- Tính vị, quy kinh: vị đắng, tính bình. Quy kinh can, thận

- Tác dụng: Trừ phong thấp, giải độc, thư cân, hoạt huyết, sát trùng.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa đau các khớp, đau dây thần kinh, chứng thống phong.

+ Chữa bong gân, liền gân xương, gãy xương.



**Hình 1: Hình ảnh Dây gắm**

**2. Dây chiều:**

- Tên khoa học: *Tetracera scandens*

- Bộ phận dùng: dùng rễ và dây phơi khô của cây dây chiều.

- Thành phần hóa học: terpenoid, flavonoid

- Tính vị, quy kinh: Vị chua, chát, tính bình. Quy kinh can, thận.

- Tác dụng: tán ứ, hoạt huyết, thu liễm, cố tinh.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa phong thấp, gân xương đau nhức hay chân gối sưng đau

+ Chữa phù thũng, bạch đới ở nữ, di tinh ở nam.



**Hình 2: Hình ảnh Dây chiều**

**3. Dây chìa vôi:**

- Tên khoa học: *Cissus modeccoides Planch*

- Bộ phận dùng: dùng rễ củ, dây và lá của cây chìa vôi.

- Thành phần hóa học: Thân dây chìa vôi chứa hợp chất phenolic, acid amin. saponin, acid hữu cơ. Ngọn và lá non có nước 91,3%, protid 1.4%, glucid 5,4%, xơ 1,1%, caroten 1.5mg% và vitamin C 45mg%.

- Tính vị, quy kinh:  vị đắng, ngọt, hơi the. Quy kinh can, bàng quang.

- Tác dụng: Trừ phong thấp, hoạt huyết tán ứ, giải độc.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa đau dây thần kinh, đau các khớp, tê mỏi chân tay.

+ chữa ung nhọt, sưng lở, trĩ, tràng nhạc, bỏng.



**Hình 3: Hình ảnh Dây chìa vôi**

**4. Trinh nữ:**

- Tên khoa học: *Mimosa pudica L*

- Bộ phận dùng: dùng toàn cây của cây trinh nữ

- Thành phần hóa học: alkaloid, axit amin phi protein (mimosine), flavonoid C-glycoside, sterol, terpenoid, tanin và axit béo.

- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, tính hơi hàn. Quy kinh phế.

- Tác dụng: khu phong trừ thấp, hoạt huyết.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa **đau lưng, đau nhức xương khớp, chân tay tê bại**

**+ Chữa** kinh nguyệt không đều.

****

**Hình 4: Hình ảnh Trinh nữ**

**5. Kim cang:**

- Tên khoa học: *Dioscorea tokoro Makino*

- Bộ phận dùng: dùng rễ củ của cây tỳ giải

- Thành phần hóa học: tinh bột, cornus officinalis sieb và saponozit

- Tính vị, quy kinh: Vị đắng, tính bình. Quy kinh Can, Vị

- Tác dụng:  khu phong, trừ thấp, hóa trọc, hoạt huyết, lợi niệu.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa đau nhức xương khớp và tay chân do phong hàn thấp.

+ Chữa thống phong (gút).

+ Chữa tiểu tiện ra máu, đái rắt, đái đục, sỏi đường tiết niệu.



**Hình 5: Hình ảnh Kim cang**

**6. Hà thủ ô đỏ:**

- Tên khoa học: *Radix Fallopiae multiflorae*

- Bộ phận dùng: dùng củ của cây Hà thủ ô đỏ, phải chế với đỗ đen.

- Thành phần hóa học: Anthranoid, Tannin, chất đạm, chất béo, tinh bột, chất vô cơ.

- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, chát, tính ấm. Quy kinh can, thận

- Tác dụng: ích tinh huyết, bổ can thận

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa đau lưng, đau đầu gối do can thận hư

+ Chữa tóc bạc sớm, di tinh, đới hạ

+ chữa suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, thiếu máu, mất ngủ

+ dùng cho phụ nữ sau sinh, sốt rét kéo dài gây thiếu máu.



**Hình 6: Hình ảnh Hà thủ ô đỏ**

**7. Hạt tơ hồng:**

- Tên khoa học: *Semem Cuscutae sinensis*

- Bộ phận dùng: dùng hạt của dây tơ hồng xanh mọc ký sinh trên cây sim hoặc tơ hồng vàng ký sinh trên cây cúc tần, cây nhãn.

- Thành phần hóa học: chất nhựa, tính chất glucozit gọi là cuscutin

- Tính vị, quy kinh: vị cay, ngọt, tính ấm. Quy kinh can, thận

*-*  Tác dụng: bổ can thận, ích tinh tuỷ, mạnh gân cốt.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa lưng đau gối mỏi, tiểu nhiều, mắt mờ giảm thị lực.

+ Chữa ù tai, di tinh, liệt dương, phụ nữ hay sẩy thai đẻ non.

+ Chữa ngũ canh tả, ỉa chảy mạn do tỳ thận dương hư.



**Hình 7: Hình ảnh Hạt tơ hồng**

**8. Cà gai leo:**

- Tên khoa học: *Solanum procumbens*

- Bộ phận dùng: dùng rễ, thân, cành và lá của cây cà gai leo

- Thành phần hóa học: alcaloid (solasodinon, solasodin), phần rễ có chứa nhiều flavonoid và tinh bột .

- Tính vị, quy kinh: vị đắng nhẹ, tính ấm. Quy kinh can, thận, phế

- Tác dụng: trừ phong thấp, giải độc, chỉ thống, hoá đờm chỉ khái, chỉ huyết

- Ứng dụng lâm sàng:

+ **Chữa phong thấp, đau nhức xương khớp, đau lưng**

+ Chữa **viêm gan, xơ gan, hỗ trợ chống ung thư gan, phòng bệnh về gan**

**+ giải rượu,** **chữa ho, ho gà**, **chân răng sưng đau...**

****

**Hình 8: Hình ảnh Cà gai leo**

**PHỤ LỤC 5**

**PHIẾU TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU**

*(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu không cần*

*bí mật danh tính)*

Họ và tên đối tượng: ....................................................................................

Tuổi : ...........................................................................................................

Địa chỉ : .......................................................................................................

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

***Đánh giá tác dụng của bài thuốc ‘‘Phong thấp NK” kết hợp điện châm điều trị đau lưng do thoái hoá cột sống.***

Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này (đồng ý lấy máu/ nước tiểu của mình để xét nghiệm). Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Hà Nội, ngày ......... tháng ..... năm

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Họ tên của Đối tượng**  *(Ký và ghi rõ họ tên)* |