

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ NGỌC KHÁNH

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP
PHÙ CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT
ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH HÔNG TO
DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG**

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA II

HÀ NỘI – 2024

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ NGỌC KHÁNH

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP
PHÙ CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT
ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH HÔNG TO
DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG**

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA II

Chuyên ngành: Y học Cổ truyền

**Người hướng dẫn khoa học:
PGS.TS. NGUYỄN ĐỨC MINH**

HÀ NỘI – 2024

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin được gửi lời cảm ơn đến Đảng uỷ, Ban Giám đốc Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam, Phòng đào tạo sau đại học, các Phòng ban, Bộ môn của học viện, là nơi trực tiếp đào tạo, hướng dẫn, giúp đỡ tôi rất tận tình trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Đặc biệt tôi xin bày tỏ lòng kính trọng biết ơn sâu sắc tới thầy hướng dẫn khoa học PGS.TS. Nguyễn Đức Minh, thầy đã luôn tận tình, hướng dẫn, chỉ bảo, giúp đỡ, động viên tôi trong suốt quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Nhân dịp này tôi xin được chân thành cảm ơn đến Hội đồng luận văn, Hội đồng đạo đức đã đóng góp những ý kiến quý báu giúp tôi hoàn thành luận văn.

Tôi cũng xin bày tỏ lòng biết ơn tới Ban Giám Đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, cùng toàn thể các cán bộ nhân viên Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông, Bệnh viện Đa khoa huyện Bảo Thắng tỉnh Lào Cai đã giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và thực hiện nghiên cứu. Tôi vô cùng biết ơn gia đình, bạn bè, anh chị em đồng nghiệp và tập thể lớp chuyên ngành Y học cổ truyền đã động viên, khích lệ, giúp đỡ và đồng hành cùng tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu khoa học và hoàn thành luận văn này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2024

Học viên

Đỗ Ngọc Khánh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Đỗ Ngọc Khánh**, học viên lớp Chuyên khoa II, khóa 8 chuyên ngành YHCT - Học Viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của thầy **PGS.TS. Nguyễn Đức Minh**.
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, thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực, khách quan, đã được xác nhận và chấp nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2024

Người viết cam đoan

Đỗ Ngọc Khánh

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
BMI	Body Mass Index
CLS	Cận lâm sàng
CLVT	Cắt lớp vi tính
CSTL	Cột sống thắt lưng
D0	Thời điểm trước điều trị
D3	Sau điều trị 3 ngày
D7	Sau điều trị 7 ngày
D15	Sau điều trị 15 ngày
FSN	Fu's subcutaneous needling (Phương pháp Phù châm)
TKHT	Thần kinh hông to
ICD-10	International Classification of Diseases (Phân loại thống kê quốc tế về các bệnh tật và vấn đề sức khỏe liên quan)
MTrP	Điểm kích hoạt
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Chụp cộng hưởng từ)
NC	Nghiên cứu
ĐC	Đối chứng
ODI	Oswestry Disability Index (Bộ câu hỏi đánh giá hạn chế sinh hoạt hằng ngày do đau lưng)
THCSTL	Thoái hóa cột sống thắt lưng
TVĐ	Tâm vận động
VAS	Visua Analogue Scale (thang điểm đánh giá mức độ đau)
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt
YHCT	Y học cổ truyền
YHĐ	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Đau thần kinh hông to theo y học hiện đại.....	3
1.1.1. Giải phẫu, sinh lý thần kinh hông to	3
1.1.2. Định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị đau thần kinh hông to	4
1.2. Đau thần kinh hông to theo y học cổ truyền.....	10
1.2.1. Bệnh danh.....	10
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế gây bệnh	10
1.2.3. Các thể lâm sàng và phương pháp điều trị.....	11
1.3. Tổng quan về phương pháp phù châm	14
1.3.1. Đại cương	14
1.3.2. Nguồn gốc và lịch sử phát triển	15
1.3.3. Khái quát cơ sở sinh lý học của phương pháp phù châm.....	16
1.3.4. Chỉ định của phương pháp phù châm.....	22
1.3.5. Kỹ thuật Phù châm	22
1.4. Tổng quan về điện châm.....	23
1.4.1. Định nghĩa	23
1.4.2. Nguyên lý điện châm	23
1.4.3. Cơ chế tác dụng của điện châm.....	24
1.4.4. Chỉ định và chống chỉ định của điện châm.	24
1.5. Tổng quan về xoa bóp bấm huyệt.....	25
1.5.1. Định nghĩa:.....	25
1.5.2. Tác dụng:.....	25
1.5.3. Chỉ định và chống chỉ định của xoa bóp bấm huyệt	26
1.5.4. Những thủ thuật xoa, bấm huyệt cơ bản.	26

1.6. Các nghiên cứu điều trị đau thần kinh hông to bằng y học cổ truyền và Phù châm.....	28
1.6.1. Nghiên cứu tại Việt Nam	28
1.6.2. Nghiên cứu trên thế giới.....	33
1.6.3. Các nghiên cứu về Phù châm	33
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	36
2.1. Đối tượng nghiên cứu:	36
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	36
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.....	37
2.2. Chất liệu nghiên cứu.	37
2.2.1. Nhóm nghiên cứu.	37
2.2.2. Nhóm đối chứng.....	38
2.3. Phương tiện nghiên cứu.....	38
2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	38
2.5. Phương pháp nghiên cứu.....	38
2.5.1. Thiết kế nghiên cứu.....	38
2.5.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu	39
2.5.3. Quy trình nghiên cứu.	39
2.5.4. Các chỉ số và biến số nghiên cứu	39
2.5.5. Tiêu chuẩn lượng giá kết quả.....	40
2.6. Phương pháp xử lý số liệu	45
2.7. Sai số và cách không chế sai số	45
2.7.1. Các loại sai số.....	45
2.7.2. Các biện pháp không chế sai số	45
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu	45
Chương 3. KẾT QUẢ.....	48
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	48
3.1.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi	48

3.1.2. Đặc điểm bệnh nhân theo giới tính.....	48
3.1.3. Đặc điểm bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	49
3.1.4. Đặc điểm bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	50
3.1.5. Đặc điểm bệnh nhân theo BMI.....	50
3.1.6. Đặc điểm tổn thương cột sống thắt lưng trên phim X-quang.....	51
3.1.7. Đặc điểm các chỉ số lâm sàng trước điều trị.....	51
3.2. Kết quả nghiên cứu	52
3.2.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS	52
3.2.2. Sự thay đổi độ giãn cột sống thắt lưng	54
3.2.3. Sự thay đổi tầm vận động cột sống thắt lưng	56
3.2.4. Kết quả cải thiện nghiệm pháp Lasègue sau điều trị	59
3.2.5. Sự thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm ODI	61
3.2.6. Đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng theo YHCT.....	63
3.2.7. Tác dụng không mong muốn.....	64
3.2.8. Đánh giá chung kết quả điều trị.....	65
3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.....	66
3.3.1. Yếu tố tuổi.....	66
3.3.2. Yếu tố giới tính	66
3.3.3. Yếu tố nghề nghiệp	67
3.3.4. Yếu tố thời gian mắc bệnh	67
3.3.5. Yếu tố kết quả phim X-quang thoái hóa cột sống thắt lưng	68
3.3.6. Yếu tố BMI	69
Chương 4. BÀN LUẬN	70
4.1. Bàn luận về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	70
4.1.1. Đặc điểm về tuổi	70
4.1.2. Đặc điểm về giới	72
4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp.....	74
4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	75

4.1.5. Phân bố bệnh nhân theo BMI.....	77
4.1.6. Đặc điểm trên phim X-quang.....	78
4.1.7. Đặc điểm các chỉ số lâm sàng trước điều trị.....	78
4.2. Bàn luận về tác dụng của phương pháp Phù châm trên bệnh nhân đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống.....	79
4.2.1. Sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS.....	79
4.2.2. Sự cải thiện độ giãn thắt lưng theo nghiệm pháp Schober.....	82
4.2.3. Sự thay đổi tầm vận động gấp cột sống thắt lưng tại các thời điểm nghiên cứu.....	86
4.2.4. Cải thiện về nghiệm pháp Lasergue sau điều trị.....	90
4.2.5. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Owstri Disability Index.....	92
4.2.6. Đánh giá mức độ thay đổi các triệu chứng theo YHCT.....	95
4.2.7. Bàn luận về các tác dụng không mong muốn.....	98
4.2.8. Đánh giá kết quả điều trị chung.....	99
4.3. Về một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị.....	101
4.3.1. Tuổi.....	101
4.3.2. Giới tính.....	102
4.3.3. Nghề nghiệp:.....	103
4.3.4. Thời gian mắc bệnh.....	103
4.3.5. Yếu tố tổn thương do thoái hóa cột sống thắt lưng trên X-quang.....	104
4.3.6. Yếu tố BMI.....	105
KẾT LUẬN.....	106
KIẾN NGHỊ.....	108
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Chẩn đoán định khu rễ thần kinh tổn thương	9
Bảng 1.2 Thành phần của mô liên kết lỏng lẻo	17
Bảng 2.1. Phân loại mức độ đau và cách cho điểm dựa vào điểm VAS.	41
Bảng 2.2. Cách đánh giá điểm dựa vào chỉ số Schober	41
Bảng 2.3. Cách đánh giá điểm dựa vào nghiệm pháp Lassegue.....	42
Bảng 2.4. Cách đánh giá tầm vận động cột sống thắt lưng.....	43
Bảng 2.5. Cách đánh giá điểm dựa theo chỉ số ODI.....	44
Bảng 2.6. Phân loại kết quả điều trị chung	44
Bảng 3.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	48
Bảng 3.2 Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	49
Bảng 3.3 Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	50
Bảng 3.4 Phân bố bệnh nhân theo BMI	50
Bảng 3.5 Đặc điểm tổn thương cột sống thắt lưng trên phim X-quang	51
Bảng 3.6 Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng trước điều trị	51
Bảng 3.7 Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS	52
Bảng 3.8 Sự thay đổi mức độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober	54
Bảng 3.9 Kết quả thay đổi tầm vận động gập	56
Bảng 3.10. Kết quả thay đổi tầm vận động duỗi.....	57
Bảng 3.11. Sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đau	58
Bảng 3.12. Mức độ cải thiện nghiệm pháp Lassegue sau điều trị	59
Bảng 3.13. Sự thay đổi mức điểm theo ODI.....	61
Bảng 3.14. Sự thay đổi mức độ hạn chế theo mức điểm ODI	62
Bảng 3.15 Kết quả cải thiện chứng trạng theo YHCT sau 7 và 15 ngày điều trị	63
Bảng 3.16 Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.....	64

Bảng 3.17. Ảnh hưởng của yếu tố tuổi đến kết quả điều trị tại thời điểm D15	66
Bảng 3.18. Ảnh hưởng của yếu tố giới đến kết quả điều trị tại thời điểm D15	66
Bảng 3.19. Ảnh hưởng của yếu tố nghề nghiệp đến kết quả điều trị tại thời điểm D15	67
Bảng 3.20. Ảnh hưởng của yếu tố thời gian bị bệnh đến kết quả điều trị tại thời điểm D15.....	67
Bảng 3.21. Ảnh hưởng của yếu tố kết quả trên phim X-quang đến kết quả điều trị tại thời điểm D15	68
Bảng 3.22. Ảnh hưởng của yếu tố BMI đến kết quả điều trị tại thời điểm D15	69

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Sơ đề nghiên cứu.....	47
Biểu đồ 3.1 Phân bố bệnh nhân theo giới tính.....	49
Biểu đồ 3.2 Kết quả thay đổi chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm.....	53
Biểu đồ 3.3. Kết quả thay đổi độ giãn CSTL.....	55
Biểu đồ 3.4. Kết quả thay đổi chỉ số Lassegue trung bình	59
Biểu đồ 3.5 Kết quả chung sau ngày điều trị	65
Biểu đồ 3.6. Kết quả điều trị chung sau 15 ngày điều trị	65

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1. Đường đi và chi phối của dây thần kinh hông to	3
Hình 1.2. Lớp dưới da	17
Hình 2.1. Thước đo thang điểm VAS	40
Hình 2.2. Thước đo tâm vận động khớp	42

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh hông to (TKHT) là chứng đau ở rễ thần kinh thắt lưng L5 và cùng S1 với đặc tính đau lan theo đường đi của dây thần kinh hông to [1], [2].

Bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra, gặp chủ yếu ở tuổi từ 30 đến 60 tuổi, nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 3 lần [3], [4]. Bệnh chiếm tỷ lệ khá cao trong các bệnh cơ, thần kinh. Theo Trần Ngọc Ân, tỷ lệ bệnh nhân bị đau thần kinh hông to chiếm 11,4% bệnh nhân điều trị tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991 - 2000), bệnh đứng thứ hai sau viêm khớp dạng thấp [5]. Ở Anh, tỷ lệ thống kê bệnh nhân mắc đau thần kinh hông to là 3,1% ở nam và 1,3% ở nữ giới [6]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Hồ Phạm Thục Lan năm 2016 cho thấy 44% người trưởng thành đã từng có ít nhất một lần đau thần kinh hông to hông trong đời [7].

Đau TKHT là bệnh lý mạn tính, tuy không gây tử vong cho người bệnh nhưng dai dẳng gây cho bệnh nhân cảm giác khó chịu, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống cũng như khả năng lao động và sinh hoạt. Tùy theo từng nguyên nhân, YHHĐ có thể áp dụng các phương pháp điều trị thích hợp như dùng thuốc chống viêm giảm đau, thuốc giãn cơ kết hợp với chiếu tia hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm, kéo giãn cột sống thắt lưng để điều trị... [4], [8], [9]. Tuy nhiên, bên cạnh những tác dụng tích cực thì những phương pháp này còn có những hạn chế nhất định như đau dạ dày, ảnh hưởng chức năng gan thận, ... Vì vậy việc nghiên cứu điều trị đau thần kinh hông to ứng dụng các phương pháp điều trị bằng YHCT đang là xu thế rất được quan tâm do ít gây tác dụng phụ mà vẫn mang lại hiệu quả điều trị cao.

Theo YHCT đau dây thần kinh hông to có bệnh danh là “tọa cốt phong” [10]. YHCT có nhiều phương pháp điều trị bệnh như: châm cứu, chiếu đèn hồng ngoại, xoa bóp bấm huyệt, tác động cột sống, thuốc thảo dược ... [10],

[11], [12]. Đã có nhiều nghiên cứu trong việc phối hợp các phương pháp chữa bệnh của YHCT trong điều trị đau thần kinh hông to mang lại hiệu quả tốt hơn. Vì vậy, việc tìm thêm một phương pháp kết hợp tối ưu mang lại hiệu quả cao cho người bệnh, nhưng lại thuận tiện, dễ thực hiện cho nhân viên y tế, đồng thời làm giảm bớt gánh nặng thời gian, kinh tế cho người bệnh và xã hội là điều thật sự cần thiết.

Trong những năm gần đây, các nghiên cứu về châm cứu có nhiều đột phá, nhiều phương pháp tân châm đã ra đời, một trong số đó là phương pháp Phù châm được phát minh bởi Tiến sĩ Phù Trung Hoa từ năm 1996.

Phù châm là sự giao thoa giữa những hiểu biết mới của YHHĐ về châm cứu với lý luận sâu sắc của YHCT. Phương pháp này đã được ứng dụng ở nhiều quốc gia trên thế giới như Trung Quốc, Anh và một số nước châu Âu [13], [14]. Phương pháp Phù châm có nhiều ưu điểm như: thao tác đơn giản, ít kim, không đau, an toàn và có hiệu quả nhanh chóng [15], [16], [17]

Ở Việt Nam, hiện nay chưa có bất kỳ một nghiên cứu nào đánh giá tác dụng của phương pháp Phù châm trong điều trị đau thần kinh hông to. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá tác dụng của phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống”** với hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá tác dụng của phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thể can thận hư kèm phong hàn thấp.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

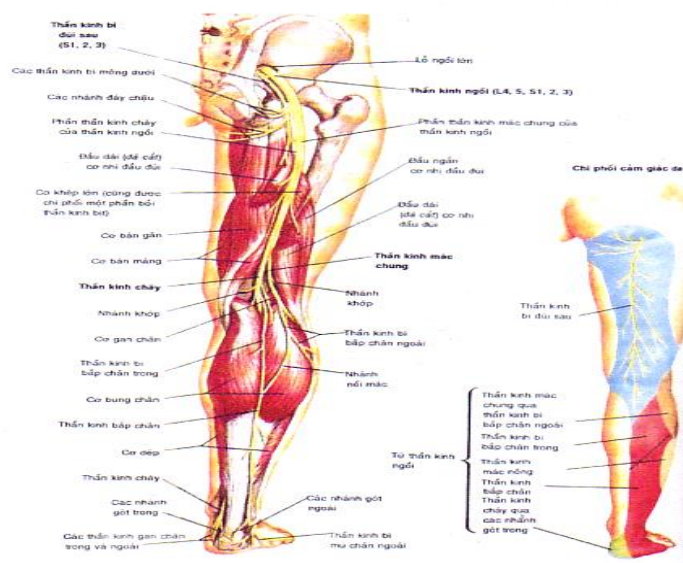
1.1. Đau thần kinh hông to theo y học hiện đại

1.1.1. Giải phẫu, sinh lý thần kinh hông to

Dây thần kinh hông to là dây hỗn hợp, xuất phát từ đám rối thần kinh thắt lưng cùng, được tạo nên bởi hai rễ chính là rễ thắt lưng 5 (L_5), rễ cùng 1 (S_1) và các rễ phụ là rễ thắt lưng 4 (L_4), cùng 2 (S_2), cùng 3 (S_3) [1], [18], [19]. Sau khi đi qua nhiều đốt sống tương quan tới lỗ tiếp hợp, các rễ hợp lại thành dây thần kinh hông to.

Dây thần kinh hông kheo ngoài chứa các sợi thuộc rễ L_5 , đi xuống mu chân và kết thúc ở ngón cái. Nó chi phối vận động các cơ ở cẳng chân trước ngoài, thực hiện các động tác duỗi ngón chân, đi trên gót chân và là dây cảm giác của vùng trước ngoài cẳng chân, mắt cá ngoài, mu bàn chân đến ngón 1-2-3.

Dây thần kinh hông kheo trong chứa các sợi thuộc rễ S_1 , đi tới mắt cá trong, chui xuống gan bàn chân và kết thúc ở ngón út. Nó chi phối vận động các cơ cẳng chân sau, thực hiện các động tác gấp ngón chân, đi trên đầu ngón chân, là dây cảm giác của mặt sau cẳng chân, gan chân và ngón 4-5.



Hình 1.1. Đường đi và chi phối của dây thần kinh hông to [20]

Dây TKHT chi phối các động tác như duỗi háng, gập đầu gối, ngồi xổm, gập bàn chân, kiễng gót chân hay kiễng ngón chân, góp phần làm nên các động tác đi, đứng, ngồi của hai chân [18], [20].

1.1.2. Định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị đau thần kinh hông to

1.1.2.1. Định nghĩa

Đau thần kinh hông to được định nghĩa là một hội chứng thần kinh có đặc điểm chủ yếu là đau lan theo đường đi của dây thần kinh hông to và các nhánh của nó: Đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt sau đùi xuống cẳng chân, lan ra ngón cái hoặc ngón út (tùy theo rễ bị đau) [1], [2], [21].

1.1.2.2. Nguyên nhân - cơ chế gây đau dây thần kinh hông to.

*** Nguyên nhân:**

Có nhiều nguyên nhân gây đau TKHT, nhưng chủ yếu do tổn thương ở cột sống thắt lưng [3],[4].

- Đau TKHT do chèn ép rễ: Phổ biến nhất là thoát vị đĩa đệm, chiếm 60% đến 90% các trường hợp. Thoát vị đĩa đệm gây chèn ép trực tiếp lên rễ thần kinh, gây kích thích cơ học và kèm theo rối loạn cảm giác vùng da mà rễ thần kinh đó chi phối.

- Thoái hóa cột sống thắt lưng: tổn thương cơ bản là tình trạng lão hóa của mô sụn, gây tổn thương sụn khớp và đĩa đệm cột sống, thay đổi phần xương dưới sụn và mọc gai xương, gây cho bệnh nhân cảm giác đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng và không có biểu hiện viêm. Có thể gặp thoái hóa ở thân đốt sống gây hẹp lỗ ghép (do mọc gai xương, hẹp đĩa đệm), trượt thân đốt (do mỏm khớp thoái hóa nặng, dây chằng lỏng lẻo) và hẹp ống sống; thoái hóa xương sụn đốt sống, thoái hóa đĩa đệm.

- Các bất thường cột sống thắt lưng - cùng:

* **Cơ chế:** Theo Hồ Hữu Lương và một số tác giả khác, đau thần kinh hông to - hông thường có 5 cơ chế sau [21]

- Do sự xung đột đĩa - rỗ: do lõi đĩa đệm, hoặc thoát vị đĩa đệm chèn ép rễ thần kinh hông.

- Hẹp ống sống nguyên phát hoặc thứ phát do hậu quả của hư đĩa đệm gây chèn ép rễ thần kinh kế cận liên quan.

- Hẹp lỗ ghép do chiều cao khoang gian đốt bị giảm gây chèn ép rễ thần kinh chui qua lỗ ghép.

- Vòng sợi và nhân nhầy đĩa đệm bị xô đẩy, rách vỡ, gây nên phản ứng viêm ngoài màng cứng (vô khuẩn) cũng làm cho rễ thần kinh bị viêm dính.

- Viêm màng nhện cục bộ khu vực thắt lưng cũng do hậu quả của quá trình thoái hoá đĩa đệm cũng gây viêm dính vô khuẩn tới rễ thần kinh.

1.1.2.3. Triệu chứng đau thần kinh hông to.

*** Triệu chứng lâm sàng**

- *Đau*: thường xuất hiện sau một chấn thương hay gắng sức của cột sống. Thường lúc đầu đau lưng, sau đau lan xuống mông, mặt sau đùi, cẳng chân, bàn và ngón chân (hướng lan tùy theo rễ nào bị kích thích). Đau như điện giật, đau tăng khi: đứng lâu, ngồi lâu, ho, hắt hơi, khi thay đổi thời tiết, giảm khi nằm yên. Có thể đau một hoặc hai bên (hay gặp đau một bên nhiều hơn).

Kèm theo đau bệnh nhân có thể xuất hiện cảm giác tê bì, kiến bò vùng mặt sau đùi, cẳng chân [22], [23].

- *Hội chứng cột sống*:

+ Bệnh nhân trong tư thế chống đau, người lệch sang bên lành do phản ứng co cứng các cơ cạnh sống.

+ Cột sống mất đường cong sinh lý hoặc gù vẹo.

+ Điềm đau cột sống: ấn hoặc gõ lên các móm gai sau đốt sống của bệnh nhân phát hiện được điềm đau. Trường hợp tổn thương rễ thần kinh thường có điềm đau ở cột sống tương ứng.

+ Co cứng cơ cạnh sống thắt lưng: Quan sát bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng hoặc nghiêng, cơ bên bị co cứng sẽ nổi vồng lên, khi sờ nắn, ấn tay thấy khối cơ căng chắc.

+ Độ giãn cột sống thắt lưng (dấu hiệu Schober) giảm: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60^0 , đánh dấu vị trí A ngang mức khớp cột sống thắt lưng cùng (L5-S1), sau đó đánh dấu điểm B phía trên điểm A 10cm. Bảo bệnh nhân cúi tối đa, hai chân duỗi thẳng tại khớp gối và đo lại khoảng cách giữa hai điểm A và B. Chỉ số Schober = số đo lần 1/số đo lần 2. Người bình thường khoảng cách giữa 2 điểm A - B tăng ít nhất 4cm (Schober khoảng từ 14/10 đến 15/10). Chỉ số Schober giảm nếu khoảng cách A - B tăng $<4\text{cm}$ ($<14/10$) chứng tỏ có giảm vận động cột sống thắt lưng [2], [4].

+ Tầm hoạt động của CSTL: Yêu cầu bệnh nhân cúi, ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái, xoay và quan sát thấy tầm hoạt động bị hạn chế. Dùng thước đo tầm vận động để đánh giá hạn chế vận động của CSTL. Bình thường độ duỗi 30^0 , gấp 75^0 , nghiêng từng bên 30^0 , quay từng bên 25^0 . Đánh giá tầm vận động của CSTL ở 3 tư thế duỗi, gấp, nghiêng.

- Hội chứng rễ thần kinh hông to:

+ Điểm đau cạnh sống: Ấn tại các điểm cách đường liên móm gai khoảng 2cm. Các rễ thần kinh bị tổn thương sẽ có cảm giác đau khi thầy thuốc thăm khám tại các điểm tương ứng.

+ Dấu hiệu Lassègue: Bệnh nhân nằm ngửa duỗi thẳng chân, thầy thuốc một tay nâng cổ chân và một tay giữ đầu gối cho thẳng, từ từ nâng chân bệnh nhân lên khỏi mặt giường đến khi xuất hiện đau dọc theo đường đi của dây TKHT thì dừng lại, tính góc được tạo thành giữa đùi và mặt giường. Người bình thường có góc Lassègue $>70^0$. Sau đó giữ nguyên góc đó và gấp chân bệnh nhân lại tại khớp gối, bình thường bệnh nhân không có cảm giác đau dọc mặt sau chân .

+ Điểm Valleix dương tính: Đây là những điểm mà dây thần kinh hông to đi qua, gồm có: Điểm giữa ụ ngồi và máu chuyển lớn xương đùi (Valleix 1), điểm chính giữa nếp lằn mông (Valleix 2), điểm chính giữa mặt sau đùi (Valleix 3), điểm chính giữa nếp kheo chân (Valleix 4), chính giữa mặt sau cẳng chân (Valleix 5). Khi khám thầy thuốc dùng ngón tay ấn lên các điểm trên. Trường hợp dây thần kinh hông to bị tổn thương, bệnh nhân thấy đau chói tại các điểm đó khi thăm khám.

+ Dấu hiệu Neri: Bệnh nhân đứng thẳng, từ từ cúi xuống để hai ngón trở chạm xuống đất, hai gối giữ thẳng thẳng. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy đau dọc chân bị bệnh và chân bên đó co lại tại khớp gối.

- *Các triệu chứng khác:*

- + Rối loạn cảm giác
- + Rối loạn phản xạ gân xương
- + Rối loạn vận động chi dưới
- + Có thể giảm trương lực cơ và teo cơ bên tổn thương
- + Ngoài ra có thể có các rối loạn khác như: giảm tiết mồ hôi, rối loạn vận mạch, rối loạn dinh dưỡng da... chi dưới [8], [21], [24].

*** Triệu chứng cận lâm sàng**

+ Chụp X quang thường quy cột sống thắt lưng: Ít có giá trị chẩn đoán nguyên nhân. Đa số các trường hợp X quang thường quy bình thường hoặc có dấu hiệu thoái hóa cột sống thắt lưng, trượt đốt sống.

+ Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống thắt lưng: Đây là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh quan trọng và có giá trị nhất nhằm xác định chính xác dạng tổn thương cũng như vị trí khối thoát vị, mức độ thoát vị đĩa đệm, đồng thời có thể phát hiện các nguyên nhân ít gặp khác (viêm đĩa đệm đốt sống, khối u ...)

+ Điện cơ: Giúp chẩn đoán định khu tổn thương.

+ Các xét nghiệm về dấu hiệu viêm: các chỉ số sinh hóa thông thường không thay đổi. Chỉ định xét nghiệm billan viêm, các xét nghiệm cơ bản

nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý như viêm nhiễm, ác tính và cần thiết khi chỉ định thuốc [9], [25].

1.1.2.4. Chẩn đoán

• Chẩn đoán xác định

- *Triệu chứng lâm sàng*: Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh hông (đau vùng thắt lưng, lan xuống mông, mặt sau đùi, cẳng chân và bàn chân tùy theo rễ thần kinh bị tổn thương. Các triệu chứng về cột sống, triệu chứng rễ thần kinh, các điểm đau và các dấu hiệu lâm sàng căng dây thần kinh hông to như: Walleix, Neri, Lasègue ... dương tính.

- *Triệu chứng cận lâm sàng*:

+ XQ thường quy cột sống thắt lưng: có hình ảnh hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, gai xương, trượt thân đốt sống, mất đường cong sinh lý cột sống thắt lưng.

+ Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống thắt lưng: có hình ảnh tổn thương như phim X- quang, phì đại dây chằng dọc, dây chằng vàng, thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống. Chụp cộng hưởng từ còn để xác định vị trí, mức độ thoát vị đĩa đệm [2], [9].

• Chẩn đoán phân biệt

+ Đau thần kinh đùi: đau mặt trước đùi, phản xạ gân gối giảm hoặc mất, chẩn đoán xác định bằng điện cơ.

+ Đau khớp háng do viêm: nghiệm pháp Patrick dương tính. Chụp X quang khớp háng có hình ảnh mờ, hẹp khe khớp háng

+ Viêm khớp cùng chậu: Ấn khớp cùng chậu đau. Nghiệm pháp Wassermann dương tính. XQ khớp cùng chậu: có hình ảnh mờ khớp cùng chậu.

+ Viêm, absces cơ thắt lưng chậu: bệnh nhân nằm co, không duỗi thẳng chân được. Kèm theo có hội chứng nhiễm trùng [1], [26].

• **Chẩn đoán định khu rễ tổn thương**

Bảng 1.1. Chẩn đoán định khu rễ thần kinh tổn thương [2], [4]

Rễ thần kinh Triệu chứng	L₅	S₁
Cảm giác	Giảm hoặc mất cảm giác mặt trước ngoài cẳng chân, mu chân phía ngón cái	Giảm hoặc mất cảm giác mặt sau cẳng chân, gan chân và mu chân phía ngón út
Phản xạ gân xương	Phản xạ gân gót bình thường	Phản xạ gân gót giảm hoặc mất
Rối loạn vận động khúc chi	Không đứng được bằng gót chân	Không đứng được bằng mũi chân
Teo cơ	Cẳng chân trước ngoài, cơ mu chân	Cẳng chân sau, cơ gan chân

1.1.2.5. Điều trị đau thần kinh hông to:

* **Điều trị nội khoa:** Đa số các trường hợp đau TKHT được áp dụng điều trị theo phương pháp này.

- **Chế độ vận động:** Trong thời kỳ cấp tính của bệnh, chế độ nằm tại giường là nguyên tắc quan trọng đầu tiên của điều trị nội khoa. Nằm bất động trên giường cứng 3 - 5 ngày để làm giảm áp lực lên vùng cột sống thắt lưng, tránh các động tác mạnh đột ngột, mang vác nặng, đứng ngồi quá lâu [3], [9], [26].

- **Vật lý trị liệu**

+ Nhiệt trị liệu: bó parafin, đèn hồng ngoại, chườm nóng...

+ Điện trị liệu: điều trị bằng sóng ngắn, điện xung, điện phân

+ Điều trị bằng Laser:

- **Kéo giãn cột sống**

- **Dùng áo nẹp mềm cột sống thắt lưng**

- **Vận động trị liệu:** bằng các bài tập (McKenzie, William

- **Phương pháp dùng thuốc**

+ Dùng các thuốc chống viêm giảm đau không steroid (NSAIDs), giãn cơ, các vitamin nhóm B, hiện nay được ứng dụng rộng rãi trong thời kỳ cấp tính và các đợt tái phát [27].

+ Phương pháp phong bế (phong bế cạnh cột sống thắt lưng, phong bế rễ thần kinh ở lỗ ghép, phong bế hốc xương cùng) bằng các thuốc tê, thuốc corticoid. Theo Buchner M (2000) và một số tác giả thì tiêm Corticoid cùng với thuốc tê không phải là chỉ định đầu tiên mà chỉ áp dụng khi các phương pháp không dùng thuốc và các thuốc thông thường trên không kết quả sau 3 - 4 tuần [23], [24], [28].

*** Điều trị ngoại khoa:** chỉ định ngoại khoa trong các trường hợp sau

- + Chèn ép nặng: Hội chứng chèn ép đuôi ngựa, hẹp ống sống, liệt chi dưới.
- + Điều trị nội khoa thất bại [9].

1.2. Đau thần kinh hông to theo y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Theo YHCT, đau dây thần kinh hông to đã được mô tả trong phạm vi Chứng tý với tên bệnh danh là “Tọa điển phong”, “Tọa cốt phong”. [10], [12].

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế gây bệnh

- *Ngoại nhân:* Do nguyên khí suy giảm, tà khí (phong, hàn, thấp) thừa cơ xâm phạm hoặc do khí trệ huyết ứ ở 2 kinh bàng quang và kinh đờm làm cản trở sự vận hành của kinh khí mà gây bệnh.

+ Phong tà: Phong là gió, chủ khí vào mùa xuân. Phong có tính nhẹ, thăng tán hướng lên trên, hướng ra ngoài, thích di chuyển, vì vậy chứng “tọa cốt phong” thường xuất hiện đột ngột, đau lan truyền theo đường đi của kinh bàng quang và kinh Đờm (đường đi của dây TKHT).

+ Hàn tà: Hàn chủ khí về mùa đông, là âm tà, dễ làm tổn thương dương khí nên toàn thân hoặc tại chỗ có biểu hiện chứng hàn. Hàn có tính chất ngưng trệ làm cho khí huyết, kinh lạc bị ngưng tắc gây đau. Khi hàn tà xâm nhập làm khí cơ bị thu liễm lại, tấu lý bế tắc, cân mạch kinh lạc bị co kéo lại

gây co quắp. Vì vậy đau TKHT do hàn tà thường đau có tính co rút gân cơ, đau buốt và sợ lạnh.

+ Thấp tà: Thấp chủ khí về mùa trưởng hạ. Thấp là âm tà, dễ làm tổn thương dương khí, làm trệ khí cơ. Khi thấp tà trệ ở kinh lạc và khớp làm dương khí trệ tắc gây đau nhức, căng nặng các khớp, co duỗi khó khăn. Do đó, đau TKHT do thấp tà thường có triệu chứng như cảm giác tê bì, nặng nề, co duỗi khó.

Trên lâm sàng, đau TKHT thường do nguyên nhân phối hợp cả phong, hàn, thấp nên bệnh nhân sẽ có đầy đủ các triệu chứng do phong, hàn, thấp gây ra.

- *Bất nội ngoại nhân*: do chấn thương (mang vác nặng, bị ngã...) làm khí trệ huyết ứ, mạch lạc không thông mà gây đau.

Các nguyên nhân gây bệnh (phong, hàn, thấp) thừa cơ tẩu lý sơ hở xâm phạm vào kinh Túc thái dương Bàng quang và Túc thiếu dương Đờm, hoặc do lao động quá sức, trọng thương gây khí trệ, huyết ứ làm bế tắc kinh khí của hai kinh trên, “thông bất thông, thông bất thông” nên gây đau và hạn chế vận động. Ngoài ra, do chính khí hư yếu, rối loạn chức năng tạng phủ nhất là tạng can, thận. Thận chủ cốt tủy, thất lưng là phủ của thận. Thận hư không sinh được tủy, xương mất sự ôn dưỡng mà sinh ra chứng cốt tủy, đau lưng. Can tàng huyết, chủ cân. Can huyết hư thì gây chứng tê bại, chân tay run, co quắp. Sự rối loạn chức năng của hai tạng này gây ảnh hưởng đến hai đường kinh biểu lý là Bàng quang, Đờm gây nên các triệu chứng đau và tê bì dọc theo đường đi của hai kinh trên [10], [29].

1.2.3. Các thể lâm sàng và phương pháp điều trị

1.2.3.1. Thể phong hàn thấp: Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh hông to do lạnh.

- Triệu chứng: Sau khi bị nhiễm lạnh, đau từ thất lưng hoặc từ hông 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 khản.

- Chẩn đoán

+ Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.

+ Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.

+ Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (Phong hàn thấp).

- Pháp: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc.

- Phương điều trị bằng thuốc

Cổ phương: Can khương thương truật linh phụ thang gia giảm

- Điều trị không dùng thuốc:

Châm hoặc cứu: Châm tả các huyết

+ Nếu đau theo kinh Bàng quang (Đau kiểu rẽ S1): các huyết: A thị vùng cột sống thắt lưng, Giáp tích, Thận du (BL. 23) 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 lân (BL. 60)

+ Nếu đau theo kinh Đờm (Đau kiểu rẽ L5): các huyết A thị vùng cột sống thắt lưng, Giáp tích L4- L5, L5- S1, Thận du (BL. 23), 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)

Các kỹ thuật châm: Điện châm, điện mẫn châm, ôn điện châm, ôn châm.

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

- Hoặc cây chỉ

- Xoa bóp bấm huyết: Các thủ thuật xoa, xát, miết, day, lăn vùng lưng của chân đau.

Bấm các huyết 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.

- Giác hơi vùng lưng, chân đau. Ngày giác một lần.

1.2.3.2. Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư: Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống.

- Triệu chứng: Đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc 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. Kèm theo triệu chứng ăn kém, ngủ ít. Chát lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt. Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, thiên hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can thận hư (Tỳ hư nếu có teo cơ).

- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân + Bất nội ngoại nhân (nội thương).

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

- Phương: Điều trị bằng thuốc

Bài cổ 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.

+ Cây chỉ: giống thể phong hàn thấp, thêm huyệt Can du (BL.18), Thận du (BL.23).

+ Xoa bóp bấm huyệt: giống thể phong hàn thấp, bấm thêm huyệt Can du (BL.18), Thận du (BL.23).

1.2.3.3. Thể thấp nhiệt: Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh hông to do viêm nhiễm.

- 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, chát lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sắc.

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (thấp nhiệt).
- Pháp: Thanh nhiệt trừ thấp, hành khí hoạt huyết.
- Phương pháp điều trị bằng thuốc: cổ phương: Ý dĩ nhân thang hợp với Nhi diệu tán
- Điều trị không dùng thuốc:
- + Châm tả các huyết giống thể phong hàn thấp: liệu trình: ngày 1 lần, 7- 14 ngày/liệu trình.

1.2.3.4. Thể huyết ứ: Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh hông to do chấn thương hoặc do thoát vị đĩa đệm.

- 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 sấp.
- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực.
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (huyết ứ).
- Pháp: Hoạt huyết khứ ứ, thông kinh hoạt lạc.
- Điều trị bằng thuốc cổ phương: Thân thống trục ứ thang.
- Điều trị không dùng thuốc:
- + Điện châm: châm tả các huyết như thể phong hàn thấp và thêm huyết Huyết hải (SP.10).

+ Xoa bóp bấm huyết: Giống thể phong hàn thấp và tránh động tác vận động cột sống gập đùi vào ngực [10], [12], [29].

1.3. Tổng quan về phương pháp phù châm

1.3.1. Đại cương

Phù châm phiên âm tiếng Trung là “Fu Zhen” (浮針) là một phương pháp châm cứu hiện đại có nguồn gốc từ Y học cổ truyền Trung Quốc, được phát triển bởi bác sĩ Phù Trung Hoa từ năm 1996. Ở các quốc gia phương Tây, Phù

châm có rất nhiều tên gọi là châm cứu dưới da với tên Tiếng Anh là Floating Acupuncture, Fu's Acupuncture, Fu Needling và Floating Needling. Tuy nhiên, để thuận tiện cho việc nghiên cứu, các nhà nghiên cứu đã thống nhất tên khoa học cho phương pháp này đó là “*phương pháp châm kim dưới da của họ Phù*” – *Fu's subcutaneous needling*, ký hiệu là FSN [14].

1.3.2. Nguồn gốc và lịch sử phát triển

Hoàng Đế Nội kinh Linh khu là một trong những cuốn sách viết về châm cứu đầu tiên của Trung Quốc được lưu truyền từ hơn hai ngàn năm trước. Trong sách Linh khu Thiên 7 “Quan châm”, có viết [30]: “... Phàm các phép gồm chín để ứng với cửu biến: ... Thứ bảy gọi là “Mao thích”, Mao thích là phép châm các chứng tý nổi cạn lên ở vùng bì phu...”

Phàm các phép châm có mười hai tiết để ứng với mười hai kinh: ... Thứ sáu: gọi là “Trực châm thích”, là phép châm (dùng tay) kéo da lên rồi mới châm nhằm trị hàn khí đang còn ở cạn... Thứ chín: gọi là “Phù thích”, là phép châm các mũi kim vây quanh (vùng đau) và nên châm cạn nhằm trị chứng cơ bị cấp mà hàn...

Phàm các phép châm có “ngũ” để ứng với “ngũ tạng”. Thứ nhất: gọi là “Bán thích”, có nghĩa là châm vào cạn, nhưng phát châm nhanh, đừng châm làm thương đến “nhục” mà phải như động tác nhỏ 1 sợi lông, nhằm thủ lấy khí ở nơi bì (da). Đây là phép châm ứng với Phế...”

Các phép châm như Mao thích, Trực châm thích, Phù thích, Bán thích là những kỹ thuật châm cổ điển, các thao tác châm là tiền đề để tác giả phát minh ra kỹ thuật Phù châm sau này.

Cơ sở lý luận của Châm cứu nói chung là dựa vào hệ thống kinh lạc, nơi vận hành của khí, huyết, cũng là nơi kết nối giữa bên ngoài cơ thể với tạng phủ bên trong. Cơ sở của Phù châm cũng dựa vào hệ thống kinh lạc, có liên quan chặt chẽ với 12 khu bì bộ.

Khu bì bộ là bộ phận thuộc hệ thống kinh lạc, vừa là phần ngoài của cơ thể vừa đại biểu cho phần ngoài của hệ kinh lạc, chạy dọc cơ thể tương ứng với kinh lạc, khác với kinh lạc ở chỗ nó là bề mặt rộng. Theo sách Tố vấn, Thiên Bì bộ luận viết: “bì giả mạch chi bố dã, tà khách vu bì tắc triển lý khai, khaitắc tà nhập khách vu lạc mạch, lạc mạch đầy tắc vu kinh mạch, kinh mạch đầy tắc vu tạng phủ dã”. Theo đó, 12 khu bì bộ liên hệ với 12 tạng phủ, tương ứng với 12 kinh lạc, là tuyến phòng ngự đầu tiên của cơ thể chống lại tà khí, cũng là nơi tà khí bắt đầu truyền vào trong gây bệnh. Do đó, các bệnh lý bên trong có thể phản ánh ra các khu bì bộ để nhận biết và cũng có thể thông qua khu bì bộ để điều trị các bệnh lý bên trong cơ thể.

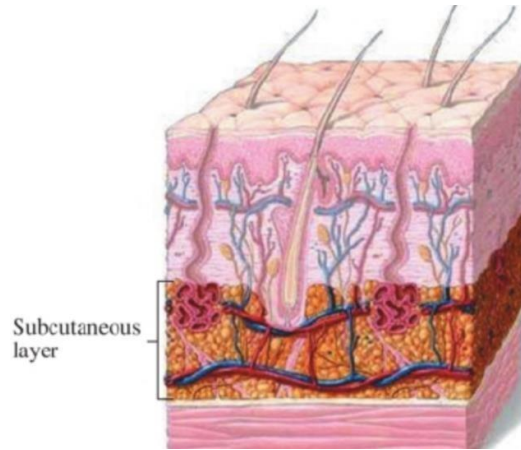
Dựa trên lý thuyết và các kỹ thuật kinh điển ở trên, Phù Trung Hoa đã dành hết tâm huyết để tìm kiếm một phương pháp châm cứu mới hiệu quả, và cuối cùng đã phát minh ra Phù châm vào năm 1996 [13], [14], [31].

1.3.3. Khái quát cơ sở sinh lý học của phương pháp phù châm

Mặc dù phương pháp Phù châm dựa trên kiến thức kinh điển, nhưng trong hơn hai thập kỷ qua, đã có rất nhiều nghiên cứu làm rõ cơ chế tác dụng của Phù châm được tiến hành. Sau những năm 2000, nghiên cứu và khám phá về mô liên kết dưới da, đặc biệt về mô liên kết lỏng lẻo đã mang lại cho Phù châm một sự hỗ trợ lý thuyết mạnh mẽ và chắc chắn. Dưới đây là một vài khái quát về cơ sở sinh lý học về tác dụng của phương pháp Phù châm [13], [14].

1.3.3.1. Cấu tạo lớp dưới da (Subcutaneous Layer)

Lớp dưới da là lớp liền kề với lớp hạ bì, thường được gọi là mô dưới da. Lớp dưới da không phải là một lớp đơn lẻ, nó bao gồm mô liên kết lỏng lẻo và mô mỡ.



Hình 1.2. Lớp dưới da [13]

Mô liên kết lỏng lẻo (*loose connective tissue*) hay mô liên kết thưa, còn được gọi là mô phân cực, là mô mục tiêu chính của liệu pháp Phù châm [13].

Mô liên kết lỏng lẻo được phân bố rộng rãi trong cơ thể, chúng nằm giữa các cơ quan, mô và thậm chí giữa các tế bào.

Bảng 1.2 Thành phần của mô liên kết lỏng lẻo [31]

Thành phần	Chức năng
Tế bào	
Đại thực bào	Ăn và loại bỏ các chất gây bệnh lạ, dư lượng tế bào; thúc đẩy tái tạo mô; tiết ra cytokine và góp phần vào phản ứng miễn dịch.
Tế bào Mast	Tham gia phản ứng dị ứng và tiết ra histamine và cytokine, kích thích phản ứng viêm.
Tế bào plasma	Có nguồn gốc từ tế bào lympho B hoạt hóa; sản xuất kháng thể và cytokine; tham gia đáp ứng miễn dịch dịch thể.
Bạch cầu	Ăn hoặc làm suy giảm mầm bệnh và mảnh vụn tế bào; một số cũng có thể tiết ra interleukin, interferon và các yếu tố hoại tử khối u; tham gia vào viêm và điều hòa miễn dịch.
Nguyên bào sợi	Sản xuất sợi collagen.

Tế bào gốc trung mô	Chủ yếu biểu hiện trong mô liên kết dưới da; tham gia điều hòa miễn dịch khi được kích hoạt; tham gia vào quá trình chống viêm, sửa chữa và tái tạo mô.
Tế bào mỡ	Lưu trữ chất béo và tham gia tái tạo mô.
Mô kẽ	
Sợi	Bao gồm các sợi collagen, đàn hồi và lưới.
Ma trận	Chứa proteoglycan, glycoprotein và dịch kẽ.

Mô liên kết lỏng lẻo chứa rất nhiều sợi collagen. Người ta đã xác định rằng các sợi collagen có dải đặc trưng để truyền ánh sáng hồng ngoại hiệu quả cao. Nghiên cứu về mô liên kết, đặc biệt là cấu trúc phân tử của collagen đã khá chi tiết. Hầu hết các collagen được dán bởi ba chuỗi polypeptide xoắn alpha, theo quan điểm vật lý, nó là một cấu trúc có trật tự tầm xa ba chiều nên có các đặc tính của tinh thể lỏng [13]. Điều này rất quan trọng đối với việc nghiên cứu cơ chế của liệu pháp Phù châm.

Cơ chế tác dụng của phương pháp Phù châm đã được nghiên cứu và phát biểu dưới hai giả thuyết dưới đây:

1.3.3.2. Thuyết trạng thái tinh thể lỏng (*Liquid crystal state theory*)

Mô liên kết là một chất bán dẫn có thể truyền tín hiệu điện sinh học đến các bộ phận khác nhau của cơ thể. Chất bán dẫn ở đây đề cập đến trạng thái tinh thể lỏng.

Lipinski tóm tắt quá trình châm cứu từ quan điểm của hiệu ứng áp điện: kim được đưa vào huyết châm cứu, chuyển động về kim tại các huyết tạo ra hiệu ứng áp điện trong mô liên kết và kết quả là các electron đi qua cơ thể dọc theo một kênh bao gồm protein và mucopolysacarit có đặc tính bán dẫn. Khi kích thích được truyền đến một cơ quan cụ thể, dòng điện được biến thành năng lượng hóa học hoặc cơ học cần thiết để khôi phục các hiệu ứng sinh lý ở cấp độ phân tử và tế bào do hiệu ứng áp điện nghịch đảo [32].

Cơ chế của liệu pháp Phù châm có thể được tóm tắt cơ bản như sau:

i. Mô liên kết lỏng lẻo dưới da là trạng thái tinh thể lỏng với hiệu ứng áp điện và hiệu ứng áp điện nghịch đảo.

ii. Khi chúng ta vê kim sẽ tác động trực tiếp mô liên kết lỏng lẻo dưới da có thể dẫn đến sự thay đổi cấu hình không gian của mô liên kết lỏng lẻo ở trạng thái tinh thể lỏng và giải phóng điện sinh học do hiệu ứng áp điện

iii. Mô liên kết lỏng lẻo có độ bán dẫn tốt và có thể dẫn điện sinh học hiệu quả.

iv. Khi điện sinh học đến mô bệnh, nó tạo ra hiệu ứng áp điện ngược, thay đổi kênh ion của tế bào, huy động cơ chế kháng bệnh bên trong cơ thể con người, do đó nhanh chóng làm dịu cơ bắp bị căng và đau [13], [15].

1.3.3.3. Thuyết miễn dịch (*Immunological hypothesis*)[31], [32].

Năm 2017, dựa trên những hiểu biết hiện có về mô học và sinh lý học, Wenbo Xu và cộng sự [31] đã đưa ra giả thuyết rằng Phù châm đạt tác dụng điều trị bằng cách kích hoạt hệ thống miễn dịch và cơ chế sửa chữa mô thông qua kích thích mô liên kết lỏng lẻo dưới da. Cơ sở lý thuyết như được mô tả ở các điểm sau:

i. Phù châm phát huy tác dụng điều trị của nó bằng cách tận dụng cơ chế tự phục hồi của cơ thể.

Cơ thể con người có thể tự sửa chữa và tự chữa lành, điều này làm nền tảng cho tất cả các can thiệp trị liệu. Liên quan đến việc sử dụng châm cứu, mô liên kết là chất mang và cơ sở cấu trúc thích hợp cho cơ chế tự phục hồi của cơ thể con người [13], [17]

FSN chỉ kích thích cơ học (xâm lấn tối thiểu có chủ ý). Do đó, hiệu quả điều trị của FSN chỉ có thể đạt được bằng cách khai thác khả năng tự chữa lành và tự phục hồi của cơ thể. Ngoài ra, trong quá trình điều trị FSN, kim được đưa vào lớp dưới da của cơ thể, ngụ ý rằng mô duy nhất mà kim kích thích là mô

dưới da. Vì vậy, sự can thiệp của FSN vào mô dưới da sẽ kích thích và thúc đẩy cơ chế tự làm lành vết thương của cơ thể.

ii. Sửa chữa mô là một chức năng quan trọng của hệ thống miễn dịch

Chức năng miễn dịch của cơ thể bao gồm 3 khía cạnh: bảo vệ miễn dịch, giám sát miễn dịch và cân bằng nội môi miễn dịch. Bảo vệ miễn dịch đề cập đến khả năng của cơ thể để ngăn ngừa và loại bỏ mầm bệnh như vi khuẩn, vi rút và nấm. Giám sát miễn dịch là khả năng của cơ thể để phát hiện và loại bỏ các chất lạ, chẳng hạn như tế bào khối u. Cân bằng nội môi miễn dịch được duy trì thông qua dung nạp miễn dịch và điều hòa miễn dịch, nghĩa là phân biệt giữa "bản thể" và "không phải bản thể" [33].

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng hoạt động của hệ thống miễn dịch cũng rất quan trọng đối với sự phát triển của mô, khả năng tự ổn định và sửa chữa tổn thương [34]. Kể từ khám phá của Metchnikoff vào cuối thế kỷ 19 về vai trò của đại thực bào trong sửa chữa mô, sự tham gia của các tế bào miễn dịch trong sửa chữa mô đã được công nhận. Những tiến bộ gần đây làm nổi bật các cơ chế mới thông qua đó hệ thống miễn dịch điều chỉnh quá trình tái tạo mô [34].

iii. Mô liên kết lỏng lẻo dưới da là một phần của hệ thống miễn dịch

Bởi vì kim FSN chủ yếu ảnh hưởng đến mô liên kết lỏng lẻo dưới da, hiệu quả điều trị của nó phải liên quan chặt chẽ với các đặc điểm mô học của lớp này. Cấu trúc và chức năng của mô này có thể đóng một vai trò quan trọng trong hiệu quả điều trị FSN. Mô này chủ yếu chứa 7 loại tế bào được trình bày trong Bảng 1.2. Những tế bào miễn dịch và tái tạo này được kích hoạt để đáp ứng với sự kích thích cảm giác đau, chấn thương và sự xâm nhập của yếu tố ngoại lai. Chúng được kích hoạt để tạo phản ứng miễn dịch, biệt hóa và tái tạo tế bào, tăng cường đáp ứng và điều hòa miễn dịch, cũng như tái tạo và sửa chữa mô. Do đó, chúng tôi tin rằng mô liên kết lỏng lẻo góp phần tái tạo và lưu trữ các tế bào miễn dịch trong cơ thể.

Các sợi (bao gồm sợi collagen, sợi đàn hồi và sợi lưới) và ma trận tạo ra khoảng kẽ của mô liên kết. Khoảng kẽ kết nối với mọi cơ quan, từ bên ngoài vào bên trong, từ da đến các cơ quan nội tạng, và nó cung cấp một kênh dinh dưỡng quan trọng và tuyến phòng thủ miễn dịch đầu tiên. Đầu năm 2002, Langevin và cộng sự [35] đã phát hiện ra rằng các sợi mô liên kết và ma trận lànghòn và con đường dẫn của các tín hiệu được tạo ra bởi kim châm cứu. Benias cộng sự [36] đã phát hiện ra rằng khoảng kẽ chứa đầy chất lỏng (ma trận), có đặc tính dẫn điện và họ xác nhận rằng nó không chỉ đóng vai trò là con đường phát tán tế bào ung thư mà còn là kênh quan trọng để truyền các chất miễn dịch trong mô liên kết. Phát hiện này cung cấp một cơ sở lý thuyết mới và mạnh mẽ cho cơ chế miễn dịch của Phù châm.

iv. Neuropeptide và chất dẫn truyền thần kinh tham gia vào việc gắn kết phản ứng miễn dịch.

Can thiệp cơ học và xâm lấn tối thiểu có chủ ý vào mô dưới da, bao gồm các đầu dây thần kinh, là cơ sở cho hiệu quả điều trị của châm cứu FSN. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng các đầu dây thần kinh ở da và mô dưới da giải phóng neuropeptide vào các mô xung quanh sau khi kích thích, có thể gây ra các phản ứng cục bộ như sưng và ban đỏ. Hơn nữa, neuropeptide có thể tổng hợp "tế bào miễn dịch bẩm sinh", bạch cầu trung tính và đại thực bào và tham gia vào phản ứng miễn dịch của cơ thể với sự trợ giúp của chemokine. Các chất dẫn truyền thần kinh được tiết ra bởi các đầu dây thần kinh cảm giác bị tổn thương hoặc kích thích, điều chỉnh cơn đau và đóng một vai trò quan trọng trong điều hòa miễn dịch; Các chất dẫn truyền thần kinh tự trị như peptide đường ruột vận mạch (VIP) không chỉ có tác dụng chống viêm mạnh mà còn tham gia vào quá trình điều hòa miễn dịch bằng cách ức chế sự tăng sinh và di chuyển của tế bào lympho T [31].

1.3.4. Chỉ định của phương pháp phù châm.

Chỉ định của Phù châm hiện nay rất rộng. Hiện nay các nghiên cứu ứng dụng Phù châm đã và đang ngày càng trở nên phong phú. Dựa trên một số kết quả nghiên cứu để đưa ra một số chỉ định của phù châm hiện nay là: các chứng đau do bệnh lý cơ xương khớp (đau lưng, đau cổ vai gáy, hội chứng cổ vai cánh tay,...); đau đầu mạn tính, đau dạ dày, hội chứng ruột kích thích; dự phòng cơn hen phế quản, COPD; ho khan; khô mắt; rối loạn giấc ngủ,...[13, 14].

Chống chỉ định của phương pháp phù châm.

- Phụ nữ có thai
- Đang sốt hoặc mắc các bệnh truyền nhiễm cấp tính
- Tránh châm vào các vị trí lở loét, nhiễm trùng
- Người suy kiệt, suy giảm miễn dịch.
- Các bệnh lý đau chưa loại trừ do nguyên nhân cần can thiệp ngoại khoa [13, 14].

1.3.5. Kỹ thuật Phù châm

Tay thuận sẽ cầm kim, ngón trỏ và ngón cái cầm chuôi kim, trong khi đó ngón giữa làm điểm tì. Tay không thuận véo da tại vị trí châm đồng thời tay thuận sẽ đưa kim nhanh qua da với một góc 45 độ (đầu kim phải luôn hướng về phía vùng bị bệnh). Sau đó hạ thân kim so với bề mặt da một góc 15 độ, tiến hành luồn kim vào phía dưới da, trong suốt quá trình luồn kim chú ý đến cảm giác của bệnh nhân, nếu không cảm thấy đau, buốt, tê, tức là đã thao tác thành công.

Sau khi đưa kim vào lớp dưới da thành công, tiến hành vê kim. Đây là một bước rất quan trọng để quyết định hiệu quả điều trị của phương pháp. Tay thuận sẽ cầm vào cán kim bằng ngón cái và ngón giữa, sau đó vê kim với tần số 45 lần mỗi phút, liên tục trong năm phút. Sau mỗi phút người thầy thuốc sẽ ấn vào điểm đau và hỏi cảm giác của bệnh nhân, nếu cảm giác đau giảm hoặc biến mất thì sẽ ngừng thao tác vê kim; nếu chưa đạt người thầy thuốc sẽ tiếp

tục vê kim. Nếu vấn đề vẫn tiếp diễn, sẽ cần phải rút kim ra, rồi điều chỉnh vị trí hoặc là hướng kim và thao tác lại từ đầu. Mỗi 15 phút có thể thực hiện thao tác quét kim một lần

Trong quá trình vê kim có thể yêu cầu bệnh nhân vận động khớp hoặc cơ bị đau trong khi thầy thuốc đang vê kim để làm tăng hiệu quả điều trị. Phương pháp được các thầy thuốc y học cổ truyền gọi là “kỹ thuật động khí”. Bác sĩ Phù Trọng Hoa đặt tên cho phương pháp này với cái tên “kỹ thuật tái tưới máu”.

Sau khi đã đạt được hiệu quả mong muốn, kim sẽ được lưu dưới da khoảng 30 – 60 phút. Cố định kim bằng miếng eugo để bệnh nhân có thể vận động tùy thích trong quá trình lưu kim [13], [14], [32], [37], [38].

Trên đây là khái quát về kỹ thuật Phù châm. Toàn bộ quy trình Phù châm sẽ được trình bày ở Phụ lục 2.

1.4. Tổng quan về điện châm

1.4.1. Định nghĩa

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của kim châm vào huyết với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm. Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm giảm đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, các tổ chức, tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức, làm giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ [39].

1.4.2. Nguyên lý điện châm

Bệnh tật phát sinh là do mất cân bằng âm dương, biểu hiện trên lâm sàng là hàn hay nhiệt, hư hay thực (hư hàn thuộc âm, thực nhiệt thuộc dương). Nguyên tắc điều trị chung là lập lại mối cân bằng âm dương. Cụ thể trong điều trị bằng châm cứu, phải tùy thuộc vào vị trí nông sâu của bệnh, trạng thái hàn nhiệt, hư thực của người bệnh để vận dụng châm hay cứu, bổ hay tả cho phù hợp: như bệnh nhiệt thì châm, bệnh hàn thì cứu, hư thì bổ, thực thì tả.

Châm bổ: Cực âm, tần số thấp <60Hz, cường độ nhẹ, thời gian lưu kim mau, dòng điện cùng chiều đường kinh.

Châm tả: Cực dương, tần số cao $\geq 60\text{Hz}$, cường độ mạnh, thời gian lưu kim lâu (20 - 30 phút), dòng điện ngược chiều đường kinh [40], [41].

1.4.3. Cơ chế tác dụng của điện châm

– Phản ứng tại chỗ

+ Châm cứu vào huyết là một kích thích gây một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế cung phản xạ bệnh lý: như làm giảm cơn đau, giải phóng sự co cơ... Những phản xạ đột trực của hệ thần kinh thực vật làm ảnh hưởng đến sự vận mạch, nhiệt, sự tập trung bạch cầu... làm giảm xung huyết, bớt nóng, giảm đau... Phản ứng tại chỗ là cơ sở của phương pháp điều trị tại chỗ trong YHCT, dùng các thống điểm hay a thị huyết để điều trị giảm đau.

– Phản ứng tiết đoạn thần kinh: Khi nội tạng có tổn thương bệnh lý thì có những thay đổi cảm giác vùng da ở cùng một tiết đoạn với nó, ngược lại nếu có kích thích từ vùng da của một tiết đoạn nào đó sẽ ảnh hưởng đến nội tạng của cùng một tiết đoạn đó.

– Phản ứng toàn thân: Khi châm cứu gây những biến đổi về thể dịch và nội tiết, sự thay đổi các chất trung gian hoá học như Enkephalin, Catecholamin, Endorphin... như số lượng bạch cầu tăng, ACTH tăng, số lượng kháng thể tăng cao [40], [41].

1.4.4. Chỉ định và chống chỉ định của điện châm.

- *Chỉ định:*

+ Các bệnh lý cơ xương khớp: thoái hóa khớp, thoái hóa cột sống, đau các khớp do chấn thương hoặc sai tư thế, thoát vị đĩa đệm cột sống...

+ Các bệnh lý thần kinh: phục hồi di chứng cho bệnh nhân sau đột quỵ não, tổn thương tuỷ sống, viêm đa dây thần kinh, liệt thần kinh VII ngoại vi...

+ Các triệu chứng gây ra do thiếu năng tuần hoàn não như đau đầu, chóng mặt, hoa mắt, ù tai, rối loạn giấc ngủ (ngủ kém, mất ngủ)...

+ Phục hồi các rối loạn cơ năng sau sinh đẻ, sau phẫu thuật vùng ổ bụng hoặc sau hoá trị, xạ trị như nôn, nấc, bí tiểu, bí đại tiện...

- *Chống chỉ định:*

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

+ Tránh châm vào những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da.

+ Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa [41], [42].

1.5. Tổng quan về xoa bóp bấm huyết.

1.5.1. Định nghĩa:

Xoa bóp bấm huyết (XBBH) là một kích thích vật lý tác động tại chỗ và da, cơ, thần kinh, mạch máu. Đây là phương pháp phòng bệnh và chữa bệnh dưới sự chỉ đạo của lý luận y học cổ truyền. Đặc điểm của phương pháp này là sử dụng chủ yếu bàn tay, ngón tay,..tác động lên da, cơ, khớp và lên huyết của người bệnh giúp giảm đau, thư giãn nhằm đạt tới mục đích chữa bệnh, phòng bệnh, và nâng cáo sức khỏe

Xoa bóp bấm huyết là một thủ thuật chữa bệnh không dùng thuốc có từ lâu đời trong YHCT dân tộc, thủ thuật đơn giản, tiện sử dụng lại có hiệu quả trong điều trị và dự phòng bệnh tật. Khác với môn vật lý trị liệu của YHHĐ, thủ thuật xoa bấm dựa trên cơ sở biện chứng luận trị theo y lý YHCT.

1.5.2. Tác dụng:

-Tác dụng của xoa bấm theo YHHĐ chủ yếu là những kích thích cơ học trên các thụ cảm thể thần kinh, điều chỉnh thần kinh thực vật và thần kinh trung ương thông qua đường thần kinh, thần kinh thể dịch, làm giãn mạch, tăng tuần hoàn ở da và cơ, giải phóng sự co cơ, giảm đau khớp, đau cơ, đau thần kinh và các cơn đau nội tạng.

-Tác dụng của xoa bấm theo YHCT lại theo cơ chế: xoa bấm làm thông kinh hoạt lạc, tăng cường lưu thông kinh khí, tăng hoạt huyết tiêu ứ trệ, điều chỉnh chức năng tạng phủ kinh lạc, điều hòa âm dương.

1.5.3. Chỉ định và chống chỉ định của xoa bóp bấm huyết

- Chỉ định của xoa bóp bấm huyết:

+ Các trường hợp đau có cứng cơ: đau đầu, đau cổ gáy, đau lưng, đau cơ, liệt, viêm đa rễ thần kinh, co cứng cơ do kích thích rễ, đay thần kinh thường gặp trong các bệnh sau: hội chứng cổ -vai- cánh tay, hội chứng thắt lưng- hông, đau do co thắt dạ dày, đại tràng, rối loạn thần kinh chức năng các thể, liệt thần kinh trung ương và ngoại vi ...

+ Tăng cường dinh dưỡng và tuần hoàn cho da, cơ thần kinh, kích thích phục hồi dẫn truyền thần kinh

+ Thư giãn, giảm căng thẳng, phục hồi cơ bắp sau tập luyện thể, lao động nặng

- Chống chỉ định xoa bóp bấm huyết:

+ Những bệnh thuộc cấp cứu ngoại khoa, bệnh ưa chảy máu, truyền nhiễm, nhiễm trùng, bệnh ngoài da nặng.

+ Bệnh lý ác tính, các khối u, lao tiến triển

+ Bệnh suy tim, suy thận, suy gan nặng

+ Không làm thủ thuật xoa bấm tại vùng da đang viêm nhiễm. Thận trọng khi phụ nữ có thai và người già có bệnh tim mạch nặng.

- Thủ thuật bổ tả: tùy theo trạng thái cơ thể hư hay thực, tùy theo vị trí bị bệnh của bệnh nhân mà linh hoạt áp dụng thủ thuật bổ hay tả.

Thông thường xoa bấm nhẹ, đều, chậm thuộc bổ; nặng, nhanh, không đều thuộc tả [43].

1.5.4. Những thủ thuật xoa, bấm huyết cơ bản.

- Xát: cả bàn tay, ô mô cái hoặc ô mô út trượt ấn nhẹ theo đường thẳng trên da người bệnh.

- Xoa: bàn tay nghiêng, đặt ô mô cái hoặc ô mô út lên da bệnh nhân xoa tròn, tập trung khu trú vùng đau.

- Day: dùng ô mô cái hoặc ô mô ngón út, cổ tay mềm mại ấn mạnh đẩy

tiến đẩy lùi nhanh trên da người bệnh, da bệnh nhân rung theo tay thầy thuốc.

- Ấn: dùng vân ngón cái, ô mô út, ô mô cái hoặc cổ tay gập, cổ tay duỗi ấn vào huyết vị hoặc vùng đau, cường độ tăng dần từ nông đến sâu.

- Miết: dùng vân ngón tay cái miết chặt vào da người bệnh theo đường thẳng lên xuống hoặc sang bên. Tay thầy thuốc di động, trượt lên da bệnh nhân ấn sâu và kéo căng da người bệnh. Thủ thuật này dùng được ở toàn thân; hay dùng ở đầu, vai, lưng, bụng. Có hai loại miết: miết đơn và miết kép tùy theo mục đích điều trị.

- Phân: dùng các ngón tay hoặc ô mô ngón út, vân ngón 1 của 2 tay, từ cùng một chỗ tẽ ra hai bên theo hướng ngược nhau. Tay thầy thuốc có thể đánh vào hoặc trượt trên da người bệnh. Thường dùng ở đầu, mặt, bụng, ngực, lưng.

- Hợp: dùng vân các ngón tay hoặc ô mô ngón tay út, vân ngón 1 của hai tay thầy thuốc từ hai phía khác nhau đi ngược chiều và cùng đến 1 nơi trên da bệnh nhân. Thường dùng ở đầu, mặt, bụng, ngực, lưng. - Bấm: dùng đầu ngón tay cái hoặc khuỷu tay ấn hoặc diêm tác động thẳng góc với mặt da có thể dùng đốt 1 và 2 ngón cái vuông góc để bấm vào vị trí cần tác động. Là động tác chính của bấm huyết, là thủ thuật tả. Gồm có: bấm đơn, bấm kép, bấm bật, bấm móc.

- Diêm: dùng đầu ngón tay cái (các đốt thẳng có thể hỗ trợ cho cứng ngón cái bằng cách nắm tay kẹp ngón cái chặt vào đốt 1 - 2 ngón trỏ) hoặc dùng đầu khớp đốt 1 và 2 ngón trỏ hoặc giữa hoặc khuỷu tay, dùng sức ấn thẳng góc vào huyết hoặc vị trí cần tác động, thường dùng ở hông, lưng, thắt lưng, tứ chi.

- Bóp: dùng các ngón tay cái và các ngón tay kia bóp cơ hoặc gân nơi bệnh lý. Có thể bóp bằng 2, 3, 4 hoặc cả 5 ngón tay. Vừa bóp vừa hơi kéo da, cơ của bệnh nhân lên, không để gân cơ trượt dưới tay, dùng đốt thứ 3 của các ngón để bóp, không nên dùng đầu ngón.

- Đấm: nắm tay tự nhiên dùng mô út đấm vào chỗ bị bệnh, thường dùng ở chỗ nhiều cơ; tần số, cường độ tùy yêu cầu điều trị. Có thể đấm đơn, đấm kép, đấm đồng pha, đấm lệch pha, đấm giảm xung, đấm nhấn.

- Chặt: dùng ô mô út hoặc cạnh ngoài ngón 3 chặt vào da người bệnh, cường độ chặt tùy theo từng vùng của cơ thể, có thể chặt được khắp toàn thân (trừ vùng hẹp).

- Véo: dùng ngón cái, đốt 2, 3 của ngón trỏ kẹp da người bệnh kéo lên và hơi xoắn nhẹ (không kẹp cơ) . Áp dụng cho toàn thân.

- Rung: dùng một tay nắm ngón, một tay cố định gốc chi hoặc dùng 2 tay nắm ngón chi người bệnh hơi dùng sức vừa kéo ra, vừa rung theo biên độ nhỏ, nhanh, có thể di chuyển theo các hướng chức năng của chi thể. áp dụng cho ở tứ chi, đặc biệt hay dùng với khớp vai.

- Vận động: một tay cố định phía trên khớp cần vận động, tay kia vận động đầu chi của khớp theo chức năng sinh lý của khớp, chú ý luôn phải kéo dẫn khớp. Thường áp dụng các động tác: xoay tròn, mở khớp, gập, duỗi tối đa, bừa khớp. áp dụng cho khớp vai, cổ, cổ chân, cổ tay, khớp háng... [44].

1.6. Các nghiên cứu điều trị đau thần kinh hông to bằng y học cổ truyền và Phù châm

1.6.1. Nghiên cứu tại Việt Nam

Năm 2023, Đỗ Ngọc Hân đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to do phong hàn thấp trên 60 bệnh nhân. Nhóm NC điều trị bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams so sánh với nhóm chứng dùng biện pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt. Nhóm nghiên cứu có kết quả điều trị chung tốt tỷ lệ cao hơn so với nhóm chứng (56,7% so với 26,7%) [43].

Năm 2023, Trần Thi Phong Lan đánh giá tác động của phương pháp hỏa long cứu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to. Sau 15 ngày điều trị kết quả điều trị chung: tỷ lệ đạt loại tốt, khá, trung bình, kém ở nhóm NC là 52.5 %, 32.5 %, 15.0 %, 0.0 % và ở nhóm ĐC

lần lượt là 25.0 %, 47.5 %, 25.0 %, 2.5 %, nhóm NC có kết quả điều trị chung tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0.05$ [44]

Năm 2017 “Đánh giá hiệu quả điều trị của bài thuốc Hoạt lạc chỉ thống thang kết hợp với điện châm trên bệnh nhân đau thần kinh hông to do phong hàn và can thận hư” của Lê Quang Minh, Hoàng Thị Ngọc. Sau 28 ngày điều trị, triệu chứng đau và tê giảm rõ rệt so với trước điều trị. Tỷ lệ khỏi đau chiếm 78%, tỷ lệ khỏi tê hoàn toàn chiếm 72%. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [45].

Năm 2018 Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc “Đánh giá tình trạng đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống trên bệnh nhân điều trị tại Khoa Lão Bệnh viện châm cứu Trung Ương. Qua nghiên cứu cho thấy 73,3% bệnh nhân đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống ở mức độ nặng và vừa, 75% đối tượng nghiên cứu được đánh giá chất lượng sống ODI ở mức độ trung bình và kém. Do vậy việc giải quyết nhanh chóng và hiệu quả đối với triệu chứng đau trong thoái hóa cột sống thắt lưng là vấn đề đầu tiên người thầy thuốc cần thực hiện [46].

Năm 2019, Nghiên cứu của Lê Trí Tín, Dương Trọng Nghĩa "Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to bằng xông thuốc HV kết hợp điện châm" cho kết quả sau 20 ngày điều trị, điểm đau VAS của nhóm nghiên cứu từ $6,03 \pm 0,93$ giảm xuống $1,75 \pm 0,77$, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, các triệu chứng đau, dấu hiệu lasègue, tầm vận động cột sống của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng với $p < 0,05$ [47].

Năm 2023, Vy Thị Lan Hương và cộng sự tiến hành đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thắt lưng của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp với điện châm. Sau 21 ngày điều trị kết quả Tốt đạt 76,67%, khá 20,0%, trung bình đạt 3,33%, không bệnh nhân nào không có hiệu quả, kết quả có ý nghĩa thống kê so với nhóm sử dụng bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh kết hợp điện châm $p < 0,05$ [48].

Năm 2022, Trần Tuấn Minh, Lê Thị Kim Dung tiến hành đánh giá trên 100 bệnh nhân đau thần kinh hông to chia thành 2 nhóm, nhóm nghiên cứu điều trị bằng điện châm, chiếu đèn hồng ngoại, tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương, nhóm đối chứng sử dụng điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại. Kết quả: mức độ đau theo thang điểm VAS, góc Lassegue của nghiệm pháp Lasègue, độ giãn cột sống theo Schöber, sự thay đổi tầm vận động, sự thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này có sự khác biệt với nhóm đối chứng với $p < 0,05$ [49].

Năm 2020, Mai Thị Dương, Lê Thị Kim Dung và cộng sự tiến hành đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc KNC điều trị đau thần kinh hông to. Sau 20 ngày điều trị, kết quả tốt và khá của nhóm nghiên cứu đạt 100%, nhóm đối chứng áp dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với bài Độc hoạt ký sinh thang đạt 97,5%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [50].

Năm 2021, Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc, Tác dụng điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp siêu âm điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau theo thang điểm VAS có xu hướng giảm dần qua các thời điểm theo dõi, khác biệt giữa thời điểm trước điều trị và sau điều trị có ý nghĩa thống kê, hiệu quả giảm đau sau 20 ngày điều trị của NNC tốt hơn có ý nghĩa so với ĐC. Kết quả điều trị tốt đạt 80% [51].

Năm 2018, Vy Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Tân, (2018), “Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng bài thuốc “Tam tý thang” kết hợp cây chỉ và điện châm”. Qua nghiên cứu thu được kết quả: Nhóm NC: loại A (tốt) 23 bệnh nhân (76,7%), B (khá) 2 bệnh nhân (6,7%), C (trung bình) 5 bệnh nhân (16,6%). Nhóm ĐC: loại A (tốt) 20 bệnh nhân (66,7%), B (khá) 6 (20,0%), C (trung bình) 2 bệnh nhân (6,7%), D (kém) 2 bệnh nhân (6,7%). Tỷ lệ điều trị kết quả giữa hai nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$) [52].

Năm 2023, Trần Thị Thu Hương tiến hành Đánh giá kết quả của thuốc đắp HV kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to. Qua kết quả nghiên cứu 80 bệnh nhân đau thần kinh hông to: 40 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp đắp thuốc HV kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại, 40 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại. Sau 21 ngày điều trị: Nhóm NC đạt kết quả điều trị tốt là 75%; khá là 22,5%. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị chung giữa nhóm NC và nhóm ĐC sau 21 ngày điều trị [53].

Tháng 7 năm 2024, Trần Thái Hà và cộng sự (2024), Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp túi chườm thảo dược điều trị đau thần kinh hông to, tiến hành đánh giá tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương từ tháng 8 đến 11 năm 2023, sau 15 ngày điều trị tác dụng giảm đau, cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng, cải thiện sự chèn ép rễ, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày cải thiện rõ rệt so với trước điều trị với $p < 0.05$ [54].

Năm 2023, Hoàng Ngọc Minh, nghiên cứu trên 60 bệnh nhân đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống thắt lưng trong đó 30 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại và 30 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp điện châm, hồng ngoại. Sau 15 ngày điều trị hiệu quả tốt chiếm 76,7% và khá chiếm 23,3%. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm nghiên cứu xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm chứng [55].

Năm 2023, Nguyễn Danh Đạt nghiên cứu 70 bệnh nhân sử dụng bài thuốc “Dưỡng cốt HV” kết hợp điện châm điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp, so sánh với nhóm đối chứng sử dụng bài thuốc “Tam tỷ thang” kết hợp điện châm. Kết quả điều trị chung sau 21 ngày: tốt là 65,7%, khá là 31,4% và trung bình là 2,9%. Tác dụng điều trị của nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm

đôi chứng. Sự khác biệt giữa 2 nhóm sau 21 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [56].

Năm 2023, Trần Thị Phong Lan, đánh giá tác dụng trên 80 người bệnh đau thần kinh hông to dùng phương pháp hoá long cứu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt so sánh với nhóm chứng dùng điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Kết quả điều trị chung: tỷ lệ đạt loại tốt, khá, trung bình, kém ở nhóm NC là 52,5 %, 32,0 %, 15,0 %, 0,0 % và ở nhóm ĐC lần lượt là 25,0 %, 47,5 %, 25,0 %, 2,5 %, nhóm NC có kết quả điều trị chung tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0,05$. Kết quả cải thiện các triệu chứng YHCT trên lâm sàng, tỷ lệ tất cả các triệu chứng bao gồm: đau lưng hoặc hông lan xuống chân, đau tăng khi trời lạnh, đau có cảm giác tê bì nặng nề, sợ gió sợ lạnh, ăn kém, ngủ ít, đại tiện nát, rêu lưỡi trắng mỏng, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch phù hoặc phù khản, mạch nhu hoãn hoặc trầm trì đều giảm ở cả hai nhóm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [57].

Năm 2023, Lê Đắc Quang, Vũ Nam, “Đánh giá kết quả phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to”, kết quả điều trị chung sau 14 ngày đạt mức độ tốt 15,0%, khá đạt 67,5%, trung bình 17,5%, không có mức độ kém [58].

Năm 2019, Nguyễn Văn Hưng và cộng sự đã đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to thể huyết ứ bằng bài thuốc Thân thống trực ứ thang kết hợp điện châm cho kết quả tốt và khá chiếm 81,4%, không có trường hợp nào kết quả kém [59].

Năm 2021, Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh “Kết quả điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng”. Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân cho thấy điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng là phương pháp có hiệu quả trong điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm với 80% tốt, 13,3% khá, 6,7% trung bình, không có trường hợp nào xếp loại kém [60].

1.6.2. Nghiên cứu trên thế giới

Năm 2000, Bronfort G và các cộng sự người Mỹ đã tiến hành khảo sát nhằm đánh giá hiệu quả của việc điều trị nội khoa cho các bệnh nhân đau thần kinh hông to. Nghiên cứu được tiến hành ngẫu nhiên trên 706 người tình nguyện với can thiệp bằng tăng cường chăm sóc y tế ngoại viện, tập vận động phục hồi chức năng và tiêm steroid cho những trường hợp nặng. Kết quả: các triệu chứng như đau lưng, đau chân và điểm khuyết tật Roland-Morris cải thiện từ mức 50% trước nghiên cứu thành 84% bệnh nhân cải thiện tốt ở ngưỡng 12 tuần theo dõi ($p < 0.01$) [61].

Năm 2015, Zongshi Qin và cộng sự tiến hành đánh giá hiệu quả của châm cứu trong điều trị đau thần kinh hông to. Kết quả đánh giá chung cho tình trạng sau điều trị, 6 nghiên cứu cho thấy châm cứu vượt trội hơn hẳn so với thuốc ($n=578$) và 2 nghiên cứu cho thấy châm cứu phối hợp với thuốc tốt hơn khi chỉ sử dụng một loại thuốc ($n=87$) [62].

Năm 2015, Mei Ji và cộng sự tiến hành một nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị đau thần kinh hông to. Nghiên cứu cho thấy mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS giảm đáng kể ở nhóm được điện châm, thời gian giảm đau kéo dài, bệnh nhân cải thiện được hầu hết các triệu chứng lâm sàng và tăng tầm vận động cột sống [63].

Năm 2016, Qiu L. và cộng sự nghiên cứu trên 60 bệnh nhân đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được điều trị bằng điện châm trong 4 tuần liên tục. Kết quả: 29/60 bệnh nhân đạt kết quả tốt, 14/60 bệnh nhân có cải thiện rõ rệt, 14/60 bệnh nhân có giảm mức độ đau và có 3/60 bệnh nhân không có cải thiện. Sự khác biệt trước sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [64].

1.6.3. Các nghiên cứu về Phù châm

Kun-Long Ma, Phù Trung Hoa và cộng sự (2021), Nghiên cứu so sánh hiệu quả lâu dài của phương pháp FSN với xoa bóp để điều trị chứng đau cổ

không đặc hiệu mãn tính. 60 bệnh nhân mãn tính được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm NC được điều trị bằng FSN và nhóm chứng điều trị bằng XBBH. Đánh giá trước, sau điều trị, 3 tháng sau điều trị và 12 tháng sau điều trị. Kết quả: Sau 12 tháng theo dõi, cả hai chế độ điều trị đều cho kết quả thuận lợi tương tự nhau trên tất cả các chỉ số tiên lượng so với dữ liệu ban đầu tương ứng của chúng (tất cả đều có $p < 0,01$). Tuy nhiên, so với nhóm xoa bóp, sự cải thiện của VAS, ODI và SF-36 có ý nghĩa hơn ở nhóm FSN ở tất cả các thời điểm theo dõi (tất cả đều có $p < 0,05$) [37]

Ching-Hsuan Huang và cộng sự (2022): Nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên: Sự cải thiện nhanh chóng tình trạng hạn chế vận động cổ và chất lượng giấc ngủ đối với chứng đau cổ mãn tính được điều trị bằng phương pháp Phù châm. 60 Bệnh nhân bị đau cổ mãn tính trong hơn 2 tháng được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm Phù châm và nhóm kích thích điện thần kinh xuyên da (TENS) đánh giá trước và sau điều trị 15 ngày. Kết quả. VAS đã ngay lập tức giảm trong các nhóm FSN và TENS và duy trì trong 15 ngày theo dõi (tất cả $p < 0,001$). Các tác động ngay lập tức cũng được quan sát thấy khi ngưỡng đau do áp lực tăng lên ở nhóm FSN vào ngày thứ 2 ($p = 0,006$) và ngày thứ 4 ($p = 0,023$) sau khi điều trị và độ cứng của cơ giảm bởi FSN vào ngày 1 và ngày thứ 2 sau khi điều trị (cả hai $p < 0,001$). Điều trị FSN và TENS đã cải thiện tình trạng khuyết tật và khả năng vận động của cổ; hơn nữa, FSN đã thúc đẩy những người tham gia nhận được chất lượng giấc ngủ tốt hơn, như được xác định bằng đánh giá PSQI ($p = 0,03$). TENS không có lợi ích gì đối với chất lượng giấc ngủ [38]

Nguyễn Đăng Hiền (2023): Đánh giá hiệu quả của phương pháp phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ. Tổng số 80 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm điều trị trong vòng 15 ngày bằng. Nhóm nghiên cứu dùng phương pháp phù châm với xoa

bóp bấm huyết, nhóm đối chứng dung điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết.
Kết quả điều trị chung: Kết quả tốt đạt 55%, khá 37,5% , trung bình 7,5% [65]

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm các bệnh nhân tuổi từ 38, được chẩn đoán xác định Đau thần kinh hông to do thoái hoá đốt sống thắt lưng tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông không phân biệt giới tính và nghề nghiệp, tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

2.1.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học hiện đại. [12]

* Được chẩn đoán xác định là đau thần kinh hông to thông qua triệu chứng lâm sàng:

+ **Triệu chứng cơ năng:** Đau vùng thắt lưng lan xuống hông đùi, cẳng chân, bàn chân (tùy vào rễ thần kinh tổn thương) theo đường đi của dây thần kinh hông to.

+ **Triệu chứng thực thể:**

- Hội chứng cột sống: (+)
 - Tư thế chống đau: (+)
 - Điểm đau cột sống: (+)
 - Co cứng cơ cạnh sống: (+)
 - Chỉ số Schober giảm (độ giãn CSTL < 14cm)
- Hội chứng rễ thần kinh: (+):
 - Dấu hiệu Lasègue (+)
 - Hệ thống các điểm Valleix (+). [12]

* Cận lâm sàng: X-quang có hình ảnh thoái hóa cột sống thắt lưng

* Bệnh nhân đau TKHT có mức độ đau $3 \leq VAS \leq 6$ điểm.

* BN tình nguyện tham gia NC và tuân thủ đúng liệu trình điều trị.

2.1.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền

Các bệnh nhân đau TKHT sau khi được chọn theo tiêu chuẩn của YHHĐ sẽ tiếp tục được khám bệnh và chẩn đoán theo YHCT, chọn những bệnh nhân phong hàn thấp kết hợp can thận hư:

- Đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của kinh Túc thái dương Bàng quang và/hoặc Túc thiếu dương Đờm. Đau có cảm giác tê bì, nặng nề, có thể có teo cơ. Bệnh kéo dài, dễ tái phát.

- Người mệt mỏi, ăn uống kém.

- Chất lưỡi nhợt, bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt.

- Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược [12].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Phụ nữ có thai.

- Đang mắc các bệnh lý như: Suy tim, suy thận giai đoạn cuối, xơ gan, viêm gan cấp, tăng huyết áp chưa ổn định, ung thư, bệnh lý suy giảm miễn dịch, rối loạn tâm thần, nhiễm trùng nặng.

- Bệnh nhân có kèm theo các bệnh lý vùng cột sống như: Lao cột sống, viêm đốt sống – đĩa đệm, viêm cột sống dính khớp, absces cột sống, chấn thương cột sống, dị dạng cột sống.

- Da và tổ chức dưới da tại vùng huyết viêm nhiễm, chảy dịch.

- Bệnh nhân có chỉ định can thiệp ngoại khoa: yếu liệt cơ, rối loạn cơ tròn.

- Bệnh nhân chống chỉ định với phương pháp phù châm, điện châm và xoa bóp bấm huyệt.

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Chất liệu nghiên cứu.

2.2.1. Nhóm nghiên cứu.

Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, trong đó;

- Phương pháp phù châm: quy trình và công thức huyệt áp dụng những huyệt sau: Thận du, Đại trường du, Thừa sơn (Phụ lục 2) [13], [14]

- Xoa bóp bấm huyệt: Theo hướng dẫn “Quy trình xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to” của Bộ Y tế (Phụ lục 5) [42]

2.2.2. Nhóm đối chứng

Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, trong đó:

- Phác đồ điện châm điều trị đau thần kinh hông to được áp dụng theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh chữa bệnh của Bộ Y tế. (Phụ lục 3). [11].

- Xoa bóp bấm huyệt: Theo hướng dẫn “Quy trình xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to” của Bộ Y tế (Phụ lục 5) [42]

2.3. Phương tiện nghiên cứu

Các phương tiện phục vụ cho nghiên cứu đó là:

- Kim châm cứu dùng một lần kích thước 0,25 mm x 70 mm.
- Máy điện châm M8 của Trung tâm đào tạo, ứng dụng châm cứu Việt Nam sản xuất.
- Băng, cồn sát khuẩn, pank có máu, Eugo, hộp đựng vật sắc nhọn.
- Thước đo tâm vận động cột sống cổ
- Thước đo mức độ đau VAS
- Thang điểm ODI

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện YHCT Hà Đông.
- Thời gian từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

2.5. Phương pháp nghiên cứu

2.5.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị, có nhóm đối chứng.

2.5.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn cỡ mẫu thuận tiện gồm 70 bệnh nhân, chia làm 2 nhóm bằng phương pháp ghép cặp sao cho tương đồng về tuổi, giới, mức độ bệnh.

2.5.3. Quy trình nghiên cứu.

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán xác định đau thần kinh hông to do thoái hoá cột sống.

- 70 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ, được đưa vào đối tượng nghiên cứu, chia thành hai nhóm.

+ Nhóm đối chứng: 35 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trong 15 ngày.

+ Nhóm nghiên cứu: 35 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp Phù châm, xoa bóp bấm huyệt trong 15 ngày.

- Theo dõi, ghi nhận và xử lý tai biến (nếu có).

- Đánh giá lại các chỉ số nghiên cứu tại thời điểm sau 3 ngày điều trị (D3), sau 7 ngày điều trị (D7), sau 15 ngày (D15). So sánh kết quả trước – sau điều trị của từng nhóm và giữa hai nhóm.

2.5.4. Các chỉ số và biến số nghiên cứu

2.5.4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (thu thập tại thời điểm D0):

Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, chỉ số BMI, Chỉ số X-quang CSTL.

2.5.4.2. Các chỉ tiêu đánh giá kết quả nghiên cứu

- Mức độ đau của bệnh nhân đánh giá theo thang điểm VAS của hãng Astra-Zeneca .

- Đo độ giãn của CSTL (theo chỉ số Schober).

- Tầm vận động của CSTL (Gấp, duỗi, nghiêng bên đau)

- Đánh giá mức độ giảm chèn ép rễ thần kinh hông to (theo NP Lasergue).

- Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày theo bộ câu hỏi Oswestry Disability (ODI).

- Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị: Bầm tím, đỏ da, ngứa, gãy kim, nhiễm trùng, vụng châm, chảy máu.

2.5.4.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình điều trị

Tuổi, Giới tính, Nghề nghiệp, Thời gian bị bệnh, kết quả phim X-quang THCS TL

2.5.5. Tiêu chuẩn lượng giá kết quả

2.5.5.1. Tiêu chuẩn đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu [32].

Đau là sự đánh giá chủ quan của BN theo thang điểm VAS (Visual Analogua Scale): Thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ của hãng Astra- Zeneca .



Hình 2.1. Thước đo thang điểm VAS

Thang điểm VAS là một thước có hai mặt:

Một mặt: Chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm.

Một mặt: Có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức độ bệnh nhân tự lượng giá cho đồng nhất độ đau.

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

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

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

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

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

Cách cho điểm và phân loại các mức độ trong nghiên cứu được tính theo bảng dưới đây:

Bảng 2.1. Phân loại mức độ đau và cách cho điểm dựa vào điểm VAS.

Phân loại điểm VAS	Mức độ đau	Thang điểm
VAS = 0	Không đau	0
$0 < VAS \leq 2$	Đau nhẹ	1
$2 < VAS \leq 4$	Đau vừa	2
$4 < VAS \leq 6$	Đau nặng	3
VAS > 6	Đau rất nặng, đau không chịu được	4

• Độ giãn cột sống thắt lưng (theo chỉ số Schober)

Cách đo: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát vào nhau, hai bàn chân mở một góc 60^0 , thầy thuốc xác định móm gai của đốt S1 và đánh dấu lại (điểm P1). Từ điểm này đo lên trên 10cm (đo lần 1) và đánh dấu tiếp điểm thứ 2 (P2). Sau đó cho bệnh nhân cúi tối đa, hai chân duỗi thẳng tại khớp gối. Thầy thuốc đo lại khoảng cách giữa hai điểm P1 và P2 (ở tư thế cúi của bệnh nhân). Người bình thường khoảng cách đó từ 14 cm đến 15 cm [21], [53].

Bảng 2.2. Cách đánh giá điểm dựa vào chỉ số Schober

Phân loại chỉ số Schober	Mức độ	Thang điểm
Chỉ số Schober ≥ 14 cm	Không đau	0 điểm
$13 \leq$ Chỉ số Schober < 14 cm	Đau nhẹ	1 điểm
$12 \leq$ Chỉ số Schober < 13 cm	Đau vừa	2 điểm
Chỉ số Schober < 12 cm	Đau nặng	3 điểm

• **Nghiệm pháp Lasègue:**

Cách đo: Bệnh nhân nằm ngửa duỗi thẳng chân, thầy thuốc một tay nâng cổ chân, một tay đặt ở đầu gối và giữ gối cho thẳng, khám 2 thì. Thì 1: từ từ nâng chân bệnh nhân lên khỏi giường đến khi xuất hiện đau dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to thì dừng lại, tính góc tạo thành giữa chân và mặt giường (độ). Bình thường là 90° . Thì 2: Giữ nguyên góc đó và gập chân bệnh nhân lại tại khớp gối, bệnh nhân không còn đau dọc mặt sau chân nữa [21].

Bảng 2.3. Cách đánh giá điểm dựa vào nghiệm pháp Lasègue

Phân loại góc Lasègue	Mức độ	Thang điểm
Góc Lasègue $\geq 75^\circ$	Không đau	0 điểm
$65^\circ \leq$ Góc Lasègue $< 75^\circ$	Đau nhẹ	1 điểm
$55^\circ \leq$ Góc Lasègue $< 65^\circ$	Đau vừa	2 điểm
Góc Lasègue $< 55^\circ$	Đau nặng	3 điểm

• **Tầm vận động của CSTL**

Sử dụng thước đo tầm vận động khớp: Thước có gốc là mặt phẳng hình tròn, chia độ từ $0^\circ - 360^\circ$, một cạnh di động và một cạnh cố định, dài 30cm [21].



Hình 2.2. Thước đo tầm vận động khớp

Cách đo: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, bàn chân mở góc 60° . Yêu cầu bệnh nhân làm các động tác vận động cột sống, dùng thước đo tầm vận động để đánh giá.

+ Đo độ duỗi của cột sống: Điểm đặt cố định ở gai chậu trước, cạnh cố định đặt dọc theo đùi, cạnh di động đặt dọc theo thân, yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng, 2 gót chân chụm vào nhau, ngửa thân tối đa ta được góc đo của độ duỗi CSTL.

+ Đo độ gập của cột sống: Điểm đặt cố định ở gai chậu trước, cạnh cố định đặt dọc theo đùi, cạnh di động đặt dọc theo thân, yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng, 2 gót chân chụm vào nhau, cúi thân tối đa ta được góc đo của độ gập CSTL.

+ Đo độ nghiêng bên đầu của cột sống thắt lưng: Bệnh nhân đứng thẳng, điểm cố định ở gai đốt sống S1, cạnh cố định theo phương thẳng đứng, cạnh di động đặt dọc cột sống hướng đốt sống, yêu cầu người bệnh nghiêng tối đa về bên đau, góc đo được là góc nghiêng của CSTL.

Bảng 2.4. Cách đánh giá tầm vận động cột sống thắt lưng

Gấp	Duỗi	Nghiêng	Mức độ
≥ 70: 0 điểm	≥ 25: 0 điểm	≥ 25: 0 điểm	Không đau
≥ 60: 1 điểm	≥ 20: 1 điểm	≥ 20: 1 điểm	Đau nhẹ
≥ 50: 2 điểm	≥ 15: 2 điểm	≥ 15: 2 điểm	Đau vừa
< 50: 3 điểm	< 15: 3 điểm	< 15: 3 điểm	Đau nặng

***Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày**

Sử dụng bộ câu hỏi của George E Ehrlich trong bộ câu hỏi “OSWESTRY LOW BACK PAIN DISABILITY QUESTIONAIRE” để đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đau CSTL [53].

Bộ câu hỏi Oswestry Disability (OD), gồm 10 câu hỏi về tình trạng hạn chế trong sinh hoạt và hoạt động hằng ngày của bệnh nhân (Phụ lục 6). Mỗi câu hỏi có 5 mức trả lời: Mức độ 1 là tốt nhất, mức độ 5 là kém nhất. Bệnh nhân chọn mức độ trả lời phù hợp nhất với tình trạng của mình. Điểm của chỉ số OD là tổng điểm của 10 câu hỏi. Thấp nhất 0 điểm, cao nhất 50 điểm. Điểm càng cao chức năng sinh hoạt càng giảm.

Bảng 2.5. Cách đánh giá điểm dựa theo chỉ số ODI

Chỉ số Oswestry Disability (ODI)	Mức độ	Thang điểm
$ODI \leq 19$ điểm	Không đau	0
$20 \leq ODI \leq 29$ điểm	Đau nhẹ	1
$30 \leq ODI \leq 39$ điểm	Đau vừa	2
$ODI \geq 40$ điểm	Đau nặng	3

* Đánh giá các triệu chứng theo YHCT tại thời điểm ngày thứ 7 và ngày thứ 15

*** Theo dõi và đánh giá tác dụng không mong muốn**

- Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng như: đỏ da, mẩn ngứa, chảy máu, gãy kim, bầm tím, vụng châm, nhiễm trùng... được tiến hành sau mỗi lần làm thủ thuật.

Đánh giá được tiến hành tại thời điểm trước điều trị (D0) và 15 ngày điều trị (D15).

2.5.5.2. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị chung

- Đánh giá kết quả điều trị theo từng chỉ tiêu và kết quả điều trị chung theo tổng điểm của 5 chỉ tiêu: Thang điểm VAS, chỉ số Schober, nghiệm pháp Lasègue, tầm vận động CSTL (cúi, ngửa, nghiêng bên đau), chỉ số ODI. Dựa vào tổng điểm của các chỉ số trên, đánh giá kết quả điều trị chung tại thời điểm D₇ và D₁₅ làm 4 mức độ

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

Bảng 2.6. Phân loại kết quả điều trị chung

Phân loại	Hiệu quả điều trị
Tốt	$\geq 80\%$
Khá	$60\% \leq \text{kết quả chung} < 80\%$
Trung bình	$40\% \leq \text{kết quả chung} < 60\%$
Kém	$< 40\%$

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu thu được trên máy tính bằng phần mềm toán thống kê y sinh học SPSS 20.0.

Kiểm định giá trị trung bình bằng test t- Student.

Kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng thuật toán χ^2

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

+ Với $p < 0,05$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với độ tin cậy 95%.

+ Với $p < 0,01$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với độ tin cậy 99%.

2.7. Sai số và cách không chế sai số

2.7.1. Các loại sai số

- Sai số do phiếu điều tra, điều tra không đúng quy trình.
- Sai số trong quá trình khám, đánh giá đối tượng nghiên cứu.
- Sai số trong quá trình thu thập thông tin.

2.7.2. Các biện pháp không chế sai số

- Thống nhất quy trình điều tra thông tin, khám, thực hiện thủ thuật và các chỉ tiêu đánh giá, tất cả bệnh nhân được làm mẫu bệnh án chung thống nhất.

- Lập kế hoạch thu thập số liệu hợp lý, khoa học. Việc thu thập số liệu, viết phiếu theo dõi, bệnh án nghiên cứu... do một người thực hiện

- Tập huấn nhóm tham gia điều trị bệnh nhân để thống nhất về chẩn đoán, phương pháp điều trị.

- Theo dõi sát bệnh nhân, phát hiện các trường hợp không tuân thủ điều trị hoặc dừng điều trị vì tác dụng không mong muốn (nếu có) để loại ra khỏi nghiên cứu và làm báo cáo trường hợp.

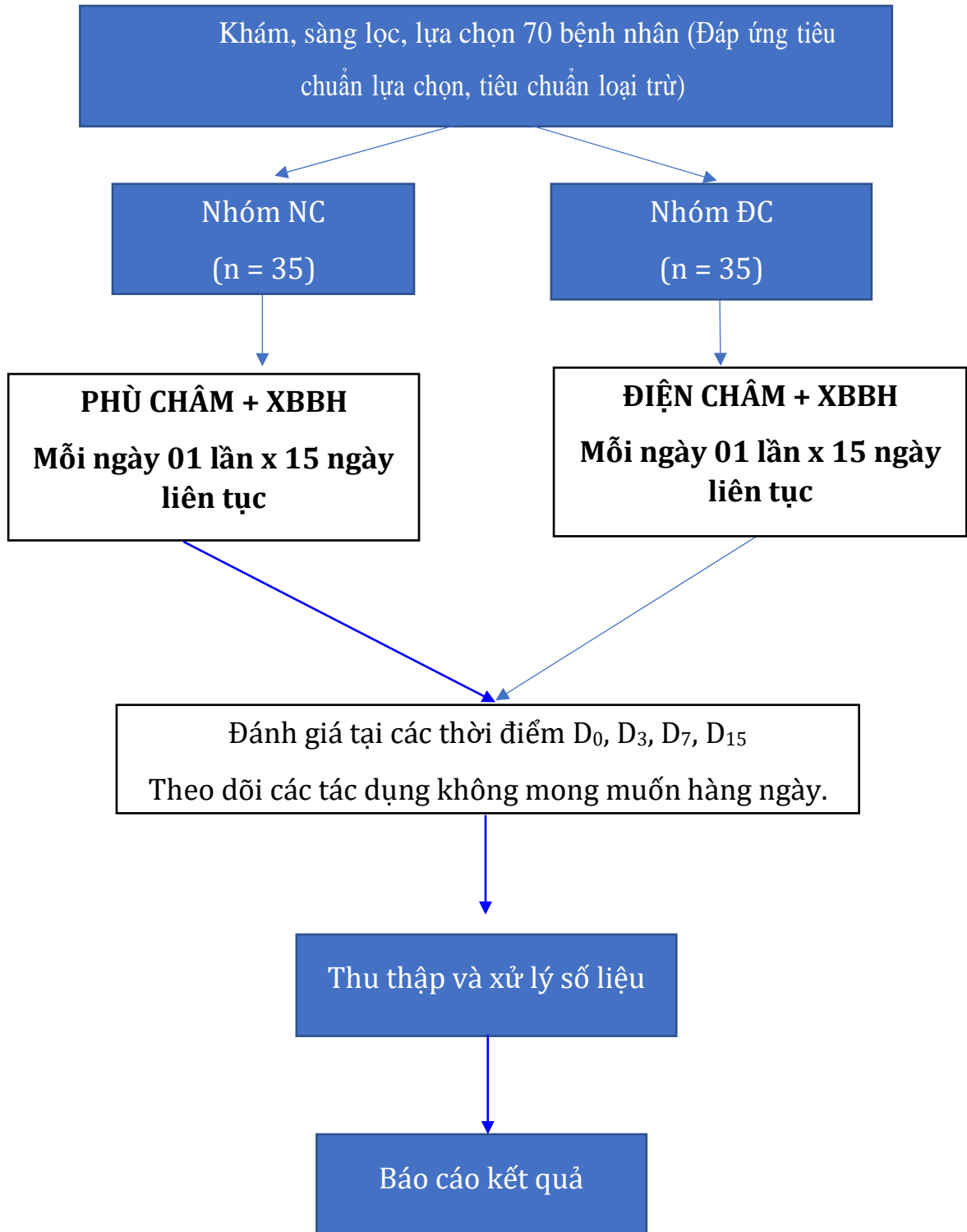
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài sẽ được Hội đồng đánh giá đề cương luận văn Bác sĩ CKII và Hội đồng đạo đức Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam thông qua và phê duyệt trước khi tiến hành.

Tất cả các bệnh nhân đều tình nguyện tham gia, hợp tác trong nghiên cứu. Bệnh nhân được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu và đều ký cam kết nghiên cứu. Bệnh nhân có quyền rời khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào vì bất cứ lý do gì.

Nghiên cứu chỉ nhằm tìm ra thêm một phương pháp có hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to, không nhằm mục đích nào khác.

Khi đối tượng nghiên cứu có dấu hiệu không giảm đau hoặc nặng thêm thì chúng tôi sẽ thay đổi phác đồ điều trị.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

Chương 3

KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi

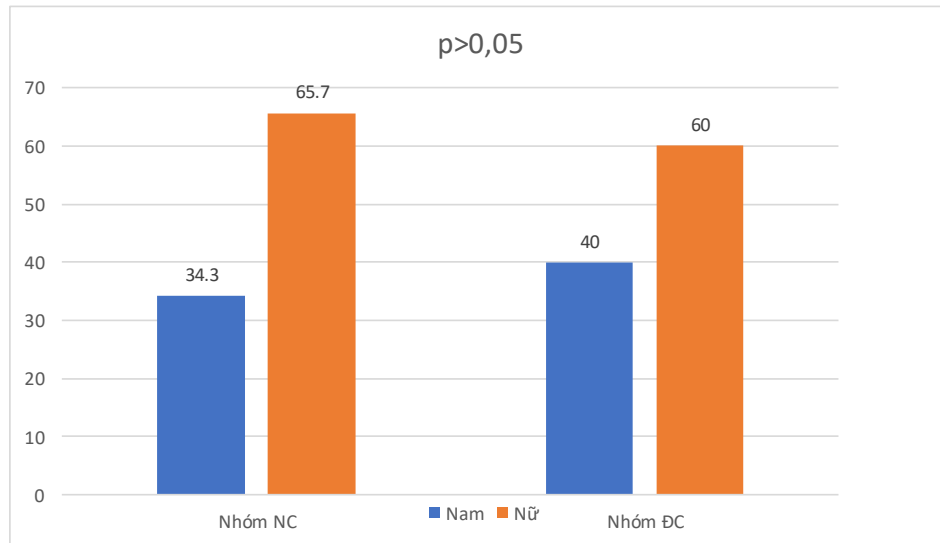
Bảng 3.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Đối tượng Nhóm tuổi	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
38 – 49	2	5,7	1	2,9	3	4,3
50 – 59	13	37,2	11	31,4	24	34,3
≥ 60	20	57,1	23	65,7	43	61,4
Tổng	35	100	35	100	70	100
$\bar{X} \pm SD$	61,71 ± 9,7		61,77 ± 9,38		61,74 ± 9,48	
p(1) – (2)	p > 0,05					

Nhận xét:

Bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi 61,4%, trong đó ở nhóm NC chiếm 57,1%, nhóm ĐC chiếm 65,7%. Nhóm tuổi từ 38 - 49 tuổi có tỷ lệ thấp nhất ở cả hai nhóm. Tuổi trung bình ở nhóm NC là 61,71 ± 9,7, nhóm ĐC là 61,77 ± 9,38. Sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

3.1.2. Đặc điểm bệnh nhân theo giới tính

Biểu đồ 3.1 Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét:

Theo Biểu đồ 3.1 cho thấy nhóm bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm bệnh nhân nam, số bệnh nhân nữ ở nhóm NC và ĐC chiếm tỷ lệ lần lượt là 65,7% và 60%. Sự khác biệt về giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

3.1.3. Đặc điểm bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.2 Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Đối tượng	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng		p(1)-(2)
	n	%	n	%	n	%	
Nghề nghiệp							
Lao động chân tay	22	62,9	21	60,0	43	61,4	p > 0,05
Lao động trí óc	13	37,1	14	40,0	27	38,6	
Tổng	35	100	35	100	70	100	

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, nhóm lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao hơn 61,4%, tỷ lệ ở hai nhóm NC và nhóm ĐC với lần lượt là 62,9% và 60,0%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Đặc điểm bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.3 Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Đối tượng Thời gian	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng		p(1)-(2)
	n	%	n	%	n	%	
< 3 tháng	10	28,6	5	14,3	15	21,5	p > 0,05
3 - 6 tháng	11	31,4	12	34,3	23	32,8	
6 tháng	14	40,0	18	51,4	32	45,7	
Tổng	35	100	35	100	70	100	

Nhận xét

Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh > 6 tháng có tỷ lệ cao nhất 45,7%, trong đó ở nhóm NC là 40,0%, nhóm ĐC là 51,4%. Bệnh nhân mắc bệnh từ < 3 tháng có tỷ lệ thấp nhất 21,5%, chiếm 28,6% ở nhóm NC và 14,3% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.5. Đặc điểm bệnh nhân theo BMI

Bảng 3.4 Phân bố bệnh nhân theo BMI

Đối tượng BMI	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng		p(1)-(2)
	n	%	n	%	n	%	
<18,5	0	0	1	2,9	1	1,4	
18,5- 24,9	33	94,3	32	91,4	65	92,9	
≥ 25	2	5,7	2	5,7	4	5,7	
Tổng	35	100	35	100	70	100	
$\bar{X} \pm SD$ (kg/m ²)	22,3 \pm 1,9		22,1 \pm 2,55		22,25 \pm 2,24		> 0,05

Nhận xét:

Trong 70 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân có BMI từ 18,5-24,9 chiếm tỷ lệ cao nhất với 94,3% ở nhóm NC và 91,4% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về BMI giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.6. Đặc điểm tổn thương cột sống thắt lưng trên phim X-quang

Bảng 3.5 Đặc điểm tổn thương cột sống thắt lưng trên phim X-quang

Đối tượng X- quang	Nhóm NC(1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng		p(1)-(2)
	n	%	n	%	n	%	
Gai xương	35	100	35	100	70	100	>0,05
Phì đại máu bán nguyệt	5	14,3	6	17,1	11	15,7	
Hẹp lỗ tiếp hợp	8	22,9	15	42,9	23	32,9	
Giảm chiều cao đĩa đệm	10	28,6	14	40,0	24	34,3	

Nhận xét:

Qua bảng 3.5 ta thấy 100% bệnh nhân đều có hình ảnh gai xương trên phim X-quang. Hình ảnh giảm chiều cao đĩa đệm của nhóm NC và ĐC chiếm tỷ lệ lần lượt là 28,6% và 40,0%. Hẹp lỗ tiếp hợp của 2 nhóm là 32,9%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là Phì đại máu bán nguyệt 15,7%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.7. Đặc điểm các chỉ số lâm sàng trước điều trị

Bảng 3.6 Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng trước điều trị

Chỉ số	Nhóm	Nhóm NC (n = 35)	Nhóm ĐC (n = 35)	p
		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Điểm đau VAS		5,90 ± 0,66	5,89 ± 0,76	> 0,05
Tầm vận động gấp (độ)		45,23 ± 4,5	45,74 ± 4,79	> 0,05
Tầm vận động duỗi (độ)		16,11 ± 2,0	16,40 ± 1,65	> 0,05
Tầm vận động nghiêng bên đau		18,09 ± 2,5	18,11 ± 2,04	> 0,05
Schober (cm)		11,00 ± 0,80	11,09 ± 0,81	> 0,05
Góc độ Lasègue (độ)		54,17 ± 4,09	55,31 ± 5,35	> 0,05
Chỉ số ODI		34,86 ± 4,87	33,46 ± 4,78	> 0,05

Nhận xét:

Tại thời điểm trước nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng của các của các đối tượng nghiên cứu như: điểm đau VAS, tầm vận động CSTL (gấp, duỗi, nghiêng bên đầu), độ giãn CSTL (chỉ số Schober), nghiệm pháp Lasegue và chức năng sinh hoạt hàng ngày (theo thang điểm ODI) giữa hai nhóm tương đồng nhau, sự khác biệt với $p > 0.05$.

3.2. Kết quả nghiên cứu**3.2.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS****Bảng 3.7 Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS**

Đối tượng	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng		p(1)-(2)
	n = 35	%	n = 35	%	n = 70	%	
Thời điểm D0							
Đau vừa	31	88,6	29	82,9	60	85,7	p > 0,05
Đau nặng	4	11,4	6	17,1	10	14,3	
Thời điểm D3							
Đau nhẹ	4	11,4	5	14,3	9	12,9	p > 0,05
Đau vừa	31	88,6	30	85,7	61	87,1	
Thời điểm D7							
Đau nhẹ	22	62,9	19	54,3	41	58,6	p > 0,05
Đau vừa	13	37,1	16	45,7	29	41,4	
Thời điểm D15							
Không đau	1	2,9	0	0	1	1,5	p < 0,05
Đau nhẹ	30	85,7	31	88,6	61	87,1	
Đau vừa	4	11,4	4	11,4	8	11,4	
P_{D0-D7}	< 0,05						
P_{D0-D15}	< 0,05						

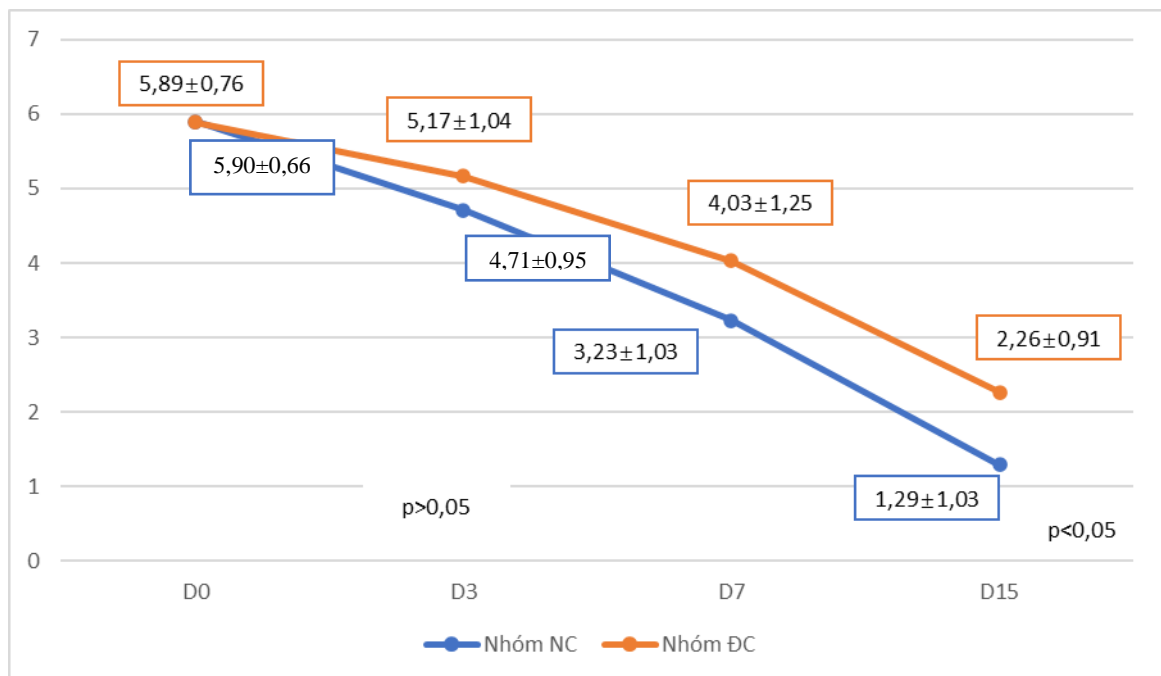
Nhận xét:

Trước điều trị, mức độ đau của bệnh nhân tập chung ở 2 nhóm đau vừa và đau nặng, chủ yếu ở mức độ đau vừa với 88,6% ở nhóm NC và 82,9% ở nhóm ĐC. Phân bố tương đồng nhau ở 2 nhóm điều trị với $p > 0,05$.

Sau 3 ngày điều trị, mức độ đau được cải thiện, không còn bệnh nhân có mức độ đau nặng ở hai nhóm. Tuy nhiên chưa có sự cải thiện nhiều, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm sau điều trị 7 ngày, có sự cải thiện ở cả hai nhóm bệnh nhân, mức độ đau nhẹ chiếm tỷ lệ cao hơn, lần lượt ở nhóm NC là 62,9% và nhóm ĐC là 54,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D_{15} , có sự cải thiện rõ rệt về phân loại mức độ đau, ở nhóm NC có 85,7% BN đau mức độ nhẹ, 11,4% BN đau mức độ vừa và 2,9% BN không đau. Trong khi đó ở nhóm ĐC không có BN không đau, 88,6 BN đau nhẹ và 11,4% BN đau mức độ vừa. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$



Biểu đồ 3.2 Kết quả thay đổi chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm

Nhận xét:

Trước điều trị, điểm VAS trung bình ở nhóm NC là $5,90 \pm 0,66$ (điểm), nhóm ĐC là $5,89 \pm 0,76$ (điểm), sau 15 ngày điều trị, điểm VAS ở nhóm NC $1,29 \pm 1,03$ (điểm), ở nhóm ĐC $2,26 \pm 0,91$ (điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tại thời điểm D15 với $p < 0,05$.

3.2.2. Sự thay đổi độ giãn cột sống thắt lưng

Bảng 3.8 Sự thay đổi mức độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober

Đối tượng Mức độ	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng		p(1)-(2)
	n = 35	%	n = 35	%	n = 70	%	
Thời điểm D0							
Hạn chế vừa	9	25,7	10	28,6	19	27,1	p>0,05
Hạn chế nặng	26	74,3	25	71,4	51	72,9	
Thời điểm D3							
Hạn chế nhẹ	15	42,9	7	20,0	22	31,4	p>0,05
Hạn chế vừa	18	51,4	27	77,1	45	64,3	
Hạn chế nặng	2	5,7	1	2,9	3	4,3	
Thời điểm D7							
Hạn chế nhẹ	21	60,0	10	28,5	31	44,3	p < 0,05
Hạn chế vừa	13	37,1	24	68,6	37	52,9	
Hạn chế nặng	1	2,9	1	2,9	2	2,9	
Thời điểm D15							
Bình thường	26	74,3	10	28,6	36	51,4	p < 0,05
Hạn chế nhẹ	9	25,7	20	57,1	29	41,4	

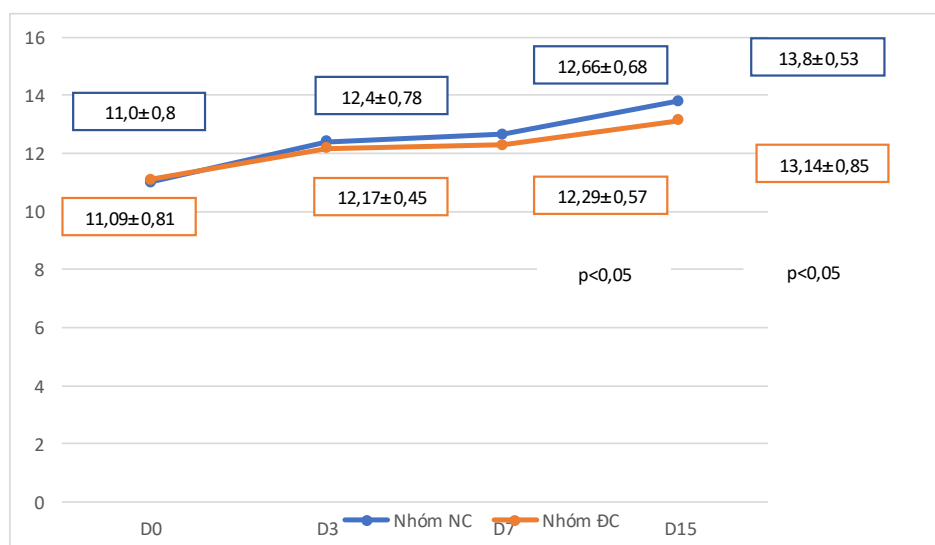
Hạn chế vừa	0	0	5	14,3	5	7,2
P_{D0-D3}	$< 0,05$					
P_{D0-D7}	$< 0,05$					
P_{D0-D15}	$< 0,05$					

Nhận xét:

Trước điều trị, đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có hạn chế nặng độ giãn CSTL, trong đó nhóm NC chiếm 74,3% và nhóm ĐC chiếm 71,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, mức độ cải thiện đã tăng lên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị, sự cải thiện độ giãn CSTL ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó ở nhóm NC cao hơn nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế và hạn chế nhẹ độ giãn CSTL ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 100 % và 85,7 %. Ở cả hai nhóm đều không có người bệnh nào hạn chế nặng độ giãn CSTL, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.3. Kết quả thay đổi độ giãn CSTL

Nhận xét:

Trước điều trị độ giãn CSTL trung bình ở hai nhóm là tương đương nhau, nhóm NC là $11,00 \pm 0,80$ cm và nhóm ĐC là $11,09 \pm 0,81$ cm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, độ giãn CSTL trung bình ở cả hai nhóm tiếp tục tăng và có ý nghĩa so với thời điểm trước điều trị với $p < 0,01$. Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm về cải thiện độ giãn CSTL trung bình có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị độ giãn CSTL trung bình ở cả hai nhóm đều tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị với $p < 0,01$. Nhóm NC cải thiện độ giãn CSTL trung bình tốt hơn nhóm ĐC, trong đó độ giãn CSTL trung bình ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $13,80 \pm 0,53$ (cm) và $13,14 \pm 0,65$ (cm), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3.2.3. Sự thay đổi tâm vận động cột sống thắt lưng

* Sự thay đổi tâm vận động gập cột sống thắt lưng

Bảng 3.9 Kết quả thay đổi tâm vận động gập

Nhóm		Nhóm NC (n = 35)	Nhóm ĐC (n = 35)	p
Thời điểm		$\bar{X} \pm SD$ (độ)	$\bar{X} \pm SD$ (độ)	
D₀		$45,23 \pm 4,51$	$45,74 \pm 4,79$	$> 0,05$
D₃		$53,86 \pm 4,73$	$50,91 \pm 7,17$	$< 0,05$
D₇		$59,83 \pm 4,13$	$55,06 \pm 4,36$	$< 0,05$
D₁₅		$71,00 \pm 3,96$	$65,94 \pm 3,37$	$< 0,05$
Độ chênh trung bình	D₀₋₃	$8,63 \pm 6,53$	$5,17 \pm 8,62$	$< 0,05$
	D₀₋₇	$14,60 \pm 6,12$	$9,32 \pm 6,48$	$< 0,05$
	D₀₋₁₅	$25,77 \pm 6,00$	$20,20 \pm 5,86$	$< 0,05$
p₀₋₃, p₀₋₇, p₀₋₁₅		$< 0,01, < 0,01, < 0,01$	$< 0,01, < 0,01, < 0,01$	

Nhận xét:

- Sự thay đổi tầm vận động gấp giữa 2 nhóm nghiên cứu tương đương nhau tại thời điểm trước điều trị với $p > 0,05$. Sau điều trị, tầm vận động gấp cột sống thắt lưng của 2 nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Có sự thay đổi giữa các thời điểm nghiên cứu, độ chênh trung bình sau 15 ngày điều trị, tầm vận động gấp ở nhóm NC tăng $25,77 \pm 6,00$ (56,9%), nhóm ĐC tăng $20,20 \pm 5,86$ (44,2%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

* *Sự thay đổi tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng*

Bảng 3.10. Kết quả thay đổi tầm vận động duỗi

Nhóm		Nhóm NC (n = 35) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	Nhóm ĐC (n = 35) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	<i>p</i>
Thời điểm				
D₀		16,14 ± 2,03	16,4 ± 1,65	> 0,05
D₃		21,17 ± 3,15	19,74 ± 3,46	> 0,05
D₇		24,11 ± 3,32	21,77 ± 2,54	< 0,05
D₁₅		29,57 ± 3,73	27 ± 2,51	< 0,05
Độ chênh trung bình	D₀₋₃	5,03 ± 3,78	3,34 ± 4,02	> 0,05
	D₀₋₇	7,97 ± 4,06	5,37 ± 3,83	< 0,05
	D₀₋₁₅	13,43 ± 4,03	10,60 ± 3,26	< 0,05
p₀₋₃, p₀₋₇, p₀₋₁₅		< 0,01, < 0,01, < 0,01	< 0,01, < 0,01, < 0,01	

Nhận xét:

Trước điều trị sự thay đổi tầm vận động duỗi giữa 2 nhóm nghiên cứu tương đương nhau, không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Sau điều trị tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng của 2 nhóm có cải thiện rõ rệt với $p < 0,01$.

Sau 7 ngày và 15 ngày điều trị, có sự thay khác biệt về tầm vận động duỗi giữa 2 nhóm, với $p < 0,05$. Điểm chênh của nhóm NC là $13,43 \pm 4,03$,

nhóm ĐC là $10,60 \pm 3,26$, mức độ tăng tầm vận động duỗi của nhóm NC cao hơn nhóm ĐC.

* *Sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đầu*

Bảng 3.11. Sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đầu

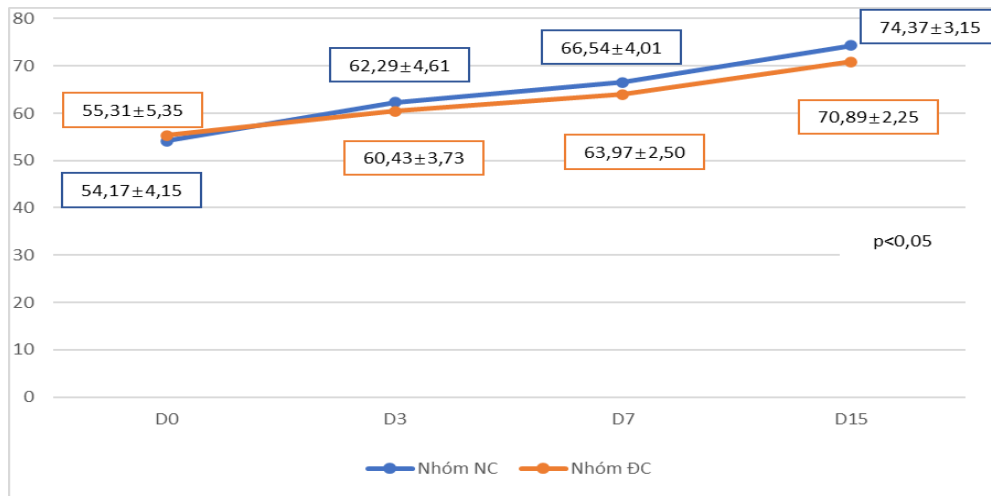
Nhóm		Nhóm NC (n = 35) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	Nhóm ĐC (n = 35) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	p
D₀		18,09 ± 2,49	18,11 ± 2,04	> 0,05
D₃		21,77 ± 2,95	21,11 ± 2,05	> 0,05
D₇		25,49 ± 3,13	23,34 ± 2,52	< 0,05
D₁₅		31,34 ± 3,38	28,51 ± 2,39	< 0,05
Độ chênh trung bình	D₀₋₃	5,03 ± 3,75	3,00 ± 2,89	> 0,05
	D₀₋₇	7,97 ± 3,86	5,23 ± 3,20	< 0,05
	D₀₋₁₅	13,43 ± 4,27	10,40 ± 3,17	< 0,05
P₀₋₃, P₀₋₇, P₀₋₁₅		< 0,01, < 0,01, < 0,01	< 0,01, < 0,01, < 0,01	

Nhận xét:

Trước điều trị, điểm điều trị 3 ngày sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đầu giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Sau điều trị 7 ngày và 15 ngày, tầm vận động nghiêng bên đầu của 2 nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Sau 7 và 15 ngày điều trị, độ chênh trung bình về sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đầu của nhóm nghiên cứu tăng lần lượt là $7,97 \pm 3,86$ (44,1%) và $13,43 \pm 4,27$ (74,2%), còn ở nhóm đối chứng tăng lần lượt là $5,23 \pm 3,20$ (28,9%) và $10,40 \pm 3,17$ (57,4%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.4. Kết quả cải thiện nghiệm pháp Lasègue sau điều trị



Biểu đồ 3.4. Kết quả thay đổi chỉ số Lassegue trung bình

Nhận xét:

Trước điều trị và tại thời điểm điều trị 3 ngày sự thay đổi góc của nghiệm pháp Lasegue giữa 2 nhóm nghiên cứu tương đương nhau với $p>0,05$

Sau 15 ngày điều trị, sự thay đổi góc Lassegue của nhóm nghiên cứu tăng cao hơn nhóm đối chứng, lần lượt là $74,37 \pm 3,15$; $70,89 \pm 2,25$. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 3.12. Mức độ cải thiện nghiệm pháp Lassegue sau điều trị

Đối tượng	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng		p(1)-(2)
	n =35	%	n =35	%	n = 70	%	
Thời điểm D0							
Hạn chế vừa	20	57,1	30	85,7	50	71,4	p>0,05
Hạn chế nặng	15	42,9	5	14,3	20	28,6	
Thời điểm D3							
Hạn chế nhẹ	17	48,6	5	14,3	22	31,4	p>0,05
Hạn chế vừa	18	51,4	30	85,7	48	68,6	

Thời điểm D7							p < 0,05
Hạn chế nhẹ	27	77,1	15	42,9	42	60,0	
Hạn chế vừa	8	22,9	20	57,1	28	40,0	
Thời điểm D15							p < 0,05
Không hạn chế	23	65,7	8	22,9	31	44,3	
Hạn chế nhẹ	12	34,3	27	77,1	39	55,7	
pD0-D3	< 0,05						
pD0-D7	< 0,05						
pD0-D15	< 0,05						

Nhận xét:

Trước điều trị, đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có hạn chế vừa và nặng theo sự thay đổi góc của nghiệm pháp Lassegue, trong đó nhóm NC có 57,1% BN có mức độ hạn chế vừa và 42,9% BN có mức độ hạn chế nặng. Ở nhóm ĐC có 85,7% BN mức độ hạn chế vừa và 14,3% số BN hạn chế nặng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 3 ngày điều trị, đã có sự cải thiện góc của nghiệm pháp Lassegue ở hai nhóm, không còn mức độ hạn chế nặng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, tỷ lệ NB hạn chế nhẹ góc của nghiệm pháp Lassegue ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 77,1% và 42,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị, sự cải thiện góc của nghiệm pháp Lassegue ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên sự cải thiện góc của nghiệm pháp Lassegue ở nhóm NC cao hơn nhiều nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 65,7 % và 22,9 %.

3.2.5. Sự thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm ODI

Bảng 3.13. Sự thay đổi điểm theo ODI

Nhóm		Nhóm NC (n = 35)	Nhóm ĐC (n = 35)	<i>p</i>
Thời điểm		$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	
D₀		34,86 ± 4,90	33,46 ± 4,78	> 0,05
D₃		26,97 ± 3,83	27,8 ± 3,43	> 0,05
D₇		22,12 ± 4,27	23,23 ± 3,82	> 0,05
D₁₅		16,77 ± 3,23	19,54 ± 3,86	< 0,05
Điểm chênh trung bình	D₀₋₃	7,89 ± 6,18	5,66 ± 5,24	> 0,05
	D₀₋₇	12,68 ± 6,69	10,23 ± 5,61	> 0,05
	D₀₋₁₅	18,09 ± 5,81	13,92 ± 5,57	< 0,05
p₀₋₃, p₀₋₇, p₀₋₁₅		< 0,01, < 0,01, <0,01	< 0,01, < 0,01, <0,01	

Nhận xét

Trước điều trị, sự thay đổi mức điểm ODI giữa 2 nhóm nghiên cứu là tương đương nhau. Sau điều trị, mức điểm ODI của 2 nhóm đều thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Sau thời gian điều trị 3 ngày, 7 ngày, mức điểm ODI ở nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt hơn nhóm đối chứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị, mức điểm ODI chênh trung bình nhóm nghiên cứu giảm 51,9% (18,09 ± 5,81), nhóm đối chứng giảm 41,6% (13,92 ± 5,57). Sự giảm điểm ODI giữa 2 nhóm có sự khác biệt với $p < 0,05$.

Bảng 3.14 Sự thay đổi mức độ hạn chế theo mức điểm ODI

Đối tượng	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng		p(1)-(2)
	n =35	%	n =35	%	n = 70	%	
Mức độ							
Thời điểm D0							
Hạn chế nhẹ	2	5,7	3	8,6	5	7,1	p>0,05
Hạn chế vừa	22	62,8	22	62,8	44	62,9	
Hạn chế nặng	11	31,5	10	28,6	21	30,0	
Thời điểm D7							
Không hạn chế	6	17,1	3	8,6	9	12,8	p >0,05
Hạn chế nhẹ	23	65,7	28	80,0	51	72,9	
Hạn chế vừa	6	17,2	4	11,4	10	14,3	
Thời điểm D15							
Không hạn chế	27	77,1	22	62,9	49	70,0	p < 0,05
Hạn chế nhẹ	8	22,9	13	37,1	21	30,0	
P_{D0-D7}	< 0,05						
P_{D0-D15}	< 0,05						

Nhận xét:

Trước điều trị, đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có hạn chế vừa và nặng theo sự thay đổi mức điểm ODI. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị có sự cải thiện mức điểm ODI. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị, sự cải thiện mức điểm ODI ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự cải

thiện mức điểm ODI ở nhóm NC cao hơn nhiều nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 77,1 % và 62,9 %.

3.2.6 . Đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng theo YHCT

Bảng 3.15 Kết quả cải thiện chứng trạng theo YHCT sau 7 và 15 ngày điều trị

Đối tượng Chứng trạng	Nhóm NC (1)						Nhóm ĐC (2)					
	D0		D7		D15		D0		D7		D15	
	n=35	%	n=35	%	n=35	%	n=35	%	n=35	%	n=35	%
Đau lưng lan xuống mông, chân theo đường đi dây TKHT	35	100	25	71,4	6	17,1	35	100	34	97,1	12	34,3
Đau tê bì, nặng nề	32	91,4	20	57,1	10	28,5	30	85,7	19	54,3	8	22,9
Ăn, uống kém	9	25,7	8	22,8	7	20	6	17,1	5	14,3	5	14,3
Ngủ kém	9	25,7	8	22,8	7	20	6	17,1	5	14,3	5	14,3
Chất lưỡi nhợt bệu	22	62,9	10	28,6	1	2,9	20	57,1	15	42,9	2	5,7
Rêu lưỡi trắng dày, nhớt	26	74,3	15	42,9	3	8,6	25	71,4	14	40	5	14,3
Mạch nhu hoãn	17	48,6	14	40	4	11,4	18	51,4	14	40	4	11,4
Mạch trầm nhược	18	51,4	15	42,9	6	17,1	17	48,6	15	42,9	7	20,0
P_{D7-D0}	< 0,05						< 0,05					
P_{D15-D0}	< 0,05						< 0,05					
P_{D15-D7}	< 0,05						< 0,05					

Nhận xét:

Các triệu chứng y học cổ truyền đều có sự cải thiện sau điều trị ở cả hai nhóm, sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3.2.7. Tác dụng không mong muốn

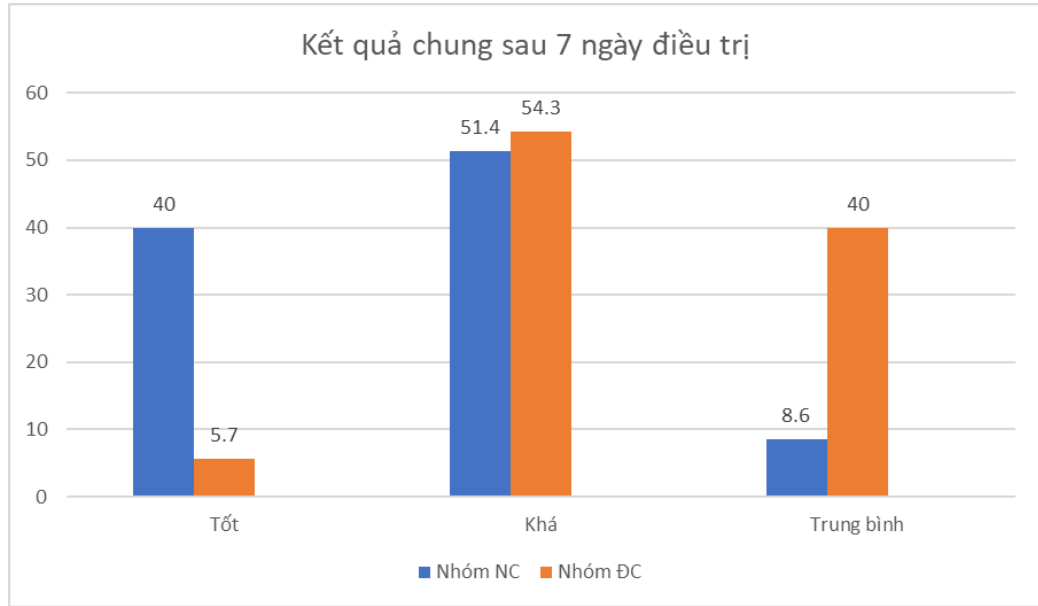
Bảng 3.16 Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

Đối tượng / Triệu chứng	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng		p(1)-(2)
	n =35	%	n =35	%	n = 70	%	
Ngứa	0	0	0	0	0	0	p> 0,05
Đỏ da	4	11,4	4	11,4	8	11,4	
Gãy kim	0	0	0	0	0	0	
Bầm tím	3	8,6	1	5,7	4	5,7	
Chảy máu	3	8,6	2	5,7	5	7,1	
Vụng châm	0	0	0	0	0	0	
Nhiễm trùng	0	0	0	0	0	0	

Nhận xét:

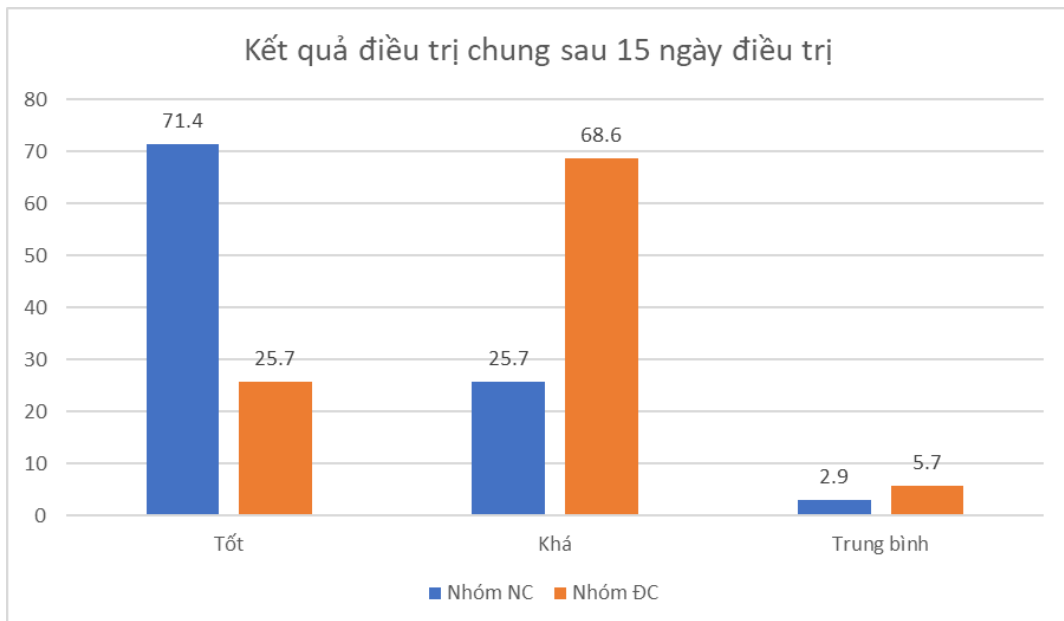
Theo bảng 3.15 trong quá trình điều trị một vài bệnh nhân ở 2 nhóm điều trị xuất hiện các triệu chứng đỏ da, bầm tím, chảy máu, nhưng các triệu chứng này chỉ thoáng qua và không cần can thiệp gì. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p > 0,05$

3.2.8. Đánh giá chung kết quả điều trị



Biểu đồ 3.5 Kết quả chung sau 7 ngày điều trị

Nhận xét: Sau điều trị 7 ngày, ở nhóm NC đa số các bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá lần lượt là 40,0% và 51,4%. Trong khi đó, ở nhóm ĐC, đa số bệnh nhân đạt kết quả khá và trung bình với 54,3% và 40,0%. Sự khác biệt giữa hai nhóm về kết quả điều trị tại thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.6. Kết quả điều trị chung sau 15 ngày điều trị

Nhận xét: Sau điều trị 15 ngày, ở nhóm NC kết quả điều trị cải thiện tốt có tỷ lệ cao nhất với 71,4%, cao hơn so với nhóm ĐC là 25,7%. Kết quả điều trị cải thiện Khá ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 25,7% và 68,6%. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

3.3.1. Yếu tố tuổi

Bảng 3.17. Ảnh hưởng của yếu tố tuổi đến kết quả điều trị tại thời điểm D15

Tuổi \ Kết quả	Tốt n (%)	Khá n (%)	Trung bình n (%)	Tổng
38-49	2 (100%)	0	0	2
50-59	11 (84,6%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	13
≥60	12 (60,0%)	8 (40,0%)	0	20
Tổng	25	9	1	

Nhận xét:

Qua bảng 3.16 ta thấy tuổi càng cao hiệu quả điều trị càng thấp. Sau 15 ngày điều trị, trong nhóm kết quả điều trị tốt, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 60,0%, nhóm 50-59 tuổi chiếm 84,6%, nhóm 38-49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 100%. Trong nhóm kết quả điều trị khá, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi cũng chiếm tỷ lệ 40,0%, nhóm 50-59 tuổi chiếm 7,7%.

3.3.2. Yếu tố giới tính

Bảng 3.18. Ảnh hưởng của yếu tố giới đến kết quả điều trị tại thời điểm D15

Giới \ Kết quả	Tốt n (%)	Khá n (%)	Trung bình n (%)	Tổng
Nam	8 (66,7%)	3 (25,0 %)	1 (8,3%)	12
Nữ	17 (73,9%)	6 (26,1%)	0	23
Tổng	25	9	1	35

Nhận xét:

Sau 15 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân nữ có kết quả điều trị tốt và khá lần lượt là 73,9% và 26,1% cao hơn bệnh nhân nam có kết quả điều trị tốt và khá là 66,7% và 25,0%).

3.3.3. Yếu tố nghề nghiệp

Bảng 3.19. Ảnh hưởng của yếu tố nghề nghiệp đến kết quả điều trị tại thời điểm D15

Kết quả Nghề nghiệp	Tốt n (%)	Khá n (%)	Trung bình n (%)	Tổng
Lao động chân tay	14 (63,6%)	7 (31,8%)	1 (4,6%)	22
Lao động trí óc	11 (84,6%)	2 (15,4%)	0	13
Tổng	25	9	1	35

Nhận xét:

Kết quả điều trị Tốt chủ yếu ở nhóm Lao động trí óc với tỷ lệ là 84,6% và cao hơn lao động chân tay là 63,6%

3.3.4. Yếu tố thời gian mắc bệnh

Bảng 3.20. Ảnh hưởng của yếu tố thời gian bị bệnh đến kết quả điều trị tại thời điểm D15

Kết quả Thời gian	Tốt n (%)	Khá n (%)	Trung bình n (%)	Tổng
< 3 tháng	10 (100%)	0	0	10
3-6 tháng	10 (90,9%)	0	1 (9,1%)	11
> 6 tháng	5 (35,7%)	9 (64,3%)	0	14
Tổng	25	9	1	35

Nhận xét:

Về thời gian bị bệnh, kết quả bảng 3.19 cho thời gian mắc bệnh càng ngắn thì hiệu quả điều trị càng cao: < 3 tháng là 100%, từ 3 – 6 tháng là 90,9% và > tháng là 35,7%.

3.3.5. Yếu tố kết quả phim X-quang thoái hóa cột sống thắt lưng

Bảng 3.21. Ảnh hưởng của yếu tố kết quả trên phim X-quang đến kết quả điều trị tại thời điểm D15

Kết quả Thời gian		Tốt n (%)	Khá n (%)	Trung bình n (%)	Tổng
Gai xương	Có	25 (71,4%)	9 (25,7%)	1 (2,9%)	35
	Không				
Phi đại máu bán nguyệt	Có	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0 (0%)	5
	Không	24 (80,0%)	5 (16,7%)	1 (3,3%)	30
Hẹp lỗ tiếp hợp	Có	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0	8
	Không	18 (66,7%)	8 (29,6%)	1 (3,7%)	27
Giảm chiều cao đĩa đệm	Có	8 (80,0%)	2 (20,0%)	0	10
	Không	17 (68,0%)	7 (28,0%)	1 (4,0%)	25

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.20 cho thấy trên phim X-quang nhóm có kết quả điều trị tốt là có hình ảnh gai xương, không thấy kết quả Phi đại máu bán nguyệt, Hẹp lỗ tiếp hợp, Giảm chiều cao đĩa đệm có kết quả điều trị tốt cao hơn.

3.3.6. Yếu tố BMI

Bảng 3.22. Ảnh hưởng của yếu tố BMI đến kết quả điều trị tại thời điểm D15

BMI \ Kết quả	Tốt n (%)	Khá n (%)	Trung bình n (%)	Tổng n
<18,5	0	0	0	0
18,5- 24,9	23 (69,7%)	9 (27,3%)	1 (3,0%)	33
≥25	2 (100%)	0	0	2
Tổng	25	9	1	35

Nhận xét:

Theo bảng 3.21 ta thấy, không có bệnh nhân nào ở nhóm BMI <18,5, có 2 bệnh nhân ở nhóm BMI ≥25, đạt kết quả tốt 100% và nhóm BMI từ 18,5-24,9 tỷ lệ điều trị tốt đạt 69,7%.

Chương 4

BÀN LUẬN

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

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bảng 3.1 độ tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $61,74 \pm 9,48$ tuổi. Sự phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân tham gia nghiên cứu không đồng đều, trong đó nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 60 tuổi trở lên chiếm 61,4%, nhóm tuổi từ 38 – 49 có 3 người tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,3%. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 82 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 38 tuổi. Khi so sánh giữa hai nhóm, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $61,71 \pm 9,7$ tuổi, nhóm đối chứng là $61,77 \pm 9,38$ tuổi, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Cho thấy sự phân bố nhóm tuổi của hai nhóm là tương đồng nhau.

Kết quả này tương đồng với các tác giả, theo nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương (2023) với tuổi trung bình là $60,94 \pm 12,57$ tuổi với nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 62,4% [53]; theo nghiên cứu của Hoàng Ngọc Minh (2023) tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $61,52 \pm 10,55$, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao là nhóm từ 58 đến 67 tuổi, chiếm tỷ lệ 43,3% ở nhóm NC và 40% ở nhóm ĐC [55]. Theo tác giả Lê Đắc Quang (2023), nhóm tuổi từ 66 tuổi trở lên chiếm 61,2%, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $67,31 \pm 10,34$ [58]. Theo tác giả Trần Thái Hà (tháng 7/2024) nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 60%, tuổi trung bình là $59,8 \pm 15,39$ [54]. Theo tác giả Nguyễn Danh Đạt (2023) lứa tuổi trên 60 đều chiếm tỷ lệ cao nhất với 80,0% ở nhóm nghiên cứu và 66,0% ở nhóm đối chứng. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng lần lượt là: $63,0 \pm 8,75$ và $63,7 \pm 10,1$ [56].

Kết quả của chúng tôi có phần khác biệt so với các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Văn Hưng (2019) độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40-46 (70,3%), tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $50,85 \pm 12,35$ [59]; Nguyễn Văn Tuấn (2021) độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 30-59 là 56,7% [60]. Theo tác giả Nguyễn Đức Minh (2018) nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40-60 tuổi, tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $50,5 \pm 13,8$ [46]; Trần Thị Phong Lan (2023) nhóm tuổi 50 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó ở nhóm NC chiếm 32,5 %, nhóm ĐC chiếm 42,5 %. Tuổi trung bình của nhóm NC là $49,80 \pm 12,77$, nhóm ĐC là $49,86 \pm 11,23$, sự khác biệt về tuổi trung bình ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [44].

Theo y văn cũng như trong hầu hết các nghiên cứu khác, 30 – 60 tuổi là độ tuổi chiếm tỷ lệ cao trong bệnh cảnh đau thần kinh hông to. Hay gặp ở khoảng tuổi này vì đây là độ tuổi lao động chính, đóng góp nhiều nhất cho xã hội. Trên 60 tuổi là độ tuổi bị thoái hóa cột sống, đĩa đệm, dây chằng do sự lão hóa của tuổi tác [22].

Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân bị đau TKHT ở độ tuổi từ 50 trở lên, đặc biệt trên 60 chiếm đa số. Điều này hoàn toàn phù hợp với sinh bệnh học của đau TKHT do thoái hóa cột sống. Tuổi càng cao, nguy cơ tiếp xúc với các chấn thương, vi chấn thương trong quá trình sinh hoạt và làm việc càng tăng, tỷ lệ thoái hóa cột sống cũng tăng dần, mức độ tổn thương của cột sống và đĩa đệm càng nhiều hơn, hình thành nên các gai xương, hẹp khe gian đốt, chèn ép và gây kích thích vào các rễ L5, S1 gây đau thần kinh hông to. Theo lý luận của YHCT, người cao tuổi thiên quý bắt đầu suy giảm, can thận hư suy, tai mắt kém sáng suốt, thể chất yếu kém, khí huyết hư suy, lưng đau gối mỏi. Nhân lúc bên trong chính khí hư yếu kết hợp với bên ngoài tẩu lý sơ hở, phong, hàn, thấp thịnh thừa cơ xâm nhập vào cơ thể

làm bế tắc kinh khí của kinh Túc thái dương Bàng quang và kinh Túc thiếu dương Đờm mà gây bệnh [29].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Sự khác biệt này có thể giải thích thứ nhất là do địa điểm lấy mẫu nghiên cứu là Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông, nơi mà bệnh nhân đến khám và điều trị chủ yếu là những người lớn tuổi, đã về hưu, đa phần mắc bệnh lâu ngày, điều trị nhiều lần, có tâm lý muốn sử dụng các biện pháp y học cổ truyền để điều trị nên nhóm tuổi này chiếm ưu thế

Thứ hai là đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống, tiêu chuẩn lựa chọn là bệnh nhân từ 38 tuổi trở lên.

4.1.2. Đặc điểm về giới

Theo kết quả của Biểu đồ 3.1 trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam:nữ là 1:2. Khi so sánh giữa hai nhóm, bệnh nhân nam nhóm nghiên cứu chiếm 34,3 %, nhóm đối chứng là 40,0 %, số bệnh nhân nữ nhóm nghiên cứu là 65,7% và nhóm đối chứng là 60,0%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này đảm bảo giữa hai nhóm có sự tương đồng về phân bố giới tính.

Nhiều nghiên cứu trong nước cũng cho thấy kết quả tương đương với kết quả của chúng tôi về tỷ lệ nam: nữ xấp xỉ 1:2, tác giả Trần Thị Thu Hương (2023) với nhóm nghiên cứu có 35% là nam và 65% là nữ, nhóm đối chứng 60% là nữ và 40% là nam [53]; tác giả Nguyễn Đức Minh (2018) với tỷ lệ nam chiếm 35% và nữ là 65% [46]; tác giả Đỗ Ngọc Hân (2023) tỷ lệ bệnh nhân 36,7% là nam và 63,3% là nữ [43]; tác giả Trần Thị Phong Lan (2023) với tỷ lệ nam là 32,5% và nữ là 67,5% [44]; tác giả Nguyễn Danh Đạt (2023) tỷ lệ bệnh nhân nữ trong nhóm nghiên cứu là 77,1% cao hơn so với nhóm

chúng (71,4%) [56]; tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2021) tỷ lệ nam giới là 33,3% và nữ là 66,7% [60]; Trần Thái Hà (tháng 7/2024) tỷ lệ nam là 37,5% và nữ là 62,5% [54]

Kết quả này khác với tác giả khác như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hưng (2019) tỷ lệ bệnh nhân nam 40,7%, nữ 59,3% [59]; Lê Thị Kim Dung (2022) bệnh nhân nam chiếm 46,0%, nữ chiếm 54,0% [49];

Đau thần kinh hông to đều gặp ở cả nam và nữ. Tuy vậy, tỷ lệ giữa nam và nữ trong nhiều nghiên cứu có sự khác nhau. Trước kia, tỷ lệ đau thần kinh hông to thường gặp chủ yếu ở nam giới; được lý giải là do nam giới lao động vất vả và ở cường độ cao hơn nữ giới nên đĩa đệm dễ bị tổn thương và thoái hóa hơn; theo Hồ Hữu Lương (2006) tỷ lệ nam/nữ là 4,5/1 [21]. Tuy nhiên nhiều năm trở lại đây, tỷ lệ nữ giới đau thần kinh hông to, đau thần kinh hông to ngày một gia tăng. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam giới và nữ giới được lý giải do liên quan đến điều kiện lao động và sinh hoạt cũng như đặc điểm sinh lý của cơ thể, trong đó sự khác biệt lớn nhất giữa hai nhóm liên quan đến thai nghén và loãng xương. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao có thể do độ tuổi chiếm chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là trên 50 tuổi và nhiều nhất là trên 60 tuổi, ở tuổi này do đã mãn kinh, nội tiết tố nữ Estrogen suy giảm làm tăng nguy cơ loãng xương, giảm hoạt động của các tế bào tạo xương, giảm khung protein ở xương, giảm lắng đọng canxi và phosphat của xương, làm thay đổi cấu trúc xương tạo điều kiện hình thành thoái hóa. Hơn nữa ở nữ giới, sự tăng cân nặng trong thời gian ngắn khi mang thai làm gia tăng áp lực lên cột sống thắt lưng và xương chậu, cùng với tư thế không thuận lợi cho cột sống làm tăng tỷ lệ phụ nữ mắc bệnh hơn nam giới. Ngày nay, dưới sự phát triển của kinh tế xã hội cũng như sự bình đẳng giới, nữ giới tham gia vào tất cả các lĩnh vực nghề nghiệp, lại đảm nhận các công việc nội trợ, trong khi cấu trúc giải phẫu sinh lý CSTL, đĩa đệm, dây chằng ở nữ giới yếu

hơn nam giới, đặc biệt khi cao tuổi. Một yếu tố nữa có thể nhắc đến là nữ giới hay sử dụng giày cao gót làm ảnh hưởng đến khả năng chịu lực của cột sống. Những nguyên nhân trên góp phần làm tăng tỷ lệ đau TKHT ở nữ giới.

4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp

Theo bảng 3.2 nghề nghiệp được phân thành hai nhóm. Nhóm lao động chân tay và lao động trí óc. Lao động chân tay là hình thức lao động sử dụng sức lực và kỹ năng thể chất để thực hiện công việc, bao gồm: vận động viên, công nhân, nông dân, nội trợ, cán bộ nghỉ hưu... Nhóm lao động trí óc là nhóm chủ yếu dựa vào khả năng tư duy, sáng tạo và kiến thức chuyên môn thường xuyên để giải quyết công việc, như người làm văn phòng, công chức, viên chức,... Kết quả nghiên cứu nhóm lao động chân tay chiếm tỷ lệ 61,4% cao hơn nhóm lao động trí óc (38,6%). Khi so sánh đặc điểm nghề nghiệp giữa hai nhóm, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ lao động chân tay (62,9%) cao hơn nhóm đối chứng (60,0%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương (2023) tỷ lệ lao động chân tay là 58,8% [53].

Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu Nguyễn Văn Hưng (2019) nghề nghiệp lao động nhẹ chiếm 44,4%, nhóm nghề nghiệp lao động nặng chiếm 55,6% [59]; tác giả Nguyễn Danh Đạt (2023) tỷ lệ lao động trí óc là 62,9% ở nhóm nghiên cứu và 53,4% ở nhóm chứng [56].

Yếu tố nghề nghiệp đã được chứng minh liên quan đến thoái hóa cột sống bởi nhiều nghiên cứu. Lao động nặng, cơ thể thường xuyên mang vác nặng, làm các công việc đòi hỏi trọng tải lớn, thường xuyên vận động quá giới hạn sinh lý, quá gù hoặc quá uốn, cột sống phải chịu áp lực lớn, làm cho các tổ chức phân mềm cạnh cột sống căng cứng, đĩa đệm và cột sống kém nuôi dưỡng, đẩy nhanh quá trình thoái hóa cột sống. Còn đối với những người lao

động trí óc, khi làm việc trong tư thế gò bó kéo dài, thường xuyên ngồi bàn làm việc, máy tính... trong thời gian dài, tư thế ngồi thường có xu hướng gập thân về phía trước hoặc sai tư thế ngồi vắt chân, làm gia tăng áp lực cho đĩa đệm và cột sống. Ngoài ra, trong điều kiện hiện nay khi mà công nghệ kỹ thuật phát triển, máy móc đang dần thay thế sức người thì tỷ lệ lao động chân tay giảm đi, lối sinh hoạt giảm vận động tăng lên, ngồi thời gian dài, các cơ ít được vận động sẽ yếu hơn (đặc biệt với nhóm cơ lưng là nhóm cơ vận động chính cho vùng cột sống thắt lưng), không giúp đỡ hỗ trợ nâng đỡ cho cột sống trong vận động, điều này làm gia tăng tỷ lệ lao động trí óc mắc bệnh đau thần kinh hông to.

Kết quả của chúng tôi có thể được giải thích do địa điểm nghiên cứu và do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ trên 50 tuổi nhiều (95,7%), những đối tượng này thường đã đến tuổi nghỉ hưu, ít hoạt động trí não và ở nhà làm nội trợ hoặc trông cháu nên tỷ lệ lao động chân tay nhiều hơn

4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh được tính từ khi bệnh nhân bắt đầu xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi bệnh nhân đến khám và điều trị. Thời gian mắc bệnh dài hay ngắn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như ý thức quan tâm đến sức khỏe của người dân, điều kiện kinh tế xã hội, điều kiện thời gian, khoảng cách từ nhà đến bệnh viện... Trong nghiên cứu này, thời gian mắc bệnh được thành 3 mức độ: dưới 3 tháng, từ 3 đến 6 tháng và trên 6 tháng.

Theo bảng 3.3, cho thấy số bệnh nhân bệnh nhân có thời gian mắc bệnh >6 tháng có tỷ lệ cao nhất 45,7%, trong đó ở nhóm NC là 40%, nhóm ĐC là 51,4%. Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 3-6 tháng chiếm 32,8%, trong đó nhóm nghiên cứu chiếm 31,4% và nhóm đối chứng chiếm 34,3%. Bệnh nhân mắc bệnh từ < 3 tháng có tỷ lệ thấp nhất 21,5%, chiếm 28,6% ở nhóm NC và

14,3% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này có sự tương đồng với tác giả Nguyễn Đức Minh (2018) thời gian bệnh nhân mắc bệnh từ 3 tháng trên lên chiếm 76,6% [46]. Có sự tương đồng này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và tác giả đều chọn là đối tượng bệnh nhân có thoái hóa cột sống thắt lưng.

So sánh với nghiên cứu của tác giả Đỗ Ngọc Hân (2013) đa số người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới một tháng chiếm tỉ lệ cao nhất với 73,4% ở nhóm nghiên cứu và 56,7% ở nhóm chứng. Tiếp đến là thời gian mắc bệnh từ 1-3 tháng chiếm tỉ lệ 20,0% ở nhóm nghiên cứu và 40,0% ở nhóm chứng. Thấp nhất là nhóm > 5 tháng với 3,3% ở nhóm nghiên cứu và không có người bệnh nào có thời gian mắc bệnh trên 5 tháng ở nhóm chứng [43]. Có sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của Đỗ Ngọc Hân đối tượng lựa chọn là thể Phong hàn thấp, thể bệnh mới mắc, thường do lạnh, theo YHCT là do khi ngoại tà phong, hàn, thấp gây ra nên tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ cao

Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh của chúng tôi có thể do người bệnh trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình lớn, những người bệnh tham gia đa số là người cao tuổi. Người lớn tuổi có mức chịu đau lớn hơn người trẻ, do liên quan đến sự lão hóa của cơ thể, cộng thêm sự suy giảm về nhận thức dẫn đến người già thường có xu hướng chịu đựng những cơn đau nhiều hơn.

Đau TKHT là một bệnh mạn tính, tiến triển từ từ tăng dần, với đặc điểm đau theo kiểu cơ học, tăng khi vận động, làm việc, giảm khi nghỉ ngơi. Chính vì đặc điểm như vậy dẫn đến người bệnh thường không đến khám trong giai đoạn đầu của bệnh. Chỉ khi cơn đau kéo dài liên tục cả khi nghỉ ngơi, ảnh hưởng đến sinh hoạt và công việc hàng ngày mới làm người bệnh khó chịu và đến khám. Bên cạnh đó, ý thức chăm sóc sức khỏe của người dân Việt Nam

cũng chưa cao, dẫn đến việc không có thói quen đi kiểm tra sức khỏe thường xuyên, cũng là một trong những nguyên nhân góp phần vào việc người bệnh không được phát hiện và điều trị bệnh sớm.

Ngoài ra điều này có thể do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là Bệnh viện hạng II tuyến tỉnh về YHCT, bệnh nhân đến thường lớn tuổi, mắc bệnh lâu ngày, đã được điều trị tuyến dưới kém hiệu quả chuyển lên. Mặt khác, nghiên cứu này thực hiện trên nhóm bệnh nhân đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống gây đau âm ỉ kéo dài.

4.1.5. Phân bố bệnh nhân theo BMI

- BMI (Body Mass Index) (đơn vị: kg/m²) là chỉ số dùng để đánh giá tình trạng cân nặng của một người dựa trên chiều cao và cân nặng. BMI cao thường chỉ ra tình trạng thừa cân hoặc béo phì.

Thoái hóa cột sống thắt lưng là tình trạng lão hóa tự nhiên của các đĩa đệm và khớp cột sống. Cân nặng vượt quá mức bình thường có thể tạo áp lực lên cột sống và các khớp, làm tăng nguy cơ thoái hóa cột sống, dẫn đến đau lưng và có thể gây ra đau thần kinh hông to khi các dây thần kinh bị chèn ép. Béo phì có thể góp phần vào tình trạng viêm trong cơ thể, làm tăng cảm giác đau và khó chịu ở vùng lưng dưới. Ngoài ra người thừa cân thường có xu hướng ít vận động hơn, điều này có thể làm cơ bắp hỗ trợ cột sống nhanh suy yếu, làm tăng nguy cơ chấn thương và đau

Giảm cân và duy trì một BMI trong khoảng bình thường có thể giúp giảm áp lực lên cột sống, cải thiện sức khỏe tổng thể và giảm nguy cơ phát triển các vấn đề liên quan đến cột sống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần chỉ số BMI trong ngưỡng 18,5 – 24,9 chiếm tỷ lệ 92,9% trong đó nhóm nghiên cứu 94,3% và nhóm đối chứng là 91,4%. Nhóm BMI dưới 18,5 chỉ có 01 bệnh nhân chiếm 1,4% ở nhóm đối

chúng; nhóm BMI từ 25 trở lên có 4 bệnh nhân chiếm 5,7% ở cả 2 nhóm. Sự khác biệt của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

4.1.6. Đặc điểm trên phim X-quang

Tổn thương thoái hóa cột sống thắt lưng trên phim X-quang thường được đặc trưng bởi sự hẹp khe khớp lồng tiếp hợp, có gai xương, đặc xương dưới sụn, hẹp lồng liên đốt, phì đại máu bán nguyệt... rồi dẫn tới biến dạng cột sống, mất đường cong sinh lý...

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đều có hình ảnh gai xương trên phim X-quang. Khi quan sát mỗi nhóm, cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có hình ảnh giảm chiều cao đĩa đệm chiếm tỷ lệ lần lượt là 28,6% và 40,0%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Nghiên cứu chúng tôi kết quả tương đồng với kết quả của nghiên cứu của Nguyễn Đăng Hiền (2023) với tỷ lệ gai xương là 100% và tỷ lệ phì đại máu bán nguyệt và hẹp lồng tiếp hợp là 36,25% và giảm chiều cao đĩa đệm là 47,5%. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng so sánh bằng chứng X quang về thoái hóa cột sống giữa ở nam giới mới các mức độ không đau, đau vừa phải hoặc đau nghiêm trọng cho thấy tần suất hình ảnh gai xương tương tự trong cả ba nhóm [32].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với cơ chế bệnh sinh của thoái hóa cột sống thắt lưng. Thoái hóa cột sống thắt lưng là một quá trình biến đổi tuần tự. Đầu tiên là sự hư đĩa đệm, tiếp theo là tổ chức sụn, xương dưới sụn và cuối cùng là xương đốt sống.

4.1.7. Đặc điểm các chỉ số lâm sàng trước điều trị

Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy: Mức độ đau theo thang điểm VAS giữa 2

nhóm là tương đồng nhau, đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân đau ở mức độ vừa. Các BN trong nghiên cứu đều có hạn chế vận động theo nhiều tư thế, giảm độ giãn cột sống thắt lưng, giảm góc độ Lasegue và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tầm vận động, độ giãn cột sống thắt lưng, chỉ số góc độ Lasègue giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Nhận xét chung về đặc điểm của hai nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm NC và nhóm ĐC không có sự khác biệt về tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, thể bệnh và mức độ bệnh trước điều trị với $p > 0,05$. Điều này nói lên sự tương đồng giữa hai nhóm về các chỉ tiêu theo dõi trước điều trị. Sự tương đồng này có ý nghĩa giúp cho việc so sánh về hiệu quả giữa hai nhóm được khách quan và chính xác hơn.

4.2. Bàn luận về tác dụng của phương pháp Phù châm trên bệnh nhân đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống.

4.2.1. Sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS

Đau là cảm giác chủ quan của bệnh nhân, là dấu hiệu sớm nhất để bệnh nhân chú ý đến bệnh của bản thân và đây cũng là lý do chính để bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Nguyên nhân gây đau là do sự chèn ép vào bao rễ thần kinh chi phối bởi dây thần kinh cảm giác cột sống và khi bị kích thích sẽ gây phản xạ co thắt mạch làm thiếu máu và gây đau. Ngoài ra sự phù nề rễ thần kinh trong lỗ tiếp hợp vốn đã hẹp càng gây chèn ép rễ thần kinh, dẫn đến triệu chứng đau của bệnh nhân. Tùy vào đặc điểm bệnh mà đau có thể biểu hiện tại chỗ hoặc lan theo rễ thần kinh từ thắt lưng tới tận ngón chân [43]. Triệu chứng đau thường tiến triển theo mức độ bệnh. Chúng tôi dựa trên thang điểm VAS là thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh để đánh giá mức độ đau của bệnh nhân.

Theo bảng 3.7 kết quả cho thấy, trước điều trị, bệnh nhân tập trung chủ yếu ở mức độ đau vừa với 88,6% ở nhóm NC và 82,9% ở nhóm ĐC, bệnh

nhân có mức độ đau nặng ở nhóm NC và nhóm ĐC có tỷ lệ lần lượt là 11,4% và 17,1%, không có bệnh nhân có mức độ đau nhẹ và không đau. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Sau 3 ngày điều trị, không còn bệnh nhân có mức độ đau nặng ở hai nhóm. Bệnh nhân chủ yếu vẫn là mức độ đau vừa với 87,1% trong đó 88,6% ở nhóm NC và 85,7% ở nhóm ĐC, bệnh nhân mức độ đau vừa đã chuyển biến lên mức độ đau nhẹ, tăng lên 11,4% và 14,3% ở lần lượt hai nhóm NC và nhóm ĐC. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D7, ở cả hai nhóm bệnh nhân có mức độ đau nhẹ chiếm tỷ lệ lớn nhất, trong đó nhóm NC là 62,9% và nhóm ĐC là 54,3%. Bệnh nhân có mức độ đau vừa giảm từ 88,6% trước điều trị xuống 37,1% ở nhóm NC, giảm từ 82,9% trước điều trị xuống 45,7% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D15, ở nhóm NC có 85,7% BN đau mức độ nhẹ, 11,4% BN đau mức độ vừa và 2,9% BN không đau. Trong khi đó ở nhóm ĐC không có BN không đau, 88,6 BN đau nhẹ và 11,4% BN đau mức độ vừa. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Về điểm VAS trung bình theo biểu đồ 3.2, trước điều trị điểm VAS trung bình ở nhóm NC là $5,90 \pm 0,66$ (điểm), sau 3; 10 và 15 ngày điều trị, điểm VAS ở nhóm NC tương ứng là $4,71 \pm 0,95$ (điểm); $3,23 \pm 1,03$ (điểm) và $1,29 \pm 1,03$ (điểm). Điểm VAS trung bình trước điều trị ở nhóm ĐC là $5,89 \pm 0,76$ (điểm), sau 3, 10 và 15 ngày điều trị điểm VAS trung bình của nhóm ĐC tương ứng là $5,17 \pm 1,04$ (điểm), $4,03 \pm 1,25$ (điểm) và $2,26 \pm 0,91$ (điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tại thời điểm D7 và D15 với $p < 0,05$.

Như vậy, Phù châm và Điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt đều có tác dụng giảm đau trong điều trị đau thần kinh hông to do thoái hoá cột sống, tuy nhiên Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt cho thấy tác dụng giảm đau có xu

hướng tốt hơn so với Điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Theo YHCT cho rằng, bất thông tắc thống, triệu chứng đau xuất hiện khi kinh lạc bị tắc trở khiến khí huyết di chuyển không thông lợi, vận hành ứ trệ. Lưng là phủ của thận, thận chủ cốt tủy, can chủ cân. Khi can thận hư suy thì cân mạch, cốt tủy không được nuôi dưỡng đầy đủ mà biểu hiện ra “Yêu thống”. Châm cứu tác động vào huyết và kinh lạc, có thể điều hòa dinh vệ, thông được kinh lạc, từ đó có tác dụng giảm đau. Phù châm cũng là một phương pháp châm thông qua các huyết vị tác động vào hệ thống kinh lạc và cơ thể.

Nghiên cứu cơ chế tác dụng của châm cứu theo cơ chế thần kinh – nội tiết – thể dịch cho thấy Phù châm và Điện châm nói riêng cũng như châm cứu nói chung có tác dụng giảm đau rất tốt. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng châm có tác dụng làm tăng nồng độ β -Endorphin trong máu (β -Endorphin là một morphin like, có tác dụng giảm đau mạnh gấp hơn 200 lần morphin), serotonin, catecholamin, cortisol và ACTH do đó làm giảm đau. Theo cơ chế thần kinh, châm là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Châm cũng như tác động khác lên huyết sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại Ad type I, II, sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ mức tuỷ sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các tạng... Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hoá khi tác động vào huyết có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này [31].

Khác với Điện châm cũng như một số phương pháp châm khác, là đưa kim qua da sau đó tác động đến các phần sâu hơn như gân, cơ... thì kim Phù

châm chỉ dừng lại ở lớp dưới da và thông qua kỹ thuật quét kim để đạt được hiệu quả điều trị. Theo quan điểm của phôi thai học, da và hệ thần kinh có cùng nguồn gốc xuất phát từ một lá mầm là ngoại bì phôi, sau đó mới phân chia ra ngoại bì thần kinh và ngoại bì da, do đó giữa da và thần kinh có mối liên hệ sâu sắc. Như vậy, Phù châm kích thích vào da để tác động vào cung phản xạ đau, thông qua đó tạo nên các đáp ứng của cơ thể để giảm đau [13], [14].

Trong nghiên cứu của Langevin (2002) [35] đã báo cáo rằng cơ chế tác dụng của châm cứu dựa vào hiệu ứng áp điện từ các mô liên kết. Giả thuyết này cũng củng cố, người đã đưa ra giả thuyết rằng khớp nối cơ học giữa kim và mô liên kết khi vê kim, với cuộn mô xung quanh kim bao gồm các sợi collagen ở trạng thái tinh thể lỏng thể hiện sự phân cực áp điện, sẽ tạo ra một dòng điện (hiệu ứng áp điện), tín hiệu điện sinh học này sẽ được truyền tới mô tổn thương thông qua mạng lưới mô liên kết dưới da. Khi đến mô đích các tín hiệu điện sinh học sẽ gây hiện tượng áp điện nghịch đảo đến mô tổn thương, từ đó sẽ mở các kênh ion để giảm co thắt cơ và tăng lưu lượng tuần hoàn, kết quả là tạo ra tác dụng giảm đau, giãn cơ và phục hồi chức năng cơ. Đặc điểm của Phù châm là kim châm cứu được đưa vào lớp dưới da là tổ chức chứa nhiều mô liên kết thưa tập trung nhiều collagen. Collagen mang đặc tính tinh thể lỏng, do đó Phù châm kích hoạt các sợi collagen tạo hiệu ứng áp điện mạnh mẽ thông qua chuyển động quét kim, từ đó giải thích được tác dụng giảm đau nhanh chóng của phương pháp Phù châm.

4.2.2. Sự cải thiện độ giãn thất lưng theo nghiệm pháp Schober

Nghiệm pháp Schober nhằm đo độ linh hoạt của đốt sống thắt lưng. Trong bệnh lý thoái hóa cột sống thắt lưng, đau có thể dẫn tới hạn chế chức năng vận động cột sống. Ngoài ra, sự co cứng các cơ cạnh cột sống, co kéo các tổ chức liên kết bao gồm gân cơ, dây chằng, bao khớp... cũng có thể gây

ra hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng. Thông qua nghiệm pháp Schober, ta có thể đánh giá được mức độ hạn chế vận động của cột sống.

Theo số liệu nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.8: Trước điều trị, đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có hạn chế độ giãn CSTL mức độ nặng (72,9%), trong đó nhóm NC chiếm 74,3% và nhóm ĐC chiếm 71,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 3 ngày điều trị, đã có sự cải thiện độ giãn CSTL ở hai nhóm. Trong đó, mức độ hạn chế vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,4% ở nhóm NC và 77,1% ở nhóm ĐC. Tỷ lệ BN hạn chế độ giãn CSTL mức nhẹ ở hai nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 42,9% và 20,0%. BN hạn chế độ giãn CSTL mức nặng có tỷ lệ thấp nhất ở cả hai nhóm (4,3%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, tỷ lệ NB hạn chế độ giãn CSTL mức nhẹ ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 60,0% và 28,5%, tỷ lệ NB có độ giãn CSTL ở mức hạn chế vừa là 37,1% ở nhóm NC và 68,6% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị, sự cải thiện độ giãn CSTL ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên sự cải thiện độ giãn CSTL ở nhóm NC cao hơn nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế và hạn chế nhẹ độ giãn CSTL ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 100 % và 85,7 %. Ở cả hai nhóm đều không có người bệnh nào hạn chế nặng độ giãn CSTL, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo số liệu nghiên cứu của chúng tôi ở biểu đồ 3.3: trước điều trị độ giãn CSTL trung bình ở hai nhóm là tương đương nhau, nhóm NC là $11,00 \pm 0,80$ cm và nhóm ĐC là $11,09 \pm 0,81$ cm với $p > 0,05$.

Sau 3 ngày điều trị, độ giãn CSTL trung bình ở cả hai nhóm đều có xu hướng tăng, nhóm NC và nhóm đối chứng lần lượt là $12,4 \pm 0,78$ và $12,17 \pm 0,45$. Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC. Tuy nhiên so sánh giữa hai nhóm thì sự cải thiện độ giãn CSTL trung bình không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, độ giãn CSTL trung bình ở cả hai nhóm tiếp tục tăng và có ý nghĩa so với thời điểm trước điều trị với $p < 0,05$. Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm về cải thiện độ giãn CSTL trung bình có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Sau 15 ngày điều trị độ giãn CSTL trung bình ở cả hai nhóm đều tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị với $p < 0.01$. Nhóm NC cải thiện độ giãn CSTL trung bình tốt hơn nhóm ĐC, trong đó độ giãn CSTL trung bình ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $13,80 \pm 0,53$ và $13,14 \pm 0,65$, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Trần Thị Phong Lan (2023), sau 15 ngày điều trị phần lớn người bệnh không hạn chế hoặc hạn chế nhẹ độ giãn CSTL, sự cải thiện độ giãn CSTL ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên sự cải thiện độ giãn CSTL ở nhóm NC cao hơn nhiều nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế và hạn chế nhẹ độ giãn CSTL ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 92,5 % và 80,0%, cả hai nhóm đều không có người bệnh nào hạn chế nặng độ giãn CSTL. Trong đó độ giãn CSTL trung bình ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $13,95 \pm 0,54$ và $13,40 \pm 0,59$, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [44].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của nghiên cứu của Nguyễn Danh Đạt (2023), trước điều trị cả hai nhóm đều có độ giãn cột sống thắt lưng tương đương nhau, ở nhóm nghiên cứu là: $12,14 \pm 0,69$ và ở nhóm đối chứng là: $12,31 \pm 0,76$ (cm), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 21 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu tăng lên $15,4 \pm 0,78$, nhóm đối chứng là $14,83 \pm 1,2$ (cm), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi so sánh mức độ cải thiện độ giãn cột sống trong từng nhóm trước điều trị và sau điều trị 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày thì sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [56].

Nghiên cứu Nguyễn Hoàng Minh (2023), Tại D0 thời điểm trước điều trị ở nhóm NC là $13,77 \pm 3,65$ nhóm ĐC là $13,4 \pm 2,97$ sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 15 ngày điều trị nhóm Đường cong biểu đồ biểu diễn chỉ số Schober của nhóm NC $15,8 \pm 2,86$ và nhóm ĐC $15,2 \pm 3,06$. Tuy sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [55].

Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng phụ thuộc vào mức độ giảm đau, sự thả lỏng của cơ, dây chằng và các tổ chức xung quanh cột sống. Phù châm thông qua chuyển động quét tạo ra hiệu ứng áp điện có tác dụng tăng tuần hoàn tại mô đích, giảm đau, giãn cơ và phục hồi chức năng cơ.

Thêm vào đó, tác dụng giãn cơ của Phù châm được hiểu rõ hơn thông qua lý thuyết về hệ thống mạc cân cơ (myofascial). Hệ thống mạc cân cơ là một thành phần mô liên kết và cơ bị căng có liên quan chặt chẽ đến điểm kích hoạt (MTrP). MTrP là do những thay đổi về sinh lý điện cơ, khiến một số tế bào bị hạn chế trên cơ bị căng trở nên nhạy cảm hơn so với các vùng khác và có thể gây đau hoặc nhạy cảm khi chịu áp lực nhẹ hơn. Mặc dù thường bị hầu hết các nhân viên y tế bỏ qua, MTrP là một khái niệm rất quan trọng đối với nghiên cứu về cơn đau, đặc biệt là trong lĩnh vực điều trị đau không dùng

thuốc. Tầm quan trọng của MTrP không chỉ được phản ánh trong các khía cạnh lâm sàng của liệu pháp Phù châm mà còn trong các phương pháp điều trị đau, chẩn đoán các bệnh về đau và hiểu biết về cơ chế gây đau. Trong y học cổ truyền, MTrP chưa được công nhận một cách có hệ thống nhưng cổ nhân vẫn có hiểu biết đáng kể về hiện tượng này, thường được gọi là: A Thị huyết, Thiên ứng huyết,... Một số khác gọi đó là tổn thương cân [14].

Giáo sư Phù Trung Hoa tin rằng có rất nhiều MTrP trong các cơ bị ảnh hưởng, và sự hiện diện của MTrP sẽ dẫn đến những thay đổi về trương lực cơ, co bóp sợi cơ và giải phóng các yếu tố gây đau, dẫn đến sự xuất hiện của viêm vô trùng và các triệu chứng đau. Liệu pháp Phù châm là một liệu pháp châm cứu hiện đại kết hợp lý thuyết châm cứu truyền thống với lý thuyết điểu kích hoạt, sử dụng chuyển động quét kim để bóc tách mô liên kết dưới da và chuyển động tái tưới máu để kéo giãn các sợi cơ bị co lại, thư giãn cơ bắp căng thẳng, khôi phục hoạt động bình thường của máu trong các mô mềm và mao mạch cục bộ, cải thiện tình trạng thiếu máu cục bộ và thiếu oxy của mô mềm cục bộ, và đạt được hiệu quả loại bỏ cơn đau và viêm vô trùng do các cơ bị ảnh hưởng gây ra, từ đó cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh [14].

4.2.3. Sự thay đổi tầm vận động gấp cột sống thắt lưng tại các thời điểm nghiên cứu

4.2.3.1. Sự thay đổi tầm vận động gấp cột sống thắt lưng

Theo bảng 3.9: Sự thay đổi tầm vận động gấp giữa 2 nhóm nghiên cứu tương đương nhau tại thời điểm trước điều trị. Sau điều trị, tầm vận động gấp cột sống thắt lưng của 2 nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Sau thời gian điều trị 3 ngày, tầm vận động gấp của cột sống thắt lưng tăng lên ở cả 2 nhóm, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 7 ngày điều trị, tầm vận động gấp của nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng. Nhóm nghiên cứu tăng $14,60 \pm 6,12$ (32,3%), nhóm đối chứng tăng $9,32 \pm 6,48$ (20,4%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

- Sau 15 ngày điều trị, tầm vận động gấp ở nhóm NC là $71,00 \pm 3,96$, nhóm ĐC là $65,94 \pm 3,37$, tăng $25,77 \pm 6,00$ (56,9%) ở nhóm NC, nhóm ĐC tăng $20,20 \pm 5,86$ (44,2%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương đương của nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương (2023) sau điều trị 21 ngày, độ gấp CSTL nhóm NC tăng 47,9%, nhóm ĐC tăng 38,3%, tương ứng độ gấp CSTL nhóm NC là $68,25 \pm 3,38$ cao hơn nhóm ĐC là $64,13 \pm 2,5$. Độ chênh trước và sau điều trị là $22,13 \pm 4,37$ (độ) ở nhóm NC và $17,75 \pm 2,99$ ở nhóm ĐC [53]; Nguyễn Văn Hưng (2019) về điểm chênh trung bình tầm vận động gấp sau khi điều trị từ $38,0 \pm 5,66$ lên $64,55 \pm 7,23$ [59].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Ngọc Hân (2023), sau 21 ngày điều trị tầm vận động độ gấp CSTL nhóm nghiên cứu là $77,3 \pm 8,2$ và nhóm chứng $68,7 \pm 6,7$ [43].

Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Vi Thị Lan Hương (2023) với điểm chênh trung bình là $21,07 \pm 6,73$ ở nhóm NC và $14,13 \pm 8,89$ ở nhóm ĐC [48]; Trần Thị Phong Lan (2023) sau 15 ngày điều trị tầm vận động gấp CSTL tăng $53,25 \pm 13,48$ tăng lên $69,43 \pm 9,12$ ở nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC nhóm đối chứng từ $53,15 \pm 10,85$ lên $62,75 \pm 10,62$ [44]

Có sự khác biệt có thể là do phương pháp nghiên cứu khác nhau, cỡ mẫu chưa đủ lớn, chưa phản ánh đúng tỷ lệ trong quần thể

4.2.3.2. Sự thay đổi tầm vận động duỗi

Theo bảng 3.10 trước điều trị và sự thay đổi ở thời điểm D3 tầm vận động duỗi giữa 2 nhóm là tương đương nhau, không có ý nghĩa thống kê. Sau điều trị 7 và 15 ngày, tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng của nhóm có cải thiện rõ rệt. Kết quả sau 15 ngày, nhóm NC là $29,57 \pm 3,73$ và nhóm ĐC là $27,00 \pm 2,51$ khác biệt giữa 2 nhóm với $p < 0,05$.

Điểm chênh trung bình mức độ tăng tầm vận động duỗi trước và sau 15 ngày điều trị, ở nhóm NC là $13,43 \pm 4,03$, cao hơn nhóm ĐC $10,60 \pm 3,26$ với $p < 0,05$.

Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của Đỗ Ngọc Hân (2023) D0 ở nhóm NC là $16,3 \pm 2,3$ và nhóm ĐC là $15,3 \pm 1,5$. Vào ngày 21 nhóm NC là $30,0 \pm 4,5$ và nhóm ĐC $24,8 \pm 2,8$ [43]; Trần Thị Thu Hương (2023), sau 21 ngày, tầm vận động duỗi của 2 nhóm có cải thiện rõ rệt, hiệu suất tăng điểm của nhóm NC là $12,63 \pm 2,99$ (76,5%) cao hơn nhóm ĐC là $10,13 \pm 2,65$ (60%). Tầm vận động duỗi của nhóm NC từ $16,5 \pm 2,32$ tại thời điểm D₀ tăng lên $29,13 \pm 2,5$ tại thời điểm D₂₁, nhóm ĐC tăng tương ứng từ $16,88 \pm 2,45$ lên $27,0 \pm 2,73$. Tuy nhiên, sự khác biệt ở thời điểm này không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [23].

Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của nghiên cứu Trần Thị Phong Lan (2023) TVĐ duỗi CSTL nhóm NC tăng từ $19,28 \pm 3,62$ lên $24,88 \pm 2,68$, có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC là từ $19,33 \pm 3,70$ lên $22,98 \pm 2,78$. Sự khác biệt về TVĐ duỗi CSTL trung bình của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [44].

4.2.3.3. Sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đau

Nhìn vào kết quả bảng 3.11, ta thấy cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt về tầm vận động nghiêng bên đầu sau 15 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Khi so sánh tại thời điểm sau điều trị 3 ngày tầm vận động nghiêng bên đầu của 2 nhóm không có sự cải thiện nhiều so với trước điều trị và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm với $p > 0,05$

Tuy nhiên sau 7 và 15 ngày điều trị, sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đầu 2 nhóm có sự khác biệt với $p < 0,05$. Sau 15 ngày điều trị tầm vận động nghiêng bên đầu được cải thiện tốt, ở nhóm NC là $31,34 \pm 3,38$, có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC $28,51 \pm 2,39$, điểm chênh trung bình của thời điểm sau điều trị 15 ngày so với trước điều trị ở nhóm NC là $13,43 \pm 4,27$, cao hơn so với nhóm ĐC $10,40 \pm 3,17$ có ý nghĩa thống kê.

Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của nghiên cứu Đỗ Ngọc Hân (2023), sau điều trị tầm vận động nghiêng bên đầu của nhóm NC là $30,7 \pm 4,9$ và nhóm ĐC là $28,8 \pm 2,8$ [43]; nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương (2023), sau điều trị 21 ngày, nhóm ĐC tăng từ $19,63 \pm 1,75$ lên $28,0 \pm 2,48$; tầm vận động nghiêng bên đầu của CSTL ở nhóm NC tăng từ $19,5 \pm 1,52$ lên $29,38 \pm 1,68$, khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [53].

So sánh với một số nhóm nghiên cứu thì kết quả của chúng tôi cao hơn, Kết quả nghiên cứu Trần Thị Phong Lan (2023), sau 15 ngày điều trị phần lớn người bệnh không hạn chế hoặc hạn chế nhẹ TVĐ nghiêng CSTL, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 90,0 % cao hơn ở nhóm ĐC là 65,0 %. Ở nhóm NC không có người bệnh nào hạn chế nặng TVĐ nghiêng CSTL, trong đó ở nhóm ĐC có 2 người bệnh chiếm 5 %. TVĐ nghiêng bên đầu CSTL của nhóm NC tăng từ $21,93 \pm 3,61$ độ lên $28,85 \pm 3,03$ độ, có xu hướng cải thiện tốt hơn so với

nhóm ĐC là từ $22,08 \pm 3,77$ độ lên $25,65 \pm 3,83$ độ. Sự khác biệt về TVĐ nghiêng bên đầu CSTL của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [44].

Hạn chế tâm vận động cột sống thắt lưng thường do nhiều nguyên nhân gây lên: đau, phản ứng viêm, tổn thương sụn, hẹp khe khớp, sự hình thành gai xương nhiều đốt sống... So sánh hai phương pháp điều trị của hai nhóm, chúng tôi nhận thấy cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt TVĐ CSTL của người bệnh sau 15 ngày điều trị. Tuy nhiên, nhóm NC có mức độ cải thiện nhiều hơn so với nhóm ĐC. Có thể lý do tác động hiệp đồng của phương pháp Phù châm với xoa bóp bấm huyệt, 2 biện pháp tác dụng rất tốt trong cải thiện tâm vận động khớp trong cơ thể. Nghiên cứu thực nghiệm đã chứng minh tác dụng giảm đau, chống viêm, tăng tổng hợp collagen và làm chậm quá trình thoái hóa sụn khớp của Phù châm [14]. Bên cạnh đó, việc bổ sung thêm biện pháp xoa bóp, bấm huyệt, có tác dụng trừ phong thấp, cường cân cốt làm tăng khả năng trừ phong thấp, hoạt huyết, thư cân, do đó tăng hiệu quả giải phóng chèn ép rễ thần kinh, giãn cơ, giảm đau. Do vậy làm tăng tâm vận động cột sống thắt lưng.

4.2.4. Cải thiện về nghiệm pháp Lasègue sau điều trị

Nghiệm pháp Lasègue là nghiệm pháp khách quan, có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá sự chèn ép của rễ thần kinh hông to. Nghiệm pháp Lasègue được xác định là góc Lasègue tạo bởi mặt giường và chân bệnh nhân cho đến khi đau. Bình thường góc này là $80^0 - 90^0$ [21]. Khi cột sống bị thoái hóa làm hình thành các gai xương, làm thoái hóa đĩa đệm, thể tích đĩa đệm giảm, làm giảm khoảng cách gian đốt sống, gây di lệch diện khớp đốt sống, gây co cứng cơ cạnh sống, co rút gân cơ, dây chằng... Di lệch diện khớp đốt sống và co rút các gân cơ dây chằng càng làm tăng chèn ép rễ thần kinh, chèn ép rễ thần kinh lại gây đau tạo nên vòng xoắn bệnh lý trong đau TKHT [4].

Theo biểu đồ 3.4 và bảng 3,12 trước điều trị, sự thay đổi góc của nghiệm pháp Lasegue giữa 2 nhóm là tương đương nhau, nhóm NC: $54,17 \pm 4,15$; nhóm ĐC: $55,31 \pm 5,35$, mức độ cải thiện vận động theo góc của nghiệm pháp Lasegue của nhóm hạn chế vừa là 71,4%, nhóm hạn chế nặng là 28,6%

Tại thời điểm điều trị 3 ngày, góc Lasegue ở hai nhóm có sự cải thiện, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị thay đổi góc Lasegue có sự cải thiện giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm NC là $66,54 \pm 4,01$ và nhóm ĐC là $63,97 \pm 2,50$, độ chênh trung bình so với trước điều trị nhóm NC $12,37 \pm 5,77$, nhóm ĐC là $8,66 \pm 5,91$, sự khác biệt giữa so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Mức độ cải thiện vận động theo góc của nghiệm pháp Lasegue chung của 2 nhóm, hạn chế nhẹ là 60,0%, hạn chế vừa là 40,0%, không còn hạn chế nặng, trong đó nhóm NC hạn chế mức độ nhẹ là 77,1%, hạn chế vừa là 22,8%, nhóm ĐC hạn chế mức độ nhẹ là 42,9% và hạn chế vừa là 57,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị, góc Lasegue trung bình ở hai nhóm tiếp tục được cải thiện so với trước điều trị với $p < 0,01$, góc Lasegue trung bình nhóm NC tăng tương ứng $74,37 \pm 3,15$ (độ), nhóm ĐC tương ứng $70,89 \pm 2,25$ (độ). Độ chênh trung bình của nhóm nghiên cứu là $20,20 \pm 5,21$ (độ), nhóm đối chứng là $15,58 \pm 5,8$ (độ). Sự cải thiện góc Lasegue trung bình của nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ cải thiện vận động theo góc của nghiệm pháp Lasegue chung của 2 nhóm, hạn chế nhẹ là 55,7%, không hạn chế là 44,3%, không còn hạn chế nặng, vừa, trong đó nhóm NC hạn chế mức độ nhẹ là 34,3%, không hạn chế là 65,7%, nhóm ĐC hạn chế mức độ nhẹ là 77,1% và không hạn chế là 22,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

Từ kết quả trên cho thấy: so sánh giữa 2 nhóm, sự thay đổi của góc Lasegue ở nhóm NC tăng rõ rệt hơn nhóm ĐC tại tất cả các thời điểm nghiên

cứu với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, đặc biệt ở ngày điều trị số 15 với $p < 0,01$. Sự khác biệt này do phương pháp Phù châm mang lại. Điều này cho thấy, phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau hiệu quả, làm giãn cơ giải phóng chèn ép rễ, do đó cải thiện sự chèn ép rễ thần kinh qua nghiệm pháp Lasègue.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của tác giả Trần Thị Thu Hương (2023): Sau điều trị, góc α trung bình ở hai nhóm tiếp tục được cải thiện với $p < 0,01$, góc α trung bình nhóm NC tăng 34%, tương ứng $75,88 \pm 5,87$, nhóm ĐC tăng 23,7%, tương ứng $70,5 \pm 4,36$. Hiệu suất tăng điểm của nhóm nghiên cứu là $19,25 \pm 6,75$, nhóm đối chứng là $13,5 \pm 4,69$. Sự cải thiện góc α trung bình của nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [53].

Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của nghiên cứu Nguyễn Danh Đạt (2023), sau 21 ngày điều trị, nhóm NC chỉ số Lassegue trung bình là $77,57 \pm 3,71$ cao hơn so với chỉ số Lassegue trung bình của nhóm ĐC là $75,86 \pm 2,57$. Sự khác biệt sau 21 ngày điều trị giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,028$. [56]. Có sự khác biệt này có thể do thời gian điều trị của chúng tôi là 15 ngày ít hơn so nghiên cứu của Nguyễn Danh Đạt là 21 ngày

4.2.5. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Oswestri Disability Index

Triệu chứng đau và hạn chế tầm vận động CSTL ở bệnh nhân đau thần kinh hông to biểu hiện bằng những hạn chế trong sinh hoạt và lao động hàng ngày của người bệnh. Vì vậy trong điều trị, ngoài mục tiêu giảm đau, phục hồi chức năng vận động, chúng ta cần quan tâm đến đó là cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày như: Đi, ngồi, đứng, tham gia các hoạt động vui chơi giải trí, hoạt động xã hội... là nhu cầu cơ bản của mỗi con người, do vậy can thiệp cải thiện khả năng hoạt động

trong sinh hoạt cho các đối tượng chính là nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho họ.

Để đánh giá ảnh hưởng của đau thần kinh hông to đến các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày, chúng tôi đã lựa chọn bộ câu hỏi của George E Ehrlich trong bộ câu hỏi Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire theo dõi trên bệnh nhân. Đây là một trong những thang điểm được áp dụng rộng rãi trên thế giới với nhiều nghiên cứu lâm sàng

Theo bảng 3.13 trước nghiên cứu sự thay đổi mức điểm ODI giữa 2 nhóm nghiên cứu là tương đương nhau, nhóm NC là $34,86 \pm 4,90$, nhóm ĐC là $33,46 \pm 4,78$ với $p > 0,05$

Sau thời gian điều trị 3 ngày, 7 ngày, mức điểm ODI ở hai nhóm có giảm, tuy nhiên không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Cụ thể điểm chênh trung bình ở mốc 3 ngày của nhóm NC là $7,89 \pm 6,18$ và nhóm ĐC là $5,66 \pm 5,24$; mốc 7 ngày sau điều trị ở nhóm NC là $12,68 \pm 6,69$ và nhóm ĐC là $10,23 \pm 5,61$

Sau 15 ngày điều trị, điểm ODI và điểm chênh trung bình lần lượt là nhóm nghiên cứu giảm còn $16,77 \pm 3,23$; $18,09 \pm 5,81$ và nhóm đối chứng là $19,54 \pm 3,86$; $13,92 \pm 5,57$. Sự giảm điểm ODI giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Như vậy, kết quả của chúng tôi phù hợp với tác dụng giảm đau, cải thiện độ giãn CSTL, giải phóng chèn ép rễ thần kinh, phục hồi tầm vận động CSTL như đã đánh giá ở trên. Nhờ những hiệu quả trên mà khả năng sinh hoạt, lao động của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt, từ đó góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân.

Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của Trần Thị Thu Hương (2023) Nhóm NC là $17,33 \pm 4,08$ (giảm 44%, độ chênh $13,63 \pm 3,73$), nhóm ĐC là $18,35 \pm 3,01$ (giảm 39,9%, độ chênh $12,2 \pm 3,73$) [53].

Theo bảng 3.14 về mức độ hạn chế theo thang điểm ODI, có sự thay đổi rõ ràng qua các thời điểm nghiên cứu. Trước điều trị mức độ hạn chế nặng của 2 nhóm là 30,0%, hạn chế vừa là 62,9%, hạn chế nặng là 7,1%. Sau 15 ngày điều trị không còn mức độ hạn chế nặng, hạn chế vừa chỉ còn 30,0%, không hạn chế là 70,0%. Trong từng nhóm trước điều trị mức độ hạn chế nhẹ, vừa, nặng lần lượt ở nhóm NC là 5,7%; 62,8%; 31,5% và nhóm ĐC là 8,6%; 62,8%; 28,6%. Sau điều trị 15 ngày mức độ hạn chế nhẹ và không hạn chế lần lượt ở nhóm NC là 22,9%; 77,1% và nhóm ĐC là 37,1% và 62,9%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của các tác giả Trần Thị Phong Lan (2023) sau điều trị. Sau 15 ngày điều trị, đa số người bệnh tham gia nghiên cứu không có ảnh hưởng hoặc có ảnh hưởng nhẹ của bệnh đến chức năng sinh hoạt hàng ngày, tỷ lệ này lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 92,5% và 80,0%, không có người bệnh nào chịu ảnh hưởng nặng hoặc rất nặng của bệnh đến chức năng sinh hoạt hàng ngày. Cả hai nhóm đều giảm mạnh chỉ số ODI trung bình, nhóm NC có xu hướng giảm rõ rệt hơn nhóm ĐC, chỉ số này ở hai nhóm NC và ĐC lần lượt là $23,05 \pm 10,12$ và $29,05 \pm 10,44$. Sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [44];

Nghiên cứu của Nguyễn Danh Đạt (2023), sau 21 ngày điều trị, các chức năng sinh hoạt hàng ngày của mỗi nhóm đều cải thiện rõ rệt, không còn mức độ hạn chế nặng và vừa, chỉ còn mức độ hạn chế ít và không hạn chế, ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ không hạn chế là 65,7%, tỷ lệ hạn chế ít là: 34,3%; còn ở nhóm đối chứng tỷ lệ không hạn chế là 51,4%, tỷ lệ hạn chế ít là: 48,6%. Kết quả giảm của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,033$ [56].

Kết quả cao hơn nghiên cứu của Đỗ Ngọc Hân (2023) vẫn còn mức độ hạn chế trung bình, ở nhóm NC là 43,3% và nhóm ĐC là 73,3% [43].

Kết quả này cho thấy việc điều trị không những làm cho bệnh nhân giảm đau mà còn tăng cường sự hoà nhập lại với cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân thông qua việc giảm hạn chế các hoạt động cá nhân không thực hiện được vì đau. Hai nhóm đều có hiệu quả giảm đau, giảm co cứng vùng thắt lưng, biên độ vận động cải thiện, vì vậy mà các chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tốt hơn như khả năng tự chăm sóc bản thân, hoạt động xã hội... nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Mặt khác bệnh lý đau dây thần kinh hông to phần lớn là người già và sự khác biệt văn hoá nên khai thác chức năng sinh hoạt hàng vấn đề sinh hoạt tình dục cần được tư vấn tâm lý và những nghiên cứu về cỡ mẫu và thời gian lớn hơn để đánh giá được chính xác và mang tính toàn diện hơn.

4.2.6. Đánh giá mức độ thay đổi các triệu chứng theo YHCT

Trước điều trị các triệu chứng YHCT trên lâm sàng bao gồm: đau lưng hoặc mông lan xuống chân, đau có cảm giác tê bì nặng nề, cơ teo nhẽo, ăn kém, ngủ ít, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược, được phân bố đều ở hai nhóm.

Theo bảng 3.15: Sau 15 ngày điều trị, các triệu chứng YHCT trên lâm sàng được cải thiện rõ ràng ở cả hai nhóm. Đặc biệt là các triệu chứng: đau lưng lan xuống chân và đau có cảm giác nặng nề, tê bì và rêu lưỡi trắng dày nhớt. Trước điều trị, tỷ lệ triệu chứng đau lưng lan xuống chân ở cả hai nhóm chiếm 100%, sau 15 ngày điều trị tỷ lệ này lần lượt ở nhóm NC là 17,1 % và nhóm ĐC là 34,3 %, đau có cảm giác tê bì, nặng nề trước nghiên cứu tỷ lệ của nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 91,4%; 85,7%, sau điều trị là 28,5%; 22,9%, rêu lưỡi trắng dày nhớt trước nghiên cứu tỷ lệ của nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 74,3%; 71,4%, sau điều trị là 8,6%; 14,3%, sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đau TKHT được mô tả trong chứng tý của YHCT. Trong các Y văn cổ như Hoàng đế nội kinh tố vấn đã mô tả với nhiều bệnh danh khác nhau: Yêu cước thống, tọa cốt phong, tọa điển phong. Nguyên nhân gây bệnh do nội nhân, ngoại nhân và bất nội ngoại nhân. Có 4 thể bệnh hay gặp trên lâm sàng: phong hàn thấp, phong hàn thấp kết hợp can thận hư, thấp nhiệt và huyết ú [30]. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng chất liệu nghiên cứu là phương pháp Phù châm kết hợp với xoa bóp bấm huyết so sánh với phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết, vì vậy chúng tôi lựa chọn người bệnh thuộc thể bệnh phong hàn thấp kết can thận hư để phù hợp với biện chứng của YHCT. Theo quan điểm của YHCT, tuổi cao dẫn đến công năng các tạng phủ suy giảm, đặc biệt là tạng can và thận. Can chủ gân, thận chủ cốt tủy. Can huyết hư không nuôi dưỡng được gân, thận hư không chủ được cốt tủy, sự rối loạn chức năng của hai tạng can, thận làm ảnh hưởng đến công năng của hai phủ Đờm, Bàng quang, từ đó ảnh hưởng đến sự tuần hành của khí huyết, kinh khí bị trở trệ (bế tắc) dọc đường đi của kinh Bàng quang và kinh Đờm (đường tuần hành của kinh này trùng với đường đi của dây TKHT). Hơn nữa, khi tuổi cao, chính khí của cơ thể suy kém, vệ khí hư suy, tà khí nhất là các loại khí phong, hàn, thấp thừa lúc chính khí suy giảm xâm nhập vào cơ xương, kinh lạc, làm sự vận hành khí huyết tại kinh lạc bị ú trệ, bế tắc, khí huyết không lưu thông biểu hiện bằng các chứng trạng đau, tê bì và hạn chế vận động cột sống. Bên cạnh đó, học thuyết tạng tượng cho rằng: Thận tàng tinh sinh tủy, Can tàng huyết chủ gân, hai tạng này có quan hệ mật thiết với nhau. Sau tuổi 35 ở nữ mạch dương minh bắt đầu suy và tuổi 40 ở nam thận khí suy dần, tinh huyết không đầy đủ do đó không nuôi dưỡng gân mạch làm xuất hiện đau lưng mỏi gối... Giai đoạn này tương đương quá trình thoái hóa sinh học trong YHHĐ [55]. Vì vậy, thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư thường gặp ở những người bệnh lứa tuổi trung niên và lớn tuổi, bệnh mắc lâu ngày, tương ứng với đau TKHT trên nền thoái hóa cột sống thường gặp ở người bệnh trên

35 tuổi theo YHHĐ... Tỷ lệ bệnh theo YHCT hoàn toàn hợp lý với phân bố người bệnh theo tuổi và theo thời gian mắc bệnh của nghiên cứu.

Theo YHCT đây là bệnh cảnh hư trung hiệp thực. Bệnh nhân có thực chứng: Đau và hạn chế vận động, trên nền bệnh cảnh “hư”: Thoái hóa CSTL (cân cốt hư yếu), công năng các tạng phủ (nhất là hai tạng Can, Thận) suy kém rõ rệt, chính khí, vệ khí suy kém. Hơn nữa, khu bì bộ có quan hệ mật thiết tới tạng Phế do “Phế chủ bì mao”. Phế lại có chức năng tuyên phát trong đó có tuyên phát Vệ khí đến toàn thân. Vệ khí có chức năng bảo vệ cơ biểu, ôn dưỡng tạng phủ, cơ nhục, điều tiết sự đóng mở tâu lý. Tô Vấn, Thiên Tỷ luận viết “Vệ, là một thứ hãn khí (mạnh, dữ) của thủy cốc. Cái tính của nó lật tạt, hoạt lợi, không thể vào trong mạch, cho nên dẫn đi ở trong bì phu, khoảng phân nhục, hun lên hoang mạc, tan ra hung phúc” ý nói đến vệ khí nằm ở khoảng kẽ giữa da và cơ (lớp dưới da), phân bố khắp cơ thể nhưng không đi theo kinh mạch. Như vậy, gân cốt, bì phu, kinh mạch phụ thuộc vào sự nuôi dưỡng của vệ khí. Khi can thận hư, chính khí suy giảm thì vệ khí cũng suy giảm, vệ khí suy giảm, ngoại tà dễ dàng thừa cơ xâm phạm vào bì phu, cân cơ, lại thêm chính khí suy yếu, công năng tạng phủ suy giảm, dinh khí đi trong kinh mạch cũng kém đi, không còn được lưu lợi, lúc này ngoại tà hoặc các cử động sai tư thế dù là không lớn, cũng đủ làm rối loạn kinh khí kinh huyết trong kinh lạc mà phát sinh bệnh tật.

“Bất thông tắc thống” nghĩa là khi kinh mạch bị tắc nghẽn, không được thông suốt sẽ gây các chứng đau. Sách Linh Khu, thiên Tà khách viết: "hãn bì khai thấu lý...tà khí đắc khứ". Phương pháp Phù châm thông qua việc quét kim dưới da để “khai thấu lý”, tà khí sẽ bị tiêu trừ, kinh mạch sẽ được khơi thông và phục hồi. Bản chất của châm cứu là một thuật điều khí “dụng châm chi loại, tại vu điều khí”. Mấu chốt của châm cứu là khí đến, chỉ khi khí đến mới đạt được hiệu quả điều trị “khí chí nhi hữu hiệu”. Hơn nữa, trong số các

kỹ thuật châm cứu còn có kỹ thuật bổ tả như đề sáp, thanh long bãi vĩ, bạch hổ giao đầu..., ngoài việc thúc đẩy “đắc khí”, còn có thể thúc đẩy sự khuếch tán khí. Mặc dù phương pháp Phù châm không có hiện tượng đắc khí tuy nhiên thông qua chuyển động quét kim dưới da đã kích thích và huy động vệ khí, điều kinh khí đến được vị trí bệnh (khí đến), từ đó đạt được mục đích “phù chính khử tà”. Vì vậy, giống như Điện châm, phương pháp Phù châm trên các huyệt Thận du, Đại trường du, Thừa sơn ngoài tác dụng thông kinh lạc, điều khí, hoạt huyết tại chỗ, còn có tác dụng điều hòa công năng tạng phủ toàn thân, giúp đạt được tác dụng phù chính khu tà để điều trị bệnh.

4.2.7. Bàn luận về các tác dụng không mong muốn

Trong quá trình điều trị 15 ngày trên 70 bệnh nhân, như trong bảng 3.15 cả hai nhóm đều xuất hiện các tác dụng không mong muốn chủ yếu là đỏ da (11,4%), bầm tím (5,7%) và chảy máu (7,1%). Không xuất hiện trường hợp nào vỡng châm, gãy kim và ngứa, nhiễm trùng.

Khi so sánh giữa hai nhóm, nhóm nghiên cứu xuất hiện đỏ da, bầm tím, chảy máu chiếm tỷ lệ lần lượt là 11,4%, 8,6%; 8,6% cao hơn nhóm đối chứng là 11,4%, 2,9%, 5,7%. Các triệu chứng này chỉ thoáng qua và không cần can thiệp, gặp ở những bệnh nhân thành mao mạch mảnh yếu. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này cho thấy Phù châm và Điện châm là hai phương pháp an toàn, ít tác dụng không mong muốn. Tuy nhiên, để giảm thiểu các tác dụng không mong muốn thì kỹ thuật của người thực hiện thủ thuật phải thực hiện chính xác. Hơn nữa các vị trí chèn kim phải tuân thủ nguyên tắc tránh đường đi của mạch máu và thần kinh để hạn chế được hiện tượng chảy máu, bầm tím và đau.

4.2.8. Đánh giá kết quả điều trị chung

Việc đánh giá hiệu quả điều trị không chỉ dựa vào một khía cạnh đơn thuần mà được đánh giá dựa trên các tiêu chí: sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS, chỉ số Schober, nghiệm pháp Lasegue, cải thiện tầm vận động CSTL (gập, duỗi, nghiêng bên đầu), cải thiện chỉ số hạn chế chức năng sinh hoạt hằng ngày ODI. Điểm đánh giá là tổng điểm của các tiêu chí tại thời điểm D₇, D₁₅, kết quả chia thành 4 mức độ: tốt, khá, trung bình và kém.

Theo biểu đồ 3.5, sau 7 ngày kết quả điều trị chung như sau: Nhóm NC 40,0% kết quả tốt, 51,4% kết quả khá, kết quả trung bình 8,6%, không có kết quả kém. Nhóm ĐC có 5,7% kết quả tốt, 54,3% kết quả khá, 40,0% kết quả trung bình, không có kết quả kém. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm về kết quả điều trị tại thời điểm D₇ không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo biểu đồ 3.6: Sau 15 ngày điều trị chúng tôi đánh giá kết quả điều trị chung như sau: Nhóm NC 71,4% kết quả tốt, 25,7% kết quả khá, kết quả trung bình 2,9%, không có kết quả kém. Nhóm ĐC có 25,7% kết quả tốt, 68,6% kết quả khá, 5,7% kết quả trung bình, không có kết quả kém. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm về kết quả điều trị tại thời điểm D₁₅ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Như vậy kết quả điều trị của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, Tuy nhiên xét về hiệu quả điều trị tốt và khá thì hiệu quả điều trị của 2 nhóm là tương đương nhau, Nhóm NC là 97,1%, nhóm ĐC là 94,3% sau 15 ngày điều trị.

Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Danh Đạt (2023) về hiệu quả điều trị khá, tốt Nhóm NC là 97,1% (Tốt: 65,7%, Khá: 31,4), nhóm ĐC là 94,3% (tốt: 31,4%, khá: 62,9%) [56];

Nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương (2023) hiệu quả điều trị tốt, khá sau 21 ngày ở nhóm NC là 97,5% và nhóm ĐC là 95,0%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê [53];

Nghiên cứu của Vi Thị Lan Hương (2023) [48]) hiệu quả điều trị tốt, khá sau 21 ngày ở nhóm NC là 96,67% và nhóm ĐC là 83,3%. Hiệu quả điều trị của nhóm NC cao hơn so với nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê [53];

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh. Qua nghiên cứu có hiệu quả trong điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm với tỷ lệ tốt và khá là 93,3% (80% tốt, 13,3% khá), 6,7% trung bình, không có trường hợp nào xếp loại kém [60];

So sánh với một nghiên cứu Phù châm của tác giả Nguyễn Đăng Hiền (2023) cũng dùng phương pháp Phù châm kết hợp với phương pháp xoa bóp bấm huyệt so sánh với nhóm ĐC dùng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ cho kết quả Phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả trong cải thiện mức độ đau, tầm vận động cột sống cổ và hội chứng rễ tốt hơn nhóm đối chứng (hiệu quả tốt và khá là 92,5% ở nhóm NC, 77,5% ở nhóm ĐC) [65].

Kết quả của chúng tôi cao hơn của nghiên cứu Nguyễn Thị Phong Lan (2023) kết quả khá, tốt là 85,0% ở nhóm NC và 72,5% là ở nhóm ĐC [44];

Nghiên cứu của Lê Đắc Quang năm 2023, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả khá, tốt là 82,5% [58];

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng (2019) hiệu quả điều trị tốt, khá là 81,4%, không có trường hợp nào đạt kết quả kém [59].

Có sự khác biệt này, có thể là do phương pháp đánh giá khác nhau, tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân khác nhau, thời gian điều trị khác nhau cho nên hiệu quả điều trị khác nhau

Theo YHCT, cơ sở lý luận của Châm cứu nói chung là dựa vào hệ thống kinh lạc, nơi vận hành của Khí, Huyết, cũng là nơi kết nối giữa bên ngoài cơ thể với tạng phủ bên trong, do vậy, cơ sở của Phù châm cũng dựa vào hệ thống kinh lạc, có liên quan chặt chẽ với 12 khu bì bộ. Hệ thống kinh lạc bao gồm các kinh mạch, lạc mạch và các bộ phận phụ thuộc. Hai bộ phận phụ thuộc của hệ thống kinh lạc là kinh cân và khu bì bộ, trong đó, khác với kinh cân là phần đường đi của các kinh lạc ở phần cân cơ bên ngoài, khu bì bộ là phần nông nhất của cơ thể, nằm ở ngoài cùng, đại biểu cho phần ngoài của hệ kinh lạc, chạy dọc cơ thể tương ứng với kinh lạc, khác với kinh lạc ở chỗ nó là bề mặt rộng. Tố vấn, Bì bộ luận viết: “bì giả mạch chi bố dã, tà khách vu bì tắc triển lý khai, khai tắc tà nhập khách vu lạc mạch, lạc mạch đầy tắc vu kinh mạch, kinh mạch đầy tắc vu tạng phủ dã” [13]. Theo đó, 12 khu bì bộ liên hệ với 12 kinh lạc, tương ứng với 12 tạng phủ, là tuyến phòng ngự đầu tiên của cơ thể chống lại tà khí, cũng là nơi tà khí bắt đầu truyền vào trong gây bệnh. Do đó, các bệnh lý bên ngoài có thể truyền vào trong qua khu bì bộ khi chính khí, vệ khí suy giảm, bệnh lý bên trong có thể phản ánh ra các khu bì bộ để nhận biết và cũng có thể thông qua khu bì bộ để điều trị các bệnh lý của cơ thể

4.3. Về một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị

Các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị được đưa ra khảo sát bao gồm 2 nhóm lớn: nhóm các yếu tố có thể thay đổi được và nhóm các yếu tố không thể thay đổi được.

4.3.1. Tuổi

Từ kết quả bảng 3.17 cho thấy, bệnh nhân nhóm tuổi 38-49 có tỷ lệ điều trị tốt ở mức cao nhất 100%, nhóm tuổi 50-59 đạt 84,6% và nhóm tuổi ≥ 60 tuổi đạt 60%. Vậy là bệnh nhân càng trẻ thì khả năng phục hồi và cải thiện

tốt hơn người có tuổi cao hơn. Điều này phù hợp với sinh lý bình thường. Như chúng ta đã biết, ở độ tuổi trên 60 cơ thể đã có những chuyển biến quan trọng về sức khỏe, quá trình thoái hóa diễn ra ngày càng mạnh, tế bào khớp thoái hóa, hệ thống gân và dây chằng kém đàn hồi, khớp trở lên kém linh hoạt, sức khỏe chung giảm nên khả năng hồi phục kém hơn so với nhóm tuổi trẻ. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể do thời điểm nghiên cứu, do cỡ mẫu chưa đủ lớn nhóm tuổi từ 38-49 tuổi chỉ có 2 bệnh nhân và đặc thù là bệnh viện y học cổ truyền nên bệnh nhân đến khám và điều trị chủ yếu là cán bộ hưu trí, người cao tuổi chiếm tỉ lệ lớn, do đó tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu khá cao phân bố tập trung chủ yếu ở nhóm trên 60 tuổi (bảng 3.1). Nên mối liên quan giữa tuổi và hiệu quả điều trị chung chưa thực sự rõ ràng.

4.3.2. Giới tính

Theo bảng 3.18 tỷ lệ cải thiện ở nhóm nữ giới tốt hơn nam giới, tỷ lệ trong nhóm tốt bệnh nhân nữ có kết quả điều trị 73,9% và bệnh nhân nam là 66,7% và trong nhóm khá bệnh nhân nữ là và 26,1%, cao hơn bệnh nhân nam là 25,0%) và có một nam giới cải thiện ở mức độ trung bình. Tương tự như nhóm tuổi với giới tính, mặc dù tỷ lệ phân bố cho thấy hiệu quả điều trị tốt ở nhóm nữ cao hơn tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê

Tỷ lệ này cũng phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả khác Nguyễn Đức Minh (2018) tỷ lệ nữ giới là 65,0% [46], nghiên cứu của Nguyễn Danh Đạt (2023) tỷ lệ tốt của nhóm nữ là 70,4% và nam là 50,0% [56]. Các nghiên cứu cho rằng tỷ lệ nữ bị THCS thất lưng nhiều hơn nam do sự thay đổi hormon, đặc biệt sự thiếu hụt hormon estrogen sau mãn kinh, làm giảm khả năng hấp thu canxi – thành phần quan trọng tham gia cấu tạo đĩa đệm và xương khớp. Mặt khác cũng có thể do phụ nữ có ý thức quan tâm tới sức khỏe

bản thân hơn nên tới khám sớm hơn và điều trị ngay khi mới xuất hiện triệu chứng bệnh nên hiệu quả cao hơn.

4.3.3. Nghề nghiệp:

Kết quả bảng 3.19 cho thấy: tỷ lệ nhóm lao động trí óc đạt hiệu quả điều trị tốt là 84,6% cao hơn so với nhóm lao động chân tay 63,6%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với sinh lý bình thường. Theo chúng tôi những nhóm lao động chân tay thường xuyên làm việc nặng nhọc nên tải trọng mà cột sống chịu đựng khi làm việc cao hơn, cột sống phải chịu áp lực trọng tải cao tác động lên đĩa đệm dễ gây nên thoái hoá cột sống và tổn thương cột sống nặng hơn so với người lao động trí óc. Ngoài ra hầu hết những người lao động chân tay nhận thức về ảnh hưởng của bệnh tật cũng ít hơn, chế độ dinh dưỡng và sự hiểu biết về phòng và chữa bệnh cũng kém hơn.

4.3.4. Thời gian mắc bệnh

Nhóm các yếu tố liên quan có thể thay đổi được bao gồm thời gian mắc bệnh và vị trí mắc bệnh, sở dĩ như vậy là vì nó phụ thuộc rất nhiều vào từng bệnh nhân cụ thể. Về yếu tố thời gian mắc bệnh, thời gian từ lúc mắc bệnh đến khi tham gia nghiên cứu, can thiệp điều trị thường phụ thuộc quan điểm của mỗi bệnh nhân về bệnh tật. Có bệnh nhân chỉ cần xuất hiện một số triệu chứng cơ năng, đặc biệt là đau, hạn chế vận động ít đã tìm đến các cơ sở y tế khám và điều trị, nhưng không ít những bệnh nhân tự điều trị, tự bỏ qua những biểu hiện triệu chứng và để bệnh diễn biến nặng mới nhập viện. Điều này chịu ảnh hưởng bởi một số yếu tố tác động như trình độ văn hóa (hiểu biết về bệnh tật) hoặc tình trạng kinh tế gia đình (không có tiền đi khám bệnh, chữa bệnh) hoặc tập quán địa phương (cúng, lễ cho mau khỏi bệnh)... Theo chúng tôi, thời gian mắc bệnh càng ngắn, hệ thống cân cơ chưa phải chịu các vi chấn thương kéo dài, dây chằng chưa bị tổn thương nhiều thì hiệu quả điều

trị sẽ càng cao và ngược lại, thời gian diễn biến bệnh càng dài, bệnh càng khó điều trị.

Theo bảng 3.20: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tốt ở nhóm thời gian < 3 tháng tỷ lệ đạt hiệu quả tốt là 100%, từ 3 - 6 tháng là 90,9%, cao hơn nhóm > 6 tháng là 35,7%. Như vậy thời gian mắc bệnh càng ngắn thì hiệu quả điều trị sẽ càng cao.

4.3.5. Yếu tố tổn thương do thoái hóa cột sống thắt lưng trên X-quang

Theo bảng 3.21 ta thấy trên phim X-quang nhóm có kết quả điều trị tốt là có Hẹp lỗ tiếp hợp (87,5%), không thấy kết quả Phì đại máu bán nguyệt (80,0%), Giảm chiều cao đĩa đệm (80.0%), hình ảnh gai xương (71,4%) có kết quả điều trị tốt cao hơn nhóm khác.

Qua số liệu trên có thể thấy chưa có sự hợp lý và logic giữa hiệu quả điều trị và kết quả có hay không có tổn thương trên phim X-quang, hoặc vị trí tổn thương trên X-quang

Điều này còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kinh nghiệm trong đọc kết quả X-quang. Mặt khác số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn nhỏ, thời gian còn ngắn nên chưa có sự khác biệt.

Bước đầu khảo sát các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy chưa có đủ bằng chứng về mối liên quan giữa một số yếu tố được đưa ra khảo sát gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và vị trí tổn thương trên X-quang. Để khảo sát một cách toàn diện, đầy đủ về mối liên quan giữa các yếu tố trên với hiệu quả điều trị, chúng tôi cho rằng cần phải tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, nghiên cứu đa trung tâm để có đánh giá chính xác và khách quan hơn.

4.3.6. Yếu tố BMI

Chống đỡ trọng lượng cơ thể là một trong những chức năng của cột sống. Điều này cũng đồng nghĩa với việc cân nặng càng tăng, áp lực các đốt sống phải gánh càng lớn.

Béo phì hay chỉ số BMI cao làm tăng trọng tải lên cột sống thắt lưng, ngoài ra còn làm hạn chế vận động, làm nuôi dưỡng đĩa đệm bị giảm sút, dẫn đến tăng nguy cơ thoái hóa đĩa đệm, thoát vị đĩa đệm, chèn ép dây, rễ thần kinh gây đau thần kinh hông to. Vì vậy việc BMI thấp thường cho kết quả điều trị tốt hơn. Việc quản lý trọng lượng cơ thể sẽ mang lại hiệu quả tốt nhất trong điều trị

Qua số liệu ở bảng 3.22 cho thấy tỷ lệ ở nhóm BMI 18,5- 24,9 chiếm tỷ lệ 33/35 (94,3%), có 2 bệnh nhân ở nhóm BMI ≥ 25 (5,7%), không có bệnh nhân nào ở nhóm $< 18,5$.

Trong nhóm BMI 18,5- 24,9 tỷ lệ cải thiện ở nhóm tốt là 69,7%, nhóm khá là 27,3% và nhóm trung bình là 3,0%. Vậy nhóm tốt chiếm tỷ lệ cao nhất. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa có sự logic với sinh lý bình thường, có thể do số lượng nghiên cứu của chúng tôi còn quá nhỏ, chưa đại diện được trong quần thể, và sự phân bố giữa các nhóm BMI trong nghiên cứu còn chưa đồng đều.

KẾT LUẬN

1. Phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau, phục hồi vận động cột sống thắt lưng, cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày trong điều trị đau thần kinh hông to do thoái hoá cột sống:

- Tác dụng giảm đau: Mức độ đau theo thang điểm VAS giảm so với trước điều trị ($p < 0,05$). Tác dụng giảm đau ở nhóm NC (trước điều trị $5,90 \pm 0,66$, sau điều trị $1,29 \pm 1,03$) tốt hơn so với nhóm ĐC (trước điều trị $5,89 \pm 0,76$, sau điều trị $2,26 \pm 0,91$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng: Độ giãn CSTL theo Schober tăng so với trước điều trị ($p < 0,05$), nhóm NC cải thiện điểm Schober (trước điều trị $11,00 \pm 0,80$ sau điều trị $13,80 \pm 0,53$) tốt hơn so với nhóm ĐC (trước điều trị $11,09 \pm 0,81$, sau điều trị $13,14 \pm 0,65$) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Tầm vận động cột sống thắt lưng gập, duỗi, nghiêng bên đau cải thiện tốt so với trước điều trị ($p < 0,01$). Nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Sự thay đổi góc của nghiệm pháp Lasegue: sự cải thiện góc của nghiệm pháp Lasegue ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên sự cải thiện góc của nghiệm pháp Lasegue ở nhóm NC cao hơn nhiều nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 65,7 % và 22,9 %.

- Cải thiện chỉ số sinh hoạt hàng ngày: sự cải thiện mức điểm ODI ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên sự cải thiện mức điểm ODI ở nhóm NC cao hơn nhiều nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 77,1 % và 62,9 %. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Các triệu chứng y học cổ truyền đều có sự cải thiện sau điều trị ở cả hai nhóm, sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Hiệu quả điều trị chung: Sau 15 ngày, kết quả rất tốt chiếm 33,3%, tốt chiếm 56,7%, khá chiếm 10%, không có kết quả trung bình và kém. Nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống xuất hiện một số tác dụng không mong muốn như đỏ da (11,4%), chảy máu (8,6%) và bầm tím (8,6%). Các tác dụng không mong muốn này đều không nguy hiểm đến sức khỏe bệnh nhân và có thể xử trí được. Do đó phương pháp phù châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt là một phương pháp điều trị an toàn.

2. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của phương pháp Phù châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị bệnh nhân đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thắt lưng cho thấy được tuổi càng trẻ thì khả năng cải thiện càng cao, giới tính nữ tỷ lệ cải thiện tốt hơn và thời gian mắc bệnh càng ngắn thì hiệu quả điều trị càng cao. Tuy nhiên số lượng trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít và phạm vi nghiên cứu còn hẹp nên chưa đánh giá hết được mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

KIẾN NGHỊ

- Mở rộng nghiên cứu tác dụng Phù châm trên các thể lâm sàng YHCT khác của bệnh Đau thần kinh hông to để bổ sung thêm đánh giá tác dụng của phương pháp này.

- Nghiên cứu tác dụng điều trị của phương pháp Phù châm đơn độc với thời gian điều trị dài hơn, trên số lượng bệnh nhân lớn hơn để thấy được rõ hiệu quả của phương pháp Phù châm trong điều trị Đau thần kinh hông to.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà Nội, Các bộ môn Nội (2022), *Bài giảng bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản y học, Hà nội, 2, tr.285 - 300.
2. Nguyễn Văn Đăng (2008), “Đau thần kinh hông”, *Bách khoa thư bệnh học*, Nxb Y học, 1, tr.145-149.
3. Rikke K Jensen, Alice Kongsted, Mølle Kjaer, Bart Koes (2019) “*Diagnosis and treatment of sciatica*”, <https://doi.org/10.1136/bmj.l6273>
4. Hồ Hữu Lương (2002), *Bệnh học thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, tr.75-80.
5. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Nguyễn Thu Hiền (2001), “Đánh giá tình hình bệnh khớp tại khoa Cơ- Xương- Khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991- 2000)”, *Công trình nghiên cứu khoa học bệnh viện Bạch Mai 2001- 2002*, Nhà xuất bản Y học, tr.145- 149.
6. Kika Konstantinou, Kate M Dunn (2008), “*Sciatica: review of epidemiological studies and prevalence estimates*”, <https://doi.org/10.1097/brs.0b013e318183a4a2>
7. Lan Thuc Pham Ho (2016). *Press Release : Six in 10 dult Vietnamese have spinal osteoarthritis*. Link : <http://english.tdt.edu.vn/?p=3225>. Accessed 23 May 2018.
8. Euan Rb Stirling, Mohammed S Patel, Philip J Sell (2016), “*Sciatica*”, <https://doi.org/10.12968/hmed.2016.77.11.c180>
9. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan chủ biên (2018). *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr.204 - 211.
10. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà nội (2017), *Bệnh học nội khoa YHCT*, Nhà xuất bản Y Học, Hà nội, tr.177-180.
11. Bộ y tế (2008), “Quy trình số 25 – *Điện châm điều trị đau thần kinh hông to*”, 94 quy trình kỹ thuật y học cổ truyền.

12. Bộ Y tế (2020), ‘Đau thần kinh hông to’, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo YHCT, kết hợp YHCT với YHHD*, tr.72-78.
13. Fu Zhonghua (2022), *The Foundation of Fu's Subcutaneous Needling*, English.
14. Fu Zhonghua and Shepherd Ryan (2013), "Fu's Subcutaneous Needling, a Modern Style of Ancient Acupuncture?", trong L. Chen Lucy and O. ChengTung, *Acupuncture in Modern Medicine*, IntechOpen, Rijeka, pp. Ch. 8.
15. 陈锐鸿, (2019年4月), 浮针治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的□□疗效观察, 硕士学位论文, 广州中医药大学
(Trần Thụy Hồng, (tháng 4 năm 2019), Đánh giá tác dụng của phương pháp Phù châm trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thể khí trệ, huyết ứ. Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y học cổ truyền Quảng Châu, Trung Quốc)
16. 邵银进, 谢水平, 王晓春, 戴文娟 (江西省赣州市人民医院康复医学科, 江西赣州), 浮针疗法治疗慢性非特异性下腰痛随机对照研究, 湖北中医杂志2021年7月第43卷第7期
(Shao Yinjin, Xie Shuiping, Wang Xiaochun, Dai Wenjuan (Khoa phục hồi chức năng, Bệnh viện Nhân dân Cam Châu tỉnh Giang Tây, Nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng về liệu pháp Phù châm trong điều trị đau thần kinh hông to mạn tính không đặc hiệu, Tạp chí Y học cổ truyền Hồ Bắc - Trung Quốc, tháng 7 năm 2021, Tập 43, số 7))
17. 张吉亮, (2019年5月), 浮针对腰椎间盘突出症的镇痛疗效观, 硕士学位论文, 广州中医药大学
(Trương Cát Lượng, (tháng 5 năm 2019), Quan sát hiệu quả giảm đau của phương pháp Phù châm đối với Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y học cổ truyền Quảng Châu Trung Quốc)

18. Bộ môn Giải phẫu (2022), “Thần kinh của chi dưới”, *Giải phẫu người*, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.459-464.
19. Bùi Mỹ Hạnh, Anne M.R. Agur (2014), *Atlas Giải phẫu người*, Nxb Y học, Hà nội, Tr. 228.
20. Frank H. Netter (2017), *Atlas of Human Anatomy 6th*, Nguyễn Quang Quyền dịch, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.526-528.
21. Hồ Hữu Lương (2006), “Khám hội chứng thắt lưng - hông”, *Khám lâm sàng hệ thần kinh*, Nhà xuất bản y học, Hà nội, tr.308-325.
22. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr.140-153.
23. Allan H. Ropper, Ross D. Zafonte (2015). Sciatica, review article, *N Engl J Med*, 372, pp.1240-1248.
24. Nguyễn Văn Chương (2015), *Khám lâm sàng hệ thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.147-159.
25. Ian A Bernstein , Qudsia Malik , Serena Carville, Stephen Ward (2017) “*Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance*”, <https://doi.org/10.1136/bmj.i6748>
26. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nội khoa*. Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.650-652.
27. Buchner m, Zeifang F (2000), “Epidural corticosteroid injection in the conservative management of sciatica”, *Clin Orthop* 375, pp. 149-156.
28. Carette S, Leclaire R (2000), “Epidural corticosteroid injection for sciatica due to herniated nucleus pulposus”, *N Engl J Med* 336, pp 1634-1640.
29. Hoàng Bảo Châu (2010), *Nội khoa YHCT*, Nhà xuất Bản Y học, Hà nội, tr.155-157.
30. Hoàng Đế Nội Kinh Linh Khu (2020), Nhà xuất bản Hồng Đức.
31. Wenbo Xu, Jidong Wu and Ping Xu (2021), "An Immunological Hypothesis of Fu's Subcutaneous Needling Acupuncture", *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*. 14(3), pp. 110-115.

32. Boguslaw Lipinski (1977), "Biological significance of piezoelectricity in relation to acupuncture, Hatha Yoga, osteopathic medicine and action of air ions", *Medical Hypotheses*. 3(1), tr. 9-12. P.J. Murray and T. A. Wynn (2011), "Protective and pathogenic functions of macrophage subsets", *Nat Rev Immunol*. 11(11), pp. 723-37.
33. P. J. Murray and T. A. Wynn (2011), "Protective and pathogenic functions of macrophage subsets", *Nat Rev Immunol*. 11(11), pp. 723-37.
34. **A. B. Aurora and E. N. Olson** (2014), "Immune modulation of stem cells and regeneration", *Cell Stem Cell*. 15(1), pp. 14-2.
35. **H. M. Langevin et al.** (2002), "Evidence of connective tissue involvement in acupuncture", *Faseb j* 16(8), pp. 872-4.
36. **P. C. Benias et al.** (2018), "Structure and Distribution of an Unrecognized Interstitium in Human Tissues", *Sci Rep*. 8(1), pp. 4947.
37. Kun-Long Ma và các cộng sự. (2021), "Fu's Subcutaneous Needling versus Massage for Chronic Non-specific Neck pain: Long-term follow up results from a randomized controlled clinical trial", *Cureus Journal of Medical Science*. 13(8). 42.
38. Ching-Hsuan Huang và các cộng sự. (2022), "Rapid Improvement in Neck Disability, Mobility, and Sleep Quality with Chronic Neck Pain Treated by Fu's Subcutaneous Needling: A Randomized Control Study", *Pain Research and Management*. 2022, tr. 7592873P. C. Benias et al. (2018), "Structure and Distribution of an Unrecognized Interstitium in Human Tissues", *Sci Rep*. 8(1), pp. 4947.
39. Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.79-90.
40. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.223-225, 324-326.

41. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1997), *Châm cứu sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, tr.246-248, 145-348.
42. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn quy trình khám bệnh chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.916-918.
43. Đỗ Ngọc Hân (2023). *Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams*. Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
44. Trần Thị Phong Lan (2023), *Đánh giá tác dụng của phương pháp hoá long cứu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to*. Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
45. Lê Quang Minh, Hoàng Thị Ngọc (2017), *Đánh giá hiệu quả điều trị của bài thuốc “Hoạt lạc chỉ thống thang” kết hợp với điện châm trên bệnh nhân đau thần kinh hông to do phong hàn và can thận hư*, Tạp chí Y học thực hành, 1037(3), tr.256-258.
46. Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc (2018), *Đánh giá tình trạng đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống trên bệnh nhân điều trị tại Khoa Lão Bệnh viện Châm cứu Trung Ương*, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 13(4).
47. Lê Trí Tín, Dương Trọng Nghĩa (2019), *Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to bằng xông thuốc HV kết hợp điện châm*, Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 21(02), tr.35-39.
48. Vy Thị Lan Hương và cộng sự (2023), *Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thắt lưng của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp với điện châm*, Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 04(51).
49. Trần Tuấn Minh, Lê Thị Kim Dung (2022). *Đánh giá tác dụng của dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trên người bệnh đau thần kinh hông to*, Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 42(01), tr.49-55.

50. Mai Thị Dương, Lê Thị Kim Dung, Nguyễn Tiến Chung, Đỗ Văn Duân (2020), *Đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc KNC điều trị đau thần kinh hông to*, Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 28(03), tr.59-66.
51. Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc (2021), *Tác dụng điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp siêu âm điều trị*, Tạp chí Y học Việt Nam, số 1-2021.
52. Vy Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Tân, (2018), “*Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng bài thuốc “Tam tý thang” kết hợp cấy chỉ và điện châm*”. Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Dược Huế, 8(6).
53. Trần Thị Thu Hương (2023), *Đánh giá kết quả của thuốc đắp HV kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh tọa*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
54. Trần Thái Hà và cộng sự (tháng 2024), *Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp túi chườm thảo dược điều trị đau thần kinh hông to*, Tạp chí Y học Việt Nam, 540 (1).
55. Hoàng Ngọc Minh (2023), *Đánh giá kết quả của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to do thoái hóa cột sống*. Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
56. Nguyễn Danh Đạt (2023), *Đánh giá kết quả của bài thuốc “Dưỡng cốt HV” kết hợp điện châm trong điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống*, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
57. Trần Thị Phong Lan (2023), *Đánh giá tác dụng của phương pháp Hòa long cứu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to*, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

58. Lê Đắc Quang, Vũ Nam (2023), “Đánh giá kết quả phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to”, Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 4(51).
59. Nguyễn Văn Hưng và cộng sự (2019), *Hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to thể huyết ứ bằng bài thuốc Thân thống trực ứ thang kết hợp điện châm*, Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế, 9(4).
60. Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh (2021), “Kết quả điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng”. Tạp chí y học Việt Nam, 501(1).
61. Bronfort G, Evans RL, Anderson AV et al (2000). Nonoperative treatments for sciatica: a pilot study for a randomized clinical trial, *J Manipulative Physiol Ther*, 23(8), pg.536-544.
62. Zongshi Qin, Xiaoxu Liu, Jiani Wu et al (2015). Effectiveness of Acupuncture for Treating Sciatica: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Evid Based Complement Alternat Med*, 425108.
63. Mei Ji, Xiaoxia Wang, Meijuan Chen et al (2015). The Efficacy of Acupuncture for the Treatment of Sciatica: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Evid Based Complement Alternat Med*, 2015, pg 192808.
64. Qiu L., Hu X.L., Zhao X.Y. et al (2016). A Randomized Controlled Clinical Trial of Treatment of Lumbar Disc Herniation-induced Sciatica by Acupuncture Stimulation of Sciatic Nerve Trunk, *Jiu*, 41(5), pg 447-450.
65. Nguyễn Đăng Hiến (2023), *Đánh giá hiệu quả của phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột*. Luận văn bác sỹ nội trú, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

Phụ lục 1: Bệnh án nghiên cứu

ĐỀ TÀI: : “Đánh giá tác dụng của phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống”.

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Mã số..... Nhóm nghiên cứu
Nhóm đối chứng

I. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân: Tuổi:..... Giới: Nam ,
Nữ Địa chỉ:ĐT:.....

Nghề nghiệp: Lao động trí óc Lao động

chân tay Ngày vào viện:/...../.....

Ngày ra viện:/...../.....

II. BỆNH SỬ

1. Thời gian bị bệnh Dưới 1 tháng Từ 1-3 tháng Trên 3-6 tháng

2. Khởi phát bệnh: Đột ngột Từ từ Tăng dần

3. Triệu chứng hiện tại:

- Mức độ đau: Không đau Đau ít Đau trung bình

Đau nhiều Đau không chịu nổi

- Hướng đau lan: Theo rễ L5 Theo rễ S1

- Tính chất đau: Từng cơn Liên tục Khi vận động

IV. TIỀN SỬ:

1. Bản thân:

- Bệnh lý cơ xương khớp Có Không

- Tăng huyết áp: Có Không

- Viêm khớp dạng thấp: Có Không

- Đái tháo đường: Có Không

- Rối loạn chuyển hóa lipid: Có Không

- Khác (ghi rõ):

- Kinh nguyệt: Chưa mãn kinh Đã mãn kinh

2. Gia đình:

- Có người mắc bệnh khớp: Có Không

- Bệnh khác:

V, KHÁM LÂM SÀNG

A. KHÁM LÂM SÀNG THEO

YHHD:1.Toàn thân:

- Thể trạng: Gầy Béo Cân đối

- Da, niêm mạc: Hồng Nhợt Bình thường

- Tuyến giáp 2 bên:

- Hạch ngoại vi: Sưng, nóng, đỏ, đau Có Không

Mạch: ...lần/phút Huyết áp..... mmHg Nhịp thở... Lần/phút

Chiều cao:.... cm Cân nặng.....kg BMI =Kg/m²

2. Khám cơ xương khớp

2.1. Hội chứng cột sống thắt lưng

- Điểm đau cột sống, cạnh sống: Có Không

- Cong vẹo cột sống: Có Không

- Co cứng cơ, tăng trương lực cơ cạnh sống: Có Không

- Hạn chế vận động CSTL: Có Không

- Tầm vận động cột sống thắt lưng, NP Lassegue

Tầm vận động CSTL	D0	D3	D10	D15
Gấp ($\geq 70^\circ$)				
Duỗi ($\geq 25^\circ$)				
Nghiêng ($\geq 30^\circ$)				
Lassegue ($\geq 75^\circ$)				

II. CHẨN ĐOÁN

1. **Bát cương:** Biểu Lý Hàn Nhiệt Hư Thực
2. **Tạng Phủ:** Can Thận Tâm Phế Tỳ Vị
 Đờm Bàng quang Đại trường Tiểu trường
3. **Nguyên nhân:** Nội nhân Ngoại nhân Bất nội ngoại nhân

C. CẬN LÂM SÀNG

1. Chụp X quang CSTL

- Hẹp lỗ tiếp hợp Phì đại máu bán nguyệt
Gai xương Giảm chiều đĩa đệm
Giảm đường cong sinh lý

D. ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Tác dụng không mong muốn	D0	D3	D10	D15
Bầm tím				
Đỏ da				
Ngứa				
Gãy kim				
Vụng châm				
Nhiễm trùng				
Khác:.....				

Hà Nội, ngày....tháng năm 2024

Bác sỹ điều trị

Phụ lục 2

QUY TRÌNH PHÙ CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH HÔNG TO PHÙ CHÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phù châm là một phương pháp tân châm, là sự giao thoa giữa các hiểu biết của y học hiện đại về châm cứu và lý luận sâu sắc của y học cổ truyền. Phù châm có danh pháp Quốc tế là “Fu’s Subcutaneous Needling – ký hiệu FSN” nghĩa là *phương pháp châm cứu dưới da của họ Phù*. Đặc điểm của Phù châm là: thao tác đơn giản, ít kim, an toàn, hiệu quả giảm đau nhanh.

Phù châm ban đầu được ứng dụng trong điều trị các rối loạn cục bộ, đặc biệt trong điều trị các chứng đau liên quan đến cơ xương khớp. Cho đến nay hơn hai mươi năm phát triển, phương pháp này đã được ứng dụng để điều trị một số bệnh lý nội khoa khác nhau ngoài cơ xương khớp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cơ xương khớp: Đau lưng, hội chứng cổ vai cánh tay, thoái hóa khớp gối, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp, viêm quanh khớp vai, viêm điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay, hội chứng De quervain, viêm bao gân gấp ngón tay, hội chứng đường hầm cổ tay ...

- Thần kinh: Nhức đầu, mất ngủ; đau các dây thần kinh ngoại biên, đau dây thần kinh toạ, liệt dây VII, tai biến mạch máu não.

- Hô hấp: Ho khan, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản,...

- Tuần hoàn: Tim đập nhanh, cao huyết áp...

- Tiêu hoá: Đau dạ dày, viêm dạ dày mạn tính, viêm túi mật mạn tính, nôn, táo bón,...

- Sinh dục: Thống kinh, di tinh, đau tinh hoàn, viêm tuyến tiền liệt,...

- Tiết niệu: Viêm bàng quang, bàng quang tăng hoạt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm, bệnh ác tính hoặc bệnh nhân bị viêm hoặc sốt cấp tính không nên sử dụng phù châm.

- Phụ nữ mang thai dưới ba tháng không nên châm vùng bụng dưới.

- Rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng các thuốc chống đông máu.

- Bệnh nhân bị phù.

- Bệnh nhân đã sử dụng liệu pháp phong bế tại chỗ đã được sử dụng

trong một thời gian ngắn.

- Người suy kiệt, suy giảm miễn dịch.

- Các bệnh lý đau chưa loại trừ do nguyên nhân cần can thiệp ngoại khoa.

- Tránh châm vào vùng da bị nhiễm trùng, loét, sẹo hoặc khối u trên da,

4. THẬN TRỌNG

- Thể trạng người bệnh suy nhược nặng, bệnh nhân cao huyết áp, đái tháo đường, hoặc bệnh lý mạch vành.

- Người bệnh quá no hoặc quá đói.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

5.1.1. Nhân lực trực tiếp

Bác sỹ y học cổ truyền đã được đào tạo về châm cứu, được hướng dẫn kỹ thuật Phù châm.

5.1.2. Nhân lực hỗ trợ

Điều dưỡng chạy ngoài

5.2. Vật tư

- Kim châm cứu vô khuẩn dùng một lần, kích thước: 0,3x40mm,

Khay men, panh có máu, bông, Cồn 70°

5.3. Trang thiết bị

Hộp chống sốc

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định, kiểm tra hồ sơ, xác định đúng tên, tuổi.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Khoảng 5 – 10 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng bệnh

5.8. Kiểm tra hồ sơ

5.8.1. Kiểm tra người bệnh:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện thủ thuật.

5.8.2. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

5.8.3. Đặt tư thế bệnh nhân:

Đặt người bệnh ở tư thế nằm sấp, nằm ngửa hoặc nằm nghiêng tùy thuộc vào vùng tiến hành kỹ thuật, sao cho người bệnh ở tư thế thoải mái nhất, vùng cơ thể tiến hành kỹ thuật được thả lỏng.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHÙ CHÂM

6.1. Bước 1: Xác định vị trí châm.

Xác định huyệt vị châm cứu, hướng châm và độ sâu.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn vị trí châm.

Sát khuẩn tay của người thầy thuốc và vị trí châm. Sát khuẩn vị trí châm theo hình chôn ốc từ trung tâm ra ngoại vi.

6.3. Bước 3: Kỹ thuật Phù châm

Tư thế của bệnh nhân nên được điều chỉnh để đảm bảo rằng da tại vị trí châm kim là không quá căng cũng không quá chùng. Nếu da quá căng, các mạch máu nông trên da sẽ giãn ra và kim châm cứu có thể đâm vào mạch máu; mặt khác, nếu da quá chùng, sẽ khó đâm kim qua da hơn.

Tay thuận sẽ cầm kim, ngón trỏ và ngón cái cầm chuôi kim, trong khi đó ngón giữa làm điểm tựa. Tay không thuận véo da tại vị trí châm đồng thời tay thuận sẽ đưa kim nhanh qua da với một góc 45 độ (đầu kim phải luôn hướng về phía vùng bị bệnh). Sau đó hạ thân kim so với bề mặt da một góc 15 độ, tiến hành luồn kim vào lớp dưới da.

Lưu ý: trong suốt quá trình luồn kim chú ý đến cảm giác của bệnh nhân, nếu không cảm thấy đau, buốt, tê, tức là đã thao tác thành công.

6.4. Bước 4: Thực hiện chuyển động quét kim

Sau khi đưa kim vào lớp dưới da thành công, tiến hành chuyển động quét kim. Đây là một bước rất quan trọng để quyết định hiệu quả điều trị của phương pháp. Tay thuận sẽ cầm vào cán kim trong đó ngón cái làm điểm tựa, ngón trỏ đặt phía trước và ngón giữa đặt phía sau ngón cái. Lần lượt di chuyển ngón trỏ và ngón giữa sao cho kim chuyển động theo hình nan quạt, biên độ khoảng 20-30o với tần số 45 lần mỗi phút, liên tục trong năm phút.

Sau mỗi một phút, người thầy thuốc sẽ ấn vào điểm đau và hỏi cảm giác của bệnh nhân, nếu cảm giác đau giảm hoặc biến mất thì sẽ ngừng thao tác quét kim; nếu chưa đạt hiệu quả người thầy thuốc sẽ tiếp tục quét kim. Nếu vấn đề vẫn tiếp diễn, sẽ cần phải rút kim ra, rồi điều chỉnh vị trí hoặc là hướng kim và thao tác lại từ đầu. Mỗi 15 phút có thể lặp lại các thao tác quét kim 1 lần.

6.5. Bước 5: Lưu kim

Thời gian lưu kim tối thiểu 30 phút đến 1 giờ.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Dặn dò bệnh nhân

6.7. Liệu trình:

Mỗi ngày 01 lần x 15 ngày.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

7.1.1. **Phản vệ:** Xử trí phản vệ theo phác đồ của Bộ Y tế.

7.1.2. **Vụng châm:**

- Triệu chứng: Bệnh nhân vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt, hoa mắt, chóng mặt.

- Xử trí: Rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, tùy theo tình trạng vụng châm và bệnh lý kèm theo của từng bệnh nhân, có thể cho uống nước ấm hoặc nước đường ấm hoặc trà gừng ấm, ... nằm nghỉ tại chỗ. Xử trí theo phác đồ điều trị choáng ngất.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Dùng thuốc hóa dược (nếu cần).

7.1.3. **Chảy máu:** Máu chảy tại vị trí vừa rút kim.

Xử trí: Dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

7.1.4. **Gãy kim:** Dùng panh có máu rút kim thân ra khỏi da

PHỤ LỤC 3
QUY TRÌNH ĐIỆN CHÂM
ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH HÔNG TO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đau thần kinh hông to là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân cơ năng và thực thể gây ra như: do lạnh, thoát vị đĩa đệm, viêm nhiễm, khối u chèn ép...
- Theo y học cổ truyền đau thần kinh hông to được miêu tả trong phạm vi chứng tý, nguyên nhân thường do phong, hàn, thấp, nhiệt xâm phạm vào kinh Bàng quang và kinh Đờm gây ra.

2. CHỈ ĐỊNH

Đau thần kinh hông to do phong hàn thấp, do thoái hóa cột sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đau thần kinh hông to kèm theo nhiễm trùng tại chỗ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ y tế: Bác sĩ, y sĩ, lương y được đào tạo về châm cứu.

4.2. Phương tiện

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-10-15cm, dùng riêng cho từng người.
- Khay men, kim có máu, bông, cồn 70°.

4.3. Người bệnh:

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Tư thế nằm sấp hoặc nằm nghiêng, chống đau cho người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Phác đồ huyết

- | | | |
|------------------------|---------------------|---------------|
| - Giáp tích L3, L5, S1 | - Đại trường du | - Thận du |
| - Thứ liêu | - Trật biên | - Ân môn |
| - Hoàn khiêu | - Thừa phù | - Huyền chung |
| - Ủy trung | - Thừa sơn | |
| - Côn lân | - Dương lăng tuyền. | |

5.2. Thủ thuật

Xác định và sát trùng da vùng huyết, châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ theo hướng huyết đã định, châm phải đạt đặc khí.

- Châm tả:

+ Đại trường du + Thừa sơn

+ Thứ liêu + Côn lân.

+ Ủy trung + Giáp tích L3 -S1

+ Trật biên xuyên tới huyết Hoàn khiêu hoặc xuyên tới huyết Thừa phù

+ Dương lăng tuyền xuyên tới huyết Dương giao.

5.3. Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: tả: 6-20Hz.

- Cường độ: 14-150micro Ampe

- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm

5.4. Liệu trình điều trị

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10-15 lần, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục.

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Theo dõi tại chỗ và toàn thân

6.2. Xử lý tai biến

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

- *Chảy máu khi rút kim*: dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

PHỤ LỤC 4

TÊN VÀ VỊ TRÍ CÁC HUYỆT TRONG PHÁC ĐỒ ĐIỆN CHÂM

Tên huyệt	Mã số	Đường kinh	Vị trí
Giáp tích L1-L5, L5 – S1		Kỳ huyệt	Từ mỏm gai L1-L5 đo ngang ra 0,5 thốn.
Thận du	VII.23	Bàng quang	Từ khe đốt sống L ₂ -L ₃ đo ngang ra 1,5 thốn.
Đại trường du	VII.25	Bàng quang	Từ khe đốt sống L ₄ -L ₅ đo ngang ra 1,5 thốn.
Trật biên	VII.54	Bàng quang	Từ đốt xương cùng 4 đo sang ngang 3 thốn
Thừa phù	VII.36	Bàng quang	Chính giữa nếp lằn mông
Ân môn	VII.37	Bàng quang	Điểm giữa đường nối từ thừa phù và ủy trung
Ủy trung	VII.40	Bàng quang	Chính giữa nếp lằn khoeo chân.
Thừa sơn	VII.57	Bàng quang	Ở mặt sau cẳng chân, nơi rẽ đôi của cơ sinh đôi
Côn lân	VII.60	Bàng quang	Chỗ trũng ngay sau ngang lồi mắt cá ngoài 0,5 thốn.
Hoàn khiêu	XI.25	Đờm	Điểm chính giữa ụ ngồi và máu chuyển lớn xương đùi
Dương lăng tuyền	XL.34	Đờm	Chỗ lõm phía ngoài giữa đầu trên xương chày và xương mác
Huyền chung	XL.39	Đờm	Bờ lồi mắt cá ngoài đo lên 3 thốn, trên đường từ huyệt Dương lăng tuyền đến mắt cá ngoài, huyệt ở ngay lõm bờ sau xương mác.

PHỤ LỤC 5

QUY TRÌNH XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ ĐAU TKHT

(Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu ban hành kèm theo quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013 của Bộ Y tế)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đau thần kinh hông to là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân cơ năng và thực thể gây ra như do lạnh, thoát vị đĩa đệm, viêm nhiễm, khối u chèn ép...
- Theo y học cổ truyền đau thần kinh hông to được miêu tả trong phạm vi chứng tý, nguyên nhân thường do phong, hàn, thấp, nhiệt xâm phạm vào kinh Bàng quang và kinh Đờm gây ra.

2. CHỈ ĐỊNH

Đau thần kinh hông to do phong hàn thấp, do thoái hóa cột sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đau thần kinh hông to kèm theo nhiễm trùng tại chỗ.
- Bị bệnh ngoài da ở vùng cần XBBH.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

4.2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyệt, giường xoa bóp bấm huyệt, Gối, ga trải giường, Bột talc, Cồn sát trùng

4.3. Người bệnh

- Được hướng dẫn qui trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt.
- Tư thế nằm sấp hoặc nằm nghiêng.

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng chân, lưng.

- Bấm tả các huyệt bên đau

+ Giáp tích L2 - 3, L5- S1	+ Đại trường du	+ Thử liêu
+ Trật biên	+ Hoàn khiêu	+ Thừa phù
+ Ân môn	+ Ủy trung	+ Thừa sơn
+ Côn lôn + Khâu khư	+ Dương lăng tuyền	+ Huyền chung

5.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,

- Một liệu trình điều trị từ 15 - 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

6.2. Xử trí tai biến

- **Choáng**

Triệu chứng Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

Xử trí dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp

PHỤ LỤC 6
BỘ CÂU HỎI OSWESTRY DISABILITY

Phần I: Cường độ đau

1. Không đau
2. Đau nhẹ
3. Đau vừa phải
4. Rất đau
5. Đau không chịu nổi

Phần II: Ngồi

1. Có thể ngồi trên ghế bao lâu tùy thích mà không gây đau thêm
2. Có thể ngồi khoảng 1 giờ vì đau
3. Chỉ có thể ngồi khoảng ½ giờ vì đau
4. Chỉ có thể ngồi 25 phút vì đau
5. Không thể ngồi được vì đau

Phần III: Đứng

1. Có thể đứng bao lâu cũng được mà không gây đau thêm
2. Có thể đứng bao lâu cũng được nhưng hơi gây đau thêm
3. Chỉ có thể đứng khoảng 1 giờ vì đau
4. Chỉ có thể đứng khoảng ½ giờ vì đau
5. Không thể đứng được vì đau

Phần IV: Đi bộ

1. Có thể đi được một đoạn dài mà không gây đau thêm
2. Chỉ có thể đi được 1km vì đau
3. Chỉ có thể đi được khoảng 1/2km vì đau
4. Phải sử dụng gậy hoặc ba toong khi đi bộ
5. Không thể đi bộ được vì đau

Phần V: Nhấc đồ vật

1. Có thể nhấc vật nặng mà không gây đau thêm
2. Có thể nhấc vật nặng mà hơi gây đau thêm

3. Chỉ có thể nhắc được vật nặng nếu vật đó để ở vị trí thuận lợi: như trên bàn. . . .
4. Chỉ nhắc được vật nhẹ
5. Không thể nhắc hoặc mang bất cứ đồ vật nào

Phần VI: Ngủ

1. Ngủ bình thường không bị thức giấc vì đau
2. Tỉnh thoảng bị thức giấc vì đau
3. Chỉ có thể ngủ được dưới 6 giờ vì đau
4. Chỉ có thể ngủ được dưới 4 giờ vì đau
5. Chỉ có thể ngủ được dưới 2 giờ vì đau

Phần VII: Vệ sinh cá nhân

1. Có thể tự làm vệ sinh cá nhân bình thường mà không gây đau thêm
2. Có thể tự làm vệ sinh cá nhân bình thường mà hơi gây đau thêm
3. Phải làm chậm, cẩn thận vì đau khi làm vệ sinh cá nhân
4. Cần sự giúp đỡ của người khác khi làm vệ sinh cá nhân
5. Không thể tự mặc quần áo, tắm rửa rất khó khăn và phải ở trên giường

Phần VIII: Sở thích riêng

1. Vẫn có thể tham gia sở thích riêng mà không gây đau thêm
2. Vẫn có thể tham gia được nhưng gây đau hơn
3. Chỉ có thể tham gia được $\frac{1}{2}$ thời gian so với trước đây
4. Chỉ có thể tham gia được $\frac{1}{4}$ thời gian so với trước đây
5. Không thể tham gia được vì đau

Phần IX: Đời sống tình dục

1. Hoàn toàn bình thường mà không gây đau thêm
2. Bình thường nhưng hơi gây đau thêm
3. Không thể bình thường vì đau
4. Rất hạn chế vì đau
5. Gần như không có vì đau

Phần X: Đời sống xã hội

1. Tham gia hoạt động xã hội bình thường mà không gây đau thêm

2. Có thể tham gia hoạt động xã hội bình thường nhưng hơi gây đau thêm
3. Không thể tham gia hoạt động xã hội bình thường vì đau
4. Tham gia hoạt động hạn chế vì đau
5. Không thể tham gia các hoạt động xã hội vì đau

Phụ lục 7 : Giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu.

BẢN CAM KẾT ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “Đánh giá tác dụng của phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống”.

Tôi (Họ và tên):

Tuổi:

Giới:

Địa chỉ:

Điện thoại liên hệ:

Xác nhận rằng:

- Tôi đã đọc bản cung cấp thông tin về nghiên cứu tác dụng của phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống. Tôi đã được cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.

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

- Nghiên cứu được thực hiện trên 70 bệnh nhân chia làm hai nhóm ngẫu nhiên, tôi hoàn toàn được cho biết về điều trị được chỉ định cho tôi.

- Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu này là 15 ngày.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này.

Ký tên của người tham gia

Ký và ghi rõ họ tên của Bác sỹ

Ký và ghi rõ họ tên của Chủ đề tài

DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “Đánh giá tác dụng của phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống”

STT	Họ và tên	Tuổi		Số bệnh án	Ngày vào viện
		Nam	Nữ		
1	Nguyễn Thị Tiên L		51	2167	20/05/2024
2	Trần Quý H	59		2154	20/05/2024
3	Đào Quang T		55	2560	20/05/2024
4	Nguyễn Thọ S	66		1265	20/05/2024
5	Kiều Thị T		74	2128	21/05/2024
6	Lê Thị Tuyết M		64	2172	21/05/2024
7	Lê Văn C	64		2176	21/05/2024
8	Đào văn T	68		2189	21/05/2024
9	Lê Văn P	73		2197	22/05/2024
10	Nguyễn Duy T	61		2268	22/05/2024
11	Hoàng Văn H	65		2226	24/05/2024
12	Lê Thị H		70	2225	24/05/2024
13	Phạm Văn H	73		2267	24/05/2024
14	Nguyễn Thị V		74	2278	29/05/2024
15	Đào Quang T	55		2289	29/05/2024
16	Trần Văn T	55		2279	30/05/2024
17	Lê Thị K		60	2300	03/06/2024
18	Nguyễn Tuấn D	63		2314	04/06/2024
19	Vi Thị T		54	2339	05/06/2024
20	Đàm Anh T	50		2329	07/06/2024
21	Nguyễn Thị H		64	2327	07/06/2024
22	Lê Thị H		58	2345	10/06/2024



23	Lý Thu H		38	2498	21/06/2024
24	Đỗ Thi Xuân H		59	2333	28/06/2024
25	Nguyễn Thị M		38	2501	01/07/2024
26	Nguyễn Thị H		50	2523	02/07/2024
27	Lê Thị S		55	2528	02/07/2024
28	Lê Văn T	73		2529	02/07/2024
29	Vũ Văn X	67		2527	02/07/2027
30	Lê Thanh B	68		2541	03/07/2024
31	Nguyễn Thị P		60	2547	03/07/2024
32	Nguyễn Thị L		65	2550	03/07/2024
33	Nguyễn Thị Bích T		81	2548	03/07/2024
34	Lê Thanh K	82		2549	03/07/2024
35	Đương Thị H		51	2557	04/07/2024
36	Nguyễn Thị T		79	2561	04/07/2024
37	Nguyễn Thị S		48	2566	05/07/2024
38	Nguyễn Thị L		66	2570	05/07/2024
39	Bùi Thị T		77	2502	06/07/2024
40	Nguyễn Duy T	56		2617	12/07/2024
41	Nguyễn Thị P		60	2633	15/07/2024
42	Lê Thị L		69	2636	15/07/2024
43	Nguyễn Thị T		56	2646	16/07/2024
44	Nguyễn Thị H		50	2649	17/07/2024
45	Trần Thị M		61	2649	18/07/2024
46	Hoàng Xuân S	56		2658	18/07/2024
47	Nguyễn Thị P		51	2660	18/07/2024
48	Lương Thị Đ		54	2790	06/08/2024
49	Nguyễn Thị B		61	2796	06/08/2024
50	Nguyễn Thị Đ		67	2805	07/08/2024

51	Lê Văn C	64		2811	08/08/2024
52	Vũ Văn T	63		2812	08/08/2024
53	Lê Minh C		66	2817	08/08/2024
54	Nguyễn Thị T		61	2814	08/08/2024
55	Nguyễn Thị Hòa H		41	2834	13/08/2024
56	Mai Văn T	60		2838	14/08/2024
57	Trần Thị T		54	2841	14/08/2024
58	Nguyễn Thị N		52	2844	14/08/2024
59	Nguyễn Đức Đ	59		2853	15/08/2024
60	Nguyễn Thị C		75	2892	15/08/2024
61	Lê Thị L		58	2859	16/08/2024
62	Nguyễn Tuấn D	63		2857	16/08/2024
63	Nguyễn Thị Tuyết A		50	2868	19/08/2024
64	Nguyễn Thị T		61	2861	19/08/2024
65	Trần Thị M		66	2862	19/08/2024
66	Nguyễn Thị H		60	2863	19/08/2024
67	Nguyễn Thị D		64	2899	19/08/2024
68	Trần Thị H		56	2907	26/08/2024
69	Nguyễn Cầu B	66		2917	27/08/2024
70	Nguyễn Thị Đ		67	2935	04/09/2024

Ngày...tháng...năm 2024.

XÁC NHẬN
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP



BSCKI. Nguyễn Minh Lương

XÁC NHẬN
BỆNH VIỆN YHCT HÀ ĐÔNG




PHÓ GIÁM ĐỐC
Lại Đoàn Hằng

