BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

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

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



**NGUYỄN THỊ THÙY AN**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TOẠ**

**DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG**

**KẾT HỢP THUỐC THẤP KHỚP HOÀN P/H, ĐIỆN CHÂM VÀ SIÊU ÂM TRỊ LIỆU**

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

**Hà Nội, năm 2024**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

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

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



**NGUYỄN THỊ THÙY AN**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TOẠ**

**DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG**

**KẾT HỢP THUỐC THẤP KHỚP HOÀN P/H, ĐIỆN CHÂM VÀ SIÊU ÂM TRỊ LIỆU**

**Chuyên ngành : Y học cổ truyền**

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

**Người hướng dẫn khoa học:**

**1. TS. NGUYỄN DUY TUÂN**

**2. TS. NGUYỄN VĂN HẢI**

**Hà Nội, năm 2024**

# LỜI CẢM ƠN

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

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

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

*Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới Tiến sĩ, Bác sĩ Nguyễn Duy Tuân, Trưởng khoa Y học cổ truyền - Đại học Phenikaa và Tiến sĩ, Bác sĩ Nguyễn Văn Hải, Bộ môn Châm cứu - Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam đã tận tình chỉ bảo, cung cấp cho tôi những kiến thức về mặt lý thuyết cũng như triển khai đề tài trên lâm sàng để hoàn tất luận văn này.*

*Tôi xin chân thành cảm ơn và ghi nhớ sự giúp đỡ của Giám đốc, Ban Giám đốc cùng tập thể các y bác sỹ, các bạn đồng nghiệp của Bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An đã tạo mọi điều kiện thuận lợi trong quá trình triển khai đề tài trên lâm sàng.*

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

*Hà Nội, ngày tháng năm 2024*

**Tác giả**

# Nguyễn Thị Thuỳ An

# LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thị Thuỳ An, học viên lớp Chuyên khoa II - Khóa 8, Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Hà Nội, ngày tháng năm 2024*  **Người viết cam đoan**  **Nguyễn Thị Thuỳ An** |

# MỤC LỤC

[ĐẶT VẤN ĐỀ 1](#_Toc187147468)

[CHƯƠNG 1.](#_Toc187147469) [TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3](#_Toc187147470)

[1.1. Tổng quan về đau thần kinh toạ 3](#_Toc187147471)

[1.1.1. Đau thần kinh tọa theo Y học hiện đại 3](#_Toc187147472)

[1.1.2. Đau thần kinh tọa theo Y học cổ truyền 9](#_Toc187147473)

[1.2. Tổng quan về Điện châm 12](#_Toc187147474)

[1.2.1. Khái niệm 12](#_Toc187147475)

[1.2.2. Cơ chế tác dụng 12](#_Toc187147476)

[1.2.3. Chỉ định và chống chỉ định 13](#_Toc187147477)

[1.2.4. Quy trình và liệu trình điện châm 13](#_Toc187147478)

[1.2.5. Công thức huyệt điện châm 14](#_Toc187147479)

[1.3. Siêu âm trị liệu 15](#_Toc187147480)

[1.3.1. Khái niệm điều trị bằng siêu âm 15](#_Toc187147481)

[1.3.2. Máy phát siêu âm 15](#_Toc187147482)

[1.3.3. Tác dụng sinh lý và trị liệu của siêu âm 15](#_Toc187147483)

[1.3.4. Ứng dụng của siêu âm trong điều trị 16](#_Toc187147484)

[1.3.5. Chỉ định và chống chỉ định 16](#_Toc187147485)

[1.3.6. Liều lượng điều trị 17](#_Toc187147486)

[1.3.7. Các tai biến và cách đề phòng 17](#_Toc187147487)

[1.4. Thuốc thấp khớp hoàn P/H 18](#_Toc187147488)

[1.4.1. Xuất xứ 18](#_Toc187147489)

[1.4.2. Thành phần 18](#_Toc187147490)

[1.4.3. Tác dụng 19](#_Toc187147491)

[1.5. Một số nghiên cứu điều trị đau thần kinh toạ trên thế giới và Việt Nam 19](#_Toc187147492)

[1.5.1. Trên thế giới 19](#_Toc187147493)

[1.5.2. Tại Việt Nam 20](#_Toc187147494)

[CHƯƠNG 2.](#_Toc187147495) [CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 22](#_Toc187147496)

[2.1. Chất liệu nghiên cứu và phương tiện nghiên cứu 22](#_Toc187147497)

[2.1.1. Chất liệu nghiên cứu 22](#_Toc187147498)

[2.1.2. Phương tiện nghiên cứu 23](#_Toc187147499)

[2.2. Đối tượng nghiên cứu 25](#_Toc187147500)

[2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHĐ 25](#_Toc187147501)

[2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT 26](#_Toc187147502)

[2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân 26](#_Toc187147503)

[2.3. Phương pháp nghiên cứu 27](#_Toc187147504)

[2.3.1. Thiết kế nghiên cứu 27](#_Toc187147505)

[2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và cách chọn mẫu 27](#_Toc187147506)

[2.3.3. Quy trình nghiên cứu 27](#_Toc187147507)

[2.3.4. Các biến số chỉ số 30](#_Toc187147508)

[2.3.5. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị 31](#_Toc187147509)

[2.6. Đạo đức trong nghiên cứu 37](#_Toc187147510)

[CHƯƠNG 3.](#_Toc187147511) [KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 39](#_Toc187147512)

[3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu 39](#_Toc187147513)

[3.1.1. Phân bố người bệnh theo tuổi 39](#_Toc187147514)

[3.1.2. Phân bố người bệnh theo giới 39](#_Toc187147515)

[3.1.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh 40](#_Toc187147516)

[3.1.4. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp 40](#_Toc187147517)

[3.1.5. Phân bố người bệnh theo hoàn cảnh khởi phát 41](#_Toc187147518)

[3.1.6. Đặc đặc điểm lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu 41](#_Toc187147519)

[3.1.7. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang 43](#_Toc187147520)

[3.2. Hiệu quả điều trị 44](#_Toc187147521)

[3.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS sau điều trị 44](#_Toc187147522)

[3.2.2. Hiệu quả cải thiện chỉ số Schober sau điều trị 45](#_Toc187147523)

[3.2.3. Hiệu quả cải thiện về nghiệm pháp Lasegue sau điều trị 46](#_Toc187147524)

[3.2.4. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng sau điều trị 46](#_Toc187147525)

[3.2.5. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 48](#_Toc187147526)

[3.2.6. Hiệu quả cải thiện triệu chứng YHCT 49](#_Toc187147527)

[3.2.7. Hiệu quả điều trị chung 50](#_Toc187147528)

[3.2.8. Tác dụng không mong muốn 50](#_Toc187147529)

[3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị 51](#_Toc187147530)

[3.3.1. Tuổi 51](#_Toc187147531)

[3.3.2. Giới 51](#_Toc187147532)

[3.3.3. Thời gian mắc bệnh 51](#_Toc187147533)

[3.3.4. Nghề nghiệp 52](#_Toc187147534)

[CHƯƠNG 4.](#_Toc187147535) [BÀN LUẬN 53](#_Toc187147536)

[4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu 53](#_Toc187147537)

[4.1.1. Phân bố người bệnh theo tuổi 53](#_Toc187147538)

[4.1.2. Phân bố người bệnh theo giới 54](#_Toc187147539)

[4.1.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh 55](#_Toc187147540)

[4.1.4. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp 56](#_Toc187147541)

[4.1.5. Phân bố người bệnh theo hoàn cảnh khởi phát 57](#_Toc187147542)

[4.1.6. Đặc đặc điểm lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu 58](#_Toc187147543)

[4.1.7. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang 59](#_Toc187147544)

[4.2. Hiệu quả điều trị 60](#_Toc187147545)

[4.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS sau điều trị 60](#_Toc187147546)

[4.2.2. Hiệu quả cải thiện chỉ số Schober sau điều trị 64](#_Toc187147547)

[4.2.3. Hiệu quả cải thiện về nghiệm pháp Lasegue sau điều trị 65](#_Toc187147548)

[4.2.4. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng sau điều trị 67](#_Toc187147549)

[4.2.5. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 68](#_Toc187147550)

[4.2.6. Hiệu quả cải thiện triệu chứng YHCT 69](#_Toc187147551)

[4.2.7. Hiệu quả điều trị chung 72](#_Toc187147552)

[4.2.8. Tác dụng không mong muốn 73](#_Toc187147553)

[4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị 74](#_Toc187147554)

[4.3.1. Tuổi 74](#_Toc187147555)

[4.3.2. Giới 75](#_Toc187147556)

[4.3.3. Thời gian mắc bệnh 75](#_Toc187147557)

[4.3.4. Nghề nghiệp 76](#_Toc187147558)

[KẾT LUẬN 77](#_Toc187147559)

[KIẾN NGHỊ 78](#_Toc187147560)

[TÀI LIỆU THAM KHẢO](#_Toc187147561)

PHỤ LỤC

# DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Viết tắt** | **Tiếng Việt** | **Tiếng Anh** |
| BN | Bệnh nhân |  |
| CLVT | Cắt lớp vi tính |  |
| CSTL | Cột sống thắt lưng |  |
| D0 | Ngày trước điều trị |  |
| D10 | Ngày thứ 10 |  |
| D20 | Ngày thứ 20 |  |
| ĐTKT | Đau thần kinh tọa |  |
| MRI | Cộng hưởng từ |  |
| NC | Nghiên cứu |  |
| ODI | Thang điểm chất lượng cuộc sống | Oswestry Disability Index |
| TB | Trung bình |  |
| TKHKN | Thần kinh hông khoeo ngoài |  |
| TKHKT | Thần kinh hông khoeo trong |  |
| TVĐĐ | Thoát vị đĩa đệm |  |
| VAS | Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau | Visual analog scale |
| YHCT | Y học cổ truyền |  |
| YHHĐ | Y học hiện đại |  |

# DANH MỤC BẢNG

[Bảng 1.1. Thành phần Thấp khớp hoàn P/H 18](#_Toc187147090)

[Bảng 2.2. Công thức thấp khớp hoàn P/H 22](#_Toc187147091)

[Bảng 2.3. Tiêu chuẩn bệnh nhân theo YHCT 26](#_Toc187147092)

[Bảng 2.4. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS 32](#_Toc187147093)

[Bảng 2.5. Đánh giá phân loại độ giãn cột sống thắt lưng 33](#_Toc187147094)

[Bảng 2.6. Đánh giá điểm Lasègue 33](#_Toc187147095)

[Bảng 2.7. Đánh giá tầm vận động cột sống thắt lưng 34](#_Toc187147096)

[Bảng 2.8. Đánh giá thang điểm ODI 35](#_Toc187147097)

[Bảng 2.9. Cách đánh giá hiệu quả điều trị chung 36](#_Toc187147098)

[Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi 39](#_Toc187147099)

[Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo giới 39](#_Toc187147100)

[Bảng 3.3. Phân bố người bệnh theo hoàn cảnh khởi phát 41](#_Toc187147101)

[Bảng 3.4. Đặc điểm vị trí mắc bệnh trước điều trị 41](#_Toc187147102)

[Bảng 3.5. Phân bố mức độ đau theo VAS trước điều trị 42](#_Toc187147103)

[Bảng 3.6. Chỉ số lâm sàng trước điều trị 42](#_Toc187147104)

[Bảng 3.7. Đặc điểm triệu chứng YHCT trước điều trị 43](#_Toc187147105)

[Bảng 3.8. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang trước điều trị 43](#_Toc187147106)

[Bảng 3.9. Điểm VAS trung bình theo thời gian điều trị 44](#_Toc187147107)

[Bảng 3.10. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị 44](#_Toc187147108)

[Bảng 3.11. Sự cải thiện chỉ số Schober sau điều trị 45](#_Toc187147109)

[Bảng 3.12. Hiệu quả cải thiện độ Lasegue sau điều trị 46](#_Toc187147110)

[Bảng 3.13. Hiệu quả cải thiện tầm vận động gấp CSTL sau điều trị 46](#_Toc187147111)

[Bảng 3.14. Hiệu quả cải thiện tầm vận động duỗi CSTL sau điều trị 47](#_Toc187147112)

[Bảng 3.15. Hiệu quả cải thiện tầm vận động nghiêng CSTL sau điều trị 47](#_Toc187147113)

[Bảng 3.16. Hiệu quả cải thiện điểm ODI 48](#_Toc187147114)

[Bảng 3.17. Hiệu quả cải thiện triệu chứng YHCT 49](#_Toc187147115)

[Bảng 3.18. Hiệu quả điều trị chung 50](#_Toc187147116)

[Bảng 3.19. Tác dụng không mong muốn 50](#_Toc187147117)

[Bảng 3.20. Ảnh hưởng của tuổi đến kết quả điều trị 51](#_Toc187147118)

[Bảng 3.21. Ảnh hưởng của giới đến kết quả điều trị 51](#_Toc187147119)

[Bảng 3.22. Ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh đến kết quả điều trị 51](#_Toc187147120)

[Bảng 3.23. Ảnh hưởng của nghề nghiệp đến kết quả điều trị 52](#_Toc187147121)

# DANH MỤC BIỂU ĐỒ

[Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh 40](#_Toc187147021)

[Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp 40](#_Toc187147022)

[Biểu đồ 3.3. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày 48](#_Toc187147023)

# DANH MỤC HÌNH

[Hình 2.1. Thuốc thấp khớp hoàn P/H 23](#_Toc187146923)

[Hình 2.2. Kim châm cứu Đông Á 23](#_Toc187146924)

[Hình 2.3. Máy điện châm Đông Á 24](#_Toc187146925)

[Hình 2.4. Máy điều trị siêu âm 0.8 MHZ ITO US-100 24](#_Toc187146926)

[Hình 2.5. Thước đánh giá đau VAS 32](#_Toc187146927)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa (ĐTKT) hay đau thần kinh hông to biểu hiện đau vùng thắt lưng lan xuống dưới dọc theo đường đi của dây thần kinh, tùy theo vị trí tổn thương của rễ thần kinh mà hướng lan có thể khác nhau. Đây là một hội chứng bệnh lý phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, thường gặp ở lứa tuổi 30 - 60, nam giới nhiều hơn nữ giới (tỷ lệ 3:1). Bệnh thường có xu hướng tiến triển kéo dài, dễ tái phát, có thể để lại nhiều di chứng, ảnh hưởng đến sức khỏe và khả năng lao động cũng như sinh hoạt hằng ngày của người bệnh [1], [2], [3]. ĐTKT do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên nhưng chủ yếu là nhóm nguyên nhân tại cột sống thắt lưng, trong đó có thoái hóa cột sống (THCS) [3], [4].

Tại Mỹ, ĐTKT chiếm 5% số người trưởng thành, trong một năm có khoảng 2 triệu người phải nghỉ việc vì bệnh [5]. Tại Việt Nam theo điều tra của Trần Ngọc Ân và cộng sự, ĐTKT là một hội chứng thường gặp, chiếm 2% dân số và chiếm 17% số người trên 60 tuổi [6], ĐTKT chiếm tỷ lệ 41,45% trong nhóm bệnh thần kinh cột sống và là một trong 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất [7]. Thống kê điều tra của Phạm Khuê trên 13.392 người từ 60 tuổi trở lên ở miền Bắc có 17,1% số người bị mắc bệnh thần kinh toạ [3]. Khảo sát mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh năm 2015, tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán ĐTKT chiếm 12,4% [8].

Theo Y học hiện đại (YHHĐ), điều trị ĐTKT chủ yếu sử dụng thuốc giảm đau, chống viêm không steroid, giãn cơ, giảm đau thần kinh, kết hợp vật lý trị liệu như siêu âm, điện xung, sóng ngắn, kéo giãn cột sống... Việc sử dụng rộng rãi thuốc chống viêm không steroid, giảm đau, giãn cơ trong điều trị tuy có hiệu quả giảm đau, giảm khuyết tật nhưng mang lại nhiều tác dụng không mong muốn và không điều trị kéo dài. Do đó tìm phương pháp điều trị đơn giản, hiệu quả an toàn là một vấn đề quan trọng [9], [10], [11], [12].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), ĐTKT được mô tả trong phạm vi “Chứng Tý” với bệnh danh Tọa cốt phong, Yêu cước thống do các nguyên nhân ngoại nhân, nội nhân, bất nội ngoại nhân gây nên. Châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, cấy chỉ, thuốc YHCT là những phương pháp điều trị có hiệu quả được chứng minh [1], [13], [14]. Điện châm là phương pháp chữa bệnh phổ biến, được áp dụng từ lâu ở nhiều nước trên thế giới và đạt được hiệu quả cao trong điều trị đau thắt lưng và ĐTKT [15], [16], [17]. Thuốc Thấp khớp hoàn P/H có nguồn gốc từ bài thuốc Tam tý thang (phụ phương của bài thuốc Độc hoạt tang kí sinh), được bào chế dưới dạng viên nang cứng, thuận tiện, dễ sử dụng, có tác dụng dưỡng can thận, bổ khí huyết, thông kinh lạc, trừ phong thấp, có hiệu quả trong điều trị các bệnh lý cơ xương khớp.

Thực tế lâm sàng cho thấy việc kết hợp giữa các phương pháp vật lý trị liệu với các phương pháp YHCT đem lại hiệu quả điều trị, đơn giản, dễ thực hiện ngay cả ở tuyến cơ sở. Tuy nhiên chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá tác dụng điều trị kết hợp phương pháp điện châm, thuốc thấp khớp hoàn P/H với siêu âm trị liệu của YHHĐ trong điều trị ĐTKT do thoái hóa cột sống trên lâm sàng. Vì vậy, nhằm tận dụng các ưu thế điều trị của YHHĐ và YHCT với mục đích nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị cho bệnh nhân, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “***Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh toạ do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng kết hợp thuốc thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu***” với hai mụctiêu:

*1. Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh toạ do thoái hoá cột sống thắt lưng (Yêu cước thống thể phong hàn thấp kiêm can thận hư) bằng kết hợp thuốc thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu.*

*2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về đau thần kinh toạ

1.1.1. Đau thần kinh tọa theo Y học hiện đại

*1.1.1.1. Khái niệm*

ĐTKT biểu hiện đau vùng thắt lưng lan xuống dưới dọc theo đường đi của dây thần kinh, tùy theo vị trí tổn thương của rễ thần kinh mà hướng lan có thể khác nhau. Khi tổn thương rễ L5 thường đau lan xuống mông, về phía sau ngoài đùi, phần trước ngoài cẳng chân, qua trước mắt cá ngoài rồi tới mu chân, tận hết ở ngón chân cái. Trường hợp tổn thương rễ S1, đau lan xuống mặt sau của đùi, mặt sau cẳng chân, tới mắt cá ngoài, tận hết ở gan chân hoặc bờ ngoài gan chân, phía các ngón chân út [18], [19], [20].

*1.1.1.2. Giải phẫu dây thần kinh tọa*

Dây thần kinh tọa (dây thần kinh hông to) xuất phát từ đám rối thắt lưng cùng do các rễ L4, L5, S1, S2, S3 hợp thành, trong đó rễ L5, S1 là chủ yếu. Sau khi các rễ hợp lại thành dây thần kinh hông to đi ra ngoài ống sống qua khe gian đốt đĩa đệm – dây chằng. Ra khỏi ống xương sống dây thần kinh tọa đi qua phía trước khớp cùng chậu, sau đó nó chạy qua lỗ ngồi lớn của xương chậu để vào mông, đi giữa ụ ngồi và mấu chuyển lớn, chạy theo đường thẳng đến điểm giữa nếp lằn khoeo chân. Tại trám khoeo chia làm hai nhánh là dây thần kinh hông khoeo ngoài và dây thần kinh hông khoeo trong.

*+ Thần kinh hông khoeo ngoài (thần kinh mác chung):* thần kinh hông khoeo ngoài đi chếch xuống dọc theo gân cơ nhị đầu, tới dưới chỏm xương mác thì vòng ra trước quanh cổ xương mác xuống mu bàn chân, tận cùng ngón chân cái.

*+ Thần kinh hông khoeo trong (thần kinh chầy):* thần kinh hông khoeo trong tiếp tục đi xuống qua hố khoeo rồi qua khe giữa hai lớp cơ vùng cẳng chân sau và phân nhánh vào tất cả các cơ quan của vùng này. Khi tới dưới mắt cá trong, qua gan bàn chân đến ngón út.

+ Dây thần kinh hông to chi phối vận động tất cả các cơ ở đùi sau và một phần cơ khép lớn bởi các nhánh bên. Vận động và cảm giác ở cẳng chân và bàn chân ở các nhánh tận của nó [3], [21], [22]*.*

*1.1.1.3. Các nguyên nhân gây đau thần kinh tọa*

* *Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (CSTL) là nguyên nhân phổ biến nhất của đau thắt lưng và đau chân mạn tính hay tái phát, chiếm tỷ lệ khoảng 63 – 73% tổng số đau cột sống thắt lưng và chiếm tỷ lệ 72% trường hợp đau thần kinh hông to. Cơ chế gây thoát vị đĩa đệm: Tổ chức đĩa đệm phải đảm bảo thích nghi về cơ học lớn, đồng thời nó phải chịu áp lực cao thường xuyên do hầu hết trọng lượng phần trên cơ thể dồn hết vào hai đĩa đệm L4 - L5 và L5 - S1. Do đó TVĐĐ hay xảy ra ở vị trí này. Bệnh thường xảy ra sau chấn thương hoặc sau gắng sức hay vận động sai tư thế.

* *Bệnh lý tại cột sống thắt lưng*

*-* Thoái hóa cột sống thắt lưng: thoái hóa CSTL mạn tính thường dẫn đến các tổn thương: loãng xương, nhuyễn xương, mọc gai xương, biến dạng thân đốt sống, cầu gai xương một hay nhiều đốt sống kèm phì đại dây chằng [11], [20].

*-* Trượt đốt sống: đốt sống bị trượt ra phía trước hoặc sau trên một đốt sống khác, do bẩm sinh hoặc chấn thương. Trượt đốt sống (hay gặp đốt L5) thường kèm với thoái hóa cột sống, tổn thương các rễ thần kinh, hẹp ống sống thắt lưng nặng và có thể có hội chứng đuôi ngựa [12].

*-* Các bệnh lý khác tại cột sống thắt lưng: ung thư cột sống, lao cột sống, chấn thương cột sống, viêm cột sống dính khớp, viêm cột sống do tụ cầu, liên cầu, loãng xương nặng, lún đốt sống, các dị tật bẩm sinh của cột sống thắt lưng [11], [22].

*1.1.1.4. Cơ chế bệnh sinh*

Các thành phần cấu tạo CSTL di động đều trải qua quá trình thoái hóa theo tuổi tác, đó là sự kết hợp của hai quá trình thoái hóa sinh lý theo lứa tuổi và thoái hóa bệnh lý mắc phải (chấn thương, rối loạn chuyển hóa, miễn dịch, nhiễm khuẩn…). Các tác nhân cơ học (cân nặng, lao động nặng, các chấn thương, vi chấn thương) gây suy yếu các chất cơ bản của tổ chức sụn. Khi đó các tế bào giải phóng các enzyme tiêu protein làm tiêu hủy dần các chất căn bản. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh là trong bệnh thoái hóa vẫn có các đợt viêm với sự tham gia của các chất trung gian hóa học. Do đó, THCS là hậu quả từ nhiều nguyên nhân gây ra, với tác nhân chủ yếu là tình trạng lão hóa của các tổ chức và tế bào kết hợp với một số yếu tố thúc đẩy nhanh hơn và làm nặng thêm quá trình thoái hóa như các yếu tố cơ học, các bệnh lý nền [7], [11], [22].

THCS thắt lưng tiến triển từ từ tăng dần gây đau và hạn chế vận động, thậm chí biến dạng CSTL. Các khớp đốt sống thoái hóa, xương dưới sụn tổn thương dạng nứt nhỏ, gây kích thích phản ứng đau, gai xương xuất hiện tại các vị trí tỳ đè gây kéo căng các đầu mút thần kinh ở màng xương, trục khớp tổn thương gây co kéo các dây chằng đồng thời kết hợp tình trạng thoái hóa của các dây chằng dẫn đến mất ổn định trục khớp, các khớp lỏng lẻo, viêm bao khớp, phù nề quanh khớp. Từ đó dẫn đến trượt thân đốt sống, hẹp ống sống, hẹp lỗ tiếp hợp và hậu quả là chèn ép rễ thần kinh gây đau [7], [11], [22].

*1.1.1.5. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng*

* *Lâm sàng*

Hội chứng thắt lưng hông gồm có hai hội chứng thành phần là hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh.

* *Hội chứng cột sống thắt lưng:*
* Đau cột sống thắt lưng: đau có tính chất cơ học, đau tăng khi ho, hắt hơi, khi ngồi hoặc đứng lâu, tăng về đêm, giảm khi nghỉ ngơi.
* Biến dạng cột sống (do tư thế chống đau)
* Có điểm đau cột sống và cạnh cột sống thắt lưng: tương ứng với các đoạn vận động bệnh lý và điểm xuất chiếu đau của rễ thần kinh tương ứng.
* Hạn chế tầm vận động của CSTL.
* *Hội chứng chèn ép rễ thần kinh:*

Theo Mumentheler và Schliack, hội chứng rễ thuần túy có những đặc điểm sau: rối loạn cảm giác lan theo dọc các dải cảm giác; teo cơ do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép; giảm hoặc mất phản xạ gân xương.

Đặc điểm của đau rễ: đau dọc theo vị trí tương ứng của rễ thần kinh bị chèn ép chi phối, đau có tính cơ học và xuất hiện sau đau thắt lưng cục bộ, cường độ đau không đồng đều giữa các vùng ở chân.

Các dấu hiệu kích thích rễ: nghiệm pháp Lasègue; dấu hiệu chuông bấm; hệ thống các điểm Valleix; dấu hiệu Neri.

Có thể gặp các dấu hiệu tổn thương chức năng các rễ thần kinh như rối loạn vận động; rối loạn cảm giác; rối loạn phản xạ; rối loạn thần kinh thực vật, dinh dưỡng, rối loạn cơ tròn khi có tổn thương nặng (hội chứng đuôi ngựa).

* *Cận lâm sàng*

*Chụp X - quang thường quy:* chụp X - quang cột sống thắt lưng ở tư thế thẳng, nghiêng, chếch ¾ có thể thấy xuất hiện các hình ảnh:

Hình ảnh THCS: hẹp khe khớp đĩa đệm; kết đặc xương dưới sụn; xẹp các diện dưới sụn; gai xương tại thân đốt sống, lỗ gian đốt sống, cầu xương, các hình ảnh này cho phép hướng tới nguyên nhân gây chèn ép dây TKHT.

*Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) CSTL:* cho phép nghiên cứu các cấu trúc đốt sống, mô mềm cạnh cột sống, tủy sống. CLVT có thể phát hiện được những bệnh lý đĩa đệm nhưng độ nhạy thấp hơn MRI. MRI thường được chỉ định phát hiện đĩa đệm, tủy sống, bất thường mô mềm. CLVT ổ bụng có thể loại trừ các nguyên nhân khác gây đau.

*Điện cơ đồ và tốc độ dẫn truyền thần kinh:* giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh của dây TKHT, tuy nhiên phương pháp ghi điện cơ đồ bằng điện cực kim thường hay được áp dụng hơn đo tốc độ dẫn truyền thần kinh trong định khu và tiên lượng.

*Các xét nghiệm sinh hóa - tế bào (như công thức máu, tốc độ máu lắng, CRP, bilan phospho-calci, phosphatase kiềm, nước tiểu...)*: được chỉ định xét nghiệm sàng lọc khi đau không có tính chất cơ học, đau kiểu bất thường, đau kéo dài, các trường hợp nghi ngờ có phối hợp với bệnh viêm nhiễm và bệnh hệ thống. Hội chứng viêm sinh học và bilan phospho-calci âm tính là triệu chứng âm tính rất quan trọng và là điều kiện để chẩn đoán đau do cơ học. Trường hợp những xét nghiệm trên bất thường cần phải tìm nguyên nhân [23].

*1.1.1.6. Chẩn đoán*

* *Chẩn đoán xác định:* dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng [24]:
* *Lâm sàng:*
* Triệu chứng cơ năng: đau dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to. Đau âm ỉ hoặc dữ dội, đau tăng khi vận động, ho, hắt hơi... giảm khi nghỉ ngơi.
* Triệu chứng thực thể: có hội chứng cột sống, hội chứng rễ thần kinh.
* *Cận lâm sàng:*
* Dựa vào hình ảnh phim X-quang, MRI, CLVT.

X-quang thoái hóa cột sống thắt lưng có 3 dấu hiệu cơ bản:

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

+ Đặc xương: mâm sụn có hình đặc xương.

+ Gai xương: ở rìa ngoài của thân đốt, gai xương có thể tạo thành những cầu xương, khớp tân tạo [21], [23], [24].

* *Chẩn đoán phân biệt*

Viêm khớp háng, viêm khớp cùng chậu, đau dây thần kinh đùi...

*1.1.1.7. Điều trị*

* *Nội khoa:* là phương pháp được áp dụng ưu tiên trước khi đặt vấn đề phẫu thuật trừ trường hợp bắt buộc phải phẫu thuật.

Bất động trong thời kỳ cấp tính là nguyên tắc quan trọng đầu tiên trong điều trị nội khoa. Bất động trên giường phải hoàn toàn liên tục, chính xác và kéo dài đủ thời gian, bệnh nhân nằm ngửa trên giường cứng có gối kê ở vùng thắt lưng và kheo chân. Nghỉ ngơi hoàn toàn (nằm trên giường) trong 2-3 ngày và nghỉ tương đối sau đó. Thường sau điều trị nội khoa 5-10 ngày bệnh nhân sẽ đỡ đau. Lúc này có thể bắt đầu các động tác phục hồi chức năng để chấn chỉnh các tư thế xấu của cột sống. Các bài tập trên giường với 06 động tác vận động cột sống theo chương trình Williams.

Các nhóm thuốc thường được sử dụng: các thuốc chống viêm giảm đau không steroid đường uống được chỉ định trong thời kỳ cấp và trong đợt tái phát, thuốc an thần, giãn cơ, các vitamin nhóm B liều cao, thuốc giảm đau thần kinh. Trong các trường hợp đau nặng, thuốc giảm đau chống viêm không steroid không có hiệu quả thì xem xét chỉ định điều trị bằng corticoid và các phương pháp phong bế thần kinh.

Kéo giãn cột sống thắt lưng, chườm nóng, chườm đá, đeo thắt lưng chỉnh hình cách quãng hoặc thường xuyên...

Tâm lý liệu pháp: động viên, chia sẻ giúp người bệnh nghỉ ngơi thư giãn.

* *Phẫu thuật*

Khi người bệnh không đáp ứng với điều trị nội khoa sau 03 tháng, cần gửi các cơ sở chuyên khoa làm thăm dò xác định tình trạng tổn thương và xem xét chỉ định phẫu thuật nếu có các triệu chứng sau:

- Hội chứng đuôi ngựa (rối loạn đại, tiểu tiện do rối loạn cơ tròn).

- Đau thần kinh tọa có liệt: giảm cơ lực của một hoặc nhiều cơ.

- Đau TKHT thể tăng đau, không đáp ứng với thuốc giảm đau bậc 3.

- Đau rễ thần kinh liên tục không đáp ứng với điều trị bảo tồn trong tối thiểu 4 tuần hay đau tái phát mặc dù đã được điều trị bảo tồn trong 4 - 12 tuần.

- Trượt đốt sống ra trước.

- Hẹp ống sống.

1.1.2. Đau thần kinh tọa theo Y học cổ truyền

*1.1.2.1. Bệnh danh*

Trong các y văn cổ như Hoàng đế Nội kinh - Tố vấn, Kim quỹ yếu lược tâm điển, Tuệ Tĩnh toàn tập… đã mô tả bệnh đau thần kinh tọa với nhiều bệnh danh khác nhau tùy vào vị trí hoặc nguyên nhân gây bệnh: Yêu cước thống, tọa cốt phong [13], [14].

Đa số sách cổ đều xếp bệnh này thuộc chứng Tý. Tý có nghĩa là tắc, làm cho khí huyết không lưu thông mà gây ra các chứng đau (bất thông tắc thống) [25].

*1.1.2.2. Nguyên nhân*

* *Do ngoại nhân:* thường do phong, hàn, thấp tà thừa lúc nguyên khí hư yếu, tấu lý sơ hở xâm phạm vào kinh lạc, đặc biệt là kinh túc thái dương Bàng quang và kinh túc thiếu dương Đởm gây bệnh.
* *Do nội nhân:* do chính khí hư yếu, rối loạn chức năng các tạng phủ nhất là tạng can và thận. Chức năng can thận rối loạn sẽ làm ảnh hưởng đến hai phủ đởm và bàng quang, làm cho sự lưu chuyển khí huyết của hai kinh lạc bị rối loạn.
* *Bất nội ngoại nhân:* do chấn thương, do tai nạn, sang chấn mang vác vật nặng sai tư thế... dẫn đến khí huyết ứ trệ, gây nên đau và vận động hạn chế.

*1.1.2.3. Các thể lâm sàng*

Theo YHCT, “Yêu cước thống” được chia thành 04 thể lâm sàng: thể phong hàn, thể phong hàn thấp tý kết hợp với can thận hư, thể thấp nhiệt và thể huyết ứ.

* *Thể phong hàn thấp*

*Triệu chứng:* sau khi bị nhiễm lạnh, đau từ thắt lưng hoặc từ mông xuống chân, đau có điểm khu trú, chưa có teo cơ, đau tăng khi trời lạnh, chườm ấm dễ chịu. Sợ gió, sợ lạnh, đại tiện có thể bình thường hoặc nát, tiểu tiện trong, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù hoặc phù khẩn.

*Pháp:* Khu phong, tán hàn, ôn thông kinh lạc.

*Phương*: Can khương thương truật linh phụ thang gia giảm.

*Điều trị không dùng thuốc:*

*Châm cứu:* châm tả, ôn điện châm các huyệt:

Nếu đau theo kinh Bàng quang (đau kiểu rễ S1): Giáp tích L4-5, L5-S1, Thận du, Đại trường du, Dương quan, Thượng liêu, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn.

Nếu đau theo kinh Đởm (đau kiểu rễ L5): Giáp tích L4-5, L5-S1, Thận du, Đại trường du, Dương quan, Thượng liêu, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Khâu khư.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

Hoặc cấy chỉ vào các huyệt: tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

*Xoa bóp bấm huyệt:* các thủ thuật xoa, xát, miết, day, lăn vùng lưng của chân đau. Bấm các huyệt bên đau. Vận động cột sống, vận động chân. Phát từ thắt lưng xuống chân đau. Liệu trình xoa bóp 30 phút/lần/ngày, một liệu trình điều trị từ 15 đến 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

*Thủy châm:* sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp. Các huyệt: Đại trường du (BL.25) Trật biên (BL.54) Thừa phù (BL.36).

*Giác hơi* vùng lưng, chân đau. Ngày giác một lần [13], [14], [24], [26].

* *Thể phong hàn thấp kết hợp với can thận hư*

*Triệu chứng:*đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, đau có cảm giác tê bì, nặng nề, có thể teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát. Kèm theo triệu chứng ăn kém, ngủ ít. Chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dầy và nhớt. Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

*Pháp:*Khu phong, tán hàn, trừ thấp, bổ can thận (kiện tỳ nếu có teo cơ).

*Phương:* Độc hoạt tang ký sinh thang.

*Điều trị không dùng thuốc:*

* Châm: châm tả các huyệt giống thể phong hàn và châm bổ thêm các huyệt Can du (BL.18), Thận du (BL.23).
* Thủy châm: giống thể phong hàn thấp.
* Cấy chỉ: giống thể phong hàn thấp, thêm huyệt Can du, Thận du.
* *Xoa bóp bấm huyệt:* giống thể phong hàn thấp, bấm thêm huyệt Can du (BL.18), Thận du (BL.23) [13], [14], [24], [26].
* *Thể thấp nhiệt*

*Triệu chứng:* đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, đau có cảm nóng rát như kim châm. Chân đau nóng hơn chân bên lành, chất lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sác.

*Pháp:* Thanh nhiệt trừ thấp, hành khí hoạt huyết.

*Phương:* Ý dĩ nhân thang hợp với Nhị diệu tán.

*Điều trị không dùng thuốc:*

* Châm tả các huyệt giống thể phong hàn thấp. Châm bổ Can du, Thận Du [13], [14], [24], [26].
* *Thể huyết ứ*

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

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

*Phương thuốc:* Thân thống trục ứ thang

*Điều trị không dùng thuốc:*

* Điện châm: tả các huyệt như thể phong hàn thấp, thêm huyệt Huyết hải.
* *Xoa bóp bấm huyệt:* giống thể phong hàn thấp và tránh động tác vận động cột sống (gập đùi vào ngực) [12], [13], [24], [25].

1.2. Tổng quan về Điện châm

1.2.1. Khái niệm

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm cứu với kích thích bằng dòng điện. Hiện nay thường sử dụng máy phát ra xung điện có tính năng ổn định, an toàn, điều chỉnh thao tác an toàn, đơn giản. Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức; tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức; giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ [16], [27].

1.2.2. Cơ chế tác dụng

* *Cơ chế tác dụng theo Y học hiện đại*

Châm cứu là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Vogralic và Kassin căn cứ vào vị trí và tác dụng của nơi châm cứu đề ra 3 loại phản ứng của cơ thể làm cơ sở giải thích cho cơ chế tác dụng của châm cứu: phản ứng tại chỗ, phản ứng tiết đoạn và phản ứng toàn thân.

Điện châm là phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc phối hợp tác dụng chữa bệnh của châm cứu với tác dụng của dòng điện thông qua máy điện châm thay cho thủ pháp vê kim. Kích thích của dòng điện có tác dụng làm dịu cơn đau, kích thích hoạt động cơ, tăng cường dinh dưỡng tổ chức.

* *Cơ chế tác dụng theo Y học cổ truyền*

Theo YHCT, bệnh tật phát sinh ra do sự mất thăng bằng về âm dương. Chữa bệnh bằng châm cứu có tác dụng điều hòa âm dương. Khi điều trị bằng châm cứu có tác dụng cụ thể là nâng cao chính khí, đuổi tà khí ra ngoài.

Bệnh tật phát sinh ra làm rối loạn hoạt động của hệ kinh lạc và phương pháp chữa bệnh bằng châm cứu cơ bản là điều hòa cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc. Bệnh tật phát sinh ra do nguyên nhân bên ngoài gọi là tà khí hoặc do nguyên nhân bên trong cơ thể bị suy yếu gọi là chính khí hư. Nếu do nguyên nhân bên ngoài xâm nhập sẽ gây bế tắc sự vận hành kinh khí, châm cứu vào các huyệt trên đường kinh để loại trừ tác nhân gây bệnh ra ngoài (khu tà). Nếu cơ thể suy nhược, kinh khí không đầy đủ, châm hay cứu các huyệt trên đường kinh sẽ làm tăng kinh khí cho sức khỏe đầy đủ đạt mục đích chữa bệnh (bổ chính).

Nếu tạng phủ nào có bệnh sẽ có những thay đổi bệnh lý ở đường kinh mang tên, biểu hiện bên ngoài bằng các triệu chứng lâm sàng riêng biệt, người ta sẽ sử dụng châm cứu để điều chỉnh công năng các tạng phủ đó [16].

1.2.3. Chỉ định và chống chỉ định

* *Chỉ định*
* Các chứng liệt: liệt do tai biến mạch máu não, di chứng bại liệt… Bệnh ngũ quan như giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn...
* Các chứng đau cấp và mạn tính: đau các khớp hoặc phần mềm quanh khớp, đau đầu, đau lưng, đau thần kinh tọa…
* Cơ năng và triệu chứng của một số bệnh: rối loạn thần kinh tim, mất ngủ, kém ăn, đầy bụng, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc...
* Một số bệnh do viêm nhiễm như viêm tuyến vú, chắp, lẹo.
* Châm tê phẫu thuật.
* *Chống chỉ định*
* Bệnh lý thuộc cấp cứu.
* Người có sức khỏe yếu cơ thể suy kiệt, thiếu máu, có tiền sử hoặc đang mắc bệnh tim, phụ nữ đang có thai hoặc hành kinh.
* Cơ thể ở trạng thái không thuận lợi: vừa lao động xong, mệt mỏi, đói….
* Một số huyệt không có chỉ định châm hoặc cấm châm sâu như Phong phủ, Á môn, Nhũ trung [16], [27].

1.2.4. Quy trình và liệu trình điện châm

Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyệt.

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

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

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt;

Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

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

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 5 - 10Hz, tần số bổ từ 1 - 3Hz.

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

Thời gian: 20-30 phút.

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

Thường điện châm 1 lần/ngày, mỗi lần 20 – 25 phút, 1 liệu trình điều trị từ 10 – 15 ngày hoặc dài hơn tùy yêu cầu điều trị [16], [27].

1.2.5. Công thức huyệt điện châm

Công thức huyệt điện châm theo hướng dẫn chẩn đoán bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại Bộ Y tế năm 2020 [24]:

Nếu đau theo kinh Bàng quang (Đau kiểu rễ S1): châm tả các huyệt Giáp tích L4 - L5, L5 - S1, Đại trường du (BL.25), Trật biên (BL.54), Ân môn (BL.37), Thừa phù (BL.36), Ủy trung (BL.40), Thừa sơn (BL.57), Côn lôn (BL.60).

Nếu đau theo kinh Đởm (Đau kiểu rễ L5): châm tả các huyệt Giáp tích L4 - L5, L5 - S1, Đại trường du (BL.25), Hoàn khiêu (GB.30), Phong thị (GB.31), Dương lăng tuyền (GB.34), Huyền chung (GB.39), Khâu khư (GB.40).

Châm bổ các huyệt Can du (BL.18), Thận du (BL.23).

1.3. Siêu âm trị liệu

1.3.1. Khái niệm điều trị bằng siêu âm

Siêu âm là các sóng âm có tần số lớn hơn 20 000 Hertz (Hz). Năng lượng của siêu âm khi được tổ chức cơ thể sống hấp thu sẽ gây ra các hiệu ứng lý – sinh học và được người ta ứng dụng vào trong chẩn đoán và điều trị bệnh, cả trong điều trị nội khoa (tại các khoa Vật lý trị liệu) và ngoại khoa (dao mổ siêu âm, tán sỏi bằng siêu âm) [10].

1.3.2. Máy phát siêu âm

Để tạo siêu âm người ta dùng máy phát siêu âm. Trong máy phát siêu âm, đầu sinh siêu âm hay còn gọi là đầu biến năng được cấu tạo bằng tinh thể thạch anh, phía trước có màng ngăn bằng kim loại có khả năng rung khi tinh thể dao động. Sóng âm được phát ra từ màng ngăn này khi tinh thể thạch anh rung. Chấn động do hiệu ứng áp lực điện của một dòng điện xoay chiều cao tần. Tùy theo máy mà sóng siêu âm phát ra liên tục hay gián đoạn tạo thành các dòng xung siêu âm.

Năng lượng của siêu âm được tính bằng Watt/cm2 của đầu biến năng.

1.3.3. Tác dụng sinh lý và trị liệu của siêu âm

* **Tác dụng nhiệt**
* Nhiệt được phát sinh khi các mô cơ thể hấp thụ năng lượng của sóng siêu âm.
* Nhiệt do siêu âm phát sinh cũng có tác dụng tương tự như các nguồn nhiệt khác, nó làm gia tăng hoạt động của tế bào, dãn mạch, gia tăng tuần hoàn, gia tăng chuyển hóa và quá trình đào thải, giải quyết được hiện tượng viêm.
* **Tác dụng cơ học**
* Tác dụng này sinh ra do quá trình co dãn đối với các tổ chức ở vùng sóng siêu âm tác dụng.
* Làm tăng tính thẩm của màng tế bào dẫn đến quá trình trao đổi và hấp thụ các chất tăng lên.
* Siêu âm làm lỏng các mô kết dính, có lẽ là do sự tách rời của các sợi collagen và làm mềm chất kết dính.
* Tác dụng cơ học của siêu âm là một sự xoa bóp vi tế, xoa bóp nội tế bào.
* **Tác dụng giảm đau**
* Cơn đau có thể giảm bớt do sử dụng siêu âm. Mặc dù một phần hiệu quả này là nhiệt, nhưng có lẽ là do một vài cơ chế khác như tác dụng trực tiếp lên đầu dây thần kinh.
* **Tác dụng hóa học**
* Làm tăng tốc độ phản ứng sinh học, tăng chuyển hóa của tổ chức.
* Tăng tính thấm qua các màng sinh học, tăng tính thẩm thấu và khuếch tán qua mảng bán thấm làm tăng quá trình trao đổi chất trong tổ chức, tăng dinh dưỡng tổ chức.

1.3.4. Ứng dụng của siêu âm trong điều trị

* Tăng tuần hoàn máu cục bộ do tăng nhiệt độ, tăng tính thấm của mạch máu và tổ chức.
* Dãn cơ do kích thích trực tiếp của siêu âm lên các cảm thụ thần kinh.
* Tăng hấp thụ dịch nề, tăng trao đổi chất, tăng dinh dưỡng và tái sinh tổ chức.
* Giảm đau do tác dụng trực tiếp lên cảm thụ thần kinh.

1.3.5. Chỉ định và chống chỉ định

*1.3.5.1. Chỉ định điều trị*

* Chỉ định trong các bệnh co thắt cơ do thần kinh: Co thắt cơ do đau, do lạnh. Đau do phản xạ thần kinh, do viêm dây thần kinh. Co thắt phế quản. Co thắt các mạch máu ngoại vi.
* Các bệnh có nguyên nhân giảm dinh dưỡng chuyển hóa.
* Siêu âm dẫn thuốc.

*1.3.5.2. Chống chỉ định*

* Các vùng: não, cơ quan sinh dục, thai nhi.
* Vùng điều trị có mang các vật kim loại, hoặc vật rắn (đinh, nẹp vít…).
* Các khối u (cả lành tính và ác tính).
* Dãn tĩnh mạch và viêm tắc động mạch, viêm tắc tĩnh mạch.
* Các vùng chảy máu và nguy cơ chảy máu như: tử cung thời kì kinh nguyệt, chảy máu dạ dày, các vết thương mới, các chấn thương có tụ máu.
* Các ổ viêm nhiễm khuẩn vì có nguy cơ làm vi khuẩn lan rộng.

1.3.6. Liều lượng điều trị

Tuỳ theo phương thức điều trị bệnh cảnh lâm sàng, độ sâu của tổn thương, diện điều trị mà ta chọn liều lượng. Nếu để điều trị liệu đứng yên thì dùng liều thấp, nếu di chuyển có thể dùng liều cao hơn.

Cường độ: cường độ thấp được tính từ 0,1 - 0,5 Watt/cm2, trung bình từ 0,5 - 1 Watt/cm2 , cường độ cao từ 1 - 1,5 Watt/cm2.

Thời gian: ngắn từ 2 - 5 phút, trung bình từ 5 - 10 phút, dài từ 10 - 15 phút.

Tần suất: 2 lần/ngày, ngày một lần, cách nhật [10],[12].

1.3.7. Các tai biến và cách đề phòng

* **Bỏng:** bỏng nhiệt xảy ra do sử dụng siêu âm với cường độ quá lớn, do không di chuyển đầu biến năng hoặc do đầu biến năng tiếp xúc không đồng đều với mô. Đề phòng: trong khi điều trị không được gây sự khó chịu cho người bệnh. Thử cảm giác nóng lạnh khi điều trị lần đầu, thận trọng với người bệnh bị rối loạn cảm giác. Các điểm xương dưới da phải tránh, đầu biến năng phải di chuyển, tiếp xúc tốt với nó. Nguy cơ giảm khi dùng siêu âm ngắt quãng.
* **Sinh hốc:** liều siêu âm cường độ cao có thể gây nên hiện tượng sinh hốc, là hiện tượng siêu âm gây chấn động quá mạnh mẽ sẽ làm vỡ mô, với liều siêu âm điều trị không vượt quá mức cho phép thì hiện tượng này ít xảy ra.
* **Quá liều:** làm trầm trọng thêm các triệu chứng bệnh lý. Cần thận trọng trong khi gia tăng liều lượng và chú ý đến các hiệu quả đã đạt được.
* **Hỏng máy:** do không khí truyền siêu âm rất ít, nên nếu đầu điều trị tiếp xúc với không khí khi máy hoạt động thì sự phản xạ trở lại có thể làm hỏng đầu biến năng.
* Điện giật [10].

1.4. Thuốc thấp khớp hoàn P/H

1.4.1. Xuất xứ

Nguồn gốc từ bài thuốc Tam tý thang (phụ phương của bài thuốc Độc hoạt tang kí sinh), do công ty trách nhiệm hữu hạn Đông Dược Phúc Hưng sản xuất.

1.4.2. Thành phần

Công thức cho 01 gói Thấp khớp hoàn P/H 5g do công ty trách nhiệm hữu hạn Đông Dược Phúc Hưng sản xuất, được trình bày trong bảng sau:

Bảng 1.1. Thành phần Thấp khớp hoàn P/H

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***STT*** | ***Thành phần*** | ***Khối lượng gam (g)*** |
| 1 | Cao đặc Tần giao | 0,1g |
| 2 | Cao đặc Đỗ trọng | 0,1g |
| 3 | Cao đặc Ngưu tất | 0,15g |
| 4 | Cao đặc Độc hoạt | 0,12g |
| 5 | Bột Phòng phong | 0,5g |
| 6 | Bột Phục linh | 0,4g |
| 7 | Bột Xuyên khung | 0,5g |
| 8 | Bột Tục đoạn | 0,5g |
| 9 | Bột Hoàng kỳ | 0,5g |
| 10 | Bột Bạch thược | 0,5g |
| 11 | Bột Cam thảo | 0,4g |
| 12 | Bột Đương quy | 0,5g |
| 13 | Bột Thiên niên kiện | 0,4g |
| 14 | Tác dược: Mật ong, than hoạt tính | Vừa đủ 5g |

1.4.3. Tác dụng

Tác dụng: dưỡng can thận, bổ khí huyết, thông kinh lạc, trừ phong thấp.

Ứng dụng lâm sàng: chủ trị đau các khớp xương, đau lưng, đau cột sống, đau dây thần kinh tọa.

### 1.4.4. Bào chế và cách sử dụng

Dạng bào chế: hoàn cứng. Các vị thuốc bào chế đảm bảo tiêu chuẩn dược điển Việt Nam V, sản xuất đảm bảo tiêu chuẩn cơ sở và đóng gói theo dây chuyền tự động bằng máy, mỗi gói 05g, hộp 10 gói.

*Số đăng ký:* VD-25448-16.

*Cách sử dụng:* ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 gói uống sau bữa ăn. Uống thuốc với nước đun sôi để nguội.

*Tác dụng phụ:* cho đến nay chưa có tài liệu nào báo cáo về tác dụng không mong muốn của thuốc.

*Chống chỉ định:* trẻ em dưới 30 tháng tuổi, trẻ em có tiền sử động kinh hoặc co giật sốt cao, phụ nữ có thai.

*Thận trọng:* thận trong khi dùng cho phụ nữ cho con bú.

1.5. Một số nghiên cứu điều trị đau thần kinh toạ trên thế giới và Việt Nam

1.5.1. Trên thế giới

Chen MR và cộng sự (2009) nghiên cứu tác dụng của ôn châm trong điều trị ĐTKT cho 30 trường hợp thấy ôn châm có thể làm giảm các triệu chứng của đau thần kinh toạ với sự gia tăng của ngưỡng chịu đau [28].

Dương Thôi Phương, Tôn Á Man (2013) vận dụng hoàn tam châm điều trị ĐTKT cho 174 bệnh nhân thấy 55/56 bệnh nhân đau dây thần kinh tọa nguyên phát có tỷ lệ có hiệu quả 99,3%. 112/118 trường hợp đau dây thần kinh hông to thứ phát có hiệu quả, tỷ lệ 94,1% [29].

Doaa Abdelmohsen Abou-Elroos và cộng sự (2017) nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị của vật lý trị liệu kéo dài và can thiệp phẫu thuật sớm ở bệnh nhân ĐTKT do thoát vị đĩa đệm CSTL, 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều không có cải thiện sau 4 tuần điều trị nội khoa và được chia thành 2 nhóm. Nhóm 1 tiếp tục điều trị nội khoa kết hợp vật lý trị liệu kéo dài 6 tháng, nhóm 2 được điều trị bằng phẫu thuật. Vào thời điểm kết thúc nghiên cứu, nhóm 1 có 62% bệnh nhân quay trở lại công việc ban đầu, trong khi nhóm 2 chỉ có 41 % bệnh nhân quay trở lại công việc ban đầu [30].

Theo Ziling Huang và cộng sự (2019), trong một nghiên cứu về hiệu quả và tính an toàn của châm cứu đối với ĐTKT mạn tính trên 46 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm, một nhóm được điều trị bằng châm cứu và một nhóm châm cứu giả, kết quả cho thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm về đau chân trung bình hàng tuần được đo bằng thang điểm VAS sau 04 tuần điều trị là - 7,28mm (p < 0,029), tỷ lệ tác dụng phụ liên quan đến châm cứu là 4,3% (tụ máu dưới da sau châm) ở mức độ nhẹ và thoáng qua [31].

1.5.2. Tại Việt Nam

Nguyễn Thị Thu Hà, Lại Thanh Hiền (2012) nghiên cứu tác dụng giảm đau bằng châm cứu kết hợp với thủy châm Methylcoban trên bệnh nhân đau thần kinh hông to thấy mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm I từ 6,63 ± 1,13 xuống còn 2,07 ± 0,98, kết quả tốt là 73,3% [32].

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 trên 60 bệnh nhân, sau 28 ngày đạt kết quả tốt và rất tốt 75% [33].

Lương Xuân Hưng (2017) đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh tọa của bài thuốc TK1 kết hợp Xoa bóp bấm huyệt, sau 15 ngày đạt kết quả khá là 36,7 %, sau 30 ngày đạt kết quả tốt và khá chiếm 86,7% [34].

Nguyễn Thị Phượng (2021) đánh giá tác dụng của điện châm huyệt giáp tích và bài thuốc Độc hoạt tang kí sinh trong điều trị ĐTKT tại khoa YHCT bệnh viện Đại học Y Hải Phòng cho kết quả sau 12 ngày điều trị: cải thiện thiện tình trạng đau: đau nhẹ và không đau chiếm 100%; cải thiện độ giãn CSTL mức tốt là 56,7% cao hơn nhóm chứng 26,7%; cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh theo nghiệm pháp Lasegue mức độ nhiều chiếm 66,7% [35].

Nguyễn Thị Thúy, Nguyễn Thị Thu Hiên (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 YHCT Hải Phòng cho kết quả: điểm VAS giảm từ 5,63 ± 0,86 xuống 3,10 ± 0,71 điểm, Schober tăng từ 2,03 ± 0,73 cm lên 4,85 ± 0,75 cm; độ Lasègue tăng từ 54,02 ± 11,68º lên 75,41 ± 9,46º, sự cải thiện tầm vận động gập, duỗi, nghiêng bên đau CSTL. Các chỉ số đều cải thiện có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 [36].

Trần Thị Hồng Ngãi và cộng sự (2023) đánh giá tác dụng của đèn xông ngải cứu kết hợp điện châm điều trị ĐTKT thể phong hàn thấp cho kết quả sau 20 ngày: tỷ lệ bệnh nhân không đau chiếm 36,67%, đau nhẹ chiếm 53,33% cao hơn nhóm đối chứng (p < 0,05); cải thiện tầm vận động CSTL; cải thiện chất lượng cuộc sống theo thang điểm ODI tốt hơn nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) [37].

Nguyễn Danh Đạt (2023) đánh giá tác dụng của bài thuốc dưỡng cốt HV trong điều trị đau thần kinh toạ do thoái hoá cột sống cho kết quả: sau 21 ngày, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt trong nhóm Điện châm kết hợp Tam tý thang là 31,4%, trong nhóm điện châm kết hợp Dưỡng cốt HV là 65,7% [38].

CHƯƠNG 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

*2.1.1.1. Thấp khớp hoàn P/H*

*Dạng bào chế:* hoàn cứng. Các vị thuốc bào chế đảm bảo tiêu chuẩn dược điển Việt Nam V, sản xuất đảm bảo tiêu chuẩn cơ sở và đóng gói theo dây chuyền tự động bằng máy, mỗi gói 05g, do công ty trách nhiệm hữu hạn Đông Dược Phúc Hưng sản xuất.

Bảng 2.2. Công thức thấp khớp hoàn P/H

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Thành phần** | **Khối lượng gam (g)** |
| 1 | Cao đặc Tần giao | 0,1g |
| 2 | Cao đặc Đỗ trọng | 0,1g |
| 3 | Cao đặc Ngưu tất | 0,15g |
| 4 | Cao đặc Độc hoạt | 0,12g |
| 5 | Bột Phòng phong | 0,5g |
| 6 | Bột Phục linh | 0,4g |
| 7 | Bột Xuyên khung | 0,5g |
| 8 | Bột Tục đoạn | 0,5g |
| 9 | Bột Hoàng kỳ | 0,5g |
| 10 | Bột Bạch thược | 0,5g |
| 11 | Bột Cam thảo | 0,4g |
| 12 | Bột Đương quy | 0,5g |
| 13 | Bột Thiên niên kiện | 0,4g |
| 14 | Tác dược: Mật ong, than hoạt tính | Vừa đủ 05g |

*Dạng trình bày:* gói 05g, hộp 10 gói.

*Công dụng:* dưỡng can thận, bổ khí huyết, thông kinh lạc, trừ phong thấp.

*Ứng dụng lâm sàng:* chủ trị đau các khớp xương, đau lưng, đau cột sống.

*Cách sử dụng:* ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 gói, uống sau bữa ăn. Uống thuốc với nước đun sôi để nguội.

*Số đăng ký:* VD-25448-16.

*Tiêu chuẩn:* đạt tiêu chuẩn cơ sở (Phụ lục 4)

*Quy trình sản xuất* (Phụ lục 5)



Hình 2.1. Thuốc thấp khớp hoàn P/H

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

* Kim châm cứu vô khuẩn dùng 1 lần, làm bằng thép không gỉ, đầu nhọn, dài 5 - 10 cm, đường kính 0,5 - 1,0 mm, kim châm cứu Đông Á.



Hình 2.2. Kim châm cứu Đông Á

* Máy điện châm Đông Á.



Hình 2.3. Máy điện châm Đông Á

* Máy điều trị siêu âm 0.8 MHZ ITO US-100.



Hình 2.4. Máy điều trị siêu âm 0.8 MHZ ITO US-100

* Tấm lót điện cực: được làm bằng miếng vải bông hoặc mút xốp dày 1,5cm thấm nước tốt, kích thước đủ rộng để bọc toàn bộ bề mặt của điện cực.
* Pince vô khuẩn, bông, cồn 70°, khay quả đậu.
* Thước đo tầm vận động cột sống thắt lưng.
* Thước đo thang điểm VAS.
* Bộ câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày bằng chỉ số Oswestry.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán xác định đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHĐ

Người bệnh ≥ 40 tuổi, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia vào nghiên cứu, được chẩn đoán xác định là ĐTKT do thoái hóa CSTL thỏa mãn các tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng như sau [24]:

* ***Triệu chứng lâm sàng:***
* Đau vùng thắt lưng lan dọc xuống chân theo đường đi của dây thần kinh toạ, có điểm VAS từ 3 – 7 điểm.
* Có tối thiểu 1 triệu chứng của hội chứng cột sống:

Có điểm đau cột sống.

Hạn chế vận động CSTL (các động tác cúi, ưỡn, xoay, nghiêng), chỉ số Schöber < 14/10.

* Có tối thiểu 1 triệu chứng của hội chứng chèn ép rễ thần kinh.

Có điểm đau cạnh sống, dấu hiệu bấm chuông dương tính.

Nghiệm pháp Lasègue dương tính (dưới 75°), Bonnet (+), Neri (+), hệ thống các điểm Valleix (+).

* ***Cận lâm sàng:***

Chụp X-quang cột sống thắt lưng thẳng, nghiêng có 1 trong 3 dấu hiệu cơ bản của thoái hóa cột sống thắt lưng:

* Gai xương tại thân đốt sống.
* Hẹp khe khớp không đồng đều làm giảm chiều cao của đĩa đệm.
* Đặc xương dưới sụn: hình ảnh đặc xương mâm sụn.
* Người bệnh tuân thủ nguyên tắc điều trị.
* Đã dừng sử dụng thuốc giảm đau chống viêm trước khi tham gia nghiên cứu 2 - 3 ngày.

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT

Người bệnh được chẩn đoán Yêu cước thống thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp với các triệu chứng [14]:

Bảng 2.3. Tiêu chuẩn bệnh nhân theo YHCT

|  |  |
| --- | --- |
| **Tứ chẩn** | **Thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp** |
| **Vọng chẩn** | Chất lưỡi nhợt bệu, rêu dày trắng nhớt. |
| **Văn chẩn** | Tiếng nói, hơi thở bình thường. |
| **Vấn chẩn** | Đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây thần kinh hông to. Đau có cảm giác tê bì, nặng nề, có thể teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát, đau tăng khi trời lạnh hoặc ẩm thấp, chườm ấm dễ chịu. Bệnh kéo dài, dễ tái phát. Thường kèm theo triệu chứng toàn thân: ăn kém, ngủ ít, tiểu trong. |
| **Thiết chẩn** | Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược. |

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

* Người bệnh có bệnh lý nhiễm trùng nhiễm độc tại chỗ hoặc toàn thân, đau thần kinh tọa có chỉ định phẫu thuật, chấn thương nặng hoặc vỡ đốt sống, lao cột sống, viêm cột sống dính khớp, ung thư đốt sống nguyên phát hoặc thứ phát, u tủy và màng tủy…
* Người bệnh có các bệnh lý: suy tim, suy gan, suy thận, bệnh tim mạch đặc biệt là đặt máy tạo nhịp, đặt stent mạch vành, HIV/AIDS..., tai biến mạch máu não, bệnh nội tiết.
* Người bệnh nghiện rượu, nghiện ma túy, tâm thần, không hợp tác.
* Phụ nữ có thai.
* Người bệnh không tuân thủ quy trình, quy định và phác đồ điều trị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thiết kế theo phương pháp tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và cách chọn mẫu

Chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu [39]:

n =

Trong đó:

n: cỡ mẫu;

α: xác suất sai lầm loại I, chọn α = 0,05;

β: xác suất sai lầm loại II. 1- β = 0,9.

p1: tỷ lệ hiệu quả điều trị kỳ vọng đạt được sau nghiên cứu, lấy p = 0,7.

p2: tỷ lệ hiệu quả điều trị dựa vào nghiên cứu của tác giả Nguyễn Danh Đạt (2023): hiệu quả điều trị ĐTKT do THCS loại tốt ở nhóm Điện châm kết hợp Tam tý thang là 0,314 [38].

Kết quả thu được n = 34. Ước lượng 15% người bệnh bỏ cuộc, chúng tôi tiến hành chọn 40 người bệnh ĐTKT do thoái hoá cột sống điều trị bằng kết hợp thuốc thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu.

2.3.3. Quy trình nghiên cứu

***Bước 1:*** Người bệnh sau khi được thăm khám lâm sàng, làm cận lâm sàng được chẩn đoán Đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ được chọn vào nhóm nghiên cứu. Đánh giá triệu chứng lâm sàng trước điều trị (D0).

***Bước 2:*** Thực hiện phác đồ điều trị.

* *Kỹ thuật điện châm:*

+ Chuẩn bị địa điểm, dụng cụ, bệnh nhân:

Địa điểm: phòng thoáng mát, sạch sẽ đủ ánh sáng.

Chuẩn bị dụng cụ: kim châm cứu vô khuẩn, khay men, pince, bông, cồn 70o, máy điện châm, máy đo huyết áp, hộp chống sốc…

Người bệnh được giải thích rõ về thủ thuật, đo mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật. Nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng làm thủ thuật.

Người bệnh ở tư thế nằm sấp hoặc nằm nghiêng ở tư thế thoải mái.

+ Công thức huyệt điện châm theo Hướng dẫn chẩn đoán bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại Bộ Y tế năm 2020:

Nếu đau theo kinh Bàng quang (Đau kiểu rễ S1): châm tả các huyệt Giáp tích L4 - L5, L5 - S1, Đại trường du (BL.25), Trật biên (BL.54), Ân môn (BL.37), Thừa phù (BL.36), Ủy trung (BL.40), Thừa sơn (BL.57), Côn lôn (BL.60).

Nếu đau theo kinh Đởm (Đau kiểu rễ L5): châm tả các huyệt Giáp tích L4 - L5, L5 - S1, Đại trường du (BL.25), Hoàn khiêu (GB.30), Phong thị (GB.31), Dương lăng tuyền (GB.34), Huyền chung (GB.39), Khâu khư (GB.40).

Châm bổ các huyệt Can du (BL.18), Thận du (BL.23).

+ Quy trình điện châm:

Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyệt.

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

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

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt;

Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

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

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 5 - 10Hz, tần số bổ từ 1 - 3Hz.

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

Thời gian: 20-30 phút.

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

Liệu trình điện châm: 30 phút/lần x 01 lần/ngày x 20 ngày.

* *Kỹ thuật siêu âm:*

\* Siêu âm chế độ xung

+ Cường độ từ 1 – 1,5 Wat/cm2

+ Thời gian cho mỗi lần siêu âm là 10 phút.

+ Liệu trình điều trị: 01 lần/ngày x 20 ngày.

\* Tiến hành cụ thể:

+ Kiểm tra máy, dây dẫn.

+ Bệnh nhân nằm sấp hoặc nằm nghiêng.

+ Giải thích, động viên và ổn định tâm lý cho bệnh nhân.

+ Bộc lộ vùng lưng, mông và chân.

+ Bôi gel vào vùng điều trị, đầu dò trị liệu.

+ Dặn bệnh nhân cảm nhận cảm giác (nóng, cắn, dễ chịu).

+ Đặt đầu phát sóng trực tiếp vào da – vặn cường độ điều trị.

+ Di chuyển đầu phát sóng xoay tròn đều, liên tục lên mặt da với tốc độ chậm, giữ cho bó sóng luôn luôn thẳng góc với mặt da.

+ Hỏi cảm giác của người bệnh. Chú ý: tránh siêu âm vào các đầu xương, chỗ gồ ghề. Điều trị xong, giữ nguyên đầu phát sóng trên da.

+ Vặn cường độ về số 0.

+ Nhấc đầu phát sóng ra khỏi da.

+ Lau sạch gel trên da vùng điều trị và đầu phát sóng siêu âm.

+ Cho người bệnh nghỉ ngơi 10 phút trước khi ra về.

* *Thuốc Thấp khớp hoàn P/H:*

+ Cách sử dụng: ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 gói uống sau bữa ăn. Uống thuốc với nước đun sôi để nguội.

+ Liệu trình: 20 ngày.

***Bước 3:*** Theo dõi và đánh giá

Người bệnh được làm bệnh án (Phụ lục 1), theo dõi diễn biến bệnh lý trong thời gian điều trị, được đánh giá đầy đủ các chỉ tiêu NC tại các thời điểm:

D0: thời điểm đánh giá trước điều trị.

D10: thời điểm sau 10 ngày điều trị, D20: sau 20 ngày điều trị.

***Bước 4:*** Xử lý số liệu.

2.3.4. Các biến số chỉ số

*2.3.4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu*

* Tuổi: tuổi được tính theo năm dương lịch, với tuổi thấp nhất là 40 tuổi. Trong phân tích tuổi được chia thành 3 nhóm: 40 – 49, 50 – 59, ≥ 60 tuổi.
* Giới tính: nam giới, nữ giới.
* Nghề nghiệp: lao động trí óc, lao động tay chân.
* Thời gian mắc bệnh: thời gian mắc bệnh được tính từ khi người bệnh được chẩn đoán ĐTKT do THCS cho tới khi thu thập dữ liệu: < 1 tháng, 1 - 3 tháng, 3 - 6 tháng, > 6 tháng.
* Hoàn cảnh khởi phát: đột ngột, từ từ.
* Vị trí mắc bệnh: dây thần kinh hông khoeo trong (DTKHKT), dây thần kinh hông khoeo ngoài (DTKHKN), cả DTKHKT và DTKHKN.
* Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang cột sống thắt lưng: gai xương, hẹp khe đốt sống, hẹp lỗ tiếp hợp, đặc xương dưới sụn, mất đường cong sinh lý.

*2.3.4.2. Các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị*

* Mức độ đau theo thang điểm VAS.
* Độ giãn cột sống thắt lưng (đo chỉ số Schöber).
* Mức độ chèn ép rễ thần kinh (nghiệm pháp Lasègue).
* Tầm vận động của CSTL (gấp, duỗi, nghiêng bên đau).
* Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày dựa theo bộ câu hỏi Oswestry Disability Index.
* Sự thay đổi các triệu chứng YHCT thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư.
* Đánh giá hiệu quả điều trị chung.
* Tác dụng không mong muốn:
* Điện châm: vựng châm, gãy kim, nhiễm trùng tại vị trí châm, tụ máu tại chỗ, mẩn ngứa...
* Siêu âm: bỏng da, sinh hốc, mẩn ngứa, đau đầu chóng mặt do siêu âm.
* Thuốc thấp khớp hoàn P/H: mày đay, dị ứng, buồn nôn, nôn, rối loạn tiêu hóa.

*2.3.4.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị*

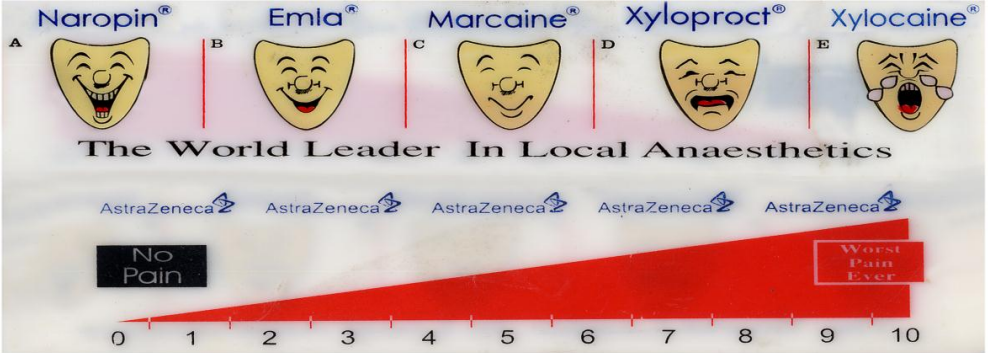
* Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.

2.3.5. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị

*2.3.5.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS*

Thước đo: mức độ đau của người bệnh được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo của hãng Astra – Zeneca.

Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt. Một mặt: chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm, trong đó mức độ đau tăng dần từ 0 cho đến 10 điểm, 10 điểm là đau nhất. Một mặt: có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức độ đau tăng dần [40], [41].



Hình 2.. Thước đánh giá đau VAS [41]

Cách đánh giá:

Bảng 2.. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Điểm VAS** | **Mức độ đau** | **Điểm đánh giá trong NC** |
| VAS = 0 | Không đau | 0 |
| 1 ≤ VAS ≤ 3 | Đau nhẹ | 1 |
| 4 ≤ VAS ≤ 6 | Đau vừa | 2 |
| 7 ≤ VAS ≤ 9 | Đau nặng | 3 |
| VAS = 10 | Đau không chịu được | 4 |

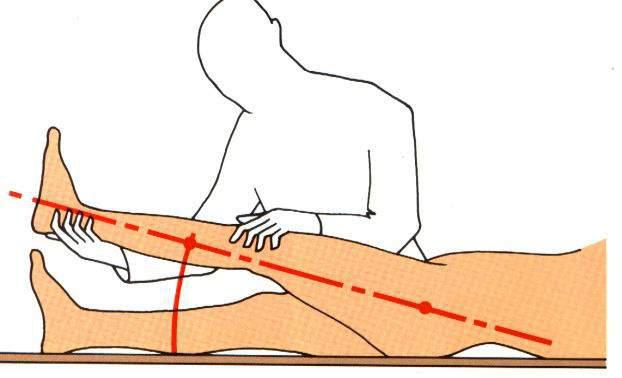
*2.3.5.2. Độ giãn cột sống thắt lưng trước và sau điều trị*

Người bệnh đứng thẳng gối, hai gót chân sát nhau, hai chân mở 1 góc 60°, xác định mỏm gai đốt sống L5 và đánh dấu điểm này (hoặc điểm nối giữa gai chậu sau trên hai bên), dùng thước dây đo từ điểm này theo đường giữa cột sống lên trên 10cm và đánh dấu một điểm thứ hai. Yêu cầu người bệnh cúi hết sức. Đo khoảng cách giữa hai điểm đánh dấu, người bình thường chỉ số Schöber (số đo lần 2/số đo lần 1) là 14/10 – 15/10.

Bảng 2.. Đánh giá phân loại độ giãn cột sống thắt lưng

|  |  |
| --- | --- |
| **Schöber (cm)** | **Điểm đánh giá trong NC** |
| 14/10 ≤ d | 0 điểm |
| 13/10 ≤ d < 14/10 | 1 điểm |
| 12/10 ≤ d < 13/10 | 2 điểm |
| d < 12/10 | 3 điểm |

*2.3.5.3. Dấu hiệu Lasègue trước và sau điều trị*



Hình 2.6. Khám nghiệm pháp Lasègue

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

Bảng 2.. Đánh giá điểm Lasègue

|  |  |
| --- | --- |
| **Lasègue** | **Điểm đánh giá trong NC** |
| 75º ≤ Lasègue | 0 điểm |
| 60º ≤ Lasègue < 75º | 1 điểm |
| 45º ≤ Lasègue < 60º | 2 điểm |
| Lasègue < 45º | 3 điểm |

*2.3.5.4. Tầm vận động CSTL trước và sau điều trị*

Phương pháp đo: sử dụng thước đo tầm vận động khớp ROM (Range of Motion) đo bằng phương pháp zero, thước có 2 cành, một cành cố định, một cành dịch chuyển theo sự di chuyển của thân người. Điểm cố định của thước được chia độ từ 0° đến 360°.

+ Chuẩn bị tư thế người bệnh: đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60° yêu cầu người bệnh làm các động tác vận động cột sống: cúi, ngửa, nghiêng.

+ Cúi (gấp): người bệnh đứng thẳng, điểm cố định đặt ở gai chậu trước trên, cành cố định đặt dọc đùi, cành di động đặt dọc thân mình, cúi người tối đa, góc đo được là góc gấp cột sống, bình thường ≥ 70°.

+ Ngửa (duỗi): người bệnh đứng thẳng, điểm cố định đặt ở gai chậu trước trên, cành cố định đặt dọc đùi, cành di động đặt dọc thân mình, ngửa người tối đa, góc đo được là góc của độ ngửa cột sống, bình thường là 35°.

+ Nghiêng bên chân đau (hoặc không đau): người bệnh đứng thẳng, điểm cố định đặt ở gai sau S1, cành cố định theo phương thẳng đứng, cành di động đặt dọc cột sống, yêu cầu người bệnh nghiêng tối đa về từng bên, góc đo được là góc nghiêng CSTL, bình thường là 30°.

Bảng 2.. Đánh giá tầm vận động cột sống thắt lưng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mức độ** | **Gấp** | **Duỗi** | **Nghiêng** | **Điểm đánh giá trong NC** |
| Tốt | ≥ 70° | ≥ 25° | ≥ 30° | 0 điểm |
| Khá | 50° - 69° | 20° - 24° | 25° - 29° | 1 điểm |
| Trung bình | 40° - 49° | 15° - 19° | 20° - 24° | 2 điểm |
| Kém | < 40° | < 15° | < 20° | 3 điểm |

*2.3.5.5. Thang điểm ODI trước và sau điều trị*

Lựa chọn 4 trong 10 câu hỏi của bộ câu hỏi “Oswestry Disability Index” bao gồm: chăm sóc bản thân, nâng vật nặng, đi bộ và ngồi để đánh giá đau thắt lưng ảnh hưởng như thế nào đến hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Mỗi hoạt động có số điểm từ 0 đến 5, như vậy tổng điểm 4 hoạt động từ 0 đến 20 điểm, điểm càng cao thì mức độ ảnh hưởng của đau thắt lưng đến hoạt động sinh hoạt hàng ngày càng lớn [42].

Bảng 2.. Đánh giá thang điểm ODI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tổng số điểm 4 hoạt động** | **Mức độ** | **Điểm đánh giá trong NC** |
| 0 - 4 | Tốt | 0 điểm |
| 5 - 8 | Khá | 1 điểm |
| 9 - 12 | Trung bình | 2 điểm |
| 13 - 20 | Kém | 3 điểm |

*2.3.5.6. Sự thay đổi các triệu chứng của YHCT trước và sau điều trị*

Đánh giá sự thay đổi các triệu chứng của YHCT dựa trên tỷ lệ các bệnh nhân có triệu chứng YHCT ở các thời điểm D0 và D20. Các triệu chứng YHCT đánh giá trong nghiên cứu bao gồm:

- Chất lưỡi nhợt bệu, rêu dày trắng nhớt.

- Đau mỏi nặng nề, cảm giác tê bì vùng thắt lưng lan xuống chân.

- Ăn ngủ kém.

- Mạch nhu hoãn.

- Mạch trầm nhược.

*2.3.5.7. Đánh giá hiệu quả điều trị chung*

Đánh giá kết quả điều trị dựa vào tổng điểm của các chỉ số đã quy đổi: Mức độ đau VAS, độ giãn CSTL, nghiệm pháp Lasègue, tầm vận động cột sống thắt lưng, thang điểm ODI.

Hiệu quả điều trị:

d= x 100%

Bảng 2.. Cách đánh giá hiệu quả điều trị chung

|  |  |
| --- | --- |
| **Điểm** | **Hiệu quả điều trị** |
| 80% - 100% | Tốt |
| 60% đến < 80% | Khá |
| 40% đến < 60% | Trung bình |
| < 40% | Kém |

## 2.4. Thời gian địa điểm nghiên cứu

* Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An.
* Thời gian nghiên cứu: từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

## 2.5. Xử lý số liệu

- Tất cả các số liệu thu được từ nhóm nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê Y sinh học bằng phần mềm SPSS 20.0. Các tham số sử dụng trong nghiên cứu:

- Với biến định lượng: nếu phân phối chuẩn tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ( ± 𝑆𝐷**)**, nếu phân phối không chuẩn tính bằng trung vị.

- Tính tỷ lệ phần trăm (%).

Các test sử dụng trong nghiên cứu:

- Với biến định lượng: so sánh 2 giá trị trong một nhóm sử dụng test T ghép cặp, so sánh 2 giá trị khác nhóm sử dụng Test T – student.

- Với biến định tính: sử dụng kiểm định χ2 hoặc kiểm định Fisher’s Exact (khi có nhiều hơn 20% ô có tần số mong đợi <5).

Kết quả có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đề cương bác sĩ chuyên khoa cấp II, hội đồng đạo đức Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An.

Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác. Người bệnh đều tự nguyện tham gia trong nghiên cứu sau khi được giải thích rõ phác đồ điều trị.

Khi người bệnh có dấu hiệu bệnh nặng thêm hoặc yêu cầu ngừng tham gia nghiên cứu thì chúng tôi sẽ thay đổi phác đồ điều trị và rời khỏi nghiên cứu.

## SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

Người bệnh được chẩn đoán Đau thần kinh tọa do THCS, thuộc Yêu cước thống thể phong hàn thấp kiêm can thận hư

**Nhóm Nghiên cứu (n = 40)**

Điều trị bằng Thuốc Thấp khớp hoàn P/H kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu

Xử lý số liệu

Kết luận

Đánh giá tại thời điểm D0 và kết quả điều trị D10, D20

Lâm sàng

Cận lâm sàng

**Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu**

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố người bệnh theo tuổi

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nhóm tuổi** | **n** | **%** |
| 40 – 49 | 02 | 5,0 |
| 50 – 59 | 13 | 32,5 |
| ≥ 60 | 25 | 62,5 |
| Tổng | 40 | 100 |
| Tuổi trung bình  ( *± SD)* | 66,33 *±* 12,67 | |
| Min; max | 40; 94 | |

***Nhận xét:*** tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66,33 ± 12,67 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 40 tuổi, tuổi lớn nhất là 94 tuổi. Tỷ lệ người bệnh ≥ 60 tuổi chiếm đa số trong nghiên cứu là 62,5%, người bệnh từ 50 - 59 tuổi chiếm 32,5%, người bệnh từ 40 - 49 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,0%.

3.1.2. Phân bố người bệnh theo giới

Bảng 3.2. ****Phân bố người bệnh theo giới****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Giới tính** | **n** | **%** |
| Nam giới | 14 | 35,0 |
| Nữ giới | 26 | 65,0 |
| Tổng | 40 | 100 |

***Nhận xét:*** tỷ lệ người bệnh nữ giới chiếm 65% trong nghiên cứu, tỷ lệ nam giới chiếm 35%.

3.1.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Biểu đồ 3.1****.** **Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh****

***Nhận xét:*** tỷ lệ người bệnh mắc bệnh < 1 tháng chiếm 7,5%, từ 1 - 3 tháng và > 3 - 6 tháng đều chiếm 30%, trên 6 tháng chiếm 32,5%.

3.1.4. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

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

***Nhận xét:*** người bệnh là lao động tay chân chiếm 65%, lao động trí óc chiếm 35%.

3.1.5. Phân bố người bệnh theo hoàn cảnh khởi phát

Bảng 3.3****. Phân bố người bệnh theo hoàn cảnh khởi phát****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Khởi phát** | **n** | **%** |
| Từ từ | 33 | 82,5 |
| Đột ngột | 07 | 17,5 |
| Tổng | 40 | 100 |

***Nhận xét:*** người bệnh khởi phát bệnh từ từ chiếm tỷ lệ 82,5%, khởi phát bệnh đột ngột chiếm 17,5%.

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

*3.1.6.1. Đặc điểm về vị trí mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu trước điều trị*

Bảng 3.4****.** **Đặc điểm vị trí mắc bệnh trước điều trị****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vị trí** | **n** | **%** |
| Dây TKHKT | 21 | 52,5 |
| Dây TKHKN | 13 | 32,5 |
| Dây TKHKT + TKHKN | 06 | 15,0 |
| Tổng | 40 | 100 |

***Nhận xét:*** ngườibệnh tổn thương thần kinh hông khoeo trong chiếm 52,5%, tổn thương dây thần kinh hông khoeo ngoài chiếm 32,5%, tổn thương cả 2 nhánh chiếm 15%.

*3.1.6.2. Phân bố mức độ đau của người bệnh theo thang điểm VAS*

Bảng 3.5****.** **Phân bố mức độ đau theo VAS trước điều trị****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mức độ đau** | **n** | **%** |
| Đau nhẹ | 0 | - |
| Đau vừa | 24 | 65,0 |
| Đau nặng | 16 | 35,0 |
| Tổng | 40 | 100 |

***Nhận xét:*** trước can thiệp, có 24 người bệnh chiếm 65% có mức độ đau vừa theo thang điểm VAS, 35% đau nặng, không có người bệnh đau nhẹ và không đau.

*3.1.6.3. Đặc điểm chỉ số lâm sàng của đối tượng trước điều trị*

Bảng 3.6****. Chỉ số lâm sàng trước điều trị****

|  |  |
| --- | --- |
| **Mức độ đau** | ***± SD*** |
| VAS (điểm) | 6,08 ± 0,80 |
| Schober (cm) | 12,41 ± 0,34 |
| Lasegue (độ) | 47,93 ± 3,57 |
| Độ gấp CSTL (độ) | 46,03 ± 3,48 |
| Độ duỗi CSTL (độ) | 15,48 ± 2,11 |
| Độ nghiêng bên đau (độ) | 21,10 ± 2,17 |
| ODI (điểm) | 12,83 ± 1,52 |

***Nhận xét:***điểm VAS trung bình của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp là 6,07 ± 0,80 điểm, chỉ số Schober là 12,41 ± 0,34 cm, Lasegue là 47,93 ± 3,57 độ, hạn chế vận động CSTL (gấp, duỗi, nghiêng bên đau) và hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày.

*3.1.6.4. Đặc điểm triệu chứng YHCT trước điều trị*

Bảng 3.7****. Đặc điểm triệu chứng YHCT trước điều trị****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Đặc điểm** | **n** | **%** |
| Đau thắt lưng lan xuống mông, chân | 40 | 100 |
| Cảm giác tê bì, nặng nề | 40 | 100 |
| Ăn kém | 25 | 62,5 |
| Ngủ ít | 28 | 70,0 |
| Tiểu đêm | 30 | 75,0 |
| Lưỡi nhợt bệu | 34 | 85,0 |
| Mạch nhu hoãn | 30 | 75,0 |
| Mạch trầm nhược | 10 | 25,0 |

***Nhận xét:*** tỷ lệ người bệnh có triệu chứng đau thắt lưng lan xuống mông chân và tê bì, nặng nề đều chiếm 100%, 62,5% ăn kém, 70% ngủ ít, 75% tiểu đêm, 85% lưỡi nhợt bệu, 75% mạch nhu hoãn và 25% mạch trầm nhược.

3.1.7. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang

Bảng 3.8****. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang trước điều trị****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Đặc điểm** | **n** | **%** |
| Gai xương | 35 | 87,5 |
| Hẹp khe đốt sống | 33 | 82,5 |
| Hẹp lỗ tiếp hợp | 28 | 70,0 |
| Đặc xương dưới sụn | 25 | 62,5 |
| Mất đường cong sinh lý | 29 | 72,5 |

***Nhận xét:*** tỷ lệ người bệnh có hình ảnh gai xương trên phim X-quang chiếm 87,5%, 82,5% hẹp khe đốt sống, 70,0% hẹp lỗ tiếp hợp, 62,5% đặc xương dưới sụn và 72,5% mất đường cong sinh lý.

3.2. Hiệu quả điều trị

3.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS sau điều trị

Bảng 3.9****. Điểm VAS trung bình theo thời gian điều trị****

|  |  |
| --- | --- |
| **Điểm VAS** | ***± SD*** |
| D0 | 6,08 ± 0,80 |
| D10 | 3,60 ± 0,78 |
| D20 | 1,53 ± 0,72 |
| Độ chênh TB D10-D0 (a) | 2,48 ± 0,51 |
| Độ chênh TB D20-D0 (b) | 4,55 ± 0,71 |
| pD0-D10 | < 0,05 |
| pD0-D20 | < 0,05 |
| pa-b | < 0,05 |

***Nhận xét:*** sau 10 ngày điều trị, điểm VAS trung bình giảm từ 6,08 ± 0,80 xuống 3,60 ± 0,78 điểm, hiệu suất giảm điểm VAS là 2,48 ± 0,51 điểm, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Sau 20 ngày điều trị, điểm VAS trung bình là 1,53 ± 0,72, cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị (p < 0,05).

Bảng 3.10****. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị****

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời gian**  **Mức độ đau** | **D0** | | **D10** | | **D20** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Không đau | 0 | - | 0 | - | 02 | 5,0 |
| Đau nhẹ | 0 | - | 19 | 47,5 | 38 | 95,0 |
| Đau vừa | 26 | 65,0 | 21 | 52,5 | 0 | - |
| Đau nặng | 14 | 35,0 | 0 | - | 0 | - |
| pD0-D10 | < 0,05 | | | | | |
| pD0-D20 | < 0,05 | | | | | |

***Nhận xét:*** trước điều trị, có 65% người bệnh đau vừa theo thang điểm VAS, 35% người bệnh đau nặng. Sau 10 ngày điều trị, mức độ đau của người bệnh cải thiện có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), tỷ lệ đau nhẹ là 47,5%, đau vừa là 52,5%, không còn người bệnh đau nặng. Sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ người bệnh đau nhẹ là 95% và có 5% người bệnh không đau. Sự khác biệt trước sau điều trị là có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

3.2.2. Hiệu quả cải thiện chỉ số Schober sau điều trị

Bảng 3.11****. Sự cải thiện chỉ số Schober sau điều trị****

|  |  |
| --- | --- |
| **Schober (cm)** | ***± SD*** |
| D0 | 12,41 ± 0,34 |
| D10 | 13,02 ± 0,32 |
| D20 | 13,71 ± 0,35 |
| Độ chênh TB D10-D0 (a) | 0,61 ± 0,11 |
| Độ chênh TB D20-D0 (b) | 1,30 ± 0,22 |
| pD0-D10 | < 0,05 |
| pD0-D20 | < 0,05 |
| pa-b | < 0,05 |

***Nhận xét:*** sau 20 ngày điều trị, chỉ số Schober tăng từ 12,41 ± 0,34 cm lên 13,71 ± 0,35 cm, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Hiệu suất cải thiện chỉ số Schober sau 10 ngày điều trị là 0,61 ± 0,11 cm, sau 20 ngày là 1,30 ± 0,22 cm, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

3.2.3. Hiệu quả cải thiện về nghiệm pháp Lasegue sau điều trị

Bảng 3.12****. Hiệu quả cải thiện độ Lasegue sau điều trị****

|  |  |
| --- | --- |
| **Độ Lasegue (độ)** | ***± SD*** |
| D0 | 47,93 ± 3,57 |
| D10 | 60,40 ± 3,26 |
| D20 | 75,68 ± 3,23 |
| Độ chênh TB D10-D0 (a) | 12,48 ± 1,96 |
| Độ chênh TB D20-D0 (b) | 27,75 ± 2,34 |
| pD0-D10 | < 0,05 |
| pD0-D20 | < 0,05 |
| pa-b | < 0,05 |

***Nhận xét:*** sau điều trị, độ Lasegue tăng từ 47,93 ± 3,57 lên 75,68 ± 3,23 độ, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê, p < 0,05.

3.2.4. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng sau điều trị

Bảng 3.13****. Hiệu quả cải thiện tầm vận động gấp CSTL sau điều trị****

|  |  |
| --- | --- |
| **Tầm vận động (độ)** | ***± SD*** |
| D0 | 46,03 ± 3,48 |
| D10 | 57,95 ± 2,62 |
| D20 | 69,52 ± 2,81 |
| Độ chênh TB D10-D0 (a) | 11,93 ± 4,37 |
| Độ chênh TB D20-D0 (b) | 23,50 ± 4,46 |
| pD0-D10 | < 0,05 |
| pD0-D20 | < 0,05 |
| pa-b | < 0,05 |

Nhận xét: tầm vận động gấp CSTL tăng từ 46,03 ± 3,48 lên 69,52 ± 2,81 độ sau điều trị, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.14****. Hiệu quả cải thiện tầm vận động duỗi CSTL sau điều trị****

|  |  |
| --- | --- |
| **Tầm vận động (độ)** | ***± SD*** |
| D0 | 15,48 ± 2,11 |
| D10 | 20,15 ± 1,85 |
| D20 | 26,13 ± 1,95 |
| Độ chênh TB D10-D0 (a) | 4,68 ± 0,69 |
| Độ chênh TB D20-D0 (b) | 10,65 ± 1,33 |
| pD0-D10 | < 0,05 |
| pD0-D20 | < 0,05 |
| pa-b | < 0,05 |

***Nhận xét:*** tầm vận động duỗi CSTL trung bình tăng từ 15,48 ± 2,11 lên 26,13 ± 1,95 độ, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.15****. Hiệu quả cải thiện tầm vận động nghiêng CSTL sau điều trị****

|  |  |
| --- | --- |
| **Tầm vận động (độ)** | ***± SD*** |
| D0 | 21,10 ± 2,17 |
| D10 | 25,08 ± 2,07 |
| D20 | 29,38 ± 2,15 |
| Độ chênh TB D10-D0 (a) | 3,98 ± 0,70 |
| Độ chênh TB D20-D0 (b) | 8,28 ± 1,20 |
| pD0-D10 | < 0,05 |
| pD0-D20 | < 0,05 |
| pa-b | < 0,05 |

***Nhận xét:*** tầm vận động nghiêng CSTL cải thiện từ 21,10 ± 2,17 độ lên 29,38 ± 2,15 độ sau điều trị, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2.5. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị

pD0-D10 < 0,05

pD0-D20 < 0,05

Biểu đồ 3.3. ****Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày****

***Nhận xét:*** trước can thiệp, người bệnh có chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức trung bình và kém. Sau 10 ngày điều trị có 37,5% người bệnh có chức năng sinh hoạt mức khá, 57,5% trung bình, tỷ lệ kém giảm còn 5%. Sau 20 ngày điều trị, có 55% người bệnh đạt mức tốt và 45% mức khá, không có người bệnh mức trung bình và kém, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.16. ****Hiệu quả cải thiện điểm ODI****

|  |  |
| --- | --- |
| **ODI** | ***± SD*** |
| D0 | 12,83 ± 1,52 |
| D10 | 9,15 ± 2,16 |
| D20 | 4,55 ± 1,65 |
| Độ chênh TB D10-D0 (a) | 3,68 ± 0,86 |
| Độ chênh TB D20-D0 (b) | 8,27 ± 0,64 |
| pD0-D10 | < 0,05 |
| pD0-D20 | < 0,05 |
| pa-b | < 0,05 |

***Nhận xét:*** điểm ODI trung bình cải thiện rõ rệt sau 20 ngày điều trị, giảm từ 12,83 ± 1,52 còn 4,55 ± 1,65 điểm, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

3.2.6. Hiệu quả cải thiện triệu chứng YHCT

Bảng 3.17. ****Hiệu quả cải thiện triệu chứng YHCT****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời gian**  **Đặc điểm** | **D0** | | **D20** | | **pD0-D20** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Đau thắt lưng lan xuống mông, chân | 40 | 100 | 08 | 20 | **< 0,05** |
| Cảm giác tê bì, nặng nề | 40 | 100 | 14 | 35,0 | **< 0,05** |
| Ăn kém | 25 | 62,5 | 18 | 45,0 | > 0,05 |
| Ngủ ít | 28 | 70,0 | 16 | 40,0 | **< 0,05** |
| Tiểu đêm | 30 | 75,0 | 22 | 55,0 | > 0,05 |
| Lưỡi nhợt bệu | 34 | 85,0 | 26 | 65,0 | > 0,05 |
| Mạch nhu hoãn | 30 | 75,0 | 24 | 60,0 | > 0,05 |
| Mạch trầm nhược | 10 | 25,0 | 03 | 7,5 | > 0,05 |

***Nhận xét:*** sau 20 ngày điều trị, các triệu chứng của người bệnh theo YHCT đều có xu hướng cải thiện. Tỷ lệ người bệnh đau thắt lưng lan xuống mông và chân giảm từ 100% còn 20%; tỷ lệ cảm giác tê bì, nặng nề giảm từ 100% còn 35% và triệu chứng ngủ ít cải thiện từ 70% còn 40%, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2.7. Hiệu quả điều trị chung

Bảng 3.18. ****Hiệu quả điều trị chung****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời điểm**  **Hiệu quả** | **D10** | | **D20** | | **pD10-D20** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Tốt | 0 | - | 25 | 62,5 | < 0,05 |
| Khá | 0 | - | 15 | 37,5 |
| Trung bình | 17 | 42,5 | 0 | - |
| Kém | 23 | 57,5 | 0 | - |
| Tổng | 40 | 100 | 40 | 100 |  |

***Nhận xét:*** sau 10 ngày điều trị, người bệnh có hiệu quả trung bình và kém. Sau 20 ngày điều trị tỷ lệ người bệnh có kết quả tốt chiếm 62,5%, khá là 37,5%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2.8. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.19****.Tác dụng không mong muốn****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời điểm**  **Triệu chứng** | **D1-10** | | **D11-20** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Vựng châm | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Gãy kim | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nhiễm trùng | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Chảy máu | 01 | 2,5 | 02 | 5,0 |
| Bỏng da | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sinh hốc | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Đau đầu, chóng mặt | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mày đay, mẩn ngứa | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Buồn nôn, nôn | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rối loạn tiêu hóa | 0 | 0 | 0 | 0 |

***Nhận xét:***trong quá trình theo dõi, ghi nhận 3 trường hợp chảy máu sau rút kim, chưa ghi nhận những tác dụng không mong muốn khác*.*

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

3.3.1. Tuổi

Bảng 3.20. Ảnh hưởng của tuổi đến kết quả điều trị

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hiệu quả**  **Đặc điểm** | | **Tốt**  **n (%)** | **Khá**  **n (%)** | **OR**  **95%CI** | **p** |
| Tuổi | < 60 | 11 (73,3) | 04 (26,7) | 1,202  0,115-1,859 | > 0,05 |
| ≥ 60 | 14 (56,0) | 11 (44,0) |

***Nhận xét:*** hiệu quả điều trị loại tốt ở hai nhóm < 60 tuồi và ≥ 60 tuổi là không có sự khác biệt với p > 0,05.

3.3.2. Giới

Bảng 3.21. Ảnh hưởng của giới đến kết quả điều trị

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hiệu quả**  **Đặc điểm** | | **Tốt**  **n (%)** | **Khá**  **n (%)** | **OR**  **95%CI** | **p** |
| Giới | Nam | 08 (57,1) | 06 (42,9) | 0,71  0,186-2,673 | > 0,05 |
| Nữ | 17 (65,4) | 09 (34,6) |

***Nhận xét:*** Hiệu quả điều trị loại tốt ở hai nhóm nam giới và nữ giới là không có sự khác biệt với p > 0,05.

3.3.3. Thời gian mắc bệnh

Bảng 3.22. Ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh đến kết quả điều trị

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hiệu quả**  **Đặc điểm** | | **Tốt**  **n (%)** | **Khá**  **n (%)** | **OR**  **95%CI** | **p** |
| Thời gian mắc bệnh | ≤ 3 tháng | 13 (86,7) | 02 (13,3) | 7,02  1,309-37,889 | **< 0,05** |
| > 3 tháng | 12 (48,0) | 13 (52,0) |
| Thời gian mắc bệnh | ≤ 6 tháng | 21 (77,8) | 06 (22,2) | 7,78  1,781-34,828 | **< 0,05** |
| > 6 tháng | 04 (30,8) | 09 (69,2) |

***Nhận xét:*** hiệu quả điều trị loại tốt ở nhóm mắc bệnh ≤ 3 tháng cao gấp 7,02 lần so với nhóm mắc bệnh trên 3 tháng, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.Hiệu quả điều trị loại tốt ở nhóm mắc bệnh ≤ 6 tháng cao gấp 7,79 lần so với nhóm mắc bệnh trên 6 tháng, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.3.4. Nghề nghiệp

Bảng 3.23. Ảnh hưởng của nghề nghiệp đến kết quả điều trị

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hiệu quả**  **Đặc điểm** | | **Tốt**  **n (%)** | **Khá**  **n (%)** | **OR**  **95%CI** | **p** |
| Nghề nghiệp | Lao động trí óc | 10 (71,4) | 04 (28,6) | 1,83  0,454-7,408 | > 0,05 |
| Lao động tay chân | 15 (57,7) | 11 (42,3) |

***Nhận xét:*** hiệu quả điều trị loại tốt ở hai nhóm lao động trí óc và lao động tay chân là không có sự khác biệt với p > 0,05.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 40 người bệnh được chẩn đoán đau thần kinh toạ do thoái hoá cột sống thắt lưng, điều trị bằng thuốc Thấp khớp hoàn P/H kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024, người bệnh được điều trị trong 20 ngày, kết quả thu được:

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Phân bố người bệnh theo tuổi

Kết quả nghiên cứu được trình bày trong bảng 3.1 cho thấy: tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66,33 ± 12,67 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 40 tuổi, tuổi lớn nhất là 94 tuổi. Tỷ lệ ĐTKT do thoái hoá cột sống cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi, chiếm 62,5%, ở nhóm tuổi 50 - 59 là 32,5%, tỷ lệ này thấp nhất ở nhóm tuổi từ 40 - 49 tuổi, chiếm 5,0%.

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 [33]. Nguyễn Thị Phượng (2021) tuổi trung bình là 62,43 ± 6,59 tuổi với 70% người bệnh ≥ 60 tuổi [35]. Nguyễn Thị Thuý và cộng sự (2022) cho kết quả nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 65,6% [36]. Tác giả Trần Thị Hồng Ngãi (2023) cho tỷ lệ người bệnh ≥ 60 là 73,33% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [37].

ĐTKT là một bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên nhưng chủ yếu là nhóm nguyên nhân tại cột sống trong đó có thoái hoá cột sống. Thoái hoá cột sống thắt lưng là tình trạng biến đổi hoá sinh học và cơ sinh học xảy ra mạn tính ở đĩa đệm, sụn bề mặt thân đốt sống, mô xương dưới sụn và khớp liên mấu vùng cột sống thắt lưng, làm hư hại vi cấu trúc, dẫn đến biến đổi hình thái của mô này liên quan đến tuổi và tác động của lực cơ học mà không do viêm [22]. Bệnh diễn biến chậm, tổn thương đĩa đệm (hẹp khe liên đốt) kết hợp với tổn thương các khớp liên mấu sau, có gai xương tại lỗ tiếp hợp hình thành đau cột sống thắt lưng mạn tính, biểu hiện trên lâm sàng là hội chứng cột sống thắt lưng và các hội chứng kèm theo là hội chứng thắt lưng hông, hội chứng đuôi ngựa [11], [22]. Bệnh phổ biến hơn từ nhóm tuổi trung niên do liên quan nhiều đến quá trình lão hoá, tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài. Theo YHCT, ĐTKT với bệnh danh Yêu cước thống, Toạ cốt phong, thuộc phạm vi chứng Tý. Theo cổ nhân trong “Linh khu - Vệ khí thất thường” viết “ngũ thập tuế dĩ thượng vi lão”, nghĩa là từ 50 tuổi trở lên là người già. Ở thời kỳ lão hóa, công năng tạng Can và Thận suy kém. Can chủ về cân, Thận chủ về cốt tủy, Thận hư không chủ được cốt tủy, Can huyết hư không nuôi dưỡng được cân, chức năng Can Thận rối loạn sẽ làm ảnh hưởng đến hai phủ Đởm và Bàng quang, làm cho sự lưu chuyển khí huyết của hai kinh lạc bị rối loạn mà gây bệnh. Tuổi càng cao, chính khí càng suy giảm; phong, hàn, thấp tà thừa lúc nguyên khí hư yếu, tấu lý sơ hở xâm phạm vào kinh lạc, đặc biệt là kinh túc thái dương Bàng quang và kinh túc thiếu dương Đởm gây bệnh; hoặc do chấn thương, do tai nạn, sang chấn mang vác vật nặng sai tư thế... dẫn đến khí huyết ứ trệ, gây nên đau và vận động hạn chế [13], [14], [43]. Người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 66,33 ± 12,67, với 62,5% người bệnh ≥ 60 tuổi, phù hợp với đặc điểm bệnh học ĐTKT do thoái hoá CSTL theo YHHĐ và YHCT.

4.1.2. Phân bố người bệnh theo giới

ĐTKT ở nữ giới cao hơn nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm 65%. Tỷ lệ nữ/nam là 1,8/1 (Bảng 3.2).

Nhiều nghiên cứu trước đây cũng cho thấy tỷ lệ ĐTKT cao hơn ở nữ giới. Tác giả Nguyễn Thị Thuý (2016) cho thấy tỷ lệ nữ giới chiếm 66,7%, nam giới chiếm 33,3% [33]; Nguyễn Tuấn Anh (2018) nữ giới chiếm 64,3%, nam giới là 35,7% [44]; Nguyễn Thị Phượng (2021) nữ giới chiếm 63% [35]. Nguyễn Hồng Thái (2022) tỷ lệ nữ giới và nam giới lần lượt là 63,33% và 36,67% [45]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý và cộng sự (2022) có 51% người bệnh là nữ giới, thấp hơn so nghiên cứu của chúng tôi [36].

Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới và nữ giới khác nhau tuỳ thuộc vào từng nghiên cứu. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi có thể lý giải do hiện nay ngoài những công việc nội trợ, văn phòng, nữ giới cũng tham gia những công việc lao động nặng nhọc giống như nam giới, bao gồm cả các công việc khuân vác, công nhân xây dựng, nông dân, buôn bán... Hơn nữa, phụ nữ sau mãn kinh kèm theo các rối loạn nội tiết tố làm tăng nguy cơ loãng xương, ảnh hưởng đến quá trình thoái hoá cột sống, làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới [46], [47]. Có một tỷ lệ người bệnh là nữ giới luôn quan tâm đến sức khoẻ, thường đến khám khi có các triệu chứng đau và kiên trì điều trị bệnh bằng YHCT. Theo lý luận YHCT, phụ nữ sau sinh khí huyết đều hư tổn [48], dẫn đến công năng tạng phủ suy giảm trong đó có 2 tạng Can Thận, ảnh hưởng đến sự nuôi dưỡng cân cốt và sự lưu thông khí huyết ở kinh Bàng quang và Đởm mà gây ra Yêu cước thống.

4.1.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Biểu đồ 3.1 cho thấy trong nghiên cứu thời gian mắc bệnh ĐTKT do thoái hoá cột sống > 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,5%, thời gian mắc bệnh từ 1 - 3 tháng và > 3 - 6 tháng đều chiếm tỷ lệ 30%, thời gian mắc bệnh < 1 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 7,5%.

Phân bố thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với: Nguyễn Thị Thuý (2016) thời gian mắc bệnh trên 6 tháng chiếm 33,33% [33]. Nguyễn Anh Tuấn (2018) thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm 10,7%, từ 1 - 3 tháng chiếm 13,4%, > 3 - 6 tháng chiếm 25% và > 6 tháng chiếm 50% [44]. Tác giả Nguyễn Hồng Thái cho tỷ lệ mắc bệnh < 6 tháng chiếm 10%, tỷ lệ mắc bệnh từ 1 - 3 tháng chiếm 13,33%, > 3 - 6 tháng là 20% và thời gian > 6 tháng chiếm 56,67% [45]. Trần Thị Hồng Ngãi (2023) thời gian mắc bệnh > 6 tháng chiếm 46,65% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [37].

Thời gian mắc bệnh được tính từ khi người bệnh có triệu chứng lâm sàng đầu tiên cho tới khi đến khám bệnh. ĐTKT do thoái hoá cột sống thắt lưng thường có triệu chứng tiến triển từ từ tăng dần, tuy nhiên khi tình trạng bệnh nặng hơn, đau tăng kèm hạn chế vận động cột sống nhiều, ảnh hưởng đến công việc và sinh hoạt hàng ngày khiến người bệnh đến khám và điều trị tại cơ sở y tế. Một số người bệnh chưa quan tâm đầy đủ đến sức khoẻ, hạn chế về điều kiện kinh tế và thời gian, ở xa bệnh viện, làm kéo dài thời gian đến khám bệnh.

4.1.4. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu qua biểu đồ 3.2 chỉ ra rằng, người bệnh là lao động tay chân chiếm đa số trong nghiên cứu là 65%; lao động trí óc chiếm 35%.

Một số nghiên cứu khác cho tỷ lệ người bệnh lao động trí óc chiếm đa số. Nguyễn Tuấn Anh (2018) cho thấy tỷ lệ người bệnh lao động chân tay là 42,9%, lao động trí óc là 57,1% [44]. Nguyễn Hồng Thái (2022) tỷ lệ lao động chân tay chiếm 43,33%, lao động trí óc 56,67% [45].

Nghề nghiệp của người bệnh có thể ảnh hưởng đến bệnh ĐTKT và thoái hoá cột sống. Các thành phần cấu tạo cột sống thắt lưng di động đều trải qua quá trình thoái hóa theo tuổi tác, đó là sự kết hợp của hai quá trình thoái hóa sinh lý theo lứa tuổi và thoái hóa bệnh lý mắc phải. Các tác nhân cơ học như cân nặng, lao động nặng, các chấn thương, vi chấn thương… làm hư hại vi cấu trúc dẫn đến biến đổi hình thái của các mô. Người bệnh có nghề nghiệp lao động chân tay như công nhân, nông dân, ngư dân, buôn bán… là những đối tượng thường xuyên làm những công việc mang vác nặng, cường độ cao; trong quá trình làm việc thường duy trì những tư thế không thích hợp, vận động cột sống quá mức, đột ngột làm cột sống và đĩa đệm luôn phải chịu lực cơ học trong thời gian dài, dẫn đến thoái hoá cột sống thắt lưng và đau thần kinh toạ. Người bệnh lao động trí óc như nhân viên văn phòng, công chức, viên chức... tuy có cường độ công việc thấp hơn, nhưng lại thường xuyên ngồi hoặc đứng không đúng tư thế trong khi làm việc, ít vận động thể lực, đây đều là những tư thế có hại cho cột sống thắt lưng. Theo Wilke H và cộng sự (1999), áp lực đĩa đệm L4 – L5 tăng 100% ở tư thế đứng, 150% ở tư thế đứng cúi, 140% ở tư thế ngồi và 185% ở tư thế ngồi cúi [49]. Các tư thế xấu này gây ra những vi chấn thương cho cột sống, làm cho đĩa đệm kém nuôi dưỡng, phần mềm cạnh sống căng cứng mà gây nên thoái hoá cột sống thắt lưng và ĐTKT. Người bệnh lao động tay chân chiếm tỷ lệ cao hơn có thể do đặc điểm của địa điểm tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An - bệnh viện hạng I tuyến tỉnh với 650 giường bệnh kế hoạch. Bệnh viện không chỉ điều trị cho bệnh nhân trong địa bàn tỉnh Nghệ An mà còn là địa chỉ điều trị YHCT cho bệnh nhân trong khu vực Bắc Trung Bộ. Người bệnh đến khám, điều trị có nghề nghiệp nông dân, ngư dân và công nhân chiếm tỷ lệ cao.

4.1.5. Phân bố người bệnh theo hoàn cảnh khởi phát

Bảng 3.3 cho thấy, có 82,5% người bệnh có triệu chứng khởi phát ĐTKT từ từ và 17,5% có triệu chứng khởi phát đột ngột.

Nguyễn Thị Thuý (2016) cho thấy 73,33% người bệnh trong nhóm 1 và 80% trong nhóm 2 có triệu chứng khởi phát bệnh từ từ [33].

Thoái hoá cột sống thắt lưng là hậu quả của tác động lực cơ học và quá trình thoái hoá ở cột sống. Triệu chứng thoái hoá cột sống thắt lưng thường tiến triển từ từ tăng dần gây đau và hạn chế vận động, thậm chí biến dạng cột sống. Các khớp đốt sống thoái hóa, xương dưới sụn tổn thương dạng nứt nhỏ, gây kích thích phản ứng đau, gai xương xuất hiện tại các vị trí tỳ đè gây kéo căng các đầu mút thần kinh ở màng xương, trục khớp tổn thương gây co kéo các dây chằng đồng thời kết hợp tình trạng thoái hóa của các dây chằng dẫn đến mất ổn định trục khớp, các khớp lỏng lẻo, viêm bao khớp, phù nề quanh khớp. Từ đó dẫn đến trượt thân đốt sống, hẹp ống sống, hẹp lỗ tiếp hợp và hậu quả là chèn ép rễ thần kinh gây đau [7], [11], [22]. Giai đoạn đầu, người bệnh thường chỉ có cảm giác đau mỏi cột sống thắt lưng, khi ngồi lâu hoặc sau khi lao động nặng, cảm giác cột sống thắt lưng căng cứng khi thay đổi tư thế nhưng mất đi nhanh sau vài động tác vận động. Triệu chứng đau và căng cứng thường xảy ra từng đợt, giữa các đợt đau cột sống lại trở lại bình thường. Giai đoạn muộn đau tăng dần cả về số lần và mức độ đau. Một số trường hợp người bệnh đã có tổn thương mạn tính xảy ra ở cột sống, sau những động tác sai tư thế, vận động đột ngột và quá mức, hoặc sau một lần di chuyển bằng ô tô hoặc xe máy đường dài đột ngột xuất hiện triệu chứng đau [22].

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

Theo bảng 3.4, có 21 người bệnh chiếm 52,5% có triệu chứng tổn thương dây TKHKT, 13 người bệnh chiếm 32,5% tổn thương TKHKN, 6 người bệnh chiếm 15% tổn thương cả TKHKT và TKHKN. Nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Ngân (2021) tỷ lệ người bệnh tổn thương TKHKT (kinh Bàng quang) là 41,7%, TKHKN (kinh Đởm) 21,7%, tổn thương cả TKHKT và TKHKN là 36,6% [50].

Bảng 3.5 và 3.6 cho thấy, trước can thiệp có 65% người bệnh có mức độ đau vừa, 35% có mức độ đau nặng, không có trường hợp có mức độ đau nhẹ. Điểm VAS trung bình trước can thiệp là 6,08 ± 0,80 điểm. Độ giãn CSTL theo nghiệm pháp Schober là 12,41 ± 0,34 cm, độ Lasegue là 47,93 ± 3,57 độ. Tầm vận động gấp, duỗi, nghiêng bên đau của người bệnh đều hạn chế, cụ thể tầm vận động gấp là 46,03 ± 3,48 độ, duỗi là 15,48 ± 2,11 độ, nghiêng bên đau là 21,10 ± 2,17 độ. Điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày theo ODI là 12,83 ± 1,52 điểm.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý (2016) cho thấy điểm VAS trung bình trước can thiệp trong nhóm 2 là 6,03 ± 0,76 điểm, Schober là 12,32 ± 0,53 cm, độ Lasegue là 48,00 ± 10,05 độ, tầm vận động gấp là 43,57 ± 9,11 độ, duỗi là 17,93 ± 2,70 độ, nghiêng là 18,57 ± 3,06 độ [33]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2018), người bệnh ĐTKT có điểm VAS trung bình trước can thiệp là 5,93 ± 0,86 điểm, chỉ số Schober là 11,93 ± 0,60 cm, độ Lasegue là 51,97 ± 6,29 độ, kết quả không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [44]. Như vậy, trước can thiệp các chỉ số Schober, độ Lasegue, tầm vận động (gấp, duỗi, nghiêng bên đau) và chức năng sinh hoạt hàng ngày theo ODI của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều hạn chế.

Bảng 3.7 cho thấy một số triệu chứng YHCT của đối tượng nghiên cứu: 100% người bệnh có triệu chứng đau thắt lưng lan xuống mông, chân; 100% cảm giác tê bì, nặng nề; 62,5% ăn kém, 70% ngủ ít, 75% tiểu đêm, 85% có lưỡi nhợt bệu, 75% mạch nhu hoãn và 25% mạch trầm nhược. Tác giả Nguyễn Hồng Thái (2022) cũng cho thấy 93,33% người bệnh có triệu chứng đau mỏi nặng nề, cảm giác tê bì vùng thắt lưng lan xuống chân, 70% ăn ngủ kém [45].

4.1.7. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang

Kết quả nghiên cứu qua bảng 3.8 cho thấy, có 87,5% người bệnh có hình ảnh gai xương trên phim X-quang trước điều trị, 82,5% hẹp khe đốt sống, 70% hẹp lỗ tiếp hợp, 62,5% đặc xương dưới sụn, 72,5% mất đường cong sinh lý. Kết quả không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Ngân (2021) [50].

4.2. Hiệu quả điều trị

4.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS sau điều trị

Đau là một cảm giác mang tính chủ quan, kinh nghiệm, bao gồm các cảm giác xúc giác khó chịu liên quan đến tổn thương mô đang xảy ra hoặc có thể xảy ra. Cảm giác đau có mục đích bảo vệ trước khi tổn thương mô trở nên không hồi phục [51], [52]. ĐTKT do thoái hoá cột sống là một bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, ảnh hưởng đến khả năng lao động, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của người bệnh, đây cũng là lý do chính khiến người bệnh đi khám và điều trị. Có nhiều phương lượng giá đau, tuy nhiên khả ngưỡng đau, khả năng chịu đau và đáp ứng với đau của từng cá thể là không giống nhau. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp đánh giá mức độ đau bằng thang điểm VAS dựa trên cảm giác chủ quan của người bệnh. Đây là một phương pháp trực quan, đơn giản nên thường được sự dụng trong nghiên cứu và lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trên 40 người bệnh ĐTKT do thoái hoá cột sống thắt lưng, hiệu quả giảm đau được thể hiện rõ qua sự cải thiện điểm VAS trung bình sau 10 và 20 ngày điều trị. Bảng 3.9 cho thấy trước can thiệp điểm VAS trung bình của người bệnh là 6,08 ± 0,80 điểm, sau 10 ngày điều trị điểm VAS trung bình giảm còn 3,60 ± 0,78 điểm, hiệu suất giảm điểm VAS là 2,48 ± 0,51 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Sau 20 ngày điều trị, điểm VAS trung bình là 1,53 ± 0,72 điểm, hiệu suất giảm điểm VAS là 4,55 ± 0,71 điểm, sự giảm điểm VAS trung bình trước và sau điều trị là khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.10 cho thấy, trước can thiệp 65% người bệnh có mức độ đau vừa, 35% đau nặng, không có người bệnh đau nhẹ và không đau. Sau 10 ngày điều trị số người bệnh đau nhẹ giảm còn 52,5%, 47,5% đau nhẹ, không còn người bệnh đau nặng, sự cải thiện rõ rệt so với trước điều trị với p < 0,05. Sau 20 ngày điều trị, có 2 người bệnh chiếm 5% không đau, 95% đau nhẹ, không có người bệnh đau vừa và nặng. Sự khác biệt về phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

So sánh với một số nghiên cứu sử dụng phương pháp điều trị khác trong điều trị ĐTKT cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả 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: sau 20 ngày điều trị điểmVAS trung bình giảm từ 6,50 ± 0,01 điểm xuống 4,37 ± 1,25 điểm ở ngày thứ 10 và 1,43 ± 1,31 điểm ở ngày thứ 20 điều trị, với p < 0,05 [53].

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 cho thấy sau 20 ngày điều trị điểm VAS trung bình giảm từ 6,13 ± 0,78 xuống còn 1,77 ± 0,43 điểm (p < 0,05) [54].

Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thái (2022) đánh giá tác dụng của điện nhĩ châm trên người bệnh có hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống, nhóm điều trị bằng phương pháp điện nhĩ châm, điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt cho kết quả sau: sau 10 ngày điều trị, điểm VAS trung bình giảm từ 6,13 ± 0,82 xuống còn 3,27 ± 0,52 điểm, sau 20 ngày điều trị điểm VAS trung bình là 0,83 ± 0,64, (p < 0,05) [45].

Trên đối tượng hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm, Nguyễn Tiến Dũng (2017) cho kết quả nhóm sử dụng siêu âm trị liệu, điện châm, xoa bóp bấm huyệt cải thiện triệu chứng đau rõ rệt, điểm VAS trung bình giảm từ 6,32 ± 1,04 điểm xuống 0,70 ± 0,69 điểm (p < 0,05) tốt hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [55]. Lý giải cho kết quả này có thể do đối tượng trong nghiên cứu của tác giả là người bệnh ĐTKT do thoát vị đĩa đệm có tuổi trung bình thấp hơn (51,2 ± 14,3 tuổi), thời gian mắc bệnh < 3 tháng chiếm đa số, khả năng phục hồi có thể tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy, mức độ đau cải thiện rõ rệt sau điều trị, chứng minh hiệu quả giảm đau của các phương pháp can thiệp. Tác dụng giảm đau trên lâm sàng có một phần không nhỏ đến từ các vị thuốc trong thuốc Thấp khớp hoàn P/H. Theo YHCT, khi phong hàn thấp tà nhân lúc chính khí kém thừa cơ xâm phạm vào kinh lạc gây khí trệ, huyết ứ, kinh lạc vận hành không thông mà sinh ra đau, các vị thuốc có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, hoạt huyết làm khí huyết lưu thông, kinh lạc thông suốt sẽ có tác dụng giảm đau [13], [14]. Cụ thể, trong thuốc Thấp khớp hoàn P/H các vị thuốc Độc hoạt, Tần giao, Phòng phong, Thiên niên kiện có tác dụng tán hàn, trừ phong thấp, chỉ thống, ôn thông kinh lạc; Xuyên khung hành khí hoạt huyết, khu phong, chỉ thống; Ngưu tất có tác dụng hoạt huyết, bổ can thận, mạnh gân cốt; Đỗ trọng, Tục đoạn ôn bổ can thận, mạnh gân xương; Đương quy, Bạch thược bổ huyết, hoạt huyết; Hoàng kỳ, Bạch linh, Cam thảo ích khí, kiện tỳ, có tác dụng hỗ trợ trừ phong thấp [56], [57], [58]. Nghiên cứu dược lý hiện đại đã chứng minh, thành phần vị thuốc trong thuốc Thấp khớp hoàn P/H có tác dụng giảm đau, chống viêm trên thực nghiệm. Li X và cộng sự (2013) chứng minh chiết xuất Ethanol của Độc hoạt có tác dụng giảm đau, chống viêm trên mô hình thực nghiệm [59]. Chiết xuất Tần giao có tác dụng chống viêm khớp, giảm nồng độ Prostaglandin E2 trong mô viêm [60]. Nghiên cứu Kim HW và cộng sự cho kết quả chiết xuất Ethylacetate từ Phòng phong có tác dụng giảm đau và chống viêm đáng kể đối với bệnh viêm khớp do FCA gây ra ở chuột [61]. Wu L. và cộng sự (2016) cho thấy Phòng phong có thành phần Prim-O-Glucosylcimifugin có tác dụng giảm đau chống viêm thông qua ức chế hoạt động COX-2 [62]. Năm 2019, Yang J. và cộng sự nghiên cứu các Sesquiterpenoid từ Thiên niên kiện và cho thấy tác dụng giảm đau chống viêm thông qua ức chế COX-2 do Lipopolysaccharid gây ra [63]. Tác dụng điều trị thoái hóa khớp của Ngưu tất trên chuột cống thông qua tăng sinh sụn và tăng biểu hiện collagen typ II ở sụn [64]. Tục đoạn có tác dụng chống viêm khớp thông qua cơ chế giảm các chất trung gian gây viêm và giảm cytokin gân viêm [65], ngoài ra nghiên cứu của Zhang W. và cộng sự chỉ ra hoạt chất trong Tục đoạn còn có tác dụng điều trị loãng xương thông qua điều chỉnh các con đường liên quan đến hệ thống miễn dịch [66]. Bạch Thược có tác dụng chống viêm, giảm đau nhờ các chất như CML-1, JCICM-6, paeoniflorin, albiflorin [67]. Như vậy, thành phần vị thuốc trong thuốc Thấp khớp hoàn P/H có tác dụng giảm đau, chống viêm theo cả cơ chế YHHĐ và YHCT.

Bên cạnh thuốc Thấp khớp hoàn P/H, tác dụng giảm đau còn đến từ phương pháp điện châm và siêu âm trị liệu. Theo YHHĐ, châm cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới có tác dụng ức chế, phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, thông qua ba mức độ tại chỗ, tiết đoạn thần kinh và toàn thân [16]. Điện châm làm tăng ngưỡng đau với thời gian bán hủy dài và tăng tiết β-Endorphin, Enkephalin, Endomorphin, Dynorphin trong cơ thể [68]. Xung điện tạo ra từ huyệt bị kích thích bằng điện châm truyền tới sừng sau của tủy sống kích thích tuyến yên và tế bào não bào tiết Enkephalin và Endorphin. Hai chất này ức chế bài tiết chất P và gây ra ức chế trước sypap, ức chế sự dẫn truyền cảm giác đau qua sợi Aδ và sợi C tại tủy sống. YHCT cho rằng “thông tắc bất thống, thống tắc bất thông” nghĩa là khí huyết lưu thông vận hành bình thường thì không đau. Khí và huyết có liên quan mật thiết với nhau “khí là soái của huyết, khí hành thì huyết hành, khí ngưng thì huyết trệ, huyết mạch hòa lợi thì tinh thần còn”, “huyết hòa thì kinh mạch lưu hành, âm dương được nuôi dưỡng tốt, gân xương được khỏe mạnh cứng cáp, hoạt động của khớp được linh hoạt” [69]. Điện châm thông qua tác động vào huyệt đạo và kinh lạc có tác dụng điều hòa khí huyết, khai thông kinh mạch, kinh khí trong kinh mạch được thông suốt có tác dụng giảm đau. Siêu âm trị liệu với tác dụng nhiệt làm gia tăng hoạt động của tế bào, dãn mạch, gia tăng tuần hoàn, gia tăng chuyển hóa và quá trình đào thải, giải quyết được hiện tượng viêm góp phần làm tăng hiệu quả giảm đau của người bệnh. Ngoài ra siêu âm trị liệu thông qua cơ chế tác dụng trực tiếp lên đầu dây thần kinh nên có tác dụng làm giảm bớt cơn đau [10]. Như vậy, thuốc Thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu có tác dụng giảm đau ở người bệnh ĐTKT do thoái hoá cột sống.

4.2.2. Hiệu quả cải thiện chỉ số Schober sau điều trị

Kết quả số liệu qua bảng 3.11 chỉ ra rằng, sau 10 ngày điều trị, chỉ số Schober của người bệnh tăng từ 12,41 ± 0,34 cm lên 13,02 ± 0,32 cm, hiệu suất cải thiện là 0,61 ± 0,11 cm (p < 0,05). Sau 20 ngày điều trị, chỉ số Schober cải thiện rõ rệt là 13,71 ± 0,35 cm, hiệu suất là 1,30 ± 0,22 cm, sự khác biệt trước và sau điều trị là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Nguyễn Hồng Thái (2022) cho thấy chỉ số Schober tăng từ 11,95 ± 0,40 cm lên 13,77 ± 0,25 cm sau 20 ngày điều trị bằng phương pháp điện nhĩ châm, điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt [45].

Giảm độ giãn cột sống thắt lưng là một biểu hiện thường gặp trong ĐTKT do thoái hoá cột sống, nguyên nhân do cứng khớp, đau vùng cột sống thắt lưng khi thực hiện động tác cúi, co cứng cơ cạnh sống, kéo căng rễ thần kinh khi có chèn ép rễ thần kinh [22]. Thuốc Thấp khớp hoàn P/H có vị thuốc được chứng minh giảm đau theo cả cơ chế YHHĐ và YHCT từ đó giúp cải thiện chỉ số Schober. Điện châm là phương pháp điều trị kết hợp YHHĐ và YHCT. Tác dụng giảm đau và giãn cơ xuất hiện ngay sau khi điều trị, khi cơ vùng thắt lưng được giãn ra, máu nuôi dưỡng được tốt hơn, giúp cải thiện triệu chứng đau, cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng [16], [70]. Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng huyệt Thận du, Đại trường du, Giáp tích L4-5, L5-S1 theo giải phẫu nằm trên cơ lưng rộng, cơ dựng gai, khi tác động vào huyệt tại vị trí này sẽ làm giãn cơ vùng thắt lưng, từ đó cải thiện vận động cột sống thắt lưng. Siêu âm trị liệu có tác dụng cơ học do quá trình co dãn đối với các tổ chức ở vùng thắt lưng sóng siêu âm tác dụng, giúp làm lỏng lẻo các mô kết dính; tác dụng nhiệt làm gia tăng hoạt động của tế bào, dãn mạch, gia tăng tuần hoàn, gia tăng chuyển hóa và quá trình đào thải, giải quyết được hiện tượng viêm, giảm đau từ đó cải thiện vận động cốt sống thắt lưng làm cho độ giãn cột sống thắt lưng tăng lên [10]. Như vậy, kết hợp thuốc Thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu giúp cải thiện chỉ số Schober, cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng ở người bệnh ĐTKT do thoái hoá cột sống.

4.2.3. Hiệu quả cải thiện về nghiệm pháp Lasegue sau điều trị

Trước can thiệp, độ Lasegue của người bệnh ĐTKT là 47,93 ± 3,57 độ. Sau 10 ngày điều trị, độ Lasegue tăng lên 60,40 ± 3,26 độ, hiệu suất cải thiện là 12,48 ± 1,96 độ với p < 0,05. Sau 20 ngày điều trị, độ Lasegue là 75,68 ± 3,23, hiệu suất so với trước điều trị là 27,75 ± 2,34, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Lã Kiều Oanh (2019) nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Độc hoạt thang kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt cho hiệu quả cải thiện độ Lasegue từ 56,50 ± 8,92 độ lên 76,83 ± 4,56 độ. Trong Độc hoạt thang cũng có các vị khu phong tán hành như Đột hoạt, Tần giao, Tang kí sinh, Phòng phong… kết hợp với Cẩu tích bổ can thận, mạnh gân xương, trừ phong thấp; Ngưu tất hoạt huyết bổ can thận, mạnh gân xương trừ phong thấp; Phục linh thẩm thấp gia tăng tác dụng vị thuốc trừ thấp; Đương quy bổ huyết, hoạt huyết, thông kinh lạc; kết hợp với tác dụng của điện châm, xoa bóp bấm huyệt làm cải thiện triệu chứng đau, cải thiện triệu chứng kích thích rễ thần kinh ở người bệnh.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Thái (2022) cho kết quả sau 20 ngày điều trị bằng phương pháp điện nhĩ châm kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên người bệnh hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống, độ Lasegue tăng từ 57,83 ± 3,40 độ lên 76,0 ± 3,81 độ [45].

Nguyễn Minh Phụng (2022) đánh giá tác dụng của laser công suất cao kết hợp viên hoàn Độc hoạt tang ký sinh và xoa bóp cấm huyệt trên người bệnh hội chứng thắt lưng hông cho thấy: sau 20 ngày điều trị, độ Lasegue tăng từ 48,67 ± 8,80 độ lên 75,0 ± 4,45 độ [54].

Dấu hiệu Lasegue là một thử nghiệm trên lâm sàng nhằm đánh giá tình trạng kích thích rễ thần kinh vùng thắt lưng cùng [71], đây là một triệu chứng đánh giá khách quan sự chèn ép của rễ thần kinh. Nguyên nhân gây đau khi thực hiện dấu hiệu Lasegue là kéo dãn dây thần kinh hông, sự dịch chuyển của tuỷ và nón tuỷ, chèn ép dây thần kinh dẫn đến nhạy cảm ở hạch rễ sau và sừng sau, dẫn đến giảm ngưỡng đau [72]. Ở người bệnh ĐTKT sự dịch chuyển của rễ thần kinh bị hạn chế chủ yếu thứ phát do viêm tại chỗ và chèn ép cơ học. Trong ĐTKT do thoái hoá cột sống, gai xương từ rìa thân đốt sống hoặc từ khớp liên mấu phát triển về lỗ tiếp hợp, gây hẹp lỗ tiếp hợp và chèn ép vào rễ thần kinh. Thoát vị đĩa đệm có thể là hậu quả của thoái hoá đĩa đệm, thoái hoá cột sống thắt lưng, khi thoát vị đĩa đệm ra sau, nhất là sau bên có thể chèn ép vào rễ thần kinh vì nằm sau phía sau bên của đĩa đệm, gây nên triệu chứng trên lâm sàng.

Kết quả cải thiện độ Lasegue theo thời gian điều trị do tác dụng kết hợp của thuốc Thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu. Người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc Yêu cước thống thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp theo YHCT. Nguyên nhân là do cơ thể hư suy, Can Thận hư, ngoại tà thừa cơ xâm nhập mà gây bệnh chủ yếu trên đường kinh túc thiếu dương Đởm và túc thái dương Bàng quang. Trong thành phần bài thuốc Thấp khớp hoàn P/H có các vị thuốc khu phong, trừ thấp, tán hàn, chỉ thống như Độc hoạt, Tần giao, Phòng phong, Thiên niên kiện phối hợp với các vị thuốc hành khí, hoạt huyết như Xuyên khung, Ngưu tất. Bên cạnh đó, Đỗ trọng, Tục đoạn có tác dụng bổ can thận, mạnh gân cốt; Đương quy, Bạch thực, Hoàng kỳ, Bạch linh, Cam thảo bổ khí, bổ huyết nhằm nâng cao chính khí. Bên cạnh đó, các vị thuốc trong Thấp khớp hoàn P/H cũng đã được chứng minh có tác dụng giảm đau, chống viêm trên thực nghiệm, kết hợp với tác dụng giảm đau, chống viêm của điện châm và siêu âm trị liệu giúp cải thiện tình trạng viêm tại chỗ và chèn ép cơ học, từ đó cải thiện độ Lasegue.

4.2.4. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng sau điều trị

Bảng 3.13 cho thấy trước can thiệp tầm vận động gấp CSTL của người bệnh là 46,03 ± 3,48 độ. Sau 10 ngày điều trị, tầm vận động gấp cải thiện là 57,95 ± 2,62 độ (p < 0,05), với hiệu suất cải thiện là 11,93 ± 4,37 độ. Sau 20 ngày điều trị, tầm vận động gấp của người bệnh là 69,52 ± 2,81 độ, hiệu suất là 23,50 ± 4,46 độ, sự cải thiện là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Sau 10 ngày điều trị, tầm vận động duỗi CSTL của người bệnh tăng từ 15,48 ± 2,11 độ lên 20,15 ± 1,85 độ (p < 0,05), hiệu suất là 4,68 ± 0,69 độ (bảng 3.14). Sau 20 ngày, tầm vận động duỗi CSTL cải thiện rõ rệt là 26,13 ± 1,95 độ, hiệu suất là 10,65 ± 1,33 độ, sự khác biệt trước sau điều trị là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Trước can thiệp tầm vận động nghiêng CSTL của người bệnh ĐTKT là 21,10 ± 2,17 độ. Sau 10 ngày điều trị, tầm vận động nghiêng là 25,08 ± 2,07 độ, hiệu suất là 25,08 ± 2,07 độ. Sau 20 ngày điều trị, tầm vận động nghiêng là 29,38 ± 2,15 độ, cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp (p < 0,05) với hiệu suất cải thiện là 8,28 ± 1,20 độ (p < 0,05).

Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thái (2022) cho thấy tầm vận động cột sống thắt lưng cải thiện sau 20 ngày điều trị bằng điện nhĩ châm, điện châm, xoa bóp bấm huyệt, với p < 0,05. Tầm vận động gấp tăng từ 45,53 ± 3,83 độ lên 63,90 ± 2,85 độ, tầm vận động duỗi tăng từ 16,50 ± 1,68 độ lên 26,30 ± 1,26 độ, tầm vận động nghiêng tăng từ 19,30 ± 1,78 độ lên 25,37 ± 1,73 độ [45].

Nguyễn Minh Phụng (2022) điều trị người bệnh hội chứng thắt lưng hông bằng Laser công suất lớn, viên hoàn Độc hoạt tang ký sinh và xoa bóp bấm huyệt cho thấy sau 20 ngày điều trị, tầm vận động gấp tăng từ 53,63 ± 12,28 độ lên 69,23 ± 5,05 độ, tầm vận động duỗi tăng từ 20,17 ± 2,65 độ lên 25,63 ± 1,35 độ, tầm vận động nghiêng tăng từ 19,50 ± 2,73 độ lên 26,73 ± 1,95 độ [54].

Như vậy, thuốc thấp khớp hoàn P/H kết hợp điện châm, siêu âm trị liệu có tác dụng cải thiện rõ rệt tầm vận động CSTL của người bệnh ĐTKT sau 20 ngày điều trị.

4.2.5. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị

Biểu đồ 3.3 cho thấy, trước can thiệp, người bệnh ĐTKT có chức năng sinh hoạt hàng ngày theo ODI mức độ trung bình và kém. Sau 10 ngày điều trị, số người bệnh có chức năng sinh hoạt mức kém giảm từ 60% còn 5%, có 57,5% mức trung bình và 37,5% mức khá, sự khác biệt so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Sau 20 ngày điều trị, có 22 người bệnh chiếm 55% có chức năng sinh hoạt hàng ngày mức tốt, 18 người bệnh chiếm 45% mức khá, không có người bệnh mức trung bình và kém, với p < 0,05.

Sau 10 ngày điều trị, điểm ODI trung bình giảm từ 12,83 ± 1,52 xuống 9,15 ± 2,16 điểm (p < 0,05), hiệu suất giảm là 3,68 ± 0,86 điểm (bảng 3.16). Sau 20 ngày điều trị, điểm ODI trung bình là 4,55 ± 1,65 điểm, giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với p < 0,05, hiệu suất là 8,27 ± 0,64 điểm.

Kết quả nghiên cứu Nguyễn Hồng Thái (2022) cho thấy điểm ODI trung bình của người bệnh giảm từ 11,30 ± 1,93 xuống 4,77 ± 1,46 điểm sau 20 ngày điều trị, với p < 0,05, tỷ lệ người bệnh có chức năng sinh hoạt hàng ngày loại khá và trung bình chiếm sau 10 ngày điều trị (43,33% và 56,67%), sau 20 ngày chức năng sinh hoạt hàng ngày loại tốt chiếm 43,33%, khá chiếm 56,67% [45].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, người bệnh có sự cải thiện mức độ đau, cải thiện tầm vận động cột sống theo thời gian điều trị. Khi tình trạng đau giảm, tầm vận động cải thiện hơn giúp người bệnh dễ dàng thực hiện các động tác chăm sóc bản thân, ngồi, đi bộ và nâng vật nặng, vì thế chất lượng cuộc sống của người bệnh được cải thiện. Đánh giá thang điểm ODI giảm có ý nghĩa thống kê theo thời gian điều trị, từ đó có thể thấy, thuốc thấp khớp hoàn P/H, điện châm, siêu âm trị liệu giúp cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ở người bệnh ĐTKT do thoái hoá cột sống thắt lưng.

4.2.6. Hiệu quả cải thiện triệu chứng YHCT

Bảng 3.17 cho thấy, sau 20 ngày điều trị, các triệu chứng theo YHCT có sự cải thiện rõ rệt so với trước điều trị. Tỷ lệ người bệnh có triệu chứng đau thắt lưng lan xuống mông và chân giảm từ 100% xuống còn 20% (p < 0,05); cảm giác tê bì, nặng nề giảm từ 100% xuống còn 35% (p < 0,05); ngủ ít giảm từ 70% xuống còn 40% (p < 0,05). Tỷ lệ người bệnh có triệu chứng ăn kém, tiểu đêm, lưỡi nhợt bệu, mạch nhu hoãn và mạch nhược có xu hướng cải thiện so với trước điều trị, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Nguyễn Hồng Thái (2022) cho thấy tỷ lệ người bệnh có triệu chứng đau mỏi nặng nề, cảm giác tê bì vùng thắt lưng giảm từ 93,33% xuống còn 6,67%, tỷ lệ ăn ngủ kém giảm từ 70% xuống còn 13,33% [45].

Triệu chứng đau thắt lưng lan xuống chân kèm cảm giác nặng nề tê bì của người bệnh do phong hàn thấp kết hợp Can Thận hư gây nên. Đặc tính của phong là dương tà, hay đi lên ra ngoài, hay di chuyển. Hàn chủ khí mùa đông, là âm tà, dễ tổn thương dương khí, làm suy giảm tác dụng ôn ấm cơ thể cũng như tác dụng khí hoá của tạng phủ, hàn tính ngưng trệ nên khi xâm nhập vào kinh mạch sẽ làm khí huyết không lưu chuyển, gây đau tại chỗ; hàn tính co rút, nên khi xâm nhập vào có thể khiến tấu lý thu nhỏ lại, khớp xương co duỗi khó khăn, chân tay tê dại. Thấp tính nặng và đục, khi gây bệnh khiến cơ thể khó vận động, tứ chi đau mỏi, ngoài da tê bì, khớp co duỗi khó khăn, thấp là âm tà, tính dính ngưng, dễ ảnh hưởng đến lưu chuyển khí trong cơ thể, dễ tổn thương dương khí [73]. Như vậy khi phong hàn thấp tà xâm phạm sẽ khiến vùng lưng đau lan xuống chân, đau có cảm giác tê bì, nặng nề, có thể teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát, đau tăng khi trời lạnh hoặc ẩm thấp, chườm ấm dễ chịu, bệnh kéo dài, dễ tái phát [14]. Triệu chứng đau vùng lưng còn do nội thương. Theo lý luận YHCT, lão suy là quy luật phát triển tất yếu của quá trình sinh trưởng và phát dục của con người, trong đó sau “ngũ thất” 35 tuổi với phụ nữ và sau “ngũ bát” 40 tuổi với nam giới, cùng với sự gia tăng của tuổi tác, các dấu hiệu lão suy, nhược lão ngày một rõ. Theo cổ nhân trong “Linh khu – Vệ khí thất thường” viết “ngũ thập tuế dĩ thượng vi lão”, nghĩa là từ 50 tuổi trở lên là người già. Ở thời kỳ lão hóa, công năng tạng Can và Thận suy kém, Can chủ về cân, Thận chủ về cốt tủy, Thận hư không chủ được cốt tủy, Can huyết hư không nuôi dưỡng được cân biểu hiện chứng đau vùng lưng hay “Yêu thống” [43], [73]. Phân tích thành phần bài thuốc trong Thấp khớp hoàn P/H thấy: Độc hoạt vị đắng cay, tính hơi ấm, có tác dụng trừ phong thấp, phong hàn; Tần giao vị ngọt cay, tính bình hơi hàn có tác dụng thanh hư nhiệt, trừ phong thấp, hoạt lạc thư cân chỉ thống; Phòng phong vị cay ngọt, tính ấm, phát tán giải biểu trừ phong thấp; Thiên niên kiện vị đắng cay, hơi ngọt, tính ấm, trừ phong thấp bổ thận. Các vị thuốc này phối hợp làm tăng tác dụng tán hàn, trừ phong thấp, chỉ thống, ôn thông kinh lạc. Xuyên khung vị đắng, tính ấm, hành khí hoạt huyết, khu phong, chỉ thống; Ngưu tất vị đắng chua, tính bình, có tác dụng hoạt huyết, bổ can thận, mạnh gân cốt. Bên cạnh đó Đỗ trọng vị ngọt hơi cay, tính ấm, bổ can thận, mạnh gân xương; Tục đoạn vị ngọt cay, tính ấm, bổ can thận, liền gân xương. Đương quy vị ngọt cay, tính ấm, bổ huyết hành huyết; Bạch thược vị ngọt đắng, chua, tính lạnh, bổ huyết, liễm âm, chỉ thống. Hoàng kỳ vị ngọt, tính ấm, bổ khí, thăng dương khí của tỳ; Bạch linh vị ngọt, tính bình, lợi niệu thẩm thấp, kiện tỳ an thần; Cam thảo vì ngọt, tính bình, bổ trung khí, dưỡng huyết, hoà hoãn giảm đau, hỗ trợ trừ phong thấp [56], [57], [58]. Như vậy, tổng hợp các vị thuốc giúp bài thuốc có tác dụng vừa trị tiêu bản, vừa phù chính khu tà; khi ngoại tà được loại trừ, chính khí được hồi phục, sự vận hành khí huyết được thông suốt, bệnh từ đó mà lui, triệu chứng do đó mà cải thiện. Điện châm cũng đóng vai trò cải thiện triệu chứng này ở người bệnh Yêu cước thống. 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. Dựa trên nguyên tắc chọn huyệt trong châm cứu chúng tôi sử dụng công thức huyệt gồm huyệt tại chỗ chủ yếu thuộc các huyệt trên đường đi của kinh Túc thái dương Bàng quang châm, châm tả các huyệt Giáp tích L4 - L5, L5 - S1, Đại trường du, Trật biên, Ân môn, Thừa phù, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn; hoặc huyệt trên kinh túc thiếu dương Đởm, châm tả các huyệt Giáp tích L4 - L5, L5 - S1, Đại trường du, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Khâu khư. Châm tả các huyệt tại chỗ giúp khai thông kinh mạch, thúc đẩy khí huyết lưu thông, giảm triệu chứng đau vùng lưng lan xuống chân và tê bì của người bệnh. Huyệt toàn thân bao gồm Can du và Thận du. Can du là huyệt du ở vùng lưng của tạng Can, Thận du là du huyệt ở lưng của tạng thận. Châm bổ các huyệt toàn thân giúp nâng cao chính khí, bổ can thận, mạnh gân xương, giúp cải thiện triệu chứng đau thắt lưng. Điều này có thể lý giải cho sự cải thiện rõ rệt cho triệu chứng đau thắt lưng lan xuống mông và chân, cảm giác tê bì, nặng nề so với trước điều trị, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy có tới 70% người bệnh có triệu chứng ngủ ít và triệu chứng này thường gặp ở những đối tượng có triệu chứng đau nặng nề. Do vậy, khi điều trị bằng thuốc Thấp khớp hoàn P/H, điện châm, siêu âm trị liệu các triệu chứng đau của người bệnh được cải thiện, triệu chứng ngủ ít từ đó cũng có thể giảm, giải thích cho sự cải thiện có ý nghĩa thống kê sau điều trị (p < 0,05).

Các triệu chứng khác như ăn kém, tiểu đêm, lưỡi nhợt bệu, mạch nhu hoãn, mạch trầm nhược là các triệu chứng toàn thân của người bệnh ĐTKT do THCS đều có cải thiện sau điều trị. Trong thuốc Thấp khớp hoàn P/H có các vị thuốc bổ khí huyết như Đương quy, Bạch thược, Hoàng kỳ, Bạch linh, Cam thảo; bổ can thận mạnh gân xương như Đỗ trọng, Tục đoạn, Ngưu tất, kết hợp châm bổ hai huyệt Du của Can Thận, góp phần cải thiện các triệu chứng toàn thân ở người bệnh. Với thời gian điều trị trong 20 ngày, chúng tôi chưa thấy có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê của triệu chứng toàn thân theo YHCT ở người bệnh Yêu cước thống (p > 0,05). Bản thân người bệnh trong nghiên cứu có bản là hư, tiêu thực, các triệu chứng hư chứng cần điều trị và theo dõi trong thời gian dài để thấy được sự khác biệt rõ ràng hơn.

4.2.7. Hiệu quả điều trị chung

Đau là một cảm giác phức tạp và có phần chủ quan, vì vậy khi nghiên cứu ĐTKT do thoái hóa cột sống, để đánh giá hiệu quả điều trị không chỉ đơn thuần dựa vào một tiêu chí cải thiện mức độ đau hay cải thiện tầm vận động mà cần có sự đánh giá toàn diện. Trong nghiên cứu này, chúng tôi dựa vào sự cải thiện mức độ đau, độ giãn CSTL theo nghiệm pháp Schober, nghiệm pháp Lasegue, tầm vận động CSTL (gấp, duỗi, nghiêng) và sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm ODI với tổng điểm của các chỉ số đã quy đổi để đánh giá hiệu quả điều trị chung của các phương pháp can thiệp.

Tại thời điểm sau 10 ngày can thiệp, hiệu quả điều trị bệnh nhân đều ở mức trung bình và kém, tỷ lệ này lần lượt là 42,5% và 57,5%. Sau 20 ngày, tỷ lệ người bệnh có kết quả điều trị tốt là 62,5%, khá là 37,5%, không có người bệnh có hiệu quả điều trị trung bình và kém, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Kết quả điều trị trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thái (2022) cho thấy, nhóm NC điều trị bằng điện nhĩ châm, điện châm, xoa bóp bấm huyệt sau 10 ngày đạt hiệu quả loại trung bình là 73,33% và kém chiếm 26,67%; sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ hiệu quả loại tốt đạt 16,67%, khá đạt 80% và 3,33% người bệnh loại kém. So sánh với nghiên cứu Nguyễn Minh Phụng (2022) cho thấy nhóm điều trị bằng laser công suất lớn, viên hoàn Độc hoạt tang ký sinh kết hợp xoa bóp sau 20 ngày điều trị cho hiệu quả loại tốt đạt 62,4%, khá đạt 23,3% và trung bình là 13,3%, không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. 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, điều này có thể đến từ sự khác biệt về đặc điểm tiến hành nghiên cứu và các tính điểm tiêu chí đánh giá hiệu quả chung [53].

4.2.8. Tác dụng không mong muốn

Trong quá trình can thiệp trên 40 người bệnh ghi nhận 03 người bệnh chảy máu sau rút kim, chưa ghi nhận những tác dụng không mong muốn khác. Những trường hợp chảy máu sau rút kim đều được xử trí kịp thời theo phác đồ dùng bông vô khuẩn ấn chặt tại chỗ, không day, toàn bộ người bệnh đều không có sưng nề, bầm tím hay nhiễm trùng vùng da chảy máu và không có trường hợp nào phải rời khỏi nghiên cứu. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng, điện châm, siêu âm trị liệu là phương pháp điều trị an toàn ở người bệnh ĐTKT. Nguyễn Hồng Thái (2022) cho kết quả không có người bệnh nào gặp tác dụng phụ của điện châm như vựng chậm, chảy máu, nhiễm trùng sau can thiệp [45]. Nguyễn Tiến Dũng (2017) chỉ có 1 tỷ lệ nhỏ người bệnh gặp tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm: 6% chảy máu và 3% đau vùng châm, 3% người bệnh đau và cảm giác kim châm vùng siêu âm trị liệu, không có người bệnh nào phải rời khỏi nghiên cứu [55]. Vì vậy, qua nghiên cứu này có thể thấy thuốc Thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu là phương pháp điều trị an toàn trên người bệnh ĐTKT do thoái hoá cột sống.

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

4.3.1. Tuổi

Hiệu quả điều trị loại tốt ở nhóm tuổi < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi là không có sự khác biệt với p > 0,05. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh (2018) cho thấy kết quả điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống bằng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp từ trường không có sự khác biệt ở các nhóm tuổi [44]. Nguyễn Hồng Thái (2022) đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống bằng điện nhĩ châm, điện châm, xoa bóp bấm huyệt cho thấy kết quả điều trị không khác biệt giữa nhóm tuổi < 60 và ≥ 60 tuổi [45]. Đỗ Thị Kim Ngân (2021) cho kết quả tỷ lệ kết quả tốt ở nhóm < 60 tuổi cao gấp 3,9 lần so với nhóm ≥ 60 tuổi với p < 0,05 [50]. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với cỡ mẫu là 40 người bệnh đau thần kinh toạ do thoái hoá cột sống, tỷ lệ người bệnh ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao, nên có thể chưa đại diện cho quần thể nghiên cứu. Cần thực hiện thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhằm đánh giá đúng mối tương quan giữa nhóm tuổi và hiệu quả điều trị.

4.3.2. Giới

Hiệu quả điều trị loại tốt ở hai nhóm nam giới và nữ giới là không có sự khác biệt với p > 0,05. Kết quả này tương đồng với Nguyễn Tuấn Anh (2018), hiệu quả điều trị không có sự khác biệt ở nhóm nam giới và nữ giới [44]. Đỗ Thị Kim Ngân (2021) tỷ lệ kết quả tốt ở nhóm nam giới và nữ giới không có sự khác biệt với p > 0,05 [50]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy mỗi tương quan giữa giới tính và hiệu quả điều trị ĐTKT do THCS, có thể do với cỡ mẫu còn hạn chế, chưa phản ánh đầy đủ được tỷ lệ của quần thể.

4.3.3. Thời gian mắc bệnh

Hiệu quả điều trị loại tốt ở nhóm mắc bệnh ≤ 3 tháng cao gấp 7,02 lần so với nhóm mắc bệnh trên 3 tháng, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Hiệu quả điều trị ở nhóm mắc bệnh ≤ 6 tháng cao gấp 7,79 lần so với nhóm mắc bệnh trên 6 tháng, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả tương đồng với Nguyễn Tuấn Anh (2018) khảo sát tỷ lệ người bệnh đạt hiệu quả điều trị tốt ở nhóm thời gian mắc bệnh ≤ 6 tháng cao hơn 4,67 lần so với nhóm mắc bệnh > 6 tháng (p < 0,05) [44]. Đỗ Thị Kim Ngân (2021) [50] và Nguyễn Hồng Thái (2022) [45] cho thấy không có sự khác biệt về kết quả nghiên cứu ở nhóm thời gian mắc bệnh ≤ 6 tháng so với nhóm mắc bệnh > 6 tháng. Đau thần kinh toạ do thoái hoá cột sống là bệnh lý tiến triển từ từ tăng dần, người bệnh thường đến khám và điều trị khi triệu chứng đau trở nên nặng nề, hạn chế vận động nhiều ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày. 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. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thuốc thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu có hiệu quả điều trị cao hơn ở nhóm bệnh nhân ĐTKT do THCS có thời gian mắc bệnh ≤ 6 tháng. Tuy nhiên 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 ĐTKT do THCS.

4.3.4. Nghề nghiệp

Hiệu quả điều trị loại tốt ở hai nhóm lao động trí óc và lao động tay chân là không có sự khác biệt với p > 0,05. Kết quả tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thái (2022): không có sự khác biệt về kết quả điều trị ở nhóm lao động tay chân và lao động trí óc với p > 0,05 [45] và không phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh (2018): tỷ lệ hiệu quả điều trị cao hơn 3,4 lần ở nhóm lao động tay chân với p < 0,05 [44]. Nghề nghiệp lao động trí óc và lao động tay chân 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 và ĐTKT. Tuy nhiên với cỡ mẫu trong nghiên cứu còn nhỏ, tỷ lệ này có thể chưa phản ánh đầy đủ và đại diện cho quần thể, cần những nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá mối tương quan giữa nghề nghiệp và hiệu quả điều trị bệnh.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị của thuốc thấp khớp hoàn P/H kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu trên 40 người bệnh đau thần kinh toạ do thoái hoá cột sống, chúng tôi có một số kết luận sau:

**1. Thuốc thấp khớp hoàn P/H kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu có tác dụng điều trị đau thần kinh toạ do thoái hoá cột sống:**

* Cải thiện chỉ số VAS: giảm điểm VAS trung bình từ 6,08 ± 0,80 xuống 1,53 ± 0,72 điểm sau 20 ngày điều trị (p < 0,05).
* Cải thiện chỉ số Schober: tăng chỉ số Schober từ 12,41 ± 0,34 cm lên 13,71 ± 0,35 cm sau 20 ngày điều trị (p < 0,05).
* Cải thiện độ Lasegue: tăng độ Lasegue từ 47,93 ± 3,57 lên 75,68 ± 3,23 độ sau 20 ngày điều trị (p < 0,05).
* Cải thiện tầm vận động CSTL: tăng rõ rệt tầm vận động gấp, duỗi, nghiêng CSTL sau 20 ngày điều trị (p < 0,05).
* Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày: giảm điểm ODI trung bình từ 12,83 ± 1,52 xuống 4,55 ± 1,65 điểm sau điều trị (p < 0,05), chức năng sinh hoạt hàng ngày loại tốt đạt 55% và khá đạt 45%.
* Cải thiện triệu chứng theo YHCT: giảm rõ rệt triệu chứng đau, cảm giác tê bì nặng nề và triệu chứng ngủ ít (p < 0,05).
* Hiệu quả điều trị chung: 62,5% hiệu quả điều trị loại tốt, 37,5% loại khá.
* Tác dụng không mong muốn: 03 người bệnh chảy máu sau khi rút kim, chưa ghi nhận những tác dụng không mong muốn khác trên lâm sàng.

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

* Thời gian mắc bệnh: hiệu quả điều trị loại tốt tăng gấp 7,02 lần ở nhóm mắc bệnh ≤ 3 tháng so với > 3 tháng (p < 0,05).
* Nhóm tuổi, giới, nghề nghiệp không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

KIẾN NGHỊ

Thuốc Thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu là phương pháp điều trị kết hợp YHHĐ và YHCT, có hiệu quả tốt và an toàn trong điều trị ĐTKT do thoái hoá cột sống. Qua nghiên cứu chúng tôi xin có ý kiến kiến nghị sau:

Áp dụng phác đồ điều trị kết hợp thuốc Thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu trong điều trị bệnh lý ĐTKT do thoái hoá cột sống. Tiến hành nghiên cứu trên đối tượng ĐTKT do thoát vị đĩa đệm và một số bệnh lý cơ xương khớp khác nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Bay** (2007), *Bệnh học và điều trị Nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 469-481.

2. **Bộ môn Y học cổ truyền - Trường Đại học Y dược Huế** (2009), *Giáo trình y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Đại học Huế, trang 209-310.

3. **Phạm Song, Nguyễn Hữu Quỳnh** (2008), *Bách khoa toàn thư bệnh học*, Nhà xuất bản Giáo dục, trang 152-157.

4. **Đinh Đăng Tuệ** (2013), *Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to 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, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

5. **Yang S.-W., Ma T.-M., Tao X. và cộng sự** (2019), Effect of deep and shallow electroacupuncture stimulation at "Huantiao" (GB30) on expression of phosphorylated-p38 and phosphorylated-p53 proteins and apoptosis in dorsal root ganglia in sciatic nerve injury rats. *Zhen ci yan jiu Acupuncture Research*, **44**(**10**), trang 729-734.

6. **Trần Ngọc Ân** (2002), *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 154-155.

7. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Vĩnh Ngọc và Nguyễn Thu Hiền** (2002), Đánh giá tình hình bệnh khớp tại khoa xương khớp Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991-2000). *Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai 2001-2002*, **1**, trang 353.

8. **Nhan Hồng Tâm** (2016), *Mô hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh năm 2015*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

9. **Học viện Quân Y, Bộ môn Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng** (2014), *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, trang 110-114.

10. **Nguyễn Xuân Nghiên** (2019), *Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 188-194.

11. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2019), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, trang 152-162.

12. **Vũ Thị Thanh Thủy** (2012), *Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 75-87.

13. **Bộ môn Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2006), *Chuyên đề Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 398-400.

14. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2017), *Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 185-189.

15. **Lương Thị Dung** (2008), *Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.

16. **Nguyễn Nhược Kim và Trần Quang Đạt** (2019), *Châm cứu và các phương pháp điều trị không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 223-226, 289-315.

17. **Lê Minh Tiến** (2020), *Đánh giá tác dụng của điện châm xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tạp MC Gill trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

18. **Nguyễn Văn Chương** (2009), *Thực hành thần kinh học tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 147-158.

19. **Nguyễn Văn Chương** (2009), *Thực hành thần kinh học tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 218-222.

20. **Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội** (2020), *Bài giảng Bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 266-279.

21. **Hồ Hữu Lương** (2018), *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 7-51.

22. **Hà Hoàng Kiệm** (2019), *Bệnh thoái hóa khớp, chẩn đoán, điều trị và dự phòng*, Nhà xuất bản thể thao và du lịch, Hà Nội, trang 69-146.

23. **Các bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội** (2023), *Bài giảng Bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 214-223, 285-300.

24. **Bộ Y Tế** (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 7-14.

25. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2001), *Nội kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 132-134.

26. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2011), *Bài giảng Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 155-157.

27. **Bộ Y Tế** (2015), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 30-32, 913-916.

28. **Chen M., Ping W., Cheng G. và cộng sự** (2009), The warming acupuncture for treatment of sciatica in 30 cases. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, **29**(**1**), trang 50-53.

29. **Dương Thôi Phương, Tôn Á Man** (2013), Vận dụng hoàn tam châm điều trị đau thần kinh tọa. *Tạp chí châm cứu lâm sàng*, trang 123-127.

30. **Abou-Elroos D.A., El-Toukhy M.A.E.-H. và cộng sự** (2017), Prolonged physiotherapy versus early surgical intervention in patients with lumbar disk herniation: short-term outcomes of clinical randomized trial. *Asian Spine Journal*, **11**(**4**), trang 531.

31. **Huang Z., Liu S., Zhou J. và cộng sự** (2019), Efficacy and safety of acupuncture for chronic discogenic sciatica, a randomized controlled sham acupuncture trial. *Pain Medicine*, **20**(**11**), trang 2303-2310.

32. **Nguyễn Thị Thu Hà và Lại Thanh Hiền** (2012), Tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng vận động cột sống thắt lưng của điện châm kết hợp với xông thuốc Y học cổ truyền trên bệnh nhân đau lưng cấp. *Tạp chí Nghiên cứu Y học,* 103, trang 64-70.

33. **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, Hà Nội.

34. **Lương Xuân Hưng** (2017), *Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh tọa của bài thước TK1 kết hợp với xoa bóp bấm huyệt*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.

35. **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 Y học cổ truyền bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. *Tạp chí Y học Việt Nam,* 6, trang 79-84.

36. **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, trang 70-77.

37. **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, trang 35-43.

38. **Nguyễn Danh Đạt** (2023), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Dưỡng cốt HV” trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.

39. **Thống kê sinh học và nghiên cứu khoa học y học** (2017), *Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức khoẻ*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 37.

40. **Macintyre P.E. và Schug S.A.** (2014), *Acute Pain Management: A Practical Guide, Fourth Edition*, CRC Press, trang 15-21.

41. **Welchek C.M., Mastrangelo L., Sinatra R.S. và cộng sự** (2009), Qualitative and Quantitative Assessment of Pain. *Acute Pain Management*. Cambridge University Press, Cambridge, trang 147-171.

42. **Fairbank J.C.T. và Pynsent P.B.** (2000), The Oswestry Disability Index. *Spine*, **25(22)**, trang 2940-2953.

43. **Phạm Vũ Khánh** (2016), *Lão khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, trang 180-181.

44. **Nguyễn Tuấn Anh** (2018), *Đánh giá tác dụng điện châm, xoa bóp bấm huyệt và từ trường trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

45. **Nguyễn Hồng Thái** (2022), *Đánh giá hiệu quả điều trị đau của điện nhĩ châm trên người bệnh có hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

46. **Cecchi F., Debolini P., Lova R.M. và cộng sự** (2006), Epidemiology of back pain in a representative cohort of Italian persons 65 years of age and older: the InCHIANTI study. *Spine (Phila Pa 1976)*, **31**(**10**), trang 1149-1155.

47. **Fujiwara A., Lim T.-H., An H.S. và cộng sự** (2000), The effect of disc degeneration and facet joint osteoarthritis on the segmental flexibility of the lumbar spine. *Spine*, **25**(**23**), trang 3036-3044.

48. **Bộ Y Tế** (2008), *Bệnh học Ngoại phụ Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 118-120.

49. **Wilke H., Neef P., Caimi M. và cộng sự** (1999), New In Vivo Measurements of Pressures in the Intervertebral Disc in Daily Life. *Spine*, **24**(**8**), trang 755-762.

50. **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, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

51. **Trần Văn Ngọc và Nguyễn Thị Lệ** (2018), *Sinh lý học y khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, trang 483-486.

52. **Bộ môn sinh lý học, Trường Đại học Y Hà Nội** (2019), *Sinh lý học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 399-401.

53. **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, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

54. **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, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

55. **Nguyễn Tiến Dũng** (2017), *Đánh giá tác dụng của siêu âm trị liệu kết hợp điện trường châm, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

56. **Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn** (2009), *Phương tễ học*, Nhà xuất bản Thuận Hóa – Thừa Thiên Huế, trang 550-553.

57. **Nguyễn Nhược Kim, Hoàng Minh Chung** (2009), *Dược học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 49, 52-55, 104-105, 211-212, 221-222, 225-226, 229-232, 237.

58. **Bộ Y Tế** (2017), *Dược điển Việt Nam V*, Nhà xuất bản Y học, trang 1076-1077, 1095-1096, 1169-1171, 1173-1175, 1188-1190, 1276-1276, 1289-1290, 1326-1327, 1340, 1344-1345, 1363-1364, 1378-1379..

59. **Li X., Wang J., và Gao L.** (2013), Anti-inflammatory and analgesic activity of RAP (Radix Angelicae Pubescentis) ethanol extracts. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, **10**(**3**), trang 422–426.

60. **Yu F., Yu F., Li R. và cộng sự** (2004), Inhibitory effects of the Gentiana macrophylla (Gentianaceae) extract on rheumatoid arthritis of rats. *Journal of ethnopharmacology*, **95**(**1**), trang 77-81.

61. **Kim H.W., Kwon Y.B., Ham T.W. và cộng sự** (2002), The antinociceptive and anti-inflammatory effect of ethylacetate extracts from Bang-Poong (Radix ledebouriellae) on the Freund’s adjuvant-induced arthritis in rats. *Journal of Veterinary Science*, **3**(**4**), trang 343-349.

62. **Wu L.-Q., Li Y., Li Y.-Y. và cộng sự** (2016), Antinociceptive effects of prim-O-Glucosylcimifugin in inflammatory nociception via reducing spinal COX-2. *Biomolecules & Therapeutics*, **24**(**4**), trang 418.

63. **Yang J.-L., Dao T.T., Hien T.T. và cộng sự** (2019), Further sesquiterpenoids from the rhizomes of Homalomena occulta and their anti-inflammatory activity. *Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters*, **29**(**10**), trang 1162-1167.

64. **Jiang X.K.** (2014), Extraction and analgesic effects of polysaccharides from Achyranthes bidentata Blume. *Applied Mechanics and Materials*, **675**, trang 1600-1603.

65. **Jung H.W., Jung J.K., Son K.H. và cộng sự** (2012), Inhibitory effects of the root extract of Dipsacus asperoides CY Cheng et al TM Ai on collagen-induced arthritis in mice. *Journal of Ethnopharmacology*, **139**(**1**), trang 98-103.

66. **Zhang W., Xue K., Gao Y. và cộng sự** (2019), Systems pharmacology dissection of action mechanisms of Dipsaci Radix for osteoporosis. *Life sciences*, **235**, trang 116820.

67. **Wang Q.-S., Gao T., Cui Y.-L. và cộng sự** (2014), Comparative studies of paeoniflorin and albiflorin from Paeonia lactiflora on anti-inflammatory activities. *Pharmaceutical Biology*, **52**(**9**), trang 1189-1195.

68. **Han J.-S.** (2004), Acupuncture and endorphins. *Neuroscience letters*, **361**(**1-3**), trang 258–261.

69. **Hoàng Bảo Châu** (2010), *Châm cứu học trong Nội kinh, Nạn kinh và sự tương đồng với Y học hiện đại*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 107-108.

70. **Phạm Hồng Vân** (2013), *Nghiên cứu đặc điểm huyệt thận du và hiệu quả của điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể thận hư*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

71. **Boyd B.S., Topp K.S., và Coppieters M.W.** (2013), Impact of movement sequencing on sciatic and tibial nerve strain and excursion during the straight leg raise test in embalmed cadavers. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*, **43**(**6**), trang 398-403.

72. **Rade M., Könönen M., Marttila J. và cộng sự** (2016), Correlation analysis of demographic and anthropometric factors, hip flexion angle and conus medullaris displacement with unilateral and bilateral straight leg raise. *European spine journal*, **25**, trang 724-731.

73. **Nguyễn Nhược Kim** (2011), *Lý luận Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, trang 88-96.

# 

# PHỤ LỤC

[PHỤ LỤC 1.](#_Toc187146705) [BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU i](#_Toc187146706)

[PHỤ LỤC 2.](#_Toc187146707) [ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY v](#_Toc187146708)

[PHỤ LỤC 3.](#_Toc187146709) [THANG ĐIỂM VAS vii](#_Toc187146710)

[PHỤ LỤC 4.](#_Toc187146711) [TIÊU CHUẨN CƠ SỞ viii](#_Toc187146712)

[PHỤ LỤC 5.](#_Toc187146713) [QUY TRÌNH SẢN XUẤT ix](#_Toc187146714)

[PHỤ LỤC 6.](#_Toc187146715) [CÁC HUYỆT ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA xvi](#_Toc187146716)

[PHỤ LỤC 7.](#_Toc187146717) [PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU xviii](#_Toc187146718)

PHỤ LỤC 1

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

***Tên đề tài: “Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh toạ do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng kết hợp thuốc thấp khớp hoàn P/H, điện châm***

***và siêu âm trị liệu”***

|  |  |
| --- | --- |
| **BỆNH VIỆN YHCT NGHỆ AN** | **Nhóm:**......................... |

**A. HÀNH CHÍNH**

1. Họ và tên bệnh nhân: …………………… Tuổi:……….Giới: ………
2. Địa chỉ:………………………………………………………………..
3. Điện thoại liên hệ:…………………………………………..…………..
4. Nghề nghiệp: ……………..

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

5. Ngày vào viện: …………...……….

6. Ngày ra viện:………………………

1. **YHHĐ**

**1.Lý do vào viện**:

Đau lưng lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân

Đau lưng lan xuống mặt trước ngoài đùi và cẳng chân

1. **Quá trình bệnh lý:**………………………………………………

a. Thời gian bị bệnh: …………………………………………….

b. Khởi phát: Từ từ: Đột ngột :

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

Nằm 1 tư thế kéo dài : Khác:

**3. Tiền sử:**

* Mắc bệnh cột sống:………………………………………………………
* Tiền sử các bệnh khác:…………………………………………………

**4. Khám YHHĐ:**

***4.1. Khám toàn thân:*** ……………………………………………………

***4.2. Khám bộ phận:***

a. Cơ Xương khớp:……………………………………………………

Điểm đau cạnh cột sống và cột sống:

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

Co cứng cơ cạnh sống:

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

Rối loạn vận động:

Rối loạn cảm giác:

Rối loạn phản xạ gân xương:

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

b. Tuần hoàn:…………………………………………………………….

c. Hô hấp:………………………………………………………………..

d. Tiêu hóa:………………………………………………………………

e. Cơ quan khác:………………………………………………………...

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

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

Hẹp khe đĩa đêm □ Khác □………………

**6. Chẩn đoán:…………………………………………………………**

**………………………………………………………………………**

**C. YHCT**

**1. Tứ chẩn**

*1.1. Vọng* chẩn: ………………………………………………………

*1.2. Văn chẩn:* ……………………………………………………….

*1.3. Vấn chẩn:* ……………………………………………………….

*1.4. Thiết chẩn:* ………………………………………………………

**2. Chẩn đoán**

***2****.1. Bát cương:* ………………………………………………………….

*2.2. Tạng phủ:* …………………………………………………………..

*2.3. Kinh lạc:* ……………………………………………………………

*2.4. Bệnh danh:* …………………………………………………………

*Thể bệnh:*………………………………………………………………..

**D. Đánh giá kết quả điều trị**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Đặc điểm** | **D0** | **D10** | **D20** |
| Mức độ đau theo VAS (điểm) |  |  |  |
| Schober (cm) |  |  |  |
| Lasegue (độ) |  |  |  |
| Độ gấp CSTL (độ) |  |  |  |
| Độ duỗi CSTL (độ) |  |  |  |
| Độ nghiêng CSTL (độ) |  |  |  |
| Điểm ODI (điểm) |  |  |  |

**Hiệu quả điều trị:**

Tốt □ Khá □ Trung bình □ Kém □

**THEO DÕI TRIỆU CHỨNG Y HỌC CỔ TRUYỀN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Triệu chứng** | **D0** | **D20** |
| Đau thắt lưng lan xuống mông, chân |  |  |
| Cảm giác tê bì, nặng nề |  |  |
| Ăn kém |  |  |
| Ngủ ít |  |  |
| Tiểu đêm |  |  |
| Lưỡi nhợt bệu |  |  |
| Mạch nhu hoãn |  |  |
| Mạch trầm nhược |  |  |

**THEO DÕI TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tác dụng không mong muốn** | **D0** | **D10** | **D20** |
| Vựng châm |  |  |  |
| Gãy kim |  |  |  |
| Nhiễm trùng |  |  |  |
| Chảy máu |  |  |  |
| Bỏng da |  |  |  |
| Sinh hốc |  |  |  |
| Đau đầu, chóng mặt |  |  |  |
| Mày đay, mẩn ngứa |  |  |  |
| Buồn nôn, nôn |  |  |  |
| Rối loạn tiêu hóa |  |  |  |

**Bác sĩ khám bệnh**

PHỤ LỤC 2

ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY

1. Họ tên: ……………………………………………Tuổi: …. Nam □ Nữ □

2. Nghề nghiệp: Lao động chân tay □ Lao động trí óc □

3. Địa chỉ: …………………………………………………………………….

4. Số điện thoại: ……………………………………………………………...

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Phần: Chăm sóc cá nhân** | **D0** | **D10** | **D20** |
| 🞎 Tự chăm sóc như bình thường mà không đau tăng lên | 0 | 0 | 0 |
| 🞎 Tự chăm sóc cho bản thân bình thường nhưng gây đau tăng lên | 1 | 1 | 1 |
| 🞎 Đau làm ảnh hưởng đến việc chăm sóc cá nhân, thường làm với tốc độ chậm và cẩn thận | 2 | 2 | 2 |
| 🞎 Cần sự giúp đỡ nhưng vẫn quản lý được hầu hết các việc chăm sóc bản thân | 3 | 3 | 3 |
| 🞎 Cần sự giúp đỡ hàng ngày trong hầu hết hoạt động chăm sóc bản thân | 4 | 4 | 4 |
| 🞎 Không mặc được quẩn áo, vệ sinh khó khăn và ở trên giường | 5 | 5 | 5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Phần: Nâng** | **D0** | **D10** | **D20** |
| 🞎 Có thể nâng một vật nặng mà không gây đau thêm | 0 | 0 | 0 |
| 🞎 Có thể nâng một vật nặng nhưng gây đau thêm | 1 | 1 | 1 |
| 🞎 Đau ngăn cản việc nâng vật nặng lên khỏi sàn, nhưng vẫn có thể làm được nếu vật được đặt ở vị trí thuận tiện, ví dụ trên một cái bàn | 2 | 2 | 2 |
| 🞎 Đau ngăn việc nâng vật nặng lên khỏi sàn, nhưng vẫn có thể nâng được vật nhẹ đến trung bình nếu vật đó được đặt ở vị trí thuận tiện | 3 | 3 | 3 |
| 🞎 Chỉ có thể nâng được vật với trọng lượng rất nhẹ | 4 | 4 | 4 |
| 🞎 Hoàn toàn không nâng hoặc nhấc được vật nào cả | 5 | 5 | 5 |

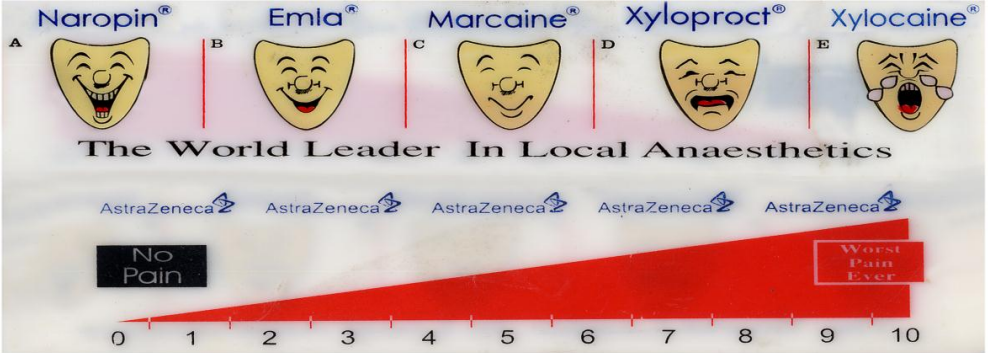
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Phần: Đi bộ** | **D0** | **D10** | **D20** |
| 🞎 Đau không ngăn cản tôi đi bộ được quãng đường dài | 0 | 0 | 0 |
| 🞎 Chỉ có thể đi được quãng đường dài 1,6km | 1 | 1 | 1 |
| 🞎 Chỉ có thể đi được quãng đường dài 800m | 2 | 2 | 2 |
| 🞎 Chỉ đi bộ với quãng đường 400m | 3 | 3 | 3 |
| 🞎 Chỉ có thể đi bộ dưới hỗ trợ của nạng hoặc gậy | 4 | 4 | 4 |
| 🞎 Nằm trên giường trong đa số thời gian | 5 | 5 | 5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Phần: Ngồi** | **D0** | **D10** | **D20** |
| 🞎 Có thể ngồi ở bất kỳ loại ghế nào miễn tùy thích | 0 | 0 | 0 |
| 🞎 Chỉ có thể ngồi được trên loại ghế yếu phù hợp làm cho tôi dễ chịu nhất | 1 | 1 | 1 |
| 🞎 Chỉ có thể ngồi được trong 1giờ | 2 | 2 | 2 |
| 🞎 Chỉ có thể ngồi được trong 30 phút | 3 | 3 | 3 |
| 🞎 Chỉ ngồi trong 10 phút | 4 | 4 | 4 |
| 🞎 Không thể ngồi được | 5 | 5 | 5 |

PHỤ LỤC 3

THANG ĐIỂM VAS

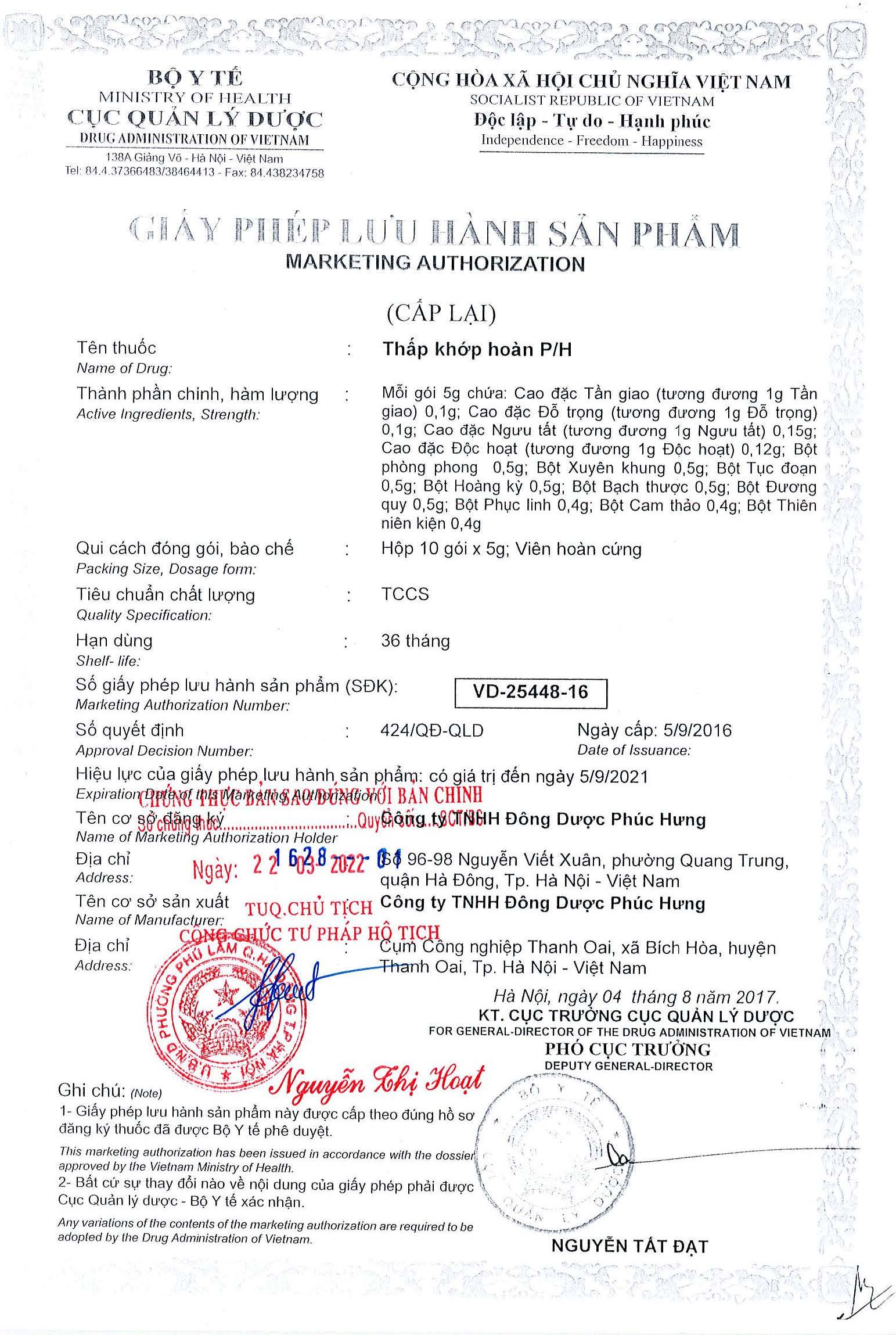
Thước đo VAS cấu tạo gồm hai mặt. Mặt giành cho bệnh nhân đánh giá ở phía trái ghi chữ “không đau” và phía phải ghi chữ “đau không chịu nổi”. Để bệnh nhân có thể xác nhận dễ hơn mức độ đau, sau này người ta đã gắn thêm vào mặt này hình ảnh thể hiện nét mặt tương ứng với các mức độ đau khác nhau. Bệnh nhân tự đánh giá bằng cách di chuyển con trỏ đến vị trí tương ứng với mức độ đau của mình. Mặt giành cho người đánh giá được chia thành 11 vạch đánh số từ 0 đến 10 (hoặc chia vạch từ 0 đến 100 mm). Sau khi bệnh nhân chọn vị trí con trỏ trên thước tương ứng với mức độ đau của họ người đánh giá xác nhận điểm đau VAS là khoảng cách từ điểm 0 đến vị trí con trỏ [40], [41].



***Hình. Thước đánh giá đau VAS.*** [41]

PHỤ LỤC 4

TIÊU CHUẨN CƠ SỞ



PHỤ LỤC 5

QUY TRÌNH SẢN XUẤT

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| qu¸ tr×nh ban hµnh vµ söa ®æi | | | | | | | |
| LÇn ban hµnh | Môc/vÞ trÝ söa ®æi | | Néi dung söa ®æi | | | | |
| 1 |  | | Ban hµnh lÇn ®Çu | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| N¬i nhËn | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
| Phßng NC - PT | | B¶n sao sè | | 2 |  |  |  |
| X­ëng s¶n xuÊt | | B¶n sao sè | | 7 |  |  |  |
| Phßng §BCL | | | | | B¶n gèc vµ b¶n sao sè | | 9 |
|  | | | | |  | |  |
| h×nh thøc l­u tr÷ | | | | | | | |
| V¨n b¶n: | | | | | | | |
| TËp tin: | | | | | | | |

1. tãm t¾t vÒ s¶n phÈm

* Tªn s¶n phÈm : ThÊp khíp hoµn P/H
* M· s¶n phÈm : T061
* D¹ng bµo chÕ : Viªn hoµn cøng.
* Quy c¸ch ®ãng gãi : Hép 10 gãi x 5g, thïng 72 hép.
* Sè ®¨ng ký : V1434-H12-10
* H¹n dïng : 24 th¸ng.
* N¬i s¶n xuÊt : C«ng ty TNHH §«ng d­îc Phóc H­ng.
* Cì l« : 80.000 gãi.
* Tiªu chuÈn : TCCS sè: 04B-08-09

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STT | ChØ tiªu | Yªu cÇu |
|  | H×nh thøc | Hoµn cøng, mµu n©u ®en, mïi th¬m cña d­îc liÖu, vÞ h¬i ®¾ng. |
|  | §é r· | Kh«ng qu¸ 60 phót. |
|  | §é Èm | Kh«ng qu¸ 9%. |
|  | §é ®ång ®Òu khèi l­îng | 5g ± 6% |
|  | §Þnh tÝnh | ChÕ phÈm ph¶i thÓ hiÖn phÐp thö ®Þnh tÝnh cña Ng­u tÊt, §­¬ng quy, Xuyªn khung, B¹ch th­îc. |
|  | §é nhiÔm khuÈn | §¹t møc 4, D§VN III, phô lôc 10.7 - Thö giíi h¹n ®é nhiÔm khuÈn. |

2. thµnh phÇn c«ng thøc

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tªn nguyªn liÖu** | **M· nguyªn liÖu** | **Tiªu chuÈn** | **Khèi l­îng/**  **1 gãi (g)** | **Khèi l­îng/**  **1 l« (kg)** |
|  | Cao ®Æc TÇn giao |  | §¹t TCCS | 0,1 | 8 |
|  | Cao ®Æc §ç träng |  | §¹t TCCS | 0,1 | 8 |
|  | Cao ®Æc Ng­u tÊt |  | §¹t TCCS | 0,15 | 12 |
|  | Cao ®Æc §éc ho¹t |  | §¹t TCCS | 0,12 | 9,6 |
|  | Bét Phßng phong |  | §¹t TCCS | 0,5 | 40 |
|  | Bét Phôc linh |  | §¹t TCCS | 0,4 | 32 |
|  | Bét Xuyªn khung |  | §¹t TCCS | 0,5 | 40 |
|  | Bét Tôc ®o¹n |  | §¹t TCCS | 0,5 | 40 |
|  | Bét Hoµng kú |  | §¹t TCCS | 0,5 | 40 |
|  | Bét B¹ch th­îc |  | §¹t TCCS | 0,5 | 40 |
|  | Bét Cam th¶o |  | §¹t TCCS | 0,4 | 32 |
|  | Bét §­¬ng quy |  | §¹t TCCS | 0,5 | 40 |
|  | Bét Thiªn niªn kiÖn |  | §¹t TCCS | 0,4 | 32 |
|  | MËt ong |  | §¹t D§VN III | 0,3 | 24 |
|  | Than ho¹t tÝnh |  | §¹t D§VN III | 0,02 | 1,6 |
|  | S¸p ong tr¾ng |  | §¹t D§VN III | 0,08 | 6,4 |

3. BAO B× §ãNG GãI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tªn bao b×** | **M· sè** | **Tiªu chuÈn** | **Sè l­îng** | |
| 1 | Mµng nh«m |  | TCCS | 572 | m2 |
| 2 | Hép thuèc + §¬n |  | TCCS | 8.000 | bé |
| 3 | Tem ®¶m b¶o Φ2cm |  | TCCS | 16.000 | C¸i |
| 4 | PhiÕu ®ãng gãi |  | TCCS | 112 | C¸i |
| 5 | Thïng carton + lãt |  | TCCS | 112 | C¸i |
| 6 | B¨ng dÝnh |  | TCCS | 02 | Cuén |

4. s¶n xuÊt

**4.1. ThiÕt bÞ s¶n xuÊt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Tªn m¸y mãc, thiÕt bÞ** | **M· sè** |
|  | C©n ®ång hå 100kg |  |
|  | C©n ®iÖn tö 200g |  |
|  | Thïng inox 150 lÝt |  |
|  | M¸y xay |  |
|  | M¸y r©y |  |
|  | M¸y trén lËp ph­¬ng |  |
|  | Nåi bao nguéi |  |
|  | Tñ sÊy |  |
|  | M¸y ®ãng gãi |  |
|  | M¸y gÊp ®¬n |  |
|  | M¸y in phun |  |

**4.2. S¬ ®å qu¸ tr×nh s¶n xuÊt**

C©n nguyªn liÖu

ChuÈn bÞ

hçn hîp bét kÐp

ChuÈn bÞ

t¸ d­îc dÝnh

MËt ong + n­íc

G©y nh©n

Bao viªn

Bao ¸o (bao mµu)

Bao bãng

§ãng hép

§ãng tói

§ãng hép

§ãng thïng carton

KiÓm nghiÖm

b¸n thµnh phÈm

KiÓm nghiÖm

thµnh phÈm

NhËp kho

Bét d­îc liÖu

Cao ®Æc d­îc liÖu

**4.3. M« t¶ qu¸ tr×nh s¶n xuÊt**

* ChuÈn bÞ tr­íc khi chÕ biÕn:
* KiÓm tra dän quang d©y truyÒn theo Quy tr×nh dän quang d©y truyÒn.
* Nguyªn liÖu sau khi nhËn tõ kho vÒ ®­îc xö lý bao b× ngoµi theo quy ®Þnh, chuyÓn vµo phßng c©n.
* C©n nguyªn liÖu theo c«ng thøc, sai sè phÐp c©n cho phÐp 0,3%.
  + ChuÈn bÞ hçn hîp bét kÐp:
* Cho lÇn l­ît bét Phßng phong, Phôc linh, Xuyªn khung, Tôc ®o¹n, Hoµng kú, B¹ch th­îc, Cam th¶o, §­¬ng quy, Thiªn niªn kiÖn vµo m¸y trén lËp ph­¬ng theo nguyªn t¾c ®ång l­îng.
* BËt m¸y trén ®Òu kho¶ng 15 phót, tèc ®é 15 vßng/phót ®­îc hçn hîp bét kÐp ®ång nhÊt. Chia ®Òu l­îng bét nµy cho 4 mÎ nhµo trén víi cao d­îc liÖu, mçi mÎ kho¶ng 84kg.
* Cho 20 lÝt n­íc vµo nåi gia nhiÖt hai vá, bËt gia nhiÖt cho ®Õn khi s«i, thªm lÇn l­ît cao ®Æc TÇn giao, §ç träng, Ng­u tÊt, §éc ho¹t, khuÊy ®Òu cho ®Õn khi cao tan hÕt t¹o thµnh cao láng ®ång nhÊt. Chia ®Òu l­îng cao nµy cho 4 mÎ nhµo trén víi bét d­îc liÖu, mçi mÎ kho¶ng 13kg.
* Cho hçn hîp bét kÐp cña tõng mÎ vµo m¸y nhµo, thªm cao láng, bËt m¸y trén ®Òu kho¶ng 15 phót ®­îc khèi Èm ®ång nhÊt.
* SÊy khèi bét Èm trong tñ sÊy h¬i ë nhiÖt ®é 60-700C cho ®Õn kh«, ®é Èm kh«ng qu¸ 9%.
* Trong qu¸ tr×nh sÊy, th­êng xuyªn ®¶o khay cho kh« ®Òu.
* Xay khèi bét ®· ®­îc sÊy kh« qua r©y 1,2mm. §ùng bét trong thïng nhùa cã lãt s½n tói nylon, ghi nh·n b¸n thµnh phÈm.
* ChuÈn bÞ t¸ d­îc dÝnh:
* Cø 1kg mËt ong pha víi 7 lÝt n­íc, chØ pha tr­íc khi sö dông.
  + G©y nh©n:
* LÊy 160kg bét vµ 42kg t¸ d­îc dÝnh, chia ®Òu cho 6 mÎ g©y nh©n.
* TiÕn hµnh g©y nh©n trªn nåi bao nguéi. VËn hµnh theo Quy tr×nh vËn hµnh nåi bao nguéi.
* Cho tõng l­îng nhá hçn hîp bét kÐp vµo nåi bao, bËt m¸y cho quay ®Òu råi thªm t¸ d­îc dÝnh vµo. Cø lµm nh­ vËy cho ®Õn khi hÕt bét.
* LÊy nh©n ra khái nåi bao, sÊy kh« ë 50-600C kho¶ng 5-6 giê.
  + Bao viªn:
* Mçi l« ®­îc chia ra lµm 10 mÎ bao viªn.
* Dïng sµng cã kÝch cì kh¸c nhau ®Ó ph©n lo¹i nh©n.
* Cho nh©n vµo nåi bao, r¾c bét vµ phun t¸ d­îc dÝnh vµo, cø nh­ vËy cho ®Õn khi viªn cã ®­êng kÝnh kho¶ng 3,5 - 4,0mm.
* SÊy viªn ë nhiÖt ®é kho¶ng 450C cho ®Õn kh«, ®é Èm kh«ng qu¸ 9%.
  + Bao ¸o (bao mµu):
* Mçi l« ®­îc chia lµm 6 mÎ bao ¸o. Cho kho¶ng 70kg viªn méc vµo nåi bao, bËt m¸y, phun t¸ d­îc dÝnh vµo viªn cho ­ít ®Òu råi thªm than ho¹t tÝnh, cø nh­ vËy cho ®Õn khi viªn cã mµu s¾c ®ång nhÊt.
* SÊy viªn ë nhiÖt ®é kho¶ng 450C cho ®Õn kh«, ®é Èm kh«ng qu¸ 9%.
* §ùng viªn trong thïng nhùa cã lãt s½n tói nylon, ghi nh·n b¸n thµnh phÈm.
  + Bao bãng:
* Viªn võa sÊy xong vµ cßn nãng, cho viªn vµo nåi bao, mçi mÎ kho¶ng 40kg, d­íi nåi bao cã bÕp ®iÖn. BËt c«ng t¾c cho nåi bao quay ®Òu. Khi viªn nãng ®Òu, cho l­îng s¸p ong ®· nghiÒn nhá cña tõng mÎ vµo nåi bao (kho¶ng 600g). TiÕn hµnh bao cho ®Õn khi s¸p ong nãng ch¶y vµ b¸m ®Òu vµo viªn (kho¶ng 5 phót).
* LÊy viªn ra khái nåi bao, ®Ó nguéi, ®ùng viªn trong thïng nhùa cã lãt s½n tói nylon, ghi nh·n b¸n thµnh phÈm.
* LÊy mÉu kiÓm nghiÖm b¸n thµnh phÈm. Khi cã kÕt qu¶ kiÓm nghiÖm b¸n thµnh phÈm ®¹t yªu cÇu, chuyÓn sang giai ®o¹n ®ãng tói.
  + §ãng tói:
* KiÓm tra dän quang d©y truyÒn theo Quy tr×nh dän quang d©y truyÒn.
* KiÓm nhËn bao b× tõ kho bao b× vÒ tæ thµnh phÈm.
* VËn hµnh m¸y theo Quy tr×nh vËn hµnh m¸y ®ãng tói.
* Cho thuèc lªn phÔu tiÕp liÖu, c¨n chØnh m¸y sao cho khèi l­îng gãi ®¹t 5g ± 6%.
* Trong qu¸ tr×nh ®ãng tói, th­êng xuyªn kiÓm tra h×nh thøc, khèi l­îng gãi 30 phót/lÇn. KiÓm tra ®é kÝn gãi 60 phót/lÇn.
* §ùng tói trong thïng nhùa cã lãt s½n tói nylon, ghi nh·n b¸n thµnh phÈm.
  + §ãng hép
* In sè kiÓm so¸t lªn gãi, hép. VËn hµnh m¸y theo Quy tr×nh vËn hµnh m¸y in phun.
* GÊp ®¬n trªn m¸y gÊp ®¬n, vËn hµnh theo quy tr×nh vËn hµnh m¸y gÊp ®¬n.
* §ãng hép 10 gãi, cã kÌm theo tê h­íng dÉn sö dông thuèc.
* D¸n tem ®¶m b¶o lªn n¾p hép.
  + §ãng thïng carton:
* §ãng 72 hép trong 1 thïng carton, bá phiÕu ®ãng gãi vµo trong thïng, råi d¸n n¾p thïng.
* LÊy mÉu kiÓm nghiÖm thµnh phÈm. Khi cã kÕt qu¶ kiÓm nghiÖm thµnh phÈm ®¹t yªu cÇu, chuyÓn kho thµnh phÈm chê ph©n phèi.
* §¸nh gi¸ s¶n l­îng cuèi cïng. Yªu cÇu s¶n l­îng ®¹t 98,0% - 101,0%. NÕu s¶n l­îng n»m ngoµi giíi h¹n cho phÐp, ph¶i gi¶i thÝch trong hå s¬ l«.
* KÑp phiÕu xuÊt x­ëng thµnh phÈm vµo hå s¬ l«.

5. tµi liÖu kÌm theo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tªn** | **M· sè** | **Ghi chó** |
|  | Hå s¬ chÕ biÕn l« ThÊp khíp hoµn P/H | FMT061-01 |  |
|  | Hå s¬ ®ãng gãi l« ThÊp khíp hoµn P/H | PKT061-01 |  |

6. L­u hå s¬

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tªn** | **N¬i l­u** | **Thêi gian l­u** | **L­u ý khi hñy bá** |
|  | Hå s¬ chÕ biÕn l« ThÊp khíp hoµn P/H | Phßng §BCL | 2 n¨m sau khi hÕt h¹n dïng cña thuèc | C¾t nhá |
|  | Hå s¬ ®ãng gãi l« ThÊp khíp hoµn P/H | Phßng §BCL | 2 n¨m sau khi hÕt h¹n dïng cña thuèc | C¾t nhá |

- hÕt tµi liÖu -

PHỤ LỤC 6

CÁC HUYỆT ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA

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

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

* ***Vị trí các huyệt được sử dụng nếu đau theo kinh Đởm***

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

PHỤ LỤC 7

|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ NGHỆ AN  **BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập- Tự do- Hạnh phúc** |

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

***“Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh toạ do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng kết hợp thuốc thấp khớp hoàn P/H, điện châm và siêu âm trị liệu”***

**Họ và tên đối tượng:**…………………………………………………………

**Tuổi:** ………………………………………………………………………….

**Địa chỉ:** ……………………………………………………………………….

**Điện thoại (nếu có):** ………………………………………………………….

Sau khi được cán bộ nghiên cứu thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và thông tin chi tiết của nghiên cứu liên quan đến đối tượng tham gia vào nghiên cứu. Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu này (hoặc đồng ý lấy máu/nước tiểu……để xét nghiệm). Tôi xin tuân thủ các qui định của nghiên cứu.

*Nghệ An, ngày…..tháng …..năm 202…*

**Họ tên của đối tượng**

(Ký và ghi rõ họ tên)

