

LỜI CẢM ƠN

Trong suốt quá trình thực hiện đề tài , tôi luôn nhận được sự động viên và giúp đỡ của quý thầy cô , đồng nghiệp , bạn bè và gia đình. Với lòng biết ơn sâu sắc, tôi chân thành cảm ơn Ban Giám Đốc , Phòng Kế Hoạch Tổng Hợp , các Khoa Nội Trú của BV Y Học Cổ Truyền TP.HCM luôn tạo điều kiện tốt nhất để tôi kịp tiến độ hoàn thành đề tài. Tôi cảm ơn phòng đào tạo sau đại học Học Viện Y Dược Cổ Truyền Việt Nam tạo thuận lợi cho tôi suốt quá trình học và làm đề tài .

Trước hết , tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn đến TS. ĐỖ ĐÌNH LONG – Giám đốc Phân Viện Y Học Cổ Truyền Quân Đội và TS. TRẦN ĐỨC HỮU hai thầy là người hướng dẫn khoa học. Thầy luôn động viên tôi suốt quá trình học , trực tiếp dành thời gian, công sức để hướng dẫn, chỉ bảo, dạy tôi nhiều kiến thức từ nhỏ nhất, sửa cho tôi từng câu chữ trong đề tài.

Tôi không thể quên sự giúp đỡ của BS.CKI. HỒ THỊ NGỌC HUYỀN . Cô là người đã truyền dạy tôi kỹ thuật trường châm , kinh nghiệm lâm sàng , luôn theo sát tôi , hướng dẫn tôi trên từng bệnh nhân . Cô không chỉ là người thầy mà là người chị mà tôi luôn yêu quý .

Bên cạnh thầy cô , tôi luôn ghi nhớ và chân thành cảm ơn BS.CKII. ĐỖ TÂN KHOA, BS.CKII LƯU QUỐC HẢI, BS.CKI. VÕ ĐÌNH HÙNG , BS.CKI. PHAN THANH HẢI , và tất cả các thành viên “gia đình“ Bệnh Viện Y Học Cổ Truyền TP.HCM đã tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong suốt quá trình học và thực hiện đề tài .

Tôi cảm ơn thầy cô trong Hội Đồng đã giúp tôi hoàn thành luận văn này .

Cuối cùng, lời cảm ơn tôi xin dành cho gia đình nhỏ của tôi đã sát cánh bên tôi từng giây từng phút, luôn yêu thương và chăm sóc tôi để tôi đủ sức khỏe và thời gian học.

Tuy có nhiều cố gắng , nhưng trong luận văn này không tránh khỏi những thiếu sót, hạn chế. Tôi kính mong quý thầy cô, những người quan tâm đến đề tài, đồng nghiệp, bạn bè, tiếp tục có những ý kiến đóng góp, giúp đỡ để đề tài hoàn thiện hơn.

Một lần nữa xin chân thành cảm ơn !

TP.HCM, ngày 01 tháng 11 năm 2020

BS. NGUYỄN LÊ PHI LONG

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Lê Phi Long, học viên cao học khóa 11H Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy TS.BS.Đỗ Đình Long, TS.BS.TRẦN ĐỨC HỮU.

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

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

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

Hà Nội, ngày 01 tháng 11 năm 2020

Học viên

Nguyễn Lê Phi Long

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm là một bệnh lý rất thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam, chủ yếu xảy ra ở lứa tuổi từ 30 đến 60. Theo thống kê tỷ lệ thoát vị đĩa đệm chiếm từ 63% đến 73% tổng số đau cột sống thắt lưng và 72% trường hợp đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. Theo Greeberg M.S 1997 ở Mỹ hàng năm có 1% dân số bị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, chủ yếu được điều trị bằng nội khoa, 10% đến 20% can thiệp phẫu thuật.

Những năm gần đây, vấn đề chẩn đoán và điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm đã đạt được những bước tiến đáng kể. Nhưng trong thực hành lâm sàng những thách thức vẫn được đặt ra cho cả y học hiện đại với y học cổ truyền. Về nguyên tắc, phương pháp điều trị bằng can thiệp ngoại khoa để lấy nhân nhầy bị thoát vị, giải phóng các rễ thần kinh khỏi sự chèn ép của phần đĩa đệm thoát vị được coi là một biện pháp điều trị giải quyết căn nguyên triệt để. Tuy nhiên trên thực tế, không phải luôn giải quyết được triệt căn do các phần còn lại của đĩa đệm có thể tiếp tục thoát vị, gây tái phát sau mổ, đặc biệt ở bệnh nhân lao động nặng, không có các biện pháp tránh áp lực quá mức lên đĩa đệm. Ngoài ra, có một số tai biến do phẫu thuật, hậu quả do xơ hóa cũng là hạn chế của phẫu thuật. Vì vậy, mục tiêu điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp nội khoa bảo tồn luôn được các thầy thuốc lâm sàng đặt lên hàng đầu với phác đồ sử dụng thuốc chống viêm, giảm đau, giãn cơ kết hợp kéo giãn cột sống.

Theo cục quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) khuyến cáo (2015) lạm dụng thuốc giảm đau là nguyên nhân của nhiều bệnh tim mạch, tiêu hóa. Nhóm thuốc kháng viêm không steroids (NSAIDs) mỗi năm làm 16.000 người chết do gây loét xuất huyết đường tiêu hóa nặng. Do vậy việc tìm hiểu ứng dụng các phương pháp YHCT không dùng thuốc ngày càng cần thiết.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau thần kinh tọa do TVĐĐ thuộc phạm vi chứng tý, chứng huyết ú, khí trệ huyết ú với các bệnh danh cụ thể: yêu thống, yêu cước thống. YHCT có rất nhiều phương pháp để điều trị như châm, cứu, xoa bóp, bấm huyệt, thuốc thang sắc uống, thuốc đắp, thuốc bôi

Đã có rất nhiều đề tài sử dụng phương pháp châm cứu , xoa bóp bấm huyệt để điều trị đau thần kinh tọa do TVĐĐ nhưng chủ yếu là nghiên cứu tác dụng của hào châm mà chưa có nhiều đề tài nghiên cứu tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị bệnh về TVĐĐCSTL mang tính hệ thống.

Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài “ ***Đánh giá tác dụng của phương pháp điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm “ ở người bệnh tại các khoa nội trú tại Bệnh Viện Y Học Cổ Truyền TP.HCM ”***”, nhằm 2 mục tiêu :

-Đánh giá tác dụng của phương pháp điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm .

-Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị .

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đau thần kinh tọa theo YHHD

1.1.1. Đại cương

Đau dây thần kinh hông to hay thần kinh tọa là chứng đau ở rễ thần kinh L5 và cùng S1 với đặc tính đau lan theo đường đi của dây thần kinh hông to. (Bách khoa thư bệnh học)

Đau dây thần kinh tọa có nhiều nguyên nhân nhưng chủ yếu là do những tổn thương ở cột sống thắt lưng. Năm 1928, một nguyên nhân mới đã được phát hiện làm thay đổi hẳn khái niệm về nguyên nhân gây bệnh, đó là thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng.

Sigwald và Dereux là hai người đầu tiên mô tả hội chứng đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng. (1764)

Virchow mô tả đĩa đệm, tuy chưa phải rõ ràng (1857), sau đó 1911, Goldnwait J.E., Middleton và Teacher tách đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm thành một thể riêng (1911).

Năm 1914, Lasègue C.E, Brissand E., Déjeune J.J. chứng minh đau dây thần kinh hông to là bệnh đau ở rễ chứ không phải đau ở dây.

Schomord G. (1925-1951) là người mô tả rất kỹ về cấu trúc giải phẫu của đĩa đệm.

Alajouanine, Petit Dutailis (1928-1930), Mauric (1933) và Mixter và Barr (1934) đã mô tả kỹ về lâm sàng và giải phẫu bệnh của thoát vị đĩa đệm.

Từ 1937, đã có hàng loạt công trình nghiên cứu về đau dây thần kinh tọa của Glorieux (1937), Bergouignan và Caillon (1939). Trong số này, trường phái của De Sèze đã có những đóng góp rất lớn.

1.1.2 Định Nghĩa : [1] [2] [3]

Đau dây thần kinh tọa là hội chứng đau rễ (hay gốc) với đặc tính : đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa từ thắt lưng – cùng đến hông, dọc theo mặt sau đùi. Xuyên ra mặt trước ngoài cẳng chân đến mu bàn chân phía ngón chân

cái (do tổn thương dây mắ chung). Hoặc xuyên ra mặt sau cắng chầ đến gầ bàn chầ đến ngón út (do tổn thương dây chà) [6],[10],[11].

1.1.3 Dịch tế học: [4] [5]

Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 30 đến 60 tuổi. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 3 lần .

Đau thần kinh tọa có nhiều nguyên nhân nhưng phổ biến nhất là thoát vị đĩa đệm (chiếm 60-90% theo nhiều tác giả, 75% theo Castaigne.P).

Bệnh có tính nghề nghiệp: tỷ lệ mắc bệnh cao ở các đối tượng khuôn vác nặng, lái xe, lái tàu. Những người mang vác và lao động nặng tư thế sai, đột ngột... là yếu tố dễ làm khởi phát bệnh.

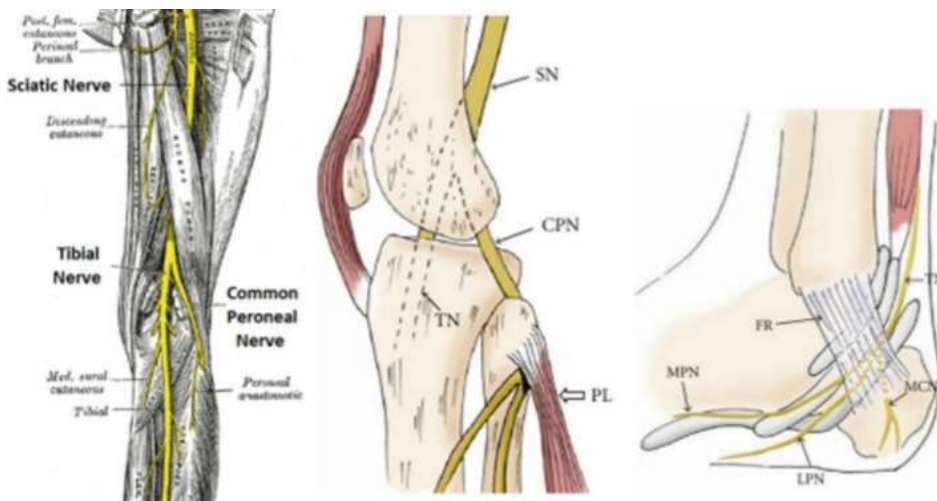
1.1.4 Giải phẫu học dây thần kinh tọa: [6] [7] [8]

Dây thần kinh tọa là dây thần kinh dài và to nhất trong cơ thể trải dài từ phần dưới thắt lưng đến tận ngón chân được tạo nên trong hố chậu, được tạo bởi các rễ L4,L5,S1,S2,S3 trong đó có 2 rễ cơ bản là rễ L5 và S1. Những rễ này thuộc đám rối thần kinh thắt lưng cùng .

- Dây thần kinh tọa gồm dây thần kinh chà và dây thần kinh mắ chung hợp lại trong một bao chung :

Dây mắ chung (dây hông khoeo ngoài) : Do các sợi phần sau của ngành trước từ rễ thần kinh L4,L5,S1,S2 tạo thành.

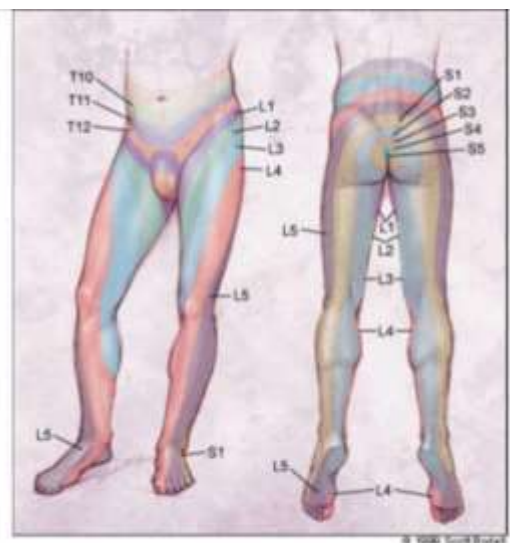
Dây chà (dây hông khoeo trong) : Do các sợi của ngành trước từ các rễ thần kinh L4,L5,S1,S2,S3 tạo thành.



1.1.5 Sinh Lý : [4]

- Dây thần kinh tọa chi phối cảm giác, dinh dưỡng và vận động cho phần lớn chi dưới, chủ yếu là cẳng chân.

Rễ	L5	S1
TK	TK Mác	TK Chày
Cơ	<ul style="list-style-type: none"> • Cơ cẳng chân trước • Cơ duỗi các ngón 	<ul style="list-style-type: none"> • Cơ cẳng chân sau • Cơ gấp các ngón chân
Vận động	<ul style="list-style-type: none"> • Gấp bàn chân • Duỗi các ngón chân • Xoay ngoài bàn chân 	<ul style="list-style-type: none"> • Duỗi bàn chân • Gấp các ngón chân • Xoay trong bàn chân
Động tác	<ul style="list-style-type: none"> • Đứng, đi bằng gót chân 	<ul style="list-style-type: none"> • Đứng, đi bằng mũi chân
Phản xạ	<ul style="list-style-type: none"> • Không 	<ul style="list-style-type: none"> • Gân gót
Cảm giác	<ul style="list-style-type: none"> • Mặt sau – ngoài đùi • Mặt trước – ngoài cẳng chân • Mu bàn chân, kẽ giữa ngón chân 1-2. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mặt sau-giữa đùi • Mặt sau- ngoài cẳng chân • Gan bàn chân, bờ ngoài bàn chân, ngón chân thứ 5 và ½ ngón chân thứ 4.



1.1.6 Nguyên nhân: [9] [10] [19]

1.1.6.1 Thoái hóa cột sống thắt lưng:

- Thoát vị đĩa đệm là nguyên nhân thường gặp nhất của đau dây thần kinh tọa, thường xảy ra ở đĩa đệm L4-L5 và L5-S1, do hai đĩa đệm này là bản lề vận động chủ yếu của cột sống.

- Yếu tố chấn thương (cấp, mạn, vi chấn thương) là nguyên nhân hàng đầu gây thoát vị đĩa đệm. Tuy nhiên chấn thương gây ra thoát vị đĩa đệm chỉ phát sinh khi bệnh nhân bị bệnh lý thoái hóa đĩa đệm sinh lý (lão hóa) hay thứ phát đến một mức độ nào đó sẽ không chịu đựng được một lực chấn thương nhẹ hay một tác động của tải trọng nhẹ mà gây thoát vị đĩa đệm.

1.1.6.2 Thoái hóa cột sống thắt lưng :

- Thoái hóa cột sống liên quan đến khoang đĩa đệm, khớp liên mấu hoặc các mô nâng đỡ và mô mềm xung quanh dẫn đến các bệnh lý trên gây chèn ép rễ thần kinh.

1.1.6.3 Trượt đốt sống :

- Sự trượt thường là về phía trước của một đốt sống phía trên so với đốt phía dưới. Nữ gặp nhiều hơn nam. Trượt đốt sống hay kèm với thoái hóa cột sống, hẹp ống sống chèn ép các rễ thần kinh L5, S1 gây đau thần kinh tọa.

- Nguyên nhân gây trượt đốt sống: (1) do loạn sản, (2) do khuyết eo đốt sống, (3) do thoái hóa, (4) do chấn thương, (5) thứ phát sau bệnh xương, u.

1.1.6.4 Viêm cột sống:

- Tổn thương viêm cột sống gây hẹp lỗ liên hợp, hẹp ống sống chèn ép các rễ thần kinh. Đau thắt lưng hông có đặc điểm tăng lên khi vận động và thường không có sự tương xứng giữa lâm sàng và chụp X-quang.

- Nguyên nhân do tụ cầu (thường gặp sau các nhiễm trùng ngoài da, tiết niệu, phổi...) hoặc do lao cột sống.

1.1.6.5 Viêm cột sống dính khớp:

- Đặc điểm là viêm khớp liên đốt sống làm cho cứng khớp đốt sống hoàn toàn và cứng gàn như hoàn toàn khớp ở gốc tứ chi với sự nguyên vẹn của khớp xương nhỏ.

- Khác với viêm đốt sống, viêm cột sống dính khớp thường tiến triển âm thầm với biểu hiện đau thắt lưng hông và mông, cứng khớp cột sống vào buổi sáng, gặp ở nam giới trước 40 tuổi, đau tăng về đêm và không đỡ đau khi nghỉ. X-quang thấy các đốt sống dính với nhau (cầu xương) , mất khe khớp tạo nên hình ảnh “ đốt tre” khi các dây chằng bị vôi hóa.

1.1.6.6 Chấn thương :

- Chấn thương trực tiếp vào dây thần kinh tọa, gãy xương cột sống thắt lưng, gãy xương chậu...

1.1.7 Lâm sàng đau thần kinh tọa: [11] [12] [13]

1.1.7.1 Hội chứng cột sống:

a. Biến dạng cột sống:

- Bệnh nhân đau dây thần kinh tọa cấp thường có biến dạng cột sống do tư thế chống đau, biểu hiện là vẹo cột sống tư thế mục đích làm giảm áp lực lên dây thần kinh bị chèn ép do đó giảm đau.

- Bệnh nhân có thể nghiêng về bên rể bị chèn ép hoặc về phía ngược lại thường là biểu hiện chủ yếu của thoát vị đĩa đệm.

Vẹo người sang bên đau (tư thế chống đau thẳng)	Vẹo người sang bên không đau (tư thế chống đau chéo)
TVDD cạnh trung tâm (thoát vị sau-bên)	TVDD cạnh bên (thoát vị lỗ ghép)

b. Đau cột sống thắt lưng :

- Đau cột sống thắt lưng L4, L5, S1. Đau cấp tính dưới sáu tuần, bán cấp 6- 12 tuần, mạn tính > 12 tuần.

- Cường độ đau cấp tính có thể dữ dội, nếu bán cấp và mạn tính có thể chỉ âm ỉ. Đau có tính chất cơ học, tăng khi vận động giảm khi nằm nghỉ.

- Sờ thấy co cứng cơ cạnh sống bên đau (tăng trương lực cơ cạnh cột sống).

- Ấn gõ dọc các mồm gai L4, L5, S1 có thể xuất hiện đau chói.

- Gõ đòn : đấm từ đầu xuống tạo lực truyền theo trục dọc cột sống hoặc cho bệnh nhân đứng nhón gót rồi nện mạnh gót xuống sàn nhà có thể xuất hiện đau chói .

c. Giảm biên độ vận động của cột sống:

- Khoảng cách ngón tay mặt đất :

• Cách khám : cho bệnh nhân đứng thẳng, chân thẳng, yêu cầu bệnh nhân cúi tối đa, hai tay thẳng và ngón tay hướng xuống đất. Sau đó đo khoảng cách từ giữa ngón tay giữa của bệnh nhân tới mặt đất.

• Đánh giá : bình thường khoảng cách ngón tay đất thường bằng 0 (ngón tay giữa chạm được xuống đất), hoặc là một số âm. Bệnh nhân đau thần kinh tọa thì ngón tay không thể chạm được xuống đất.

- Nghiệm pháp Schober:

• Cách khám: bệnh nhân đứng thẳng, 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 10 cm. Bảo bệnh nhân cúi tối đa và đo lại khoảng cách giữa điểm A và B.

• Đánh giá: chỉ số Schober bình thường khi khoảng cách 2 điểm A-B tăng ít nhất 4 cm. Chỉ số Schober giảm nếu khoảng cách A-B tăng < 4 cm chứng tỏ có sự giảm vận động cột sống thắt lưng.

- Nghiệm pháp Schober bổ sung (tác giả MACRAE):

• Cách khám: Bệnh nhân đứng thẳng, đánh dấu điểm A ngang mức khớp cột sống thắt lưng cùng (L5-S1), sau đó đánh dấu điểm B dưới điểm A 5 cm và điểm C trên điểm A 10 cm. Bảo bệnh nhân cúi tối đa và đo lại khoảng cách giữa hai điểm B và C.

• Đánh giá: Chỉ số “Schober bổ sung” bình thường khi khoảng cách giữa hai điểm B-C tăng ít nhất 6 cm .Chỉ số “Schober bổ sung” giảm khi khoảng cách B-C tăng < 6 cm chứng tỏ có sự giảm vận động cột sống thắt lưng.

1.1.7.2 Hội chứng rễ thần kinh:

a. Đau rễ thần kinh thắt lưng cùng:

- Đau kiểu rễ thần kinh: Đau vùng cột sống thắt lưng L4, L5, S1, lan xuống mông đùi, cẳng chân theo đường đi của rễ thần kinh tương ứng.

- Rễ L5: từ thắt lưng xuống mông xuống mặt sau ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân xuống mu chân, từ bờ ngoài bàn chân chéo qua mu chân đến ngón chân cái.

- Rễ S1: từ thắt lưng xuống mông, xuống mặt sau giữa đùi, mặt sau ngoài cẳng chân xuống gót chân, gan chân, dọc bờ ngoài bàn chân đến ngón chân út.

- Đau sâu trong cơ, xương, cảm giác nhức nhối khó chịu, có khi buốt nhói như dao đâm hoặc như bị điện giật, như cháy bỏng, tăng lên ngay cả khi sờ nhẹ vào da. Hoặc có người đau mức độ nhẹ hơn, dần dần thành mãn tính với cảm giác như bị khoét thủng, cắn nát. Đó là do co thắt quá mức các cơ cạnh sống và cơ cẳng chân.

- Đau thường chiếm ưu thế ở gốc chi, kèm cảm giác tê bì và dị cảm ở đầu chi (kiến bò).

- Đau có tính chất cơ học. Đau tăng khi vận động, khi ho, hắt hơi, giảm khi nằm nghỉ. Bệnh mãn tính có thể có đau tăng về đêm, khi trời lạnh. Tuy nhiên cũng có khi bệnh nhân đau liên tục không lệ thuộc vào tư thế.

- Điểm đau cạnh cột sống :

- Ấn đường cạnh cột sống (cách mỏm gai 2 cm), ngang điểm giữa của khe gian đốt ngang mức L4-L5, L5-S1, sẽ gây đau tại chỗ.

- Dấu “ Bấm chuông” dương tính:

- Khi ấn các điểm cạnh sống bệnh nhân có cảm giác đau lan dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, khi đó ta có dấu ấn chuông dương tính.

- Thống điểm Valleix dương tính:

- Ấn dọc theo dây thần kinh tọa qua thống điểm Valleix. Trường hợp dây thần kinh tọa bị tổn thương, bệnh nhân thấy đau chói tại các điểm đó khi thăm khám.

1. Điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyển lớn xương đùi	4. Điểm giữa nếp lằn khoeo chân
2. Điểm giữa nếp lằn mông	5. Điểm đầu xương mác
3. Điểm giữa mặt sau đùi	6. Điểm giữa bắp chân
	7. Điểm mắt cá ngoài

b. Các dấu hiệu căng rễ thần kinh:

- Dấu lasegue:

• Cách khám: Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, cổ chân để bình thường. người khám một tay đỡ dưới cổ chân bệnh nhân, tay kia đặt trước gối để giữ chân ở tư thế duỗi thẳng. Thử 1 : Nâng cao chân bệnh nhân (luôn ở tư thế duỗi thẳng) lên khỏi mặt giường (hướng tới 90 độ), tới khi bệnh nhân thấy đau buốt mặt sau chân, từ thắt lưng hông, mông và mặt sau đùi thì dừng lại. Xác định góc giữa chân bệnh nhân và mặt giường. Thử 2: Giữ nguyên góc đó và gấp chân bệnh nhân lại tại khớp gối. Bệnh nhân không còn đau dọc mặt sau chân nữa.

• Đánh giá: người bình thường có góc Lasegue $> 70^0-90^0$. Lasegue dương tính khi góc Lasegue $< 70^0$. Dấu Lasegue dương tính phải biểu hiện đồng thời 2 yếu tố: Thử 1 bệnh nhân thấy đau thắt lưng hoặc đau mặt sau chân khi góc Lasegue $< 70^0$. Thử 2 khi gấp chân lại bệnh nhân thấy hết đau.

• Tiên lượng :Góc Lasegue càng nhỏ thì mức độ càng nặng .

• Độ tin cậy: Dấu Lasegue có thể gặp trong các bệnh lý khác như viêm các mỏm khớp cột sống, viêm khớp cùng chậu và gân các cơ sau đùi. Vì thế các nghiên cứu cho thấy dấu hiệu Lasegue có độ nhạy cảm 91% độ đặc hiệu 26%.

- Dấu Lasegue chéo:

• Nâng chân bên lành, bệnh nhân đau thắt lưng hoặc mông, đùi, chân bên bệnh. Dấu Lasegue chéo có độ nhạy cảm 29% , độ đặc hiệu 88%

- Dấu Braggard, dấu Sicard

• Nâng thẳng chân như dấu Lasegue đến vị trí bệnh nhân thấy đau, sau đó người khám tiếp gấp mu chân, bệnh nhân sẽ thấy đau, ta có dấu Braggard dương tính. Nếu gấp ngón chân cái bệnh nhân thấy đau ta có dấu Sicard dương tính.

- Dấu Bonnet:

• Bệnh nhân nằm ngửa, người khám gấp căng chân bệnh nhân vào đùi, gấp đùi vào bụng và xoay trong, người bệnh thấy đau ta có dấu Bonnet dương tính.

- Dấu Neri:

- Người bệnh ngồi hai chân duỗi thẳng , sau đó cúi xuống, hai ngón tay trở sờ vào 2 ngón chân cái. Bệnh nhân thấy đau dọc theo rễ thần kinh ở bên bệnh và phải gập gối lại mới sờ được ngón chân là dương tính. Hoặc cho bệnh nhân đứng thẳng, hai chân thẳng, sau đó gập người chạm 2 tay xuống đất. Bệnh nhân thấy đau dọc theo rễ thần kinh ở bên bệnh và gập gối lại là dương tính.

- Dấu Dejerine : Ho hắt hơi gây đau là dương tính.

1.1.7.3 Rối loạn cảm giác:

- Rối loạn cảm giác nông tại vùng da do các rễ thần kinh bị tổn thương phân bố. Thường là giảm hoặc mất cảm giác một phần hoặc toàn bộ theo phân bố rễ L5,S1 (gập trong 21-84% trường hợp). Hoặc bệnh nhân có tê, tăng cảm hoặc dị cảm như tê, nóng rát châm chích kiến bò.

- Rễ L5: giảm cảm giác mặt sau ngoài đùi, mặt ngoài cẳng chân đến mu bàn chân và ngón 1, ngón 2.

- Rễ S1: giảm cảm giác dọc mặt sau đùi, cẳng chân, gót và bờ ngoài bàn chân đến ngón 4, ngón 5.

1.1.7.4 Rối loạn vận động:

- Các rối loạn vận động thường không rõ trong đau thần kinh tọa, vì thường chỉ có một rễ tổn thương trong khi đó một cơ lại được nhiều rễ chi phối và tổn thương một rễ chưa chắc đã gây yếu cơ vì có thể có rễ khác bù trừ vào.

- Rễ L5: yếu các nhóm cơ cẳng chân trước, cơ duỗi các ngón chân, yếu động tác duỗi bàn chân (gập mu chân), xoay ngoài bàn chân, không đứng được trên gót chân và có dấu hiệu bàn chân rơi.

- Rễ S1: yếu các nhóm cơ cẳng chân sau, cơ gập các ngón chân, yếu động tác gập bàn chân (gập gan chân), xoay trong lòng bàn chân, không đứng được trên mũi chân.

1.1.7.5 Rối loạn phản xạ:

- Mất hoặc giảm phản xạ gân cơ (tương ứng với rễ bị tổn thương).

- Rễ L5: Phản xạ gân cơ bánh chè, gân gót bình thường.

- Rễ S1: Mất hoặc giảm phản xạ gân gót (60% trường hợp)

1.1.7.6 Rối loạn thực vật dinh dưỡng:

- Các triệu chứng rối loạn thực vật chỉ thấy rõ khi bệnh ở giai đoạn nặng hoặc có kèm tổn thương dây thần kinh ngoại vi như teo cơ, nhiệt độ da giảm, rối loạn tiết mồ hôi, mất phản xạ dựng lông, lông chân khô dễ gãy.

1.1.8 Cận lâm sàng: [14] [15] [16] [17] [18]

1.1.8.1 X-quang cột sống quy ước:

- Hình ảnh X-quang không giúp ích nhiều cho chẩn đoán thoát vị đĩa đệm nhưng giúp hướng đến hoặc loại trừ một số nguyên nhân khác như thoái hóa cột sống, viêm cột sống, viêm cột sống dính khớp, trượt đốt sống, hẹp đốt sống, lao cột sống, u đốt sống, chấn thương vỡ đốt sống.

- Hình ảnh gợi ý cho chẩn đoán thoát vị đĩa đệm: Tam chứng Bar

- Vẹo cột sống trên phim thẳng.
- Mất đường cong sinh lý trên phim nghiêng.
- Hẹp khe gian đốt sống.

1.1.8.2 Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng (CT scan):

- Hình ảnh CT scan có ít giá trị so với MRI trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm.

1.1.8.3 Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng (MRI):

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) : là xét nghiệm số 1 để đánh giá về cột sống đặc biệt là trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm, cho phép loại trừ các tổn thương bên trong tủy sống.

1.1.8.4 Các xét nghiệm sinh hóa tế bào:

- Xét nghiệm công thức máu, tốc độ lắng máu, sinh hóa máu và nước tiểu... thường được ít chỉ định trong đau thần kinh tọa cấp, trừ trường hợp nghi ngờ có phối hợp với bệnh viêm nhiễm hay bệnh hệ thống.

1.1.8.5 Điện cơ:

- Giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

1.1.9 Chẩn đoán xác định : [8] [11]

Lâm sàng: có ít nhất một triệu chứng của hội chứng cột sống và một triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh.

Cận lâm sàng: Thường chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ có hình ảnh TVĐĐCSTL

1.1.10 Chẩn đoán phân biệt: [19] [20]

1.1.10.1 Đau thần kinh đùi:

- Đau ở mặt trước đùi, mặt trước trong cẳng chân và giảm hoặc mất phản xạ gân bánh chè.

1.1.10.2 Đau khớp cùng chậu:

- Cũng có biểu hiện đau vùng cột sống thắt lưng cùng, giữa hai mông, vùng chậu hông, có thể kèm teo cơ mông. Đau thường có tính chất âm ỉ, kéo dài, có thể lan xuống dưới mông và mặt sau đùi như đau thần kinh tọa nhưng khi đè hai mào chậu xuống thì đau. X-quang khung chậu thấy khớp cùng chậu bên tổn thương mờ hoặc biến dạng (dính).

- Một số thủ thuật phát hiện tổn thương khớp cùng chậu:

Thight thrust test	Bệnh nhân nằm sấp, hông và gối gấp, đùi vuông góc 90 ⁰ so với mặt phẳng giường và hơi dẹt. Người khám đặt một tay phía dưới xương cùng, tay kia bao lấy đầu gối bệnh nhân sau đó đè hoặc ấn mạnh xuống theo trục dọc xương đùi. Nếu xuất hiện đau chói chứng tỏ có tổn thương khớp cùng chậu.
Distraction test	Nghiệm pháp ép giữa khung chậu: bệnh nhân nằm ngửa chân duỗi thẳng, người khám để tay hai bên gai chậu trước trên của người bệnh và ấn mạnh xuống. Nếu xuất hiện đau chói chứng tỏ có tổn thương khớp cùng chậu.
Compression test	Bệnh nhân nằm nghiêng một bên, hông và gối gấp. Người khám đặt hai tay lên mào chậu bệnh nhân đè ép mạnh thẳng xuống. Nếu xuất hiện đau chói chứng tỏ có tổn thương khớp cùng chậu
Sacral Thrust test	Bệnh nhân nằm sấp, người khám đặt hai tay lên chính giữa xương cùng bệnh nhân và ấn mạnh xuống. Nếu xuất hiện đau chói chứng tỏ có tổn thương khớp cùng chậu.
Yeoman test	Bệnh nhân nằm sấp, người khám một tay ôm lấy đùi

	bệnh nhân, tay kia đặt lên gai chậu sau bên của bệnh nhân, sau đó vừa ấn vừa nhấc đùi bệnh nhân lên. Nếu xuất hiện đau chói chứng tỏ có tổn thương khớp cùng chậu
--	---

1.1.10.3 Đau khớp háng do thoái hóa khớp háng:

- Đau có tính chất cơ học, đau nhiều khi đi lại, dần dần đau tăng lên ngay cả khi nghỉ ngơi và ban đêm. Đau ngày càng tăng dần và ảnh hưởng đến các động tác sinh hoạt hàng ngày như ngồi xổm, buộc dây giày, đi vệ sinh...

- Vị trí đau hay gặp nhất là mặt trước đùi, nếp bẹn, lan xuống dưới mặt trước trong đùi, đôi khi có thể xuống tận khớp gối, ra sau mông hoặc vùng máu chuyên xương đùi.

- Biến dạng: để người bệnh đứng hoặc nằm ngửa, ta thấy chi tổn thương thường có xu hướng hơi gập, dạng và quay ra ngoài, nếu muốn duỗi thẳng thường phải uốn lưng để khỏi đau.

- Giảm biên độ vận động khớp háng: khám tư thế nằm ngửa và nằm sấp xoay chuyển khớp háng theo các động tác gập, duỗi, dạng, khép, quay ra ngoài và vào trong... Động tác gập háng thường còn tốt, trong khi các động tác dạng, khép háng và đặc biệt là xoay bị ảnh hưởng rất sớm.

- Tìm điểm đau ở vùng tam giác Scarpa, ấn vào máu chuyên lớn, vùng cổ xương đùi.

- Phân biệt với đau thần kinh tọa bằng nghiệm pháp Patrick.

- Q-quang có hình ảnh tổn thương khớp háng:

- Hẹp khe khớp chứng tỏ mòn sụn khớp
- Mọc gai xương: phát triển ở tất cả các vị trí ở chỏm xương đùi và xương chậu, chính điều này giải thích tại sao các động tác của khớp háng bị hạn chế.
- Đạc xương dưới sụn: thấy ở vùng chịu lực tỳ lớn.
- Khuyết xương: rất thường gặp, đôi khi có kích thước lớn.

1.1.11 Điều trị YHHĐ: [21] [22]

1.1.11.1 Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị theo nguyên nhân (thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng).

- Giảm đau và phục hồi vận động nhanh.

- Điều trị nội khoa với những trường hợp nhẹ và vừa.

-Can thiệp ngoại khoa khi có những biến chứng liên quan đến vận động, cảm giác.

-Đau thần kinh tọa do nguyên nhân ác tính: điều trị giải ép cột sống kết hợp điều trị chuyên khoa.

1.1.11.2 Điều trị nội khoa:

a) Bất động:

-Là biện pháp cần thiết trong điều trị đau thắt lưng cấp và thoát vị đĩa đệm nặng. Nằm bất động tương đối trên phản cứng, ở tư thế ngửa, 2 chân hơi co ở khớp gối và khớp háng để chùng cơ và giảm áp lực nội đĩa đệm.

-Thời gian bất động 1-2 ngày, nếu nặng có thể 5-6 ngày. Khi gần hết thời gian bất động thì bắt đầu cho vận động tăng dần: ngồi dậy, đi lại, tập một số động tác thể dục nhẹ.

b) Thuốc :

-Thuốc giảm đau. Tùy mức độ đau mà sử dụng một hoặc phối hợp các thuốc giảm đau sau đây:

-Thuốc giảm đau: paracetamol 1-3 gam/ ngày chia 2-4 lần. Trường hợp đau

nhiều, chỉ định paracetamol kết hợp với opiat nhẹ như Codein hoặc Tramadol 2-4 viên/ngày.

-Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID): tùy đối tượng bệnh nhân, có thể dùng một trong các NSAID không chọn lọc hoặc có ức chế chọn lọc COX-2, ví dụ: Ibuprofen (400 mg x 3-4 lần/ngày), naproxen (500 mg x 2 lần/ngày, diclofenac (75-150 mg/ngày), piroxicam (20 mg/ngày), meloxicam (15 mg/ngày), celecoxib (200 mg/ngày), etoricoxib (60 mg/ngày).

-Cần lưu ý các tác dụng phụ trên đường tiêu hóa, thận, tim mạch. Để giảm nguy cơ tiêu hóa (đặc biệt khi sử dụng các NSAID không chọn lọc) nên xem xét sử dụng phối hợp với một thuốc bảo vệ dạ dày thuốc nhóm ức chế bơm proton (PPI).

-Trong trường hợp đau nhiều có thể cần phải dùng đến các chế phẩm thuốc

phiện như morphin.

- Thuốc giãn cơ: Tolperisone (100-150 mg x 3 lần uống/ngày) hoặc Eperisone (50 mg x 2-3 lần/ngày) ...

- Các thuốc khác: khi bệnh nhân có đau nhiều, đau mạn tính, có thể sử dụng

phối hợp với các thuốc giảm đau thần kinh như:

- Gabapentin: 600-1200 mg/ngày (bắt đầu bằng liều 300/ngày trong tuần đầu).

- Pregabalin: 150-300 mg/ngày (bắt đầu bằng liều 75 mg/ngày trong tuần đầu).

- Các thuốc khác: các vitamin nhóm B hoặc Mecobalamin.

- Tiêm corticosteroid ngoài màng cứng: giảm đau do rễ trong bệnh thần kinh tọa, có thể tiêm dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng hoặc CT.

1.1.11.3 Điều trị ngoại khoa:

- Thắt liệt và teo cơ : là chỉ định phẫu thuật sớm, tránh tàn phế cho bệnh nhân.

- Thắt ngoạn cổ đặc biệt là loại đau dữ dội: sau điều trị tích cực nhiều tháng (3-6 tháng) mà tiến triển vẫn không ổn định.

- Thắt tái phát nhiều lần và ngày càng làm ảnh hưởng sinh hoạt của bệnh nhân.

- Thắt phức tạp như kèm hội chứng chùm đuôi ngựa.

1.2 Đau thần kinh tọa theo y học cổ truyền: [24] [25]

1.2.1. Bệnh danh: [23]

- Đau thần kinh tọa do TVĐĐ 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 tùy thuộc vào vị trí hoặc nguyên nhân gây bệnh:

+Yêu thống (đau lưng)

+Yêu cước thống (đau lưng –chân).

- Bệnh thuộc phạm vi “chứng tý”. Tý có nghĩa là tắc, chứng tý theo YHCT là một chứng bệnh với biểu hiện đau do khí huyết lưu chuyển trong kinh mạch bị tắc trở gây nên.

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh:

1.2.2.1. Do nội thương:

Tạng phủ hư tổn dẫn tới chính khí hư suy làm cho khí huyết lưu thông ở hệ kinh lạc bị ứ trệ.

Theo lý luận của YHCT “thông tắc bất thông, thông tắc bất thông” nghĩa là khí huyết vận hành trong kinh lạc được lưu thông thì không đau đớn, còn khí huyết vận hành trong kinh lạc bế tắc sẽ gây đau, bế tắc chỗ nào sẽ gây đau chỗ đó.

1.2.2.2. Do ngoại nhân:

Tà khí từ bên ngoài xâm nhập vào kinh lạc gây bệnh.

- Phong tà: phong là gió, chủ khí mùa xuân, có tính di chuyển, đột ngột xuất hiện và đột ngột mất đi. Bệnh thường khởi phát đột ngột, diễn biến nhanh.

- Hàn tà: chủ khí mùa đông, có tính chất ngưng trệ làm cho khí huyết, kinh lạc bị bế tắc. Do bản thân người bệnh sẵn có tình trạng ngưng trệ khí huyết ở kinh lạc, gặp thêm hàn tà xâm nhập nên bệnh dễ có điều kiện phát sinh, huyết trệ nặng hơn thành huyết ứ. Tính co rút của hàn rất cao làm cho co rút gân, cơ. Ngoài ra hàn tà còn gây cảm giác đau buốt và sợ lạnh.

- Thấp tà: là chủ về cuối mùa hạ, thường có xu hướng phát triển từ dưới lên (thấp tà là âm tà). Trong TVĐĐ ít có biểu hiện của thấp, song cũng có một số triệu chứng như cảm giác tê bì, nặng nề, rêu lưỡi nhòe dính, chất lưỡi bệu.

1.2.2.3. Do bất nội ngoại nhân:

Do chấn thương làm khí trệ huyết ứ, dẫn tới bế tắc kinh khí của các kinh bàng quang, kinh đờm gây đau, hạn chế vận động.

1.2.3. Các thể bệnh lâm sàng theo YHCT [26]

Theo YHCT, yêu thống được phân thành 4 thể: thể hàn thấp, thể phong thấp nhiệt, thể can thận âm hư và thể huyết ứ. Khi đối chiếu các triệu chứng lâm sàng của Đau thần kinh tọa do TVĐĐ thì chúng tôi thấy yêu thống thể can thận hư và yêu thống thể huyết ứ là phù hợp.

1.2.3.1. Thể huyết ứ

- Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh:

Do lao động quá sức hoặc vận động sai tư thế, hoặc do bị ngã, va đập, bị đánh... gây huyết ứ làm bế tắc kinh lạc. Sự lưu thông kinh khí trong mạch lạc bị nghẽn trở, khí huyết không điều hòa gây đau và hạn chế vận động.

- Triệu chứng lâm sàng: Đau dữ dội ở vùng thắt lưng, có thể lan xuống mông và chân, không đi lại được hoặc đi lại khó khăn. Nằm trên giường cứng, co chân dễ chịu hơn. Đau tăng khi ho, hắt hơi, đại tiện hoặc đi lại vận động. Ăn ngủ kém, mạch nhu sáp.

- Chẩn đoán bất cương: biểu thực

- Phép điều trị: Hoạt huyết hóa ứ, thông kinh lạc.

- Điều trị cụ thể:

+ Phương dược:

Dùng bài cổ phương Tứ vật đào hồng (Y tông kim giám)

Xuyên khung 8-12g Đương quy 12g

Thục địa 16-20g Xích thược 12g

Đào nhân 8-12g Hồng hoa 8-12g

Làm thang sắc uống, ngày 1 thang chia 2 lần

Hoặc bài cổ phương Thân thống trục ứ thang (Y lâm cải thác)

Tần giao 6-12g Một dược 4-8g

Xuyên Khung 8g Đương quy 12g

Đào nhân 12g Ngũ linh chi 8g

Hồng hoa 6-12g Hương nhu 4-8g

Cam thảo 4-6g Xuyên ngư tấu 12g

Khương hoạt 4-8g Địa long 4-8g

Làm thang sắc uống, ngày 1 thang chia 2 lần.

+ Phương pháp không dùng thuốc:

Châm cứu: Châm các huyết Thận du, Đại trường du, A thị, Giáp tích L1-S1, Ủy trung, Dương lăng tuyền.

Xoa bóp, bấm huyết: Dùng các thủ thuật lăn, day, vòn, bóp, bấm huyết, vận động hai bên cột sống từ D12 đến mông.

1.2.3.2. Thể can thận hư

* Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh:

Chức năng can thận bị suy kém, thường hay gặp ở người cao tuổi có thoái hóa CSTL, do sự lưu thông khí huyết không điều hòa, gây đau và hạn chế vận động, lâu ngày càng làm chức năng can thận bị suy kém dẫn đến cơ xương khớp suy yếu (teo cơ, nhẽo gân, cốt hư).

* Triệu chứng lâm sàng:

Bệnh nhân đau vùng thắt lưng, có thể lan xuống mông và chân. Đau tăng khi vận động, khi lạnh và ẩm thấp. Chườm ấm dễ chịu. Bệnh nhân thích xoa bóp, thích ăn thức ăn nóng, uống ấm, đại tiện bình thường hoặc phân nát, tiểu trong, rêu lưỡi trắng nhớt, mạch phù hoạt. Bệnh lâu ngày thấp hóa hỏa sẽ ảnh hưởng đến can thận và tỷ gây các triệu chứng mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt, teo cơ. Đại tiện táo, tiểu vàng, rêu lưỡi vàng, mạch nhu sắc hoặc trầm tế đới sắc.

* Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực.

* Phép điều trị: Bổ can thận, kiện tỷ trừ thấp, thông kinh lạc.

* Điều trị cụ thể:

+ Phương thuốc: Dùng bài Độc hoạt kí sinh thang (Thiên kim phương)

Độc hoạt 12g	Tần giao 12g	Ngưu tất 12g
Bạch thược 12g	Đương quy 12g	Thục địa 12g
Tang kí sinh 16g	Đảng sâm 12g	Phục linh 12g
Phòng phong 12g	Xuyên khung 8g	Đỗ trọng 12g
Cam thảo 6g	Tế tân 8g	Quế tâm 6g

Làm thang sắc uống, ngày 1 thang chia 2 lần.

+ Phương pháp không dùng thuốc:

Châm cứu: Thận du, đại trường du, ủy trung, giáp tích L1-L5, a thị huyết.

Xoa bóp, bấm huyết: Giống thể huyết ứ

* Bên cạnh đó trên lâm sàng còn thường gặp thể Huyết ứ trên bệnh nhân Can thận âm hư (Thoát vị đĩa đệm trên bệnh nhân thoái hóa đĩa đệm và thoái hoá cột sống).

1.3 Cơ chế tác dụng châm cứu : [27], [28]

1.3.1 Khái niệm về huyết:

- Huyệt là nơi tập trung thần khí, nơi phản ánh chức năng của tạng phủ kinh lạc. Huyệt cũng là cửa ngõ tà khí lục dâm xâm nhập vào cơ thể, vì vậy nó phản ánh tình trạng bệnh lý của kinh mạch. Từ huyệt vị có thể phát hiện ra trạng thái bệnh lý của tạng phủ để chẩn đoán bệnh, cũng như từ huyệt cũng có thể điều khí để chữa bệnh. Huyệt được phân bố khắp mặt ngoài cơ thể, nó liên quan đến chức năng của nhiều cơ quan trong cơ thể.

- Theo các tài liệu xưa của y học cổ truyền, người xưa dùng nhiều danh từ khác nhau để gọi tên của nơi hội tụ khí huyết của tạng phủ kinh lạc. Trong sách “Châm cứu giáp kinh” của Hoàng Phủ Mật thì huyệt được gọi là “không huyệt” nghĩa là cái lỗ trống không. Ngoài ra còn nhiều sách dùng danh từ “Thâu huyệt”, “Khí huyết”, “Du huyết”.

- Hệ thống huyệt Hoa Đà Giáp Tích:

- Tên huyệt: xuất xứ “Trửu hậu bị cấp phương” do Cát Hồng viết. “Giáp” : ở bên hay bên cạnh, “Tích” : cột sống. Những huyệt này nằm dọc hai bên cột sống. Còn gọi là Hoa Đà Giáp Tích vì cho rằng Hoa Đà là thầy thuốc phát hiện và đầu tiên sử dụng.

- Đặc tính : Ngoại kỳ huyệt .

- Vị trí xưa: hai bên cột sống lưng chính giữa một huyệt xương lớn, đo ra mỗi bên 0.5-1 thốn (Trửu hậu bị cấp phương). Có 34 huyệt, mỗi bên có 17 huyệt từ dưới gai sau đốt sống ngực thứ nhất (T1) đến dưới gai sau đốt sống thắt lưng 5 (L5) ra 0.5 thốn.

- Vị trí nay: có tổng cộng 56 huyệt từ dưới gai sau đốt sống cổ 1 (C1) đến dưới gai sau đốt sống cùng 4 (S4) đo ra 2 bên 0.5 thốn.

- Ứng dụng Hoa Đà Giáp Tích trong điều trị.

- Nhóm Hoa Đà Giáp Tích C2-C6 : dùng điều trị các chứng bệnh như sái cổ, cứng cổ, viêm họng, viêm xoang sàng sau, đau thần kinh cánh tay, thoái hóa cột sống cổ...

- Nhóm huyệt Hoa Đà Giáp Tích vùng ngực: từ D1-D12 cho các chứng bệnh như suy nhược thần kinh, rối loạn thần kinh thực vật, hen phế quản.

- Từ D9-D12: chuyên trị các chứng rối loạn tiêu hóa, viêm loét dạ dày tá tràng, cao huyết áp...

- Từ huyết L1-L5: cho các bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng, viêm đại tràng, viêm đường tiết niệu, rối loạn kinh nguyệt...

- Từ huyết L5-S1 cho các chứng bệnh: u xơ tiền liệt tuyến, đái dầm, di mộng tinh, trĩ, liệt chi dưới...

1.3.2. Cơ chế tác dụng của tác động lên huyết:

1.3.2.1 Theo quan điểm YHCT: trong kinh lạc có khí huyết vận hành để điều hòa khí huyết cơ thể luôn khỏe mạnh chống được tác nhân gây bệnh. Kinh lạc cũng là nơi biểu hiện các trạng thái bệnh lý, đồng thời cũng là nơi tiếp nhận các kích thích (châm cứu, xoa bóp, bấm huyết, giác...) thông qua huyết để chữa bệnh.

1.3.2.2 Theo hệ thống Thần kinh – Nội tiết - Thể dịch:

a) Châm cứu là một phản xạ kích thích gây ra cung phản xạ mới nếu cường độ kích thích hoặc đầy đủ sẽ ức chế hưng phấn do tổn thương bệnh lý gây ra, tiến tới làm mất hoặc phá vỡ cung phản xạ bệnh lý.

b) Nguyên lý về cơ năng sinh lý linh hoạt của hệ thần kinh của Widekski: Trong nguyên lý này, trong trường hợp thần kinh ở trạng thái yên tĩnh một kích thích nhẹ thường hay gây ra một phản ứng hưng phấn nhẹ, nhưng nếu thần kinh ở trạng thái bị kích thích hưng phấn do bệnh thì một kích thích mạnh chẳng những không gây ra phản ứng hưng phấn mạnh mà trái lại nó làm cho hoạt động thần kinh chuyển sang quá trình ức chế nên bớt đau.

c) Hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski : Theo nguyên lý của hiện tượng chiếm ưu thế của utomski thì trong cùng một thời gian ở một nơi nào đó của hệ thần kinh trung ương (sọ não), nếu có luồng xung động của 2 kích thích khác nhau đưa tới, kích thích nào có cường độ mạnh hơn và liên tục hơn, có tác dụng kéo các xung động của kích thích kia tới nó và kìm hãm, tiến tới dập tắt kích thích kia. Trên thực tế lâm sàng, người ta thấy hiệu quả nhanh chóng của châm cứu (đặc biệt là dùng điện châm trong việc làm giảm cơn đau của một số bệnh cấp tính như cơn đau dạ dày, giun chui ống mật, đau các dây thần kinh ngoại

biên, gãy xương, viêm khớp cấp, đau răng..) và tác dụng làm hết cảm giác lạnh, sợ lạnh của phương pháp cứu trong điều trị cấp cứu các trường hợp trụy mạch, huyết áp. Tác dụng của châm cứu có thể làm thay đổi hoặc đi tới làm mất phản xạ đau ở người bệnh. Khi châm cứu, để đảm bảo kết quả điều trị thì kích thích tác động lên huyết phải đạt đến ngưỡng mà y học cổ truyền gọi là đắc khí và phải tăng hoặc giảm cường độ kích thích khi cần thiết để nâng cao thêm hiệu quả chữa bệnh mà y học cổ truyền gọi là thủ thuật bổ tả.

d) Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và sự liên quan giữa các tạng phủ đôi với các vùng cơ thể do tiết đoạn chi phối : Thần kinh tuỷ sống có 31 đôi dây, mỗi đôi dây chia ra làm 2 ngành trước và sau, chi phối vận động, cảm giác một vùng cơ thể gọi là một tiết đoạn. Sự cấu tạo thần kinh này gọi là sự cấu tạo tiết đoạn.

Ví dụ : Vùng da ở các tiết đoạn ngực D5, D6, D9 và tiết đoạn cổ C2, C3, C4 tương ứng với dạ dày.

Khi nội tạng có bệnh người ta thấy có hiện tượng tăng cường cảm giác vùng da cùng tiết đoạn với nó như cảm giác đau, thay đổi điện sinh vật... hiện tượng này xảy ra do những sợi thần kinh giao cảm bị kích thích xung động dẫn truyền vào tuỷ lan toả vào các tế bào cảm giác sừng sau tuỷ sống gây ra những thay đổi về cảm giác ở vùng da. Mặt khác những kích thích giao cảm làm co mạch, sự cung cấp máu ở vùng da ít đi làm làm điện trở da giảm xuống gây ra những thay đổi về điện sinh vật.

Trên cơ sở này Zakharin và Head đã thiết lập được một giản đồ về sự liên quan giữa vùng da và nội tạng và đây cũng là nguyên lý chế tạo các máy đo điện trở vùng da và máy dò kinh lạc.

Vậy nội tạng có tổn thương dùng châm cứu hay các phương pháp vật lý trị liệu khác tác động vào các vùng da trên cùng một tiết đoạn với nội tạng sẽ chữa được các bệnh ở nội tạng.

e) Lý thuyết về đau của Melzak và Wall (cửa kiểm soát 1995): Cơ sở của thuyết này là dựa trên tương quan tốc độ lan truyền xung động xuất hiện khi châm kim vào các điểm có hoạt tính cao và gây hoạt hoá các cơ quan thụ cảm của da và tổ chức trên đường kim châm. Xung động lan truyền theo các sợi thần

kinh lớn có myelin (sợi A) có tốc độ lan truyền lớn, gây hoạt hoá các tổ chức gelatin ở tủy sống, làm cho xung đau truyền theo dây C (mảnh không có myelin) bị ức chế. Kết quả của ức chế này là làm mất cảm giác đau.

Trên cơ sở lý thuyết cửa kiểm soát của R. Melzak và p. Wall năm 1971, Shealy chế tạo được một máy luôn kích thích cột sau tủy sống để làm giảm đau trong các bệnh ung thư.

f) Vai trò thể dịch, nội tiết và các chất trung gian thần kinh: Từ năm 1973, nhiều thực nghiệm đã chứng minh được trong châm cứu và đỉnh cao của nó là châm tê, ngoài vai trò của thần kinh ra còn có vai trò của thể dịch tham gia trong quá trình làm giảm đau (trong châm cứu chữa bệnh) và nâng cao ngưỡng chịu đau (trong châm tê, phẫu thuật). Có nhiều thảo luận về các chất acetylcholin, các chất monocid, morphinelin (quan trọng là endomorphin), chất gây đau P (substance P) morphinelin. Những năm 1976, Guilemin (người gốc Pháp quốc tịch Hoa Kỳ), Chorhaoli (người Hoa quốc tịch Hoa Kỳ) đã phân tích được ở tuyến yên lạc đà, lợn, cừu chất morphinelin (gồm endorphin) trong đó chất endorphin có tác dụng tương đương 200 lần morphin (trên ống nghiệm).

Cùng năm 1976, Mayer và cộng sự đã chứng minh tác dụng của châm tê bị huỷ do tiêm vào động vật thực nghiệm chất naloxon (chất đối lập với morphin).

Bruce Pomeranz (Trường Đại học Toronto Canada) năm 1987 đã thành công trong một số thực nghiệm châm tê.

Tiêm naloxon vào não mèo được châm tê thấy sự phóng điện của các tế bào ở sừng sau tủy sống mèo không bị ức chế nữa.

Cắt bỏ tuyến yên mèo rồi châm tê, không thu được kết quả gây tê.

Người ta xác định được endorphin không chỉ do tuyến yên chế tiết mà các tế bào ở ruột và nhiều cơ quan khác cũng có vai trò chế tiết chất này.

Endorphin là một polypeptid được chia làm 3 đoạn: α , β , γ endorphin; trong đó đoạn β có các acid amin từ 63-93 có tác dụng giảm đau nhiều nhất, mạnh gấp nhiều lần morphin.

1.3.2.3 Phản ứng tại chỗ:

- Châm hay cứu vào huyết là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, 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 thay đổi tính chất của tổn thương, giảm sung huyết, bớt nóng, giảm đau.

- Phản ứng tại chỗ có ý nghĩa thực tiễn lâm sàng khá lớn, là cơ sở của phương pháp điều trị tại chỗ hay xung quanh nơi có tổn thương mà châm cứu dùng các huyết gọi là á thị huyết (thông điểm, thiên ứng huyết).

1.3.2.4 Phản ứng tiết đoạn:

- Khi nội tạng có tổn thương bệnh lý thì có những thay đổi cảm giác vùng da ở cũng một tiết đoạn với nó, ngược lại những kích thích từ vùng da của một tiết đoạn nào đó sẽ có ảnh hưởng đến nội tạng cùng trên tiết đoạn đó.

- Việc sử dụng các huyết ở một vùng da để chữa bệnh của các nội tạng cùng tiết đoạn với vùng này sẽ gây ra một phản ứng tiết đoạn, gây ra các luồng xung động thần kinh hướng tâm. Những luồng này sẽ truyền xung động vào sừng sau tuỷ sống rồi chuyển qua sừng trước, từ đó bắt đầu phản xạ ly tâm, một là theo các cơ quan, nội tạng tương ứng, làm điều hoà mọi cơ năng sinh lý như bài tiết, dinh dưỡng... Việc sử dụng phản ứng tiết đoạn có nhiều ý nghĩa thực tiễn lớn vì nó có thể giúp cho người thầy thuốc châm cứu chọn những vùng da và huyết ở một tiết đoạn thần kinh tương ứng với cơ quan nội tạng bị bệnh. Việc thành lập công thức châm cứu điều trị một số bệnh thuộc từng vùng được tiện lợi và dễ ứng dụng hơn. Mặt khác, theo quan điểm của phản ứng tiết đoạn giúp người học và ứng dụng châm cứu hiểu và giải thích được phương pháp dùng các du huyết (ở lưng), mộ huyết (ở ngực, bụng) và các huyết ở xa (tay, chân) để châm cứu làm giảm đau một số bệnh thuộc nội tạng có cùng tiết đoạn thần kinh chi phối, đặc biệt là dùng các huyết sát cột sống (hoa đà giáp tích) và các bồi du huyết trong châm tề để phẫu thuật.

1.3.2.5 Phản ứng toàn thân:

- Qua thực tế lâm sàng chữa bệnh bằng châm cứu người xưa đúc kết được rất nhiều cách dùng huyết. Một huyết có thể chữa nhiều bệnh, một bệnh cũng có thể dùng nhiều công thức khác nhau và cùng là một loại bệnh trên cùng một bệnh nhân, nhưng tùy theo thời gian bị bệnh và thời gian điều trị mà thầy thuốc châm cứu dùng các huyết khác nhau. Việc sử dụng các huyết theo các cách dùng huyết kể trên nhiều khi không nằm tại chỗ cơ quan bị bệnh và cũng có khi không nằm trên các tiết đoạn có liên quan với bệnh. Các nhà nghiên cứu châm cứu trong các trường hợp kể trên là thông qua tác dụng gây phản ứng toàn thân.

- Thực chất, bất kỳ một kích thích nào đối với cơ thể cũng đều có liên quan tới hoạt động của vỏ não, nghĩa là có tính chất toàn thân. Vậy sự phân chia ra phản ứng cục bộ tại chỗ, phản ứng tiết đoạn về sự liên quan cục bộ từng phần cơ thể thông qua hoạt động của tuỷ.

- Khi nói tới phản ứng toàn thân, chúng ta cần nhắc tới nguyên lý về hiện tượng chiếm ưu thế vỏ não của Utomski, về cơ năng linh hoạt của hệ thần kinh của Wedansky, về các kích tố (hormon) và các chất trung gian hoá học thần kinh (acetylcholin, morphin).

- Điểm quan trọng của phản ứng toàn thân là tác dụng đối với hệ thần kinh trung ương và thông qua hệ này là hệ thần kinh thực; vật mà ảnh hưởng đến các cơ quan nội tạng và mọi tổ chức của cơ thể.

- Sau khi châm, từng luồng xung động thần kinh không ngừng được dẫn truyền vào tuỷ sống (dẫn truyền xung động thần kinh là đo các chất acetylcholin...) từ đó dẫn truyền qua bó tuỷ lên hành não vỏ não.

- Vogralic, Kassin và nhiều tác giả nghiên cứu được não đồ trong khi châm thì thấy điện thế có những biến đổi lan toả toàn diện và đối xứng toàn thân, thường thấy sóng delta chậm hơn, có nhiều sóng không đều nhịp.

- Tình trạng tinh thần luôn luôn căng thẳng gây ra các rối loạn tinh thần làm cho quá trình hưng phấn và ức chế của hoạt động thần kinh cao cấp bị rối loạn. Châm cứu có tác dụng điều chỉnh các trạng thái rối loạn đó, vì sau một đợt điều trị triệu chứng lâm sàng tốt hơn và điện não đồ biến đổi.

- Một điểm quan trọng nữa của phản ứng toàn thân là các biến đổi về thể dịch và nội tiết. Thường thường trong khi châm và sau một đợt điều trị bằng châm cứu các thể dịch như adrenalin, histamin, acetylcholin, morphinelin (đặc biệt là p endorphin) cũng có những biến đổi ảnh hưởng đến các hệ tuần hoàn, hô hấp, tiêu hoá, bài tiết, sự chuyển hoá các chất.

- Nhiều tác giả nghiên cứu hoạt động của hệ tuyến yên, thượng thận sau châm thấy rõ tuyến tạo ra một kích tố (hormon otrope làm tăng hoạt động của một số tuyến nội tiết như tuyến thượng thận, giáp trạng, tuyến sinh dục...).

- Người ta đã chứng minh được rằng châm cứu làm tăng bạch cầu ái toan (70-80%), các trường hợp châm làm lớp vỏ thượng thận bài tiết ra kích tố corticosterol cũng tương tự như tiêm vào cơ thể 20 đơn vị ACTH để kích thích thượng thận bài tiết chất này, Châm các huyết đại chùy (XIII-14) và thủy đột (V-10) và cứu giữa các đốt sống lưng có thể làm cho tuyến giáp trạng tạm thời ngừng tiết iod.

1.3.2.6 Kinh lạc [27]

- Kinh lạc là nơi tuần hoàn của khí huyết đi nuôi dưỡng toàn thân, duy trì hoạt động bình thường của cơ thể. Đó cũng là nơi nhân tố gây bệnh xâm nhập vào cơ thể, là nơi phản ánh tình trạng bệnh tật của cơ thể. Kinh lạc là đường dẫn truyền kích thích vào các tạng phủ để chữa bệnh.

1.4 Trường châm :

1.4.1. Phương pháp điện trường châm [31] [32]

- Chữa bệnh bằng trường châm là một di sản lâu đời của châm cứu trong y học phương Đông. Trường châm phát triển từ cơ sở lý luận của Cửu châm mà người xưa đã ghi trong sách Linh khu (770 - 221 trước Công nguyên) .

- Châm là để điều khí và hòa huyết. Khi châm kim qua các huyết vị sẽ khai thông sự tuần hành của khí huyết vì “Thông tắc bất thống, thống tắc bất thông”, có nghĩa là: khi khí huyết lưu thông thì không đau, khi đau tức là khí huyết không lưu thông.

- Những loại kim người xưa dùng để châm chữa bệnh gồm có 9 loại (cửu châm), trong đó hay dùng nhất là loại kim số 7, dài từ 2-8cm, đường kính 0,2-

0,3 mm gọi là Hào châm. Tuy nhiên Hào châm có phần bị hạn chế trong điều kiện khí nhanh và mạnh.

- Trường châm: loại kim số 8, ứng với Bát phong. Phong trong thiên nhiên từ 8 phương tới tác động lên 8 khớp lớn trong cơ thể gây chứng tý(đau) trên cột sống, khớp háng, khớp gối vv... Muốn chữa phải châm sâu, châm xuyên kinh xuyên huyết. Dùng trường châm dài 10-30 cm, đường kính 0,3- 0,5 mm, có tác dụng điều kiện khí nhanh và mạnh hơn.

- Kích thích xung điện là kỹ thuật sau khi châm kim lên huyết vị, thay kích thích về tay bằng kích thích xung điện.

Các nghiên cứu về các dòng điện trên cơ thể đã đưa ra kết luận là:

Khi dòng xung điện có tần số thích hợp, cường độ, điện thế thấp thì tác dụng tốt để kích thích hoặc ức chế hệ thần kinh, gây co cơ hoặc giảm co thắt cơ, tăng cường điều chỉnh tuần hoàn đặc biệt có tác dụng giảm đau.

- Điện trường châm là một phát triển mới của ngành châm cứu, kết hợp YHCT và YHHĐ, phát huy được cả tác dụng của kích thích lên huyết vị, huyết đạo và tác dụng của xung điện trên cơ thể .

1.4.2 Thủ thuật điện trường châm :

Các bệnh nhân được châm cứu với:

- Kim dài 15 cm: Đại trường du xuyên Thận du, Giáp tích L1 xuyên S1, Trật biên xuyên Hoàn khiêu.

Thủ pháp: Châm tả

Kỹ thuật châm: Việc châm kim lên huyết phải chính xác, nhẹ nhàng, đạt yêu cầu về đặc khí, khi châm xong bệnh nhân có cảm giác tức nặng ở vùng huyết đạo. Kỹ thuật châm cơ bản như sau:

+ Vô trùng kim, hai tay và da vùng huyết.

+ Dùng hai ngón tay ấn và căng da vùng huyết, sau đó châm kim qua da vùng huyết nhanh, dứt khoát.

+ Đối với các huyết Giáp tích, châm nghiêng so với mặt da huyết Giáp tích S1 một góc 15 độ. Sau đó hướng mũi kim tới các huyết Giáp tích L5-L1,

đẩy kim theo phương nằm ngang, trong quá trình đưa kim hỏi bệnh nhân về cảm giác đặc khí hoặc cảm giác đau.

+ Đối với 2 huyệt Thận du và Đại trường du, cũng làm giống như các huyệt Giáp tích, hướng từ Đại trường du xuyên Thận du.

+ Đối với 2 huyệt Trật biên và Hoàn khiêu, cũng làm như trên, hướng từ huyệt Trật biên tới huyệt Hoàn khiêu.

Kỹ thuật kích thích xung điện:

- Sau khi châm đặc khí rồi kích thích xung điện. Tần số và cường độ tùy thuộc vào tình trạng bệnh và ngưỡng chịu đựng của từng bệnh nhân, thường sử dụng tần số ≥ 4 Hz.

- Thời gian kích thích điện: 30 phút

- Liệu trình điều trị: 30 phút/lần x 1 lần/ ngày x 15 ngày trong đợt nghiên cứu điều trị.

1.5 Điện sinh học : [29] [30]

- Điện trở da và độ thông điện qua da vùng huyệt là hai yếu tố đã được sử dụng để phát hiện ra đặc tính điện sinh học của huyệt sớm nhất .

- Việc nghiên cứu điện trở da và độ thông điện qua da được dựa trên cơ sở đặt lên da một điện áp rồi đo cường độ dòng điện phóng qua cơ thể hoặc đo điện trở của da .

1.6 Phương pháp xoa bóp bấm huyệt : [33]

- Từ lâu con người đã biết chữa bệnh bằng chính sự tác động của đôi bàn tay mình. Lúc đầu có tính tự phát như gãi, cầu, bóp, ấn, vê, nắn vài chỗ đau nhức. Sau đó qua thực tế đã đúc rút kinh nghiệm và tìm ra được phương pháp chữa bệnh có hiệu quả hơn bằng bấm huyệt .

- Chỉ bằng sự tác động chủ yếu của bàn tay thầy thuốc hoặc của chính người bệnh, trong nhiều trường hợp, bấm huyệt đỡ nhanh chóng, giảm bớt đau nhức, mang lại sự dễ chịu, thoải mái cho người bệnh. Do đặc điểm của phương pháp là đơn giản, tiện lợi, có hiệu quả mà lại ít gây hại nhất cho cơ thể người bệnh, nên phương pháp bấm huyệt được nhiều người bệnh và thầy thuốc yêu

thích. Nó đã phát triển mạnh mẽ ở nhiều nước trên thế giới, đặc biệt ở các nước phương đông, nơi có nền YHCT phát triển.

- Ở Việt Nam, nhiều danh y nổi tiếng như Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV) trong “*Hồng nghĩa giác tư y thư*”. Hải Thượng Lãn Ông - Lê Hữu Trác (thế kỷ XVIII) trong “*Vệ sinh yếu quyết*” đã đề cập đến bấm huyệt như một y thuật chữa bệnh có hiệu quả.

- Ngày nay, xoa bóp đã phát triển và ngày càng được sử dụng rộng rãi khắp các nước trên thế giới với nhiều ưu điểm độc đáo và được nhiều người ưa thích. YHHĐ và YHCT đều có xoa bóp, xoa bóp trong YHCT được chỉ đạo bởi lý luận của YHCT và tiến hành chủ yếu bằng tay. Ngày nay XBBH đã được ứng dụng để điều trị nhiều bệnh khác nhau, đặc biệt là các bệnh thần kinh, cơ, xương, khớp (đau thần kinh tọa, viêm quanh khớp vai, vẹo cổ cấp, đau lưng, đau đầu mất ngủ...) đã đem lại nhiều kết quả tốt. Hơn nữa XBBH lại là một phương pháp đơn giản, dễ làm không xâm lấn. Là một phương pháp tác động lên huyệt nhưng không xuyên da, không chảy máu nên chỉ định của bấm huyệt rất rộng rãi, có thể thực hiện mọi lúc mọi nơi khi bệnh nhân cần ít xảy ra tai biến và không phụ thuộc vào phương tiện máy móc. Vì vậy XBBH ngày càng được áp dụng rộng rãi trong dự phòng và điều trị bệnh, đặc biệt là ở tuyến cơ sở.

1.6.1 Sinh lý học của xoa bóp:

- Tác dụng đối với da: Với da và mô mỡ liên kết với da, bấm huyệt có khả năng tăng cường quá trình hô hấp, dinh dưỡng, thải trừ chất cặn bã do tác dụng của phản xạ vận mạch và sự điều hòa tại chỗ của các nhánh thần kinh. Khi bấm huyệt, ta đã tác động tới hệ thống khép kín thần kinh – nội tiết và thông qua chức năng điều chỉnh của hệ thống này, tạo điều kiện cho cơ thể trở lại trạng thái cân bằng sinh lý.

- Đối với hệ vận động (gân, cơ, khớp, dây chằng): Với hệ cơ, gân, khớp gồm tới 600 cơ, chiếm 30% – 40% trọng lượng cơ thể, bấm huyệt đã có tác dụng tăng cường nuôi dưỡng, hồi phục các cơ bị mệt mỏi, chống co cứng, phù nề, nâng cao khả năng làm việc của cơ, đồng thời tác dụng tới quá trình tiết dịch và

tuần hoàn của khớp, chống viêm, sưng nề tại ổ khớp, góp phần phục hồi chức năng vận động của khớp.

- Tác động đối với hệ thần kinh:

- Xoa bóp tác động trực tiếp lên các thụ cảm hệ thần kinh dày đặc ở dưới da tạo ra các phản xạ thần kinh đáp ứng từ đó gây nên tác dụng, điều hòa quá trình hưng phấn hay ức chế thần kinh trung ương, gây thư giãn thần kinh, giảm căng thẳng, tăng khả năng tập trung, giảm đau, giãn cơ và điều hòa chức năng nội tạng.

- Xoa bóp lên vùng phản xạ thần kinh thực vật cạnh sống gây ra các ảnh hưởng rõ rệt lên hoạt động của các cơ quan nội tạng, vì vậy người ta chú trọng xoa bóp lên vùng đầu mặt cổ, lưng và thắt lưng cùng, coi đó là vùng tác động chính để chữa các bệnh nội tạng.

- Xoa bóp trực tiếp lên các dây thần kinh hay đám rối thần kinh có thể gây tăng hoặc giảm cảm giác, kích thích hoạt động, kích thích quá trình phát triển tái

sinh nhanh những sợi thần kinh bị tổn thương.

- Tóm lại xoa bóp giúp cho tăng cường tuần hoàn máu, bạch huyết hưng phấn hệ thần kinh ngoại vi... nên giúp cho tăng trao đổi chất, cung cấp ô xy, dinh dưỡng cho đào thải các chất nhanh hơn. Xoa bóp thực chất là phương pháp tăng dinh dưỡng tổ chức, hay “ô xy liệu pháp” với tổ chức .

1.6.2 Tác dụng của bấm huyệt:

- Tại Việt Nam từ lâu đời xoa bóp kết hợp với bấm huyệt theo hệ kinh lạc

thành XBBH, “tắm quất”, “đánh gió”... nhằm bồi bổ sức khỏe và chữa bệnh cho nhân dân được áp dụng trong lao động, sản xuất và chiến đấu [8].

- Bấm huyệt là một thủ thuật nằm trong tập hợp các thủ thuật xoa bóp, có tác dụng kích thích mạnh vào huyệt. Trong kỹ thuật bấm huyệt, ngoài việc phải xác định chính xác huyệt, việc sử dụng bấm cho phù hợp với tình trạng bệnh và sức khỏe người bệnh là hết sức quan trọng. Bấm huyệt cũng như châm cứu, khi tác động vào huyệt là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới, có tác dụng

ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Hiện nay có nhiều giả thiết về cơ chế tác động của lực lên huyết, nhưng tập chung lại thành hai nhóm sau:

- Phản ứng tại chỗ: Bấm huyết là kích thích bằng lực với cường độ nhất định vào một hay nhiều huyết tại một vùng cơ thể, tương ứng với tiết đoạn thần kinh tủy sống chi phối lên tạo ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế hoặc phá vỡ cung phản xạ bệnh lý đã hình thành trước đó, nên có tác dụng làm giảm cơn đau, giảm sự co cơ... Sự thay đổi của vận mạch, phản xạ thực vật, nhiệt độ, phù nề tại huyết làm thay đổi dần tính chất của tổn thương giúp cho mô tổn thương dần hồi phục.

- Phản ứng toàn thân: Khi có bệnh, tổn thương tại các cơ quan là một kích

thích tạo cung phản xạ bệnh lý, châm cứu hay bấm huyết cũng là kích thích tạo ra một cung phản xạ mới, nếu đủ mạnh sẽ ức chế cung phản xạ bệnh lý, có tác dụng giảm đau. Khi tác động lên huyết vỏ não chuyển sang trạng thái hưng phấn hay ức chế tùy thuộc vào thời gian tác động, cường độ và nhịp độ.

1.6.3 Quy trình xoa bóp bấm huyết vùng thắt lưng : [34]

- Xát dọc từ thắt lưng tới mặt sau cẳng chân: Dùng mô ngón cái, mô ngón út hoặc gốc bàn tay xát lên da chỗ đau. (Xát như vậy có tác dụng làm lưu thông khí huyết kinh lạc).



Hình 2.5.Thủ thuật xát

- Xoa dọc từ thắt lưng tới mặt sau cẳng chân: Dùng gốc bàn tay hoặc mô ngón tay út, ngón tay cái xoa trên chỗ đau. (Cần làm nhẹ, chậm tránh gây thêm đau cho người bệnh).

- Day dọc từ thắt lưng xuống mặt sau cẳng chân: Lấy mô ngón út hay gốc bàn tay ấn xuống da vùng huyết của người bệnh, di động theo đường tròn, tay thầy thuốc và da người bệnh di động theo tay thầy thuốc. Làm khoan thai, sức ấn vừa sức chịu đựng của người bệnh, có thể tác động trực tiếp vào nơi đau. (Day có tác dụng làm mềm cơ, giảm đau).



Hình 2.6. Thủ thuật day.

- Lăn từ thắt lưng xuống mặt sau cẳng chân: Dùng mặt bên của mô ngón út (ngoài lòng bàn tay phía ngón út) hoặc mặt ngoài ngón út (ngón 5). Thầy thuốc vận động khớp cổ tay theo nhịp điệu nhất định, gây một sức ép nhất định của phần bàn tay nói trên lăn trên vùng định xoa bóp trên cơ thể người bệnh.

(Tác dụng của lăn làm ôn thông kinh lạc, tán hàn giảm đau, một phần giúp cho khớp vận động mềm mại hơn).



Hình 2.7. Thủ thuật lăn.

- Bóp từ thắt lưng tới sau cẳng chân: Thầy thuốc dùng ngón 1 và ngón 2 của hai bàn tay hay cả 5 ngón bóp vào da. Khi bóp hơi kéo cơ vùng đó của người bệnh lên. Động tác bóp nên vừa phải, tránh gây đau đớn cho người

bệnh. (Tác dụng của bóp đúng mức gây thông kinh hoạt lạc, khu phong, tán hàn, giãn cơ, giảm đau).



Hình 2.8.Thủ thuật bóp.

- Day huyết: thầy thuốc dùng đầu ngón tay cái, phân bụng ngón tay tỳ nhẹ

vào da tương ứng vùng huyết, day nhẹ theo chiều kim đồng hồ tới khi bệnh nhân có cảm giác tức nặng, duy trì và day nhẹ 15 đến 30 giây.

- Ấn huyết: thầy thuốc dùng đầu ngón tay cái ấn từ từ vào da tương ứng vùng huyết, khi bệnh nhân thở ra thì từ từ tăng lực tác dụng, khi bệnh nhân hít vào giữ nguyên lực tác dụng tới khi bệnh nhân có cảm giác tức nặng thì giữ nguyên từ 15 – 30 giây.

- Bấm huyết: thầy thuốc dùng đầu ngón tay cái ấn từ từ vào da tương ứng vùng huyết, tương tự như ấn huyết khi bệnh nhân đã có cảm giác tức nặng tại vùng huyết thì thầy thuốc rung nhẹ ngón tay cái và tác động thêm lực tới ngưỡng bệnh nhân chịu được từ 15 – 30 giây.



Hình 2.9. Thủ thuật ấn huyết.

- Rung chân: Để người bệnh nằm ngửa thẳng, chân thả lỏng, người thầy thuốc đứng cầm cổ hay bàn chân người bệnh kéo hơi căng, rung từ nhẹ đến nặng chuyển động như làn sóng từ bàn chân lên đến đùi.10

- Vận động cột sống: Có 2 động tác:

- Vận cột sống: Bệnh nhân nằm nghiêng chân dưới duỗi thẳng, chân trên co, tay ở phía dưới để trước mặt, tay ở phía trên để quạt sau lưng. Một cẳng tay thầy thuốc để ở rãnh delta ngực, một cẳng tay để ở hông, hai tay vận động ngược chiều nhau một cách nhẹ nhàng, sau đó đột nhiên làm mạnh một cái sẽ phát ra tiếng kêu khục, rồi đổi chiều làm bên đối diện.

- Gập đùi vào ngực: Bệnh nhân nằm ngửa co chân, một tay thầy thuốc để ở hai đầu gối, một tay để dưới hông, hai tay phối hợp nhịp nhàng nâng hông lên và ấn gối xuống, từ từ tăng dần khi nào đầu gối sát ngực thì đưa hông sang phải và sang trái hai lần.

- Vận động chân: Bệnh nhân nằm ngửa, một tay thầy thuốc nắm cổ chân, một

tay để ở đầu gối, gập chân bệnh nhân vào bụng rồi kéo duỗi thẳng chân, làm như vậy 3 lần, đến lần thứ 3 khi duỗi thẳng chân thì giật mạnh một cái. Bệnh nhân nằm sấp phát từ thắt lưng xuống mặt sau cẳng chân một lần.

1.7 Các công trình nghiên cứu về đau dây thần kinh tọa:

1.7.1 Công trình nghiên cứu nước ngoài:

➤ Những con số thống kê do nhiều tác giả ở nhiều nước khác nhau đã nói lên tầm quan trọng của ĐDTKT:

- Ở Liên Xô cũ (1971), thống kê của bộ y tế cho thấy ĐDTKT chiếm tỷ lệ cao nhất (khoảng 50%) trong tổng số các bệnh dây thần kinh ngoại biên phải nằm điều trị tại bệnh viện, số ngày công bị mất của các công nhân ngành công nghiệp nhiều thứ hai chỉ sau dịch cúm [61].

- Về tuổi: Theo Klioner.Ass.Ia.(1971) ĐDTKT xảy ra chủ yếu trong khoảng tuổi từ 20-50, từ 50-60 tuổi chiếm tỷ lệ thấp, trên 60 tuổi hiếm gặp, ở trẻ em rất hiếm gặp [61].

Deshayes.P(1981) gặp 62% lứa tuổi từ 20-50 [66].

- Về giới: ĐDTKT xảy ra ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ chung khoảng 3/1.

Bauer.DF (1960) gặp 76% là nam, Deshayes.P (1981) gặp 73,2% là nam [66].

- Về nghề nghiệp: Theo Deshayes.P (1981) trong 3 loại hình lao động: Lao động mang vác nặng, lao động chân tay nhẹ, lao động trí óc thì ĐDTKT có tỷ lệ tương đương nhau là: 36,6%, 36,6% và 26,8% [66].

Theo Drivotinov.BV(1992) thì lao động mang vác nặng và các nghề có tư thế bất lợi thường xuyên là yếu tố nguy cơ gây ĐDTKT [60].

- Về lâm sàng: Trong số các công trình nghiên cứu thì trường phái của De seze.S (1948) đã có những đóng góp to lớn cho những hiểu biết về bệnh căn, bệnh sinh ĐDTKT.S

➤ Về điều trị: Chia điều trị ĐDTKT thành hai hướng cơ bản là.

- Điều trị bảo tồn nội khoa: Áp dụng cho đa số bệnh nhân, bao gồm các nội dung sau.

- Phương pháp không dùng thuốc:

• Điều trị bằng chế độ vận động, theo Calliet. R (1980) ở giai đoạn cấp hoặc có đợt tái phát phải bất động, ở các thời kỳ tiếp theo thì chế độ vận động và tư thế hợp lý trong sinh hoạt, lao động là rất quan trọng [59].

• Điều trị vật lý gồm các liệu pháp nhiệt (chườm nóng, bó nển nóng, hồng ngoại), dùng dòng điện (điện xung, điện giao thoa, dòng Galvanic và Faradic), sóng ngắn, điện phân ... có giá trị hỗ trợ tốt . [64].

• Thở dục liệu pháp bằng các bài tập được đánh giá có hiệu lực điều trị cao, chống tái phát tốt [57], [62], [67].

• Kéo dẫn cột sống là phương pháp điều trị bệnh sinh có tác dụng cải thiện điều kiện sinh học, cơ học của cột sống - đĩa đệm . [57].

- Phương pháp dùng thuốc:

- Các thuốc chống viêm, giảm đau, an thần, giãn cơ nhẹ, các vitamin nhóm B liều cao là các thuốc được ứng dụng rộng rãi nhất hiện nay, với các phương pháp tiêm và phong bế ngoài màng cứng, cạnh dây thần kinh ở lỗ ghép, ở hốc xương cùng, cạnh dây thần kinh hông ở đoạn cơ tháp [68].

- Theo Margo. K (1994) và một số tác giả khác 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 hiệu lực sau 3 đến 4 tuần [62].

- Điều trị phẫu thuật: Chỉ định phẫu thuật không trì hoãn khi ĐDTKT thể giả u gây hội chứng đuôi ngựa, hoặc kèm liệt cấp tính các cơ chi dưới [63].

1.7.2 Công trình nghiên cứu trong nước:

- Ở nước ta tuy chưa có thống kê điều tra cơ bản, trên một diện rộng nhưng qua nghiên cứu của một số tác giả sơ bộ cho thấy ĐDTKT là một bệnh rất thường gặp.

- Theo Nguyễn Văn Hồi và cộng sự (1983) điều tra 250 công nhân lái xe tải nặng tại công trường thủy điện Hòa Bình thấy 18% công nhân có tuổi nghề trên 4 năm bị ĐDTKT, số ngày công bị mất chiếm 19% số ngày nghỉ ốm của tất cả các loại bệnh [13].

- Theo thống kê của phòng kế hoạch tổng hợp bệnh viện Châm Cứu trung ương, ba năm gần đây (2010, 2011, 2012) thấy rằng: Số bệnh nhân ĐDTKT được tiếp nhận điều trị chiếm tỉ lệ khoảng 50% so với số bệnh nhân tổn thương dây thần kinh ngoại biên và trên 10% so với tổng số bệnh nhân đến điều trị chung. Bệnh thường gặp vào mùa đông, nam gặp nhiều hơn nữ, tuổi từ 20-50, nghề nghiệp liên quan tới lao động nặng.

- Về chuẩn đoán:

Theo Đặng Văn Chung, triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán xác định

ĐDTKT là:

- Đau thắt lưng, khởi phát sau một sang chấn hoặc vận động quá mức đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa.

- Khám lâm sàng có hội chứng cột sống và hội chứng rễ [6].
- Theo Nguyễn Văn Đăng (1990), để khám một bệnh nhân ĐDTKT cần giải đáp 10 câu hỏi và 8 dấu hiệu [10].

- Ngô Thanh Hồi (1995), đã lượng hóa được 6 dấu hiệu để chẩn đoán xác định ĐDTKT. Chẩn đoán xác định khi ít nhất có 4 dấu hiệu sau:

1. Đau thắt lưng hông khởi phát sau chấn thương hoặc vi chấn thương.
2. Đau thắt lưng hông có tính chất cơ học.
3. Dấu hiệu “bấm chuông”.
4. Dấu hiệu “veo cột sống thắt lưng”.
5. Dấu hiệu Lasègue $\leq 60^\circ$.
6. Dấu hiệu Déjerine.

- Về điều trị: YHCT có các nguyên tắc điều trị sau:

“Ôn thông Kinh lạc” (làm ấm, lưu thông khí huyết trong kinh lạc). Đây là cách chữa cơ bản nhất vì theo lý luận thì “...thông tắc bất thống...” (khí huyết trong kinh lạc lưu thông thì không đau). Khi Kinh lạc có Hàn tà xâm nhập phải dùng “Ôn” (làm ấm lên) và “Thông hoạt” để trục Phong, Hàn tà khỏi Kinh lạc (đuôi Phong, Hàn tà) [2], [23].

Muốn “Ôn thông Kinh lạc” tốt cần áp dụng phương pháp “Tuần kinh thủ huyết” (xem vị trí đau ở Kinh mạch nào, dựa vào đó để chọn huyết) [26], [27], [29], [30].

1.8 Các công trình nghiên cứu về điện sinh học tại huyết:

1.8.1 công trình nghiên cứu nước ngoài:

- Ionetscu- Tirgoviste (1983) cho rằng ở trạng thái bệnh lý điện trở giảm, độ thông điện tăng tạo thành “ô cửa sổ” nhỏ. Trong quá trình điều trị nếu bệnh được thuyên giảm “ô cửa sổ” này sẽ được bịt kín cùng với sự tăng vọt của điện trở và sự suy giảm của độ thông điện tại vùng huyết châm cứu. Người ta còn nhận thấy rằng khi chức năng của hệ giao cảm bị giảm sút, thì điện trở của huyết tăng lên và độ thông điện giảm xuống [51]

- Anne Jean Blanc [36] cho rằng tính điện trở thấp ở các huyết vị là do hàm lượng oxy khuếch tán ở các mô trong vùng huyết tăng.

- Niboyet J.E.H [52] khi nghiên cứu các tính chất điện trở của vùng da đã xác nhận điện trở da tại huyết thấp hơn nhiều so với vùng da xung quanh. Liên quan tới tính chất này mà tính dẫn điện vùng da tại huyết cũng cao hơn so với vùng da xung quanh nó.

- Người ta nhận thấy, điện trở da và độ thông điện qua da vùng huyết so với vùng quanh huyết có sự khác biệt rõ. Da vùng huyết có điện trở thấp và độ thông điện cao hơn da vùng xung quanh huyết [36].

- Người ta còn nhận thấy rằng, khi chức năng hệ thần kinh giao cảm bị giảm sút thì điện trở của huyết tăng lên và điện thế giảm xuống [54].

- E.V. Popov cho rằng: huyết là vùng da nhạy cảm hơn với đau, là nơi tăng hấp thụ oxy, tăng mức độ chuyển hoá và có hiện tượng điện. Đặc biệt ở đây điện trở da thấp [51][53].

- Niboyet và cộng sự (1973, 1975) cho biết ĐTD qua da của động vật thí nghiệm cũng có những vùng điện trở thấp và ĐTD cao như ở người [52],[53].

- Năm 2004, He. Tao, He. Lan (Trung Quốc) nghiên cứu thoát vị đĩa đệm trên 83 bệnh nhân, nhóm nghiên cứu (n=42) điều trị bằng điện châm kết hợp với kéo giãn cột sống đạt hiệu quả 92,86 % cao hơn so với nhóm chứng (n=41) điều trị bằng kéo giãn đơn thuần (đạt kết quả 80,48%) [56].

- Năm (2009), Tôn Quân Bình khi tiến hành đề tài “Nghiên cứu lâm sàng đánh giá châm cứu điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng” được thực hiện tại Bệnh viện Trung y tỉnh Cát Lâm. Kết quả, sau điều trị và phỏng vấn BN, tác giả đưa ra kết quả như sau: 96,7% có hiệu quả và sau 3 năm theo dõi tỷ lệ này vẫn ở mức cao (khoảng 96,5%) [69].

- Năm 2009, Zou R. và CS (Trung Quốc) nghiên cứu đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp thủy châm trong điều trị 60 bệnh nhân TVDD/ CSTL. Kết quả là hiệu quả điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm chứng thông qua thang điểm VAS và các chỉ số lâm sàng [70].

1.8.2 Công trình nghiên cứu trong nước:

- “Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn bằng điện mãng châm” của Đỗ Hoàng Dũng năm 2001. Kết quả: loại tốt chiếm 63,6%, loại khá chiếm 36,4% [35].

- “Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh tọa thể phong hàn bằng điện châm các huyết giáp tích (từ L3-S1)” của Nguyễn Thị Thu Hương năm 2003. Kết quả điều trị trên hai nhóm bệnh nhân cho thấy: ở nhóm điện châm các huyết giáp tích có kết quả tốt (66,7%) cao hơn nhóm điện châm các huyết không có giáp tích (kết quả tốt 40%) [36].

- Năm 2003, Tarasenko Lidiya nghiên cứu điều trị hội chứng đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống L1 – S1 bằng điện mãng châm trên 40 bệnh nhân đạt kết quả tốt là 60% và khá là 40% [37].

- Năm 2007, Nguyễn Văn Hải nghiên cứu điều trị đau thần kinh tọa do TVĐĐ bằng bấm kéo nắn đạt kết quả: 81,3% tốt, 12,55% khá và 6,3% trung bình [26].

- Năm 2007, Trần Thái Hà nghiên cứu tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vật lý trị liệu đạt kết quả điều trị 46,7% rất tốt; 46,7% tốt; 6,6% trung bình [38].

- Năm 2010, Bùi Thanh Hà và cộng sự nghiên cứu hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp kết hợp điện châm với kéo dẫn cột sống trên 30 bệnh nhân với kết quả điều trị tốt đạt 80%, khá đạt 13,33%, cải thiện tốt tầm vận động cột sống đạt 93,33% [39].

- Năm 2012, Nguyễn Tiến Hưng đã nghiên cứu đánh giá tác dụng của đại trường châm kết hợp laser châm trong điều trị đau do thoái hóa cột sống thắt lưng kết quả điều trị 70% tốt, 26,67% khá, 3,33% trung bình [40].

- Năm 2011, Lại Đoàn Hạnh, Nguyễn Nhược Kim trong nghiên cứu “Tác dụng điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp thủy châm Bidizym và so sánh với phương pháp điện châm” được tiến hành tại Bệnh viện YHCT Hà Đông, kết quả tốt khá đạt 88,57% và cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so

với nhóm C (74,28%); BN hết đau ở nhóm NC chiếm 97,14% và thời gian điều trị trung bình là $13,12 \pm 4,15$ ngày [41].

- Năm 2012, Nguyễn Quang Vinh, Đỗ Thị Phương và Lê Thành Xuân với nghiên cứu “Đánh giá tác dụng của phương pháp xoa bóp Shiatsu trong điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm” tiến hành tại Bệnh viện YHCT trung ương, phương pháp có tác dụng làm giảm đau theo thang điểm VAS từ $6,8 \pm 1,2$ ở trước điều trị xuống $3,3 \pm 1,8$ sau 14 ngày, bên cạnh đó phương pháp còn giúp cải thiện tình trạng hội chứng cột sống, hội chứng rễ thần kinh và thang điểm Macnab và sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$) [42].

- Năm (2013), Nguyễn Thị Thu Hà, Lại Thanh Hiền qua đề tài “Tác dụng giảm đau bằng châm cứu kết hợp thủy châm Methylcobal trên bệnh nhân đau thần kinh tọa” được tiến hành tại Bệnh viện YHCT trung ương, có tác dụng giảm đau từ $6,63 \pm 1,13$ điểm trước điều trị xuống còn $2,07 \pm 0,98$ điểm sau điều trị và cao hơn nhóm châm cứu đơn thuần ($p < 0,05$), ngoài ra phương pháp này cũng có tác dụng cải thiện các triệu chứng của hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh, tuy nhiên không có sự khác biệt so với nhóm châm cứu đơn thuần [43].

- Năm (2012), Nghiêm Thị Thu Thủy, Lê Thành Xuân thực hiện đề tài “Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm” tại Bệnh viện Châm cứu trung ương cải thiện tốt các giá trị VAS, Schober, Lasègue, tầm vận động cột sống thắt lưng và chức năng sinh hoạt hàng ngày ($p < 0,05$), Loại Tốt chiếm 80%, loại Khá chiếm 20% không có loại Trung bình và Kém; Trong quá trình nghiên cứu, chưa thấy tác dụng không mong muốn của phương pháp điện trường châm kết hợp với kéo giãn cột sống thắt lưng trên lâm sàng [44].

- Năm (2012), Lê Thị Hoài Anh qua nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vật lý trị liệu” tiến hành tại Bệnh viện YHCT Bộ Công an. Kết quả, tác giả đã đưa ra một số kết luận chính như sau: nhóm NC có 46,7% loại rất tốt, 46,7%

loại tốt và 6,6% loại trung bình, kết quả này cao hơn nhóm C và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phương pháp an toàn, có tác dụng giảm đau và cải thiện các triệu chứng lâm sàng của hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh (Lasegue và Schober) [45].

- Năm (2013), Đinh Đăng Tuệ, Lê Thành Xuân và nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng kết hợp xoa bóp bấm huyệt” tiến hành tại Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả cho thấy, sau 30 ngày điều trị: nhóm NC điểm VAS giảm từ $8,7 \pm 1,8$ xuống còn $2,4 \pm 1,3$, ngoài ra các dấu hiệu như Lasegue, tầm vận động cột sống, chức năng sinh hoạt cũng cải thiện rõ rệt so với trước điều trị và cao hơn nhóm C có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; Phương pháp điều trị thì an toàn và phù hợp với BN [46].

- Năm (2011), Trần Thị Minh Quyên, Nguyễn Nhược Kim và nghiên cứu “Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống” thực hiện tại Bệnh viện YHCT trung ương. Kết quả cho thấy: ở nhóm NC sau 30 ngày điều trị có 21,2% đạt loại rất tốt, 45,5% loại tốt, 24,2% loại trung bình và cao hơn so với nhóm C có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; điện châm kết hợp kéo giãn cột sống cũng có tác dụng cải thiện các triệu chứng của hội chứng cột sống và hội chứng rễ [47].

- Đánh giá đau:

- Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có thể đánh giá dựa vào thang điểm về cường độ đau và mức độ mất chức năng.

1.9 Đánh giá cường độ đau có nhiều thang điểm thường dùng:

Cách đo và lượng giá thang điểm VAS [48]



Hình 2.10. Thước đo thang điểm VAS [49]

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

- Quy ước đánh giá:

Mức 0 điểm : Không đau Mức 1 ÷ 2,5 điểm : Đau nhẹ

Mức > 2,5 ÷ 5 điểm : Đau vừa Trên 5 điểm : Đau nặng

Thang điểm Mankoski cho từ 0 điểm mức không đau đến 10 điểm là đau nặng có thể bất tỉnh.

- Thang điểm McGill Pain đánh giá qua phỏng vấn đau của người bệnh và mô tả các khía cạnh khác biệt của những trải nghiệm đau đớn.

1.10 Đánh giá mức độ mất chức năng có nhiều bản câu hỏi thường dùng:

- Bảng câu hỏi Oswestry Disability Index (ODI) đánh giá qua phỏng vấn 10 mục về các chức năng sinh hoạt bị ảnh hưởng bởi đau thắt lưng.

- Bảng câu hỏi Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS)

- Bảng câu hỏi Roland Morris Questionnaire (RM)

- Đau là hiện tượng chủ quan, phức tạp, đánh giá dựa trên 4 thành phần khác nhau gồm có cảm giác, tình cảm, nhận thức, hành vi ứng xử. Thang điểm VAS đánh giá cường độ đau thể hiện yếu tố cảm giác. Và bảng câu hỏi Oswestry về mức độ mất chức năng phù hợp đánh giá thành phần tình cảm (qua câu hỏi ngủ, thoải mái, khi đi du lịch, sinh hoạt xã hội), nhận thức (mức độ đau xuất hiện, bày tỏ biểu hiện đau), hành vi ứng xử (qua việc đi, đứng, ngồi, tự săn sóc, nâng đồ, công việc nhà). Thang điểm Oswestry được nhiều nghiên cứu viên đánh giá là tiêu chuẩn vàng để đo lường mức độ khuyết tật và ước lượng chất lượng cuộc sống trên NB đau lưng và được tạp chí Spine đánh giá cao. Nghiên cứu tại Phần Lan trên cỡ mẫu 94 cho thấy mối tương quan mạnh giữa bảng câu hỏi Oswestry với thang điểm đau VAS ($r = 0,62$) phù hợp đánh giá trên lâm sàng người bệnh đau thắt lưng.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Chất liệu nghiên cứu :

2.1.1 Công thức huyết nghiên cứu :

- Công thức huyết sử dụng trong nghiên cứu là phác đồ huyết được Bộ Y tế ban hành năm 2013 trong cuốn “Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu” [53].

(Thận du, Đại trường du, Giáp tích (L2 – L3, L3 – L4, L4 – L5, L5 – S1), Trật biên, Hoàn khiêu .)

2.1.2 Phương tiện và dụng cụ nghiên cứu :

- Phương tiện : phòng thủ thuật đạt chuẩn.

- Dụng cụ :

a. Máy điện châm Hàn quốc , moden CWM-202 SENSE plus . Sản xuất năm 2020.



b. Kim châm cứu vô trùng dùng một lần arlo sản xuất năm 2020 của CTY Cổ Phần Khánh Phong Việt Nam

- Loại 0,3*25 mm và 0,35*150 mm .



c. Khay inox, kẹp có mẫu, bông gạc vô trùng, cồn iod, băng dính, găng tay vô trùng, hộp chống shock.



2.2 Đối tượng nghiên cứu :

2.2.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân :

a. Theo YHHĐ:

- Bao gồm 60 bệnh nhân được BV YHCT TP.HCM chẩn đoán đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. (có MRI) Thời gian từ tháng 2/2020 đến tháng 10/2020.

- Tuổi từ 18 đến 80.

- Không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, mức độ bệnh.

- Nghiên cứu trên bệnh nhân đau TKT do TVĐĐ.

- Bệnh nhân bị bệnh trên 7 ngày.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ nguyên tắc điều trị.

- Không sử dụng thuốc giảm đau chống viêm hoặc đã dùng thuốc giảm đau chống viêm 12 ngày trước nghiên cứu.

b. Theo YHCT:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là yếu cơ thống thể huyết ú (Huyết ú đơn thuần và Huyết ú trên bệnh nhân Can thận âm hư):

- Vọng chẩn: Cột sống thắt lưng mất đường cong sinh lý, chất lưỡi hơi tím, rêu lưỡi mỏng.

- Văn chẩn: Tiếng nói to, rõ, hơi thở bình thường.

- Vấn chân: Đau nhói như kim châm ở vùng thắt lưng, có thể lan xuống hông và chân, không đi lại được hoặc khó khăn. Đau tăng khi ho, hắt hơi, đại tiện hoặc đi lại vận động. Nằm trên giường cứng, co chân thì đỡ đau. Ăn ngủ kém, đại tiểu tiện bình thường.

- Thiết chân:

- Xúc chân: Khối cơ cạnh cột sống thắt lưng co cứng, ấn đau.

- Mạch chân: Mạch nhu sáp.

2.2.2 Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu :

a. Theo YHHD:

- Các thể TVĐĐ có chỉ định phẫu thuật. (không đáp ứng điều trị nội khoa 3-6 tháng, chèn ép chùm đuôi ngựa gây rối loạn tiêu tiêu , teo cơ, yếu liệt chi dưới...)

- Thoát vị đĩa đệm CSTL có kèm theo nhiễm trùng toàn thân, bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, xơ gan, suy thận...

- Bệnh nhân bị đau thần kinh tọa do các nguyên nhân: Viêm cột sống dính khớp, lao cột sống, ung thư, xẹp thân đốt sống...

- Bệnh nhân không tuân thủ quy định điều trị, tự dùng thuốc hoặc bỏ điều trị 2 ngày trở lên.

b. Theo YHCT:

- Thể can thận âm hư đơn thuần.

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu :

- Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 2 năm 2020 đến hết tháng 9 năm 2020. Thời gian thu thập bệnh nhân từ tháng 3 năm 2020 đến hết tháng 8 năm 2020 tại Bệnh viện YHCT TP.HCM .

Phương pháp nghiên cứu :

- Phương pháp nghiên cứu tiến cứu , thử nghiệm lâm sàng mở có nhóm đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

2.2.3 Chọn mẫu và cỡ mẫu :

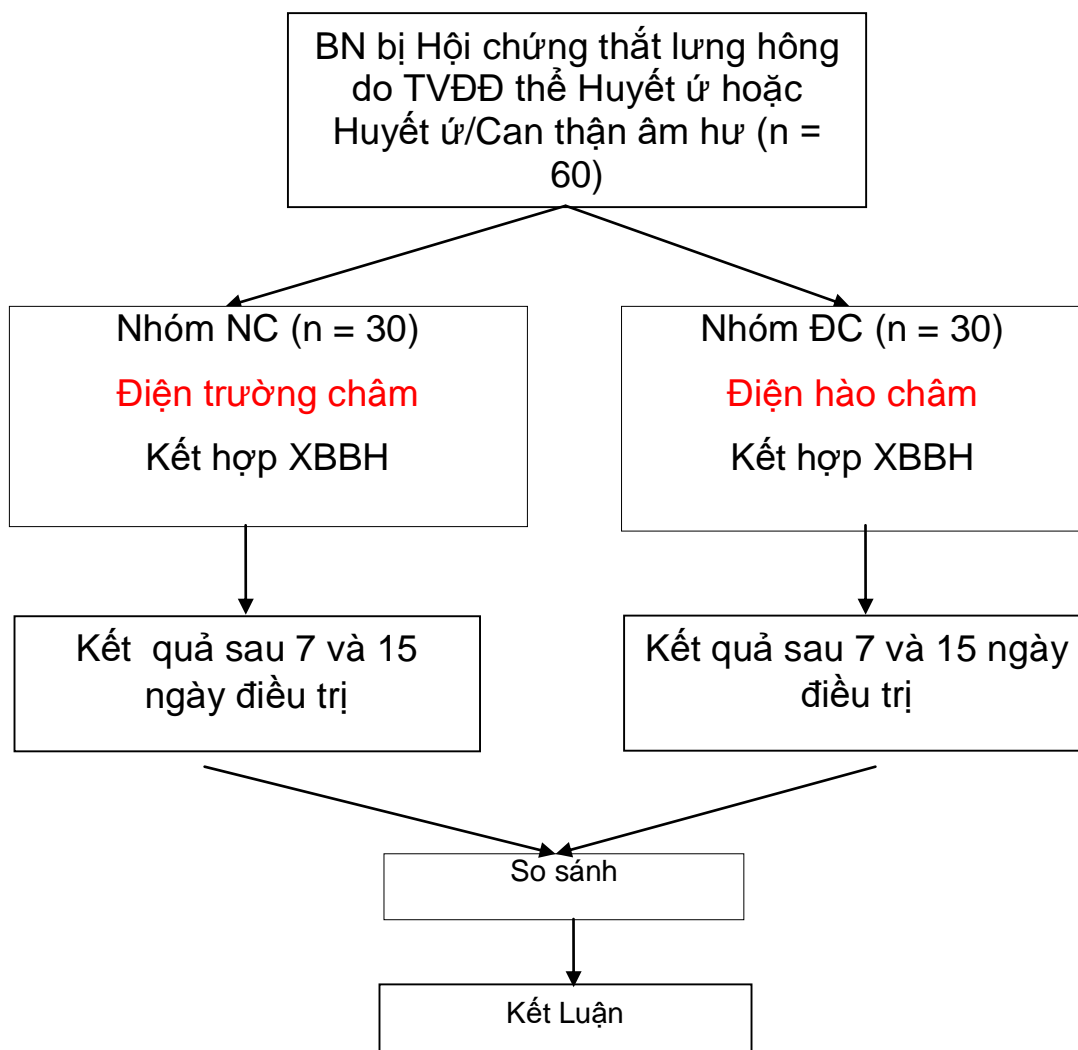
2.2.3.1 Chọn mẫu:

- Mẫu nghiên cứu là bệnh nhân được Bệnh Viện YHCT TP.HCM chẩn đoán đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm được điều trị nội trú, có MRI . (Dựa trên tiêu chí mục 2.2 Đối tượng nghiên cứu)

2.2.3.2 Cỡ mẫu :

- Theo các nghiên cứu về đau thần kinh tọa được điều trị bằng Y Học Cổ Truyền và kinh nghiệm lâm sàng chọn 60 bệnh nhân khoa nội trú phù hợp với tiêu chuẩn nhận bệnh , chia làm 2 nhóm tương đồng . (60 bệnh nhân là cỡ mẫu tối thiểu theo phương pháp chọn cỡ mẫu có chủ đích)

2.2.4 Quy trình nghiên cứu :



2.2.5 Các chỉ số nghiên cứu :

2.2.5.1 Các chỉ số trước điều trị : (N₀)

- Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh của bệnh nhân.
- Kiểu thoát vị (đơn tầng, đa tầng)
- Mức độ TVĐĐ dựa vào dấu hiệu lâm sàng của nghiệm pháp tay đất, Schober, Lasegue.
- Phân bố theo thể lâm sàng YHCT (Huyết ú và Huyết ú/Can thận hư).
- Các chỉ số đau (Vas), nghiệm pháp tay đất, Schober, Lasègue, tầm vận động cột sống thắt lưng (gấp, duỗi), các hoạt động chức năng hàng ngày.
- Các chỉ số mạch, huyết áp.
- Chỉ số huyết học : hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu.
- Chỉ số sinh hóa : ure, creatinin, GOT, GPT.
- Định lượng Morphin nội sinh (Beta endorphin)

2.2.5.2 Các chỉ số sau điều trị :

- Đánh giá sau 7 ngày điều trị (N₇) và sau 15 ngày điều trị (N₁₅), so sánh trước sau và giữa hai nhóm:
- Đánh giá sự cải thiện mức độ đau sau 7 và 15 ngày điều trị (được đánh giá theo thang điểm VAS).
- Nghiệm pháp tay đất sau 7 và 15 ngày điều trị.
- Độ giãn cột sống thắt lưng (Schober) sau 7 và 15 ngày điều trị.
- Mức độ chèn ép rễ thần kinh (Lasègue) sau 7 và 15 ngày điều trị.
- Tầm vận động cột sống thắt lưng (gấp, duỗi) sau 7 và 15 ngày điều trị.
- Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 7 và 15 ngày điều trị.
- Kết quả điều trị chung sau 7 và 15 ngày điều trị.
- Kết quả điều trị của hai thể YHCT sau 7 và 15 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu.
- Chỉ số : Mạch, huyết áp, huyết học, sinh hóa sau 15 ngày điều trị.

- Đo điện cơ .
- Định lượng Morphin nội sinh (Beta endorphin)
- MRI 30% sau điều trị .

2.2.5.3 Các tác dụng không mong muốn :

- Hoa mắt chóng mặt - Áp xe
- Đau rát tại huyết - Căng cứng cơ.
- Buồn nôn, nôn. - Sung nề vùng châm
- Tụ máu

2.2.6 Công cụ thu thập số liệu :

Cách đánh giá từng chỉ tiêu cụ thể như sau:

a. Tình trạng đau của thắt lưng và thần kinh hông to:

Cách đo và lượng giá thang điểm VAS [49]



Hình 2.10. Thước đo thang điểm VAS [54]

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

- Quy ước đánh giá:

Mức 0 điểm : Không đau Mức 1 ÷ 2,5 điểm : Đau nhẹ
Mức > 2,5 ÷ 5 điểm : Đau vừa Trên 5 điểm : Đau nặng

- Đánh giá kết quả điều trị:

Không đau = 4 điểm (tốt) Đau nhẹ = 3 điểm (khá)
Đau vừa = 2 điểm (trung bình) Đau nặng = 1 điểm (kém)

- Kết quả được xác định bằng trị số trung bình điểm thực của bệnh nhân.

b. Đo độ giãn cột sống thắt lưng (Nghiệm pháp Schober)

- Cách đo: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60^0 , đánh dấu ở bờ trên đốt sống S_1 đo lên trên 10cm và đánh dấu ở đó, cho bệnh nhân cúi tối đa đo lại khoảng cách giữa 2 điểm đã đánh dấu, ở người bình thường khoảng cách đó là $14/10\text{cm} \div 16/10\text{cm}$.

- Cách đánh giá:

Tốt (4 điểm)	: $\geq 14/10\text{cm}$	($d \geq 4\text{cm}$)
Khá (3 điểm)	: $\geq 13,5/10\text{cm}$	($3,5\text{cm} \leq d < 4\text{cm}$)
Trung bình (2 điểm)	: $\geq 13/10\text{cm}$	($3\text{cm} \leq d < 3,5\text{cm}$)
Kém(1 điểm)	: $< 13/10\text{cm}$	($d < 3\text{cm}$)

c. Nghiệm pháp tay đất:

Cách đánh giá:

Tốt (4 điểm)	: $d \leq 10\text{cm}$
Khá (3 điểm)	: $10\text{cm} < d \leq 20\text{cm}$
Trung bình (2 điểm)	: $20\text{cm} < d \leq 30\text{cm}$
Kém (1 điểm)	: $> 30\text{cm}$

d. Nghiệm pháp Lassègue:

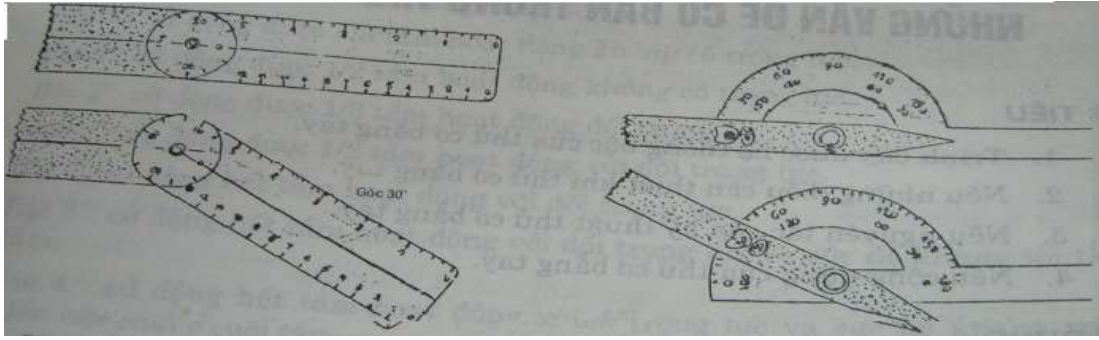
- Cách đo: bệnh nhân nằm ngửa, duỗi thẳng chân, thầy thuốc nâng cổ chân và giữ gối cho chân thẳng, người bệnh thấy đau ở mông và mặt sau đùi, Lassègue (+) khi góc đo $< 60^0$.

- Cách đánh giá:

Tốt	: 4 điểm $\geq 75^0$	Khá:	3 điểm $\geq 65^0$
Trung bình:	2 điểm $\geq 55^0$	Kém:	1 điểm $< 55^0$

e. Tâm vận động cột sống thắt lưng:

- Cách đo: sử dụng thước đo tâm vận động cột sống thắt lưng.



Hình 2.11. Thước đo tâm vận động khớp [55].

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60° , yêu cầu bệnh nhân làm các động tác vận động cột sống: cúi (gập), ngửa (duỗi), nghiêng, xoay, ở đây chúng tôi đánh giá 2 chỉ số chính là gập và duỗi cột sống.

- Cách đánh giá [2][4]:

+Gập: bình thường trên 110°

4 điểm (tốt) $\geq 70^{\circ}$

3 điểm (khá) $\geq 60^{\circ}$

2 điểm (trung bình) $\geq 40^{\circ}$

1 điểm (kém) $< 40^{\circ}$.

+Duỗi: bình thường trên 35°

4 điểm (tốt) $\geq 25^{\circ}$

2 điểm (trung bình) $\geq 15^{\circ}$

3 điểm (khá) $\geq 20^{\circ}$

1 điểm (kém) $< 15^{\circ}$

f. Các chức năng sinh hoạt hàng ngày:

Lựa chọn 4 trong số 10 câu hỏi của George E Ehrlich trong bộ câu hỏi "OSWESTRY LOW BACK PAIN DISABILITY QUESTIONAIRE" để đánh giá sự cải thiện mức độ linh hoạt và hoạt động của CSTL trong sinh hoạt hàng ngày.

- Đánh giá 4 hoạt động: (xem chi tiết ở phần phụ lục 3).

1. Chăm sóc cá nhân

3. Đi bộ

2. Nhấc vật nặng

4. Ngồi

Mỗi câu hỏi có số điểm từ 0 đến 5, như vậy tổng số điểm của 4 hoạt động là từ 0 đến 20 điểm, điểm càng cao thì chức năng sinh hoạt hàng ngày càng kém.

- Cách đánh giá như sau:

Điểm quy đổi	Mức độ	Tổng điểm 4 hoạt động
4 điểm	Tốt	0 – 4
3 điểm	Khá	5 – 8
2 điểm	Trung bình	9 – 12
1 điểm	Kém	> 12

g. Đánh giá hiệu quả điều trị chung:

Dựa vào tổng số điểm của 7 chỉ số đánh giá. Mỗi chỉ số có điểm từ 1 đến 4 điểm, cách phân loại: [44].

Tốt	: 23-28 điểm	Khá	: 18-22 điểm
Trung bình	: 13-17 điểm	Kém	: 7-12 điểm

2.2.7 Kỹ thuật tiến hành :

2.2.7.1 Quy trình xoa bóp bấm huyệt vùng thắt lưng [34]

- Xem Chương I : Tổng quan tài liệu , phần 1.6.3

2.2.7.2 Quy trình điện trường châm :

- Xem Chương I: Tổng quan tài liệu , phần 1.4.2

2.2.7.3 Quy trình hào châm :

- Sử dụng công thức huyệt như nhóm nghiên cứu với kim châm cứu 5 cm.
- Châm tả các huyệt: Thận du, Đại trường du, Giáp tích (L1 – L2, L2 – L3, L3 – L4, L4 – L5, L5 – S1), Trật biên, Hoàn khiêu.
- Thủ pháp châm : bước chuẩn bị cũng giống nhóm nghiên cứu, chỉ khác là châm từng huyệt, hướng kim vuông góc với mặt da.
- Kỹ thuật kích thích xung điện giống nhóm nghiên cứu.

2.3 Phương pháp xử lý số liệu :

Số liệu sau thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Thuật toán được sử dụng gồm: tính tỷ lệ phần trăm (%); kiểm định khi bình phương, TTest, với độ tin cậy 95%, xác định mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4 Đạo đức nghiên cứu :

- Đề tài được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam thông qua.

- Đề tài được thực hiện với một mục đích duy nhất là đánh giá một phương pháp điều trị bệnh hiệu quả cho bệnh nhân.

- Bệnh nhân được miễn phí hoàn toàn khi tham gia nghiên cứu, được phép rút khỏi nghiên cứu, được bồi thường mọi chi phí nếu xảy ra biến chứng trong nghiên cứu, được thông báo và giữ bí mật về kết quả nghiên cứu.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

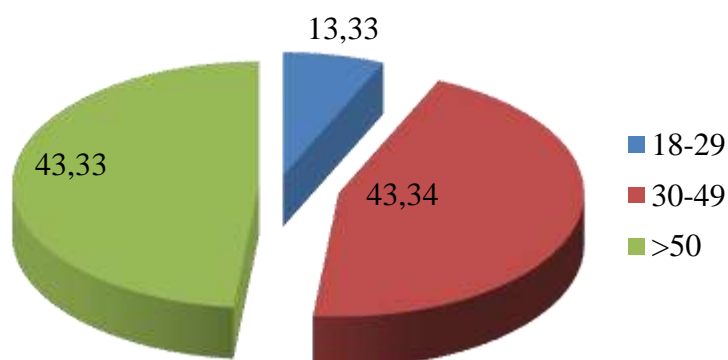
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm Tuổi	Nhóm ĐC(1) (n ₁ = 30)		Nhóm NC(2) (n ₂ = 30)	
	n	%	n	%
18-29	5	16,67	4	13,33
30-49	12	40,00	13	43,33
> 50	13	43,33	13	43,34
Tổng	30	100	30	100
$\bar{X} \pm SD$	45,50 \pm 12,52		43,39 \pm 14,53	
p(1-2)	p > 0,05			

Biểu đồ 3.1. Phân bố theo tuổi chung của 2 nhóm



Nhận xét:

Kết quả nghiên cứu ở Biểu đồ 3.1 cho thấy:

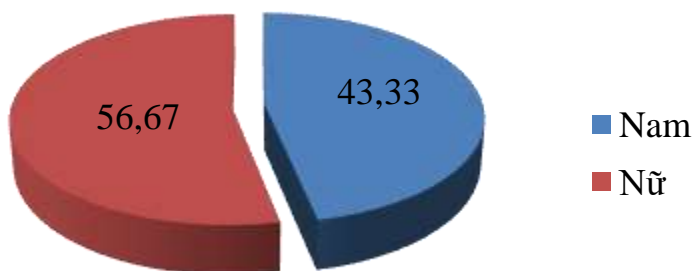
Độ tuổi trung bình của nhóm ĐC là $45,50 \pm 12,52$; nhóm NC là $43,39 \pm 14,5$

Ta nhận thấy đa phần tập trung ở lứa tuổi trên 30. Không có sự khác biệt về đặc điểm nhóm tuổi giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhóm Giới	Nhóm ĐC(1) ($n_1 = 30$)		Nhóm NC(2) ($n_2 = 30$)	
	n	%	n	%
Nam	13	43,33	13	43,33
Nữ	17	56,67	17	56,67
p(1-2)	p>0,05			



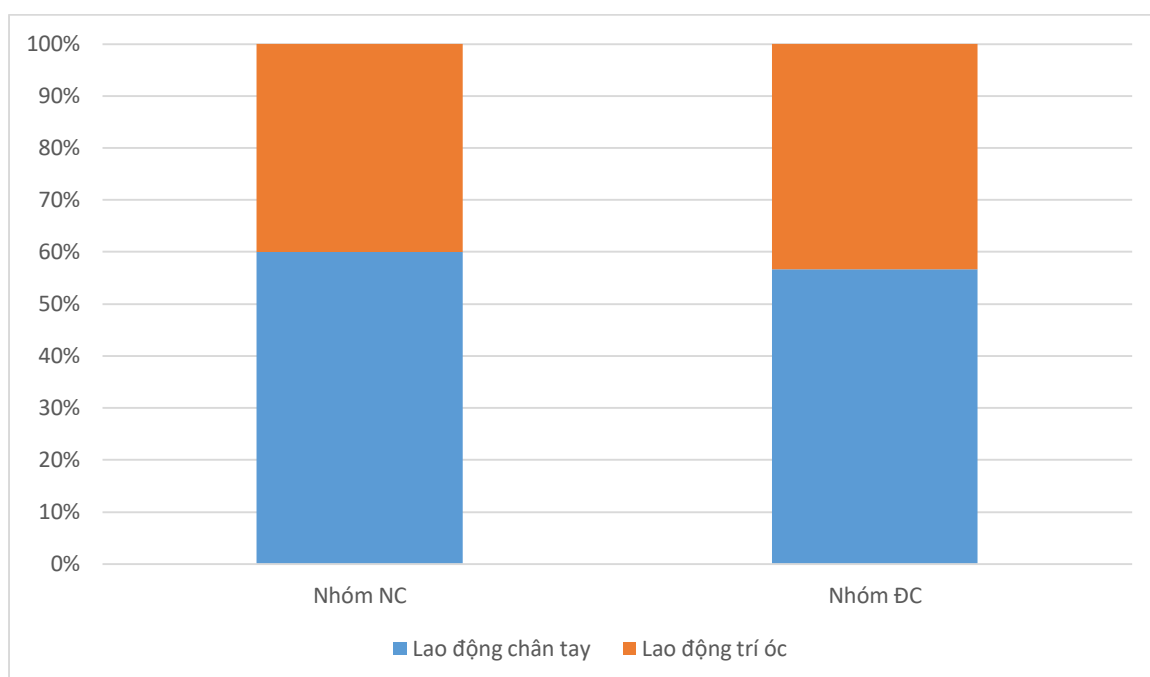
Biểu đồ 3.2. Phân bố theo giới chung của 2 nhóm

Nhận xét: Thấy rằng ở nhóm nghiên cứu và đối chứng tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam ($56,67\% > 43,33\%$), tỷ lệ nam/nữ chung của 2 nhóm là 1/1,14 chứng tỏ bệnh hay mắc ở nữ giới hơn nam giới, tuy nhiên phân bố về giới đồng nhất ở cả 2 nhóm với ($p > 0,05$).

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm ĐC (1) (n ₁ = 30)		Nhóm NC(2) (n ₂ = 30)	
	n	%	n	%
Lao động chân tay	17	56,67	18	60,00
Lao động trí óc	13	43,33	12	40,00
p(1-2)	>0,05			



Biểu đồ 3.3. Phân bố theo nghề nghiệp chung của 2 nhóm

Nhận xét: Nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn tỷ lệ lao động trí óc.

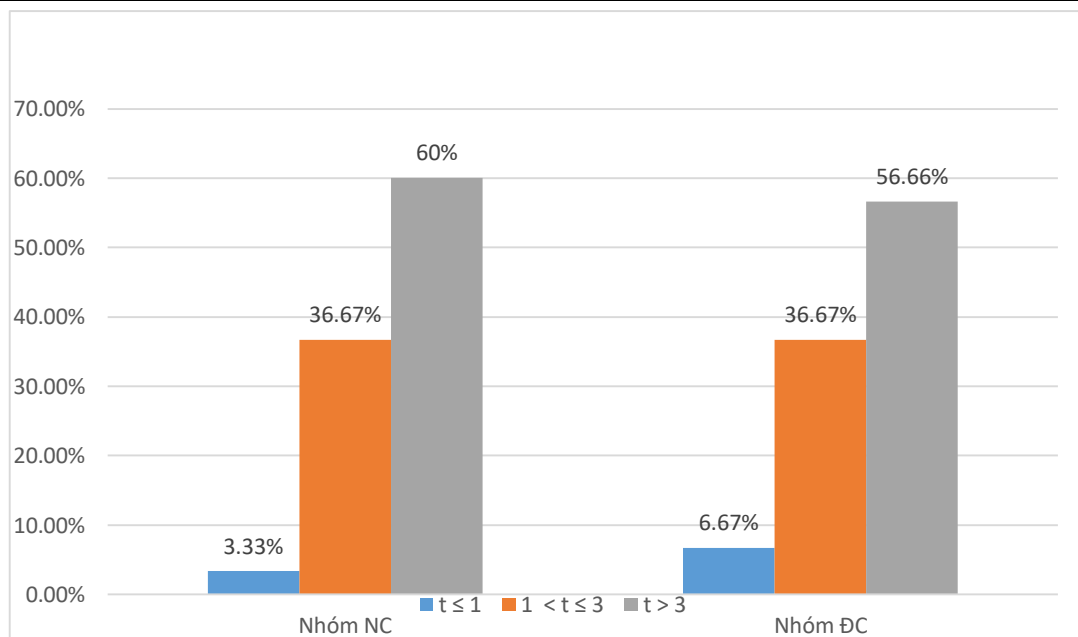
Ở nhóm đối chứng 56,67% nhóm lao động chân tay và 43,33% nhóm lao động trí óc. Ở nhóm nghiên cứu Lao động chân tay là 60,00% và 40,00% Lao

động trí óc. Giữa hai nhóm, sự khác biệt về nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Nhóm Thời gian mắc bệnh	Nhóm ĐC (1) ($n_1 = 30$)		Nhóm NC(2) ($n_2 = 30$)	
	n	%	n	%
$t \leq 1$ tháng	1	3,33	2	6,67
1 tháng < $t \leq 3$ tháng	11	36,67	11	36,67
$t > 3$ tháng	18	60,00	17	56,66
Tổng số	30	100,0	30	100,0
		%		%
$p(1-2)$	$p > 0,05$			



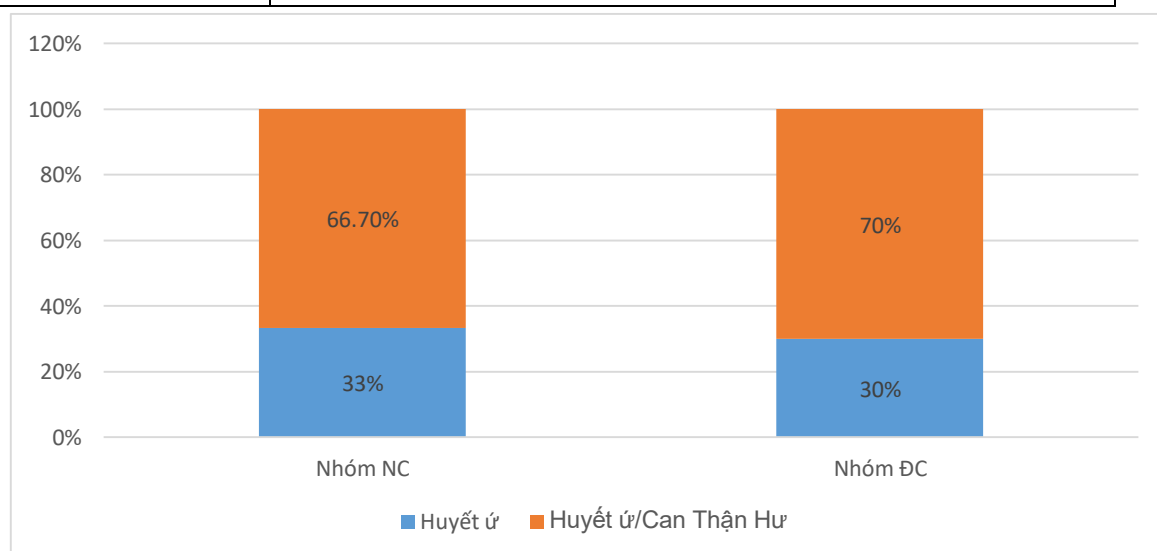
Biểu đồ 3.4. Phân bố theo thời gian mắc bệnh chung của 2 nhóm

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh ở nhóm đối chứng < 1 tháng là 3,33%, 1-3 tháng là 36,67% và >3 tháng là 60,00%. Ở nhóm nghiên cứu thời gian đau < 1 tháng là 6,67%, 1-3 tháng là 36,67% và >3 tháng là 56,66%. Sự khác biệt về thời gian đau giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo thể YHCT

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo thể YHCT

Nhóm Thể YHCT	Nhóm ĐC(1) ($n_1 = 30$)		Nhóm NC(2) ($n_2 = 30$)	
	n	%	n	%
Huyết ứ	9	30%	10	33,3%
Huyết ứ/Can thận hư	21	70%	20	66,7%
Tổng	30	100%	30	100%
p(1-2))	$p > 0,05$			



Biểu đồ 3.5. Phân bố theo thể YHCT chung của 2 nhóm

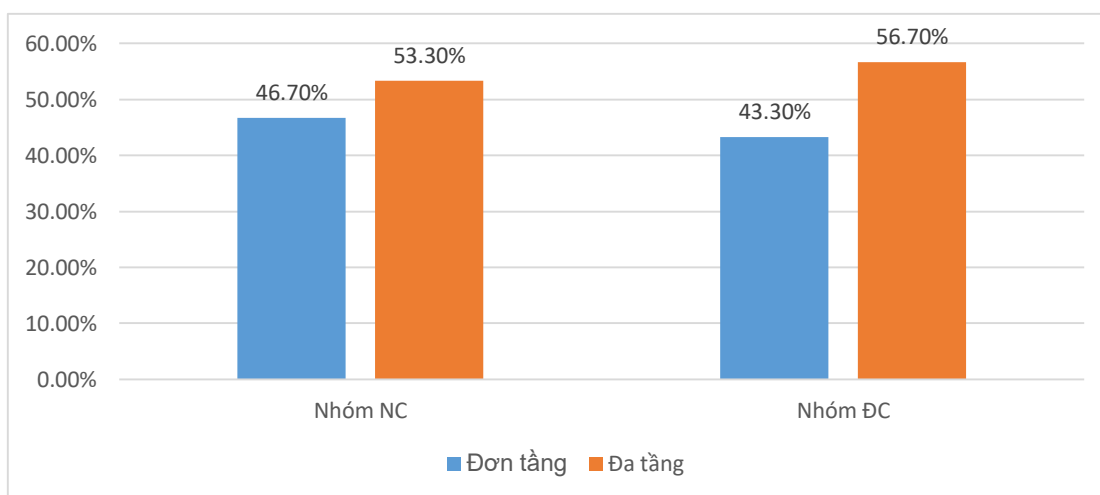
Nhận xét: Qua biểu đồ cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thể Huyết ú/Can thận hư chiếm cao hơn hẳn bệnh nhân thể Huyết ú đơn thuần ở cả 2 nhóm.

Không có sự khác biệt về 2 thể bệnh giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu với ($p > 0,05$).

3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo kiểu thoát vị

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo kiểu thoát vị

Nhóm Kiểu thoát vị	Nhóm ĐC(1) ($n_1 = 30$)		Nhóm NC(2) ($n_2 = 30$)	
	n	%	n	%
Đơn tầng	13	43,3%	14	46,7%
Đa tầng	17	56,7%	16	53,3%
Tổng	30	100%	30	100%
$p(1-2) > 0,05$				



Biểu đồ 3.6. Phân bố theo kiểu thoát vị chung của 2 nhóm

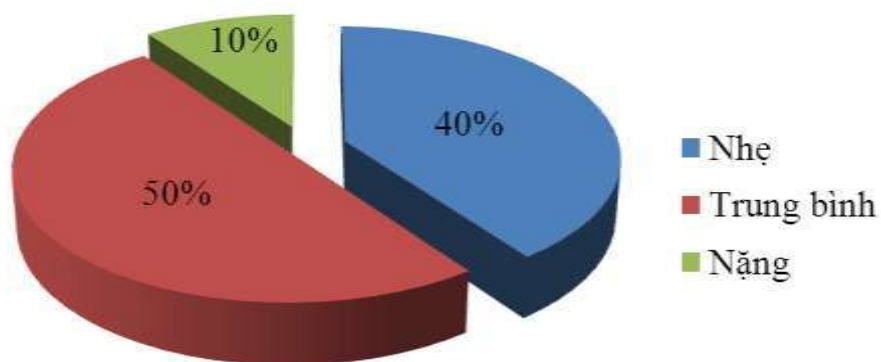
Nhận xét: Bệnh nhân bị thoát vị đa tầng chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân bị thoát vị đơn tầng ở cả 2 nhóm lần lượt là 56,7% và 53,3%

Không có sự khác biệt về kiểu thoát vị đĩa đệm giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu với ($p > 0,05$).

3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo mức độ bệnh

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo mức độ bệnh

Nhóm \ Mức độ bệnh	Nhóm NC(1) ($n_1 = 30$)		Nhóm ĐC(2) ($n_2 = 30$)	
	n	%	n	%
Nhẹ	12	40%	12	40%
Trung bình	15	50%	15	50%
Nặng	3	10%	3	10%
Tổng	30	100%	30	100%
p (1-2) = 1 > 0,05				



Biểu đồ 3.7. Phân bố theo mức độ bệnh chung của 2 nhóm

Nhận xét: Phân bố đều giữa 2 nhóm tỷ lệ nhẹ : trung bình : nặng = 40% : 50% : 60% (chọn ghép cặp). Sự phân bố theo mức độ bệnh giữa 2 nhóm hoàn toàn tương đồng.

3.1.8. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị của 2 nhóm

Bảng 3.8. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị

Nhóm	Nhóm ĐC(2) (n = 30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm NC(1) (n = 30) $\bar{X} \pm SD$	p1-2
Chỉ số TĐT			
VAS (điểm)	3,83 ± 1,77	3,86 ± 1,61	p > 0,05
NP tay đất (cm)	22,90 ± 6,21	22,06 ± 7,31	p > 0,05
Schober (cm)	3,23 ± 0,44	3,28 ± 0,43	p > 0,05
Lasègue (độ)	59,76 ± 8,07	61,43 ± 8,77	p > 0,05
Gấp (độ)	53,26 ± 10,78	53,56 ± 11,85	p > 0,05
Duỗi (độ)	20,16 ± 2,49	19,96 ± 2,48	p > 0,05
Oswestry (điểm)	9,33 ± 2,77	9,00 ± 3,29	p > 0,05

Nhận xét: Các chỉ số lâm sàng của 2 nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu là tương đồng, không có sự khác biệt với (p > 0,05).

3.1.9. Các chỉ số mạch, huyết áp của 2 nhóm trước điều trị

Bảng 3.9. Các chỉ số mạch, huyết áp của 2 nhóm trước điều trị

Nhóm	Nhóm ĐC(1) (n = 30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm NC(2) (n = 30) $\bar{X} \pm SD$	p1-2
Chỉ số			

Huyết áp tâm thu (mmHg)	126,34 ± 14,58	125,87 ± 13,35	p > 0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	78,72 ± 9,98	77,91 ± 10,26	p > 0,05
Mạch (lần/phút)	80,28 ± 5,34	81,16 ± 4,28	p > 0,05

Nhận xét: Mạch và huyết áp trong giới hạn sinh lý, không có sự khác biệt về các chỉ số huyết áp và mạch trung bình giữa 2 nhóm với p>0,05, chứng tỏ 2 nhóm có sự tương đồng về huyết áp và mạch.

3.1.10. Các chỉ số huyết học và sinh hóa của 2 nhóm trước điều trị

Bảng 3.10. Các chỉ số huyết học và sinh hóa của 2 nhóm trước điều trị

Nhóm Chỉ số	Nhóm ĐC (n1=30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm NC (n2=30) $\bar{X} \pm SD$	p1-2
Hồng cầu (T/L)	27,16 ± 2,82	26,73 ± 2,71	> 0,05
Bạch cầu (G/L)	37,86 ± 4,67	37,56 ± 4,81	> 0,05
Tiểu cầu (G/L)	30,56 ± 4,26	31,03 ± 4,32	> 0,05
Ure (μmol/l)	32,10 ± 3,75	32,23 ± 3,34	> 0,05
Creatinin (μmol/l)	42,83 ± 5,31	43,03 ± 5,07	> 0,05
GOT (UI/L)	43,23 ± 6,20	43,16 ± 6,42	> 0,05
GPT (UI/L)	22,15 ± 6,88	20,79 ± 7,04	> 0,05

Nhận xét: Chỉ số huyết học và sinh hóa trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt về các chỉ số huyết học và sinh hóa trung bình giữa 2 nhóm, chứng tỏ 2 nhóm có sự tương đồng về các chỉ số huyết học và sinh hóa.

3.2. Kết quả nghiên cứu:

3.2.1. Sự cải thiện thang điểm Vas của 2 nhóm sau 7 và 15 ngày điều trị

Bảng 3.11. Sự cải thiện thang điểm Vas của 2 nhóm sau 7 ngày điều trị

Nhóm Vas	NhómĐC(n = 30)		p1-2	NhómNC(n = 30)		p3-4
	N0	N7		N0	N7	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
Trung bình (điểm)	3,83 ± 1,77	3,04 ± 1,53	p<0,01	3,86 ± 1,61	2,65 ± 1,43	p < 0,01
Độ lệch (điểm)	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		
	0,79 ± 0,43			1,21 ± 0,50		
pA-B	p < 0,05					

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị các chỉ số Vas trung bình của 2 nhóm đều được cải thiện với ($p < 0,01$).

Độ lệch của nhóm nghiên cứu là $1,21 \pm 0,50$ cao hơn độ lệch của nhóm chứng là $0,79 \pm 0,43$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Chúng tỏ sự cải thiện triệu chứng đau của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng.

Bảng 3.12. Sự cải thiện thang điểm Vas của 2 nhóm sau 15 ngày điều trị

Nhóm Vas	NhómĐC(n = 30)		p1-2	NhómNC(n = 30)		p3-4
	N0	N15		N0	N15	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
Trung bình (điểm)	3,83 ± 1,77	1,72 ± 1,49	p < 0,01	3,86 ± 1,61	1,03 ± 1,14	p < 0,01
Độ lệch	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		

(điểm)	2,12 ± 0,66		2,83 ± 0,80	
pA-B	p < 0,01			

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị chỉ số Vas trung bình của 2 nhóm tiếp tục được cải thiện hơn nữa với ($p < 0,01$).

Độ lệch của nhóm nghiên cứu là $2,83 \pm 0,08$ cao hơn nhiều so với độ lệch nhóm đối chứng là $2,12 \pm 0,66$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$). Chứng tỏ hiệu quả giảm triệu chứng đau của nhóm nghiên cứu sau 15 ngày điều trị rõ rệt hơn hẳn so với nhóm đối chứng.

3.2.2. Sự cải thiện về hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh sau 7 và 15 ngày điều trị

3.2.2.1. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp tay đất sau 7 và 15 ngày ĐT

Bảng 3.13. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp tay đất sau 7 ngày điều trị

Nhóm NP tay đất	Nhóm ĐC (n = 30)		p1-2	Nhóm NC (n = 30)		p3-4
	N0	N7		N0	N7	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
Trung bình (cm)	22,90 ± 6,21	19,33 ± 6,13	p < 0,01	22,06 ± 7,31	18,40 ± 6,75	p < 0,01
Độ lệch (cm)	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		
	3,56 ± 0,93			3,67 ± 1,18		
pA-B	p > 0,05					

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị chỉ số nghiệm pháp tay đất trung bình nhóm nghiên cứu giảm từ $22,06 \pm 7,31$ xuống $18,40 \pm 6,75$; nhóm đối chứng giảm từ $22,90 \pm 6,21$ xuống $19,33 \pm 6,13$ đều có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Độ lệch chỉ số nghiệm pháp tay đất sau 7 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có sự khác biệt với có ý ($p > 0,05$). Điều này chứng tỏ sau 7 ngày điều trị thì chỉ số nghiệm pháp tay đất của 2 nhóm được cải thiện là như nhau.

Bảng 3.14. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp tay đất sau 15 ngày điều trị

Nhóm NP tay đất	Nhóm ĐC (n = 30)		p1-2	Nhóm NC (n = 30)		p3-4
	N0	N15		N0	N15	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
Trung bình (cm)	22,90 ± 6,21	16,23 ± 6,25	p < 0,01	22,06 ± 7,31	12,80 ± 5,81	p < 0,01
Độ lệch (cm)	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		
	6,66 ± 1,56			9,26 ± 2,25		
pA-B	p < 0,01					

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị thì chỉ số nghiệm pháp tay đất trung bình của 2 nhóm đều giảm hơn sau 7 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Độ lệch sau 15 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu là $9,26 \pm 2,25$ cao hơn độ lệch nhóm đối chứng là $6,66 \pm 1,56$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$). Chứng tỏ sau 15 ngày điều trị thì chỉ số nghiệm pháp tay đất của nhóm nghiên cứu được cải thiện tốt hơn nhóm chứng.

3.2.2.2. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Schober sau 7 và 15 ngày điều trị

Bảng 3.15. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Schober sau 7 ngày điều trị

Nhóm NP Schober	NhómĐC(n = 30)		p1-2	NhómNC(n = 30)		p3-4
	N0	N7		N0	N7	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
Trung bình (cm)	3,23 ± 0,44	3,53 ± 0,42	p < 0,01	3,28 ± 0,43	3,62 ± 0,41	p < 0,01
Độ lệch (cm)	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		
	0,30 ± 0,10			0,33 ± 0,09		
pA-B	p > 0,05					

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị thì chỉ số trung bình nghiệm pháp Schober của 2 nhóm đều tăng; nhóm nghiên cứu từ $3,28 \pm 0,43$ lên $3,62 \pm 0,41$ và nhóm chứng từ $3,23 \pm 0,44$ lên $3,53 \pm 0,42$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Độ lệch của nhóm nghiên cứu là $0,33 \pm 0,09$ cao hơn độ lệch của nhóm đối chứng là $0,30 \pm 0,10$ không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$). Điều này chứng tỏ sau 7 ngày điều trị thì sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Schober của 2 nhóm đều tốt như nhau.

Bảng 3.16. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Schober sau 15 ngày điều trị

Nhóm	NhómĐC(n = 30)		p1-2	NhómNC(n = 30)		p3-4
	N0	N15		N0	N15	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
NP Schober						
Trung bình (cm)	3,23 ± 0,44	3,86 ± 0,42	p < 0,01	3,28 ± 0,43	4,06 ± 0,39	p < 0,01
Độ lệch (cm)	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		
	0,63 ± 0,18			0,77 ± 0,17		
pA-B	p < 0,01					

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị thì chỉ số trung bình của nghiệm pháp Schober 2 nhóm tiếp tục tăng; nhóm nghiên cứu tăng lên $4,06 \pm 0,39$ và nhóm chứng tăng lên $3,86 \pm 0,42$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Độ lệch của nhóm nghiên cứu là $0,77 \pm 0,17$ cao hơn độ lệch nhóm đối chứng là $0,63 \pm 0,18$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$). Điều này chứng tỏ sau 15 ngày điều trị thì sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Schober của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng.

3.2.2.3. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Lasegue sau 7 và 15 ngày điều trị

Bảng 3.17. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Lasegue sau 7 ngày điều trị

Nhóm	NhómĐC(n = 30)		p1-2	NhómNC(n = 30)		p3-4
	N0	N7		N0	N7	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
NP Lasegue						
Trung bình (độ)	59,76 ± 8,07	65,26 ± 8,17	p < 0,01	61,43 ± 8,78	66,66 ± 8,70	p < 0,01
Độ lệch (độ)	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		
	5,50 ± 1,67			5,23 ± 1,43		
pA-B	p > 0,05					

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị nhận thấy chỉ số trung bình nghiệm pháp Lasegue của 2 nhóm đều được cải thiện. Nhóm nghiên cứu từ 61,43 ± 8,78 lên 66,66 ± 8,70 và nhóm đối chứng từ 59,76 ± 8,07 lên 65,26 ± 8,17 có ý nghĩa thống kê với (p < 0,01).

Độ lệch của nhóm nghiên cứu là 5,23 ± 1,43 và của nhóm đối chứng là 5,50±1,67 khác nhau không có ý nghĩa thống kê với (p > 0,05). Điều này chứng tỏ sau 7 ngày điều trị thì sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Lasegue của 2 nhóm là như nhau.

Bảng 3.18. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Lasegue sau 15 ngày điều trị

Nhóm NP Lasegue	Nhóm ĐC (n = 30)		p1-2	Nhóm NC (n = 30)		p3-4
	N0	N15		N0	N15	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
Trung bình (độ)	59,76 8,07	±69,80 7,51	p<0,01	61,43 8,78	±74,63 8,93	p < 0,01
Độ lệch (độ)	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		
	10,03 ± 2,32			13,20 ± 3,06		
pA-B	p < 0,01					

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị nhận thấy chỉ số nghiệm pháp Lasegue của 2 nhóm tiếp tục cải thiện hơn. Nhóm nghiên cứu tiếp tục tăng lên $74,63 \pm 8,93$ và nhóm đối chứng tiếp tục tăng lên $69,80 \pm 7,51$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Độ lệch của nhóm nghiên cứu là $13,20 \pm 3,06$ cao hơn độ lệch của nhóm đối chứng là $10,03 \pm 2,32$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$). Chứng tỏ sau 15 ngày điều trị thì mức độ cải thiện chỉ số nghiệm pháp Lasegue của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng.

3.2.3. Sự cải thiện tâm vận động cột sống thắt lưng sau 7 và 15 ngày điều trị

3.2.3.1. Sự cải thiện chỉ số Gấp sau 7 và 15 ngày điều trị

Bảng 3.19. Sự cải thiện chỉ số Gấp sau 7 ngày điều trị

Nhóm Gấp	Nhóm ĐC (n = 30)			p1-2	NhómNC(n = 30)			p3-4
	N0	N7			N0	N7		
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$			$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
	1	2			3	4		
Trung bình (độ)	53,26 10,78	±59,96 11,84	±p 0,01	<	53,56 11,85	±59,90 12,37	±p 0,01	<
Độ lệch (độ)	$\bar{X} \pm SD$ (A)				$\bar{X} \pm SD$ (B)			
	6,70 ± 2,76				6,33 ± 2,21			
pA-B	p > 0,05							

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị ta nhận thấy rằng chỉ số Gấp trung bình của 2 nhóm đều được cải thiện. Nhóm nghiên cứu từ $53,56 \pm 11,85$ lên $59,90 \pm 12,37$ và nhóm đối chứng từ $53,26 \pm 10,78$ lên $59,96 \pm 11,84$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Độ lệch của nhóm nghiên cứu là $6,33 \pm 2,21$ và độ lệch của nhóm đối chứng là $6,70 \pm 2,76$ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

Bảng 3.20. Sự cải thiện chỉ số Gấp sau 15 ngày điều trị

Nhóm Gấp	Nhóm ĐC (n = 30)			Nhóm NC (n = 30)		
	N0	N15	p1-2	N0	N15	p3-4
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
Trung bình (độ)	53,26 10,78	±66,16 10,73		p < 0,01	53,56 11,85	
Độ lệch (độ)	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		
	12,90 ± 3,10			18,96 ± 4,16		
pA-B	p < 0,01					

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị ta nhận thấy chỉ số Gấp trung bình của 2 nhóm tiếp tục được cải thiện. Nhóm nghiên cứu tăng lên là $72,53 \pm 11,54$ và nhóm đối chứng tăng lên là $66,16 \pm 10,73$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Độ lệch của nhóm nghiên cứu là $18,96 \pm 4,16$ cao hơn độ lệch của nhóm đối chứng là $12,90 \pm 3,10$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$). Điều này cũng có nghĩa sau 15 ngày điều trị thì sự cải thiện chỉ số Gấp của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng.

3.2.3.2. Sự cải thiện chỉ số Duỗi sau 7 và 15 ngày điều trị

Bảng 3.21. Sự cải thiện chỉ số Duỗi sau 7 ngày điều trị

Nhóm Duỗi	Nhóm ĐC (n = 30)		p1-2	Nhóm NC (n = 30)		p3-4
	N0	N7		N0	N7	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
Trung bình (độ)	20,16 ±2,49	21,76 ±3,21	p < 0,01	19,96 ±2,48	22,0 ±3,56	p < 0,01
Độ lệch (độ)	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		
	1,60 ± 1,42			2,03 ± 1,67		
pA-B	p > 0,05					

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị nhận thấy chỉ số Duỗi trung bình của 2 nhóm đều được cải thiện. Nhóm nghiên cứu tăng từ $19,96 \pm 2,48$ lên $22,0 \pm 3,56$ và nhóm đối chứng tăng từ $20,16 \pm 2,49$ lên $21,76 \pm 3,21$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Độ lệch của nhóm nghiên cứu là $2,03 \pm 1,67$ và nhóm đối chứng là $1,60 \pm 1,42$ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$). Chứng tỏ sau 7 ngày điều trị hiệu quả cải thiện chỉ số Duỗi của 2 nhóm là gần như nhau.

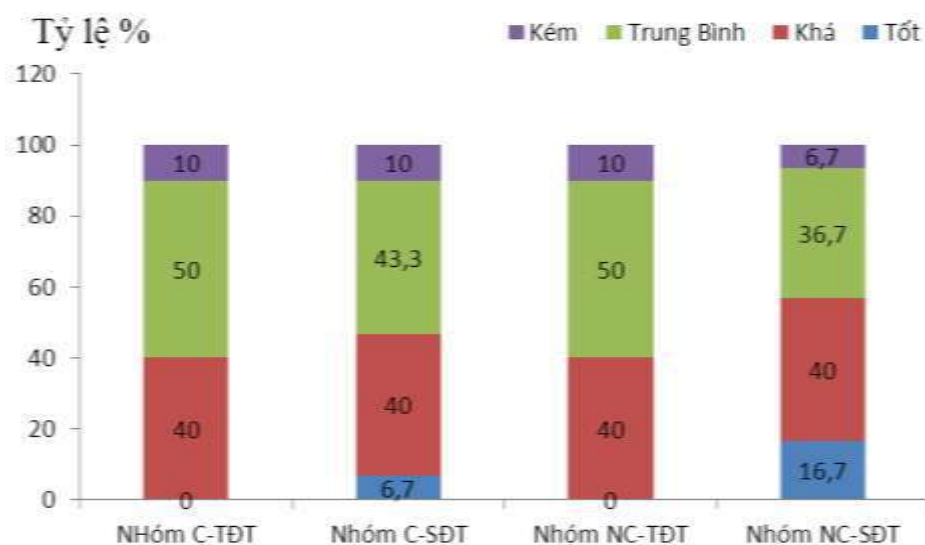
Bảng 3.22. Sự cải thiện chỉ số Duỗi sau 15 ngày điều trị

Nhóm Duỗi	Nhóm ĐC (n = 30)		p1-2	Nhóm NC (n = 30)		p3-4
	N0	N15		N0	N15	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
Trung bình (độ)	20,16 2,49	±23,13 3,15	p<0,01	19,96 2,48	±23,60 3,59	±p < 0,01
Độ lệch (độ)	$\bar{X} \pm SD$ (A)			$\bar{X} \pm SD$ (B)		
	2,96 ± 1,56			2,63 ± 1,56		
pA-B	p > 0,05					

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị ta nhận thấy chỉ số Duỗi trung bình của 2 nhóm tiếp tục được cải thiện. Nhóm nghiên cứu tăng lên $23,60 \pm 3,59$ và nhóm đối chứng tăng lên $23,13 \pm 3,15$ có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$)

Độ lệch của nhóm nghiên cứu là $2,63 \pm 3,59$ và của nhóm đối chứng là $2,96 \pm 1,56$ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$). Chứng tỏ sau 15 ngày điều trị thì hiệu quả cải thiện chỉ số Duỗi của 2 nhóm là như nhau.

3.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 7 và 15 ngày điều trị

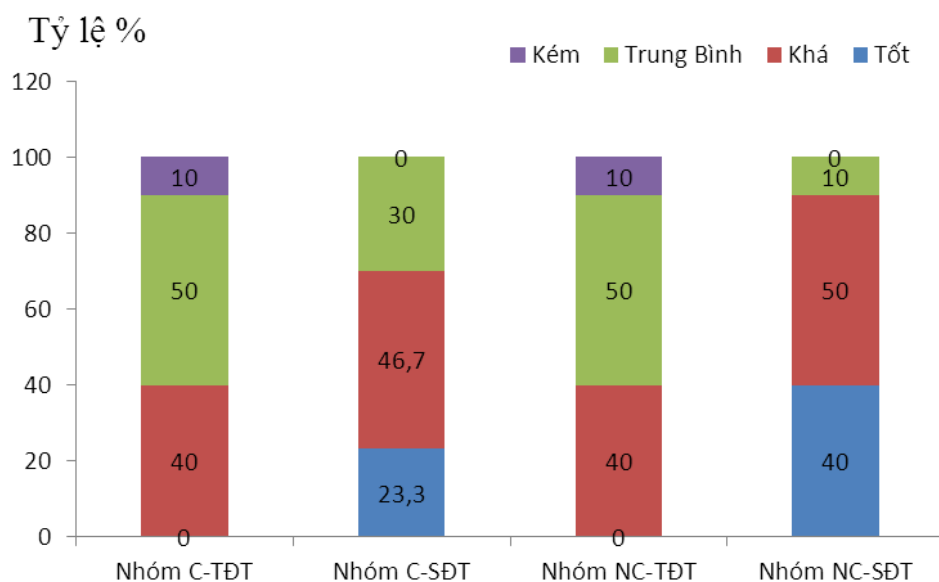


Biểu đồ 3.8. Sự cải thiện chỉ số Oswestry sau 7 ngày điều trị

Nhận xét: Nhận thấy sau 7 ngày điều trị thì cả 2 nhóm đều có sự cải thiện chỉ số Oswestry.

Cụ thể cả 2 nhóm trước điều trị đều có tỷ lệ tốt: khá: trung bình: kém = 0%: 40%: 50%: 10%. Sau 7 ngày điều trị tỷ lệ tốt: khá: trung bình: kém của 2 nhóm được cải thiện của nhóm nghiên cứu là 16,7%: 40%: 36,7%: 6,7% và của nhóm đối chứng là 6,7%: 40%: 43,3%: 10% có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Tuy nhiên sự khác biệt sự cải thiện giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$). Chứng tỏ sau 7 ngày điều trị thì sự cải thiện chỉ số Oswestry của 2 nhóm là như nhau.

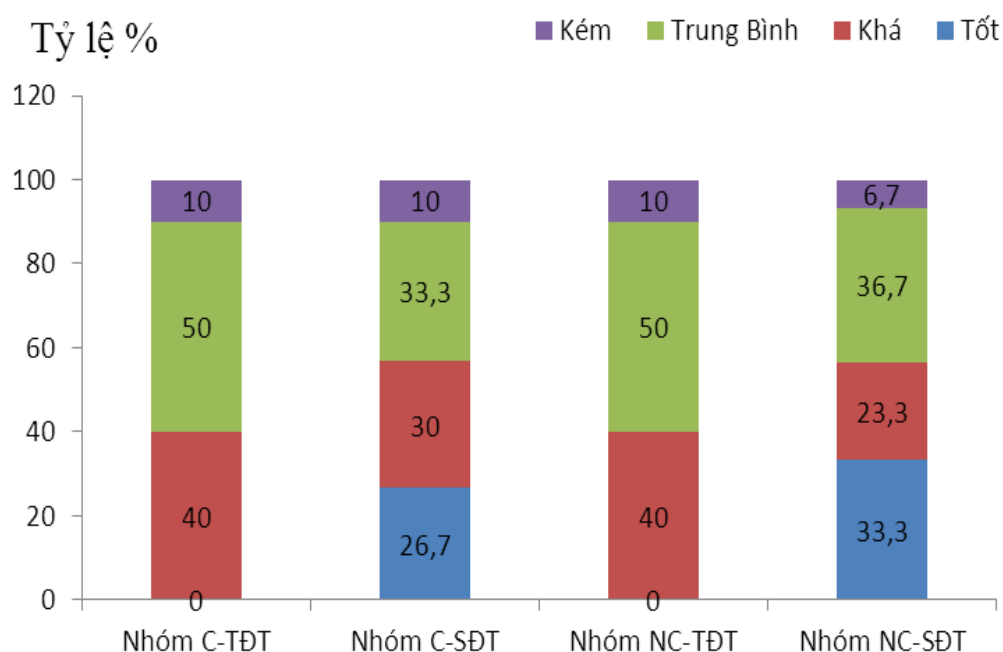


Biểu đồ 3.9. Sự cải thiện chỉ số Oswestry sau 15 ngày điều trị

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị nhận thấy chỉ số Oswestry của 2 nhóm tiếp tục được cải thiện. Tỷ lệ tốt: khá: trung bình: kém của nhóm nghiên cứu là 40%: 50%: 10%: 0% và của nhóm chứng là 23,3%: 46,7%: 30%: 0%. Sự cải thiện của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Sự khác biệt về sự cải thiện chỉ số Oswestry của 2 nhóm sau 15 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$). Điều đó nói lên rằng sự cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn sự cải thiện của nhóm đối chứng sau 15 ngày điều trị.

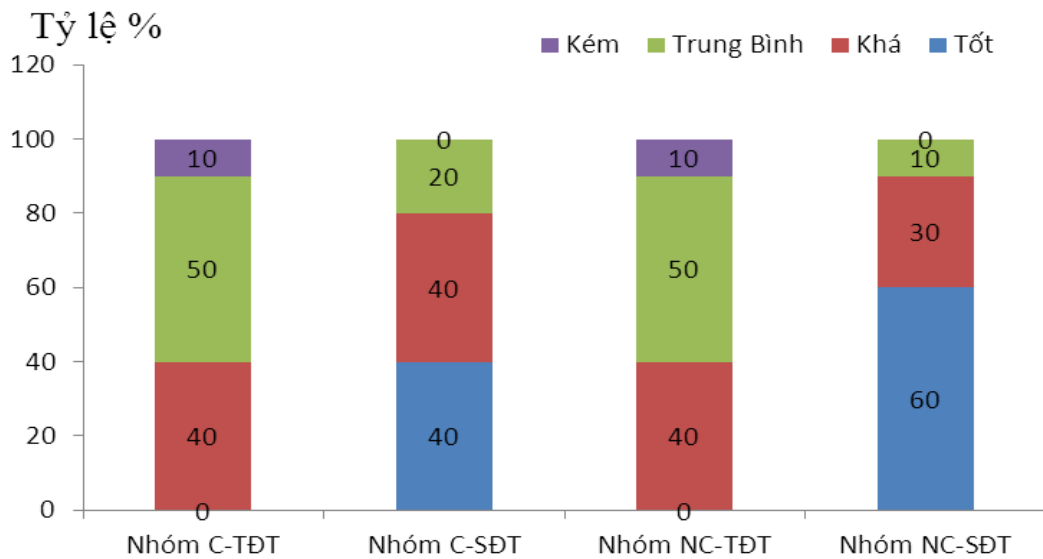
3.2.5. Kết quả điều trị chung sau 7 và 15 ngày điều trị



Biểu đồ 3.10. Kết quả điều trị chung sau 7 ngày điều trị

Nhận xét: Trước điều trị thì tỷ lệ tốt: khá: trung bình: kém của 2 nhóm đều là 0%: 40%: 50%: 10%. Sau 7 ngày cả 2 nhóm đều có sự cải thiện trong điều trị, cụ thể tỷ lệ tốt: khá: trung bình: kém lần lượt của nhóm nghiên cứu là 33,3%: 23,3%: 36,7%: 6,7% và của nhóm đối chứng là 26,7%: 30%: 33,3%: 10%.

Sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Điều này có nghĩa sau 7 ngày điều trị thì hiệu quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu là tốt hơn nhóm đối chứng.



Biểu đồ 3.11. Kết quả điều trị chung sau 15 ngày điều trị

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị nhận thấy tỷ lệ tốt: khá: trung bình: kém của cả 2 nhóm tiếp tục được cải thiện. Cụ thể ở nhóm nghiên cứu là 60%: 30%: 10%: 0% và ở nhóm đối chứng là 40%: 40%: 20%: 0%.

Sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$). Điều này có nghĩa sau 15 ngày điều trị thì hiệu quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu tốt hơn hẳn so với nhóm đối chứng.

3.2.6. Kết quả sau 7 và 15 ngày điều trị của nhóm NC theo thể YHCT

Bảng 3.23. Kết quả sau 7 ngày điều trị của nhóm NC theo thể YHCT

Thể YHCT Mức độ	Huyết ú (1) (n ₁ = 10)		Huyết ú/Can thận hư (2) (n ₂ = 20)	
	n	Tỷ lệ(%)	n	Tỷ lệ(%)
Tốt	4	40%	6	30%
Khá	3	30%	4	20%
Trung bình	3	30%	8	40%
Kém	0	0%	2	10%
Tổng	10	100%	20	100%
P(1-2)	(p > 0,05)			

Nhận xét: Tỷ lệ tốt: khá: trung bình: kém khác nhau không có nghĩa không có nghĩa với (p > 0,05).

Bảng 3.24. Kết quả sau 15 ngày điều trị của nhóm NC theo thể YHCT

Thể YHCT Mức độ	Huyết ú (1) (n ₁ = 10)		Huyết ú/Can thận hư (2) (n ₂ = 20)	
	n	Tỷ lệ(%)	n	Tỷ lệ(%)
Tốt	7	70%	11	55%
Khá	2	20%	7	35%
Trung bình	1	10%	2	10%
Kém	0	0%	0	0%
Tổng	10	100%	20	100%
P(1-2)	(p > 0,05)			

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị thì tỷ lệ tốt: khá: trung bình: kém có thay đổi nhưng tỷ lệ trên giữa 2 thể khác nhau không có ý nghĩa thống kê với (p > 0,05).

3.2.7. Chỉ số mạch, huyết áp của 2 nhóm sau 15 ngày điều trị

Bảng 3.25. Chỉ số mạch, huyết áp của 2 nhóm sau 15 ngày điều trị

Nhóm Chỉ số	Nhóm ĐC (n = 30)			p1-2	Nhóm NC (n = 30)			p3-4
	N0	N15			N0	N15		
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$			$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
	1	2			3	4		
Huyết áp tâm thu (mmHg)	126,34 ± 14,58	127,53 ± 12,89	±p > 0,05	>	125,87 ± 13,35	127,06 ± 10,23	±p > 0,05	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	78,72 ± 9,98	79,47 ± 9,65	±p > 0,05	>	77,91 ± 10,26	78,84 ± 9,47	p > 0,05	
Mạch (lần/phút)	80,28 ± 5,34	79,92 ± 4,67	±p > 0,05	>	81,16 ± 4,28	81,83 ± 4,25	p > 0,05	

Nhận xét: Sự thay đổi các chỉ số huyết áp và mạch sau 15 ngày điều trị của 2 nhóm trong giới hạn sinh lý và không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$). Như vậy cả 2 phương pháp điều trị đều không làm ảnh hưởng đến mạch và huyết áp của bệnh nhân.

3.2.7. Chỉ số huyết học và sinh hóa sau 15 ngày điều trị

Bảng 3.26. Chỉ số huyết học và sinh hóa sau 15 ngày điều trị

Nhóm Chỉ số	NhómĐC (n = 30)		p1-2	NhómNC (n = 30)		p3-4
	N0	N15		N0	N15	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	1	2		3	4	
Hồng cầu (T/L)	4,25 ± 0,33	4,24 ± 0,28	p > 0,05	4,21 ± 0,34	4,22 ± 0,43	p > 0,05
Bạch cầu (G/L)	6,35 ± 0,98	6,36 ± 1,92	p > 0,05	6,29 ± 0,65	6,37 ± 0,74	p > 0,05
Tiểu cầu (G/L)	243,27 ± 35,48	242,85 ± 35,56	p > 0,05	234,32 ± 31,59	241 ± 32,34	p > 0,05
Ure (μmol/l)	4,34 ± 0,97	4,42 ± 1,05	p > 0,05	4,26 ± 0,78	4,27 ± 0,95	p > 0,05
Creatinin (μmol/l)	65,47 ± 10,13	65,58 ± 10,65	p > 0,05	67,32 ± 11,26	67,16 ± 10,33	p > 0,05
GOT (UI/L)	22,15 ± 6,88	22,46 ± 7,01	p > 0,05	20,79 ± 7,04	21,37 ± 8,07	p > 0,05
GPT (UI/L)	23,24 ± 7,12	23,72 ± 7,35	p > 0,05	23,62 ± 7,09	23,86 ± 7,26	p > 0,05

Nhận xét: Sự thay đổi các chỉ số huyết học và sinh hóa của 2 nhóm sau 15 ngày điều trị trong giới hạn sinh lý và không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$). Như vậy 2 phương pháp điều trị đều không làm ảnh hưởng đến chỉ số huyết học và sinh hóa của bệnh nhân.

3.2.8. Theo dõi sau 15 ngày ngừng điều trị:

Bảng 3.27. Theo dõi sau 15 ngày ngừng điều trị

Nhóm Đau tái phát	Nhóm ĐC(1) (n ₁ = 30)		Nhóm NC(2) (n ₂ = 30)	
	n	%	n	%
Có	2	6,6%	1	3,3%
Không	28	93,4%	29	96,7%
Tổng	30	100%	30	100%

Nhận xét: Cả 2 nhóm đều có bệnh nhân đau tái phát, nhóm nghiên cứu có 1 người và nhóm đối chứng có 2 người, tuy nhiên số lượng không đáng kể.

3.2.9. Sự thay đổi nồng độ β -endorphin (pg / ml) trong máu trước và sau 7 ngày điều trị .

Bảng 3.28 : Nồng độ β -endorphin (pg / ml) trong máu trước và sau 7 ngày điều trị .

Thời điểm Nhóm BN	D0 (1) $\bar{X} \pm SD$	D7 (2) $\bar{X} \pm SD$	p ₂₋₁
Nhóm nghiên cứu (a)	44,37 \pm 13,90	63,40 \pm 13,25	< 0,01
Nhóm chứng (b)	43,97 \pm 12,11	59,90 \pm 13,91	< 0,01
p _{a-b}	>0,05	<0,05	

Nhận xét: Sau điều trị, hàm lượng β -endorphin trong máu bệnh nhân tăng có ý nghĩa so với trước châm cứu ($p_{a-b} < 0,05$ và $p_{2-1} < 0,01$).

3.3. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp nghiên cứu

Theo dõi trong quá trình điều trị đối với 2 nhóm nhận thấy có 1 trường hợp của nhóm nghiên cứu bị căng cứng cơ thắt lưng vào ngày thứ 4, tuy nhiên đến ngày thứ 5 bệnh nhân hết căng cứng cơ. Ngoài ra không có bệnh nhân nào khác có dấu hiệu của tác dụng không mong muốn khác. Vì vậy tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị là không đáng kể. Không có bệnh nhân nào phải bỏ điều trị.

CHƯƠNG 4 :BÀN LUẬN

Đau thần kinh tọa do TVĐĐ là một bệnh lý rất thường gặp trên lâm sàng. Theo YHHĐ, ở lứa tuổi trung niên, đĩa đệm bị thoái hóa. Tình trạng đĩa đệm thoái hóa đã hình thành một nguy cơ dễ dàng khởi phát hiện tượng thoát vị. Khi vận động cột sống sai tư thế, khi có một chấn thương bất thường tác động đột ngột vào cột sống, đôi khi lực tác động không lớn cũng có thể gây đứt rách vòng sợi đĩa đệm (vốn cũng đã trong tình trạng xơ cứng, không còn chắc như ở người trẻ), nhân nhầy chuyển dịch ra khỏi ranh giới giải phẫu, hình thành thoát vị đĩa đệm. Về nguyên tắc, phương pháp điều trị bằng can thiệp ngoại khoa để lấy nhân nhầy bị thoát vị, giải phóng các rễ thần kinh khỏi sự chèn ép của phần đĩa đệm thoát vị được coi là một biện pháp điều trị giải quyết căn nguyên triệt để. Tuy nhiên trên thực tế, không phải luôn giải quyết được triệt căn do các phần còn lại của đĩa đệm có thể tiếp tục thoát vị, gây tái phát sau mổ, đặc biệt ở các bệnh nhân lao động nặng, không có các biện pháp tránh áp lực quá mức lên đĩa đệm. Ngoài ra, có một số tai biến do phẫu thuật, hậu quả do xơ hóa cũng là hạn chế của phẫu thuật. Vì vậy, mục tiêu điều trị đau thần kinh tọa do TVĐĐ bằng phương pháp nội khoa bảo tồn luôn được các thầy thuốc lâm sàng đặt lên hàng đầu với các phác đồ sử dụng thuốc chống viêm, giảm đau, giãn cơ kết hợp kéo giãn cột sống.

Các nhóm thuốc giảm đau chống viêm của YHHĐ (nhóm thuốc điều trị chính) có tác dụng giảm đau rất mạnh nhưng vẫn còn nhiều tác dụng không mong muốn. Do vậy, việc tìm kiếm các loại thuốc trị bệnh có hiệu quả cao, chi phí thấp và an toàn trong điều trị đau thần kinh tọa do TVĐĐ luôn được các nhà khoa học quan tâm nghiên cứu. Thời gian gần đây đã có nhiều tác giả trong và ngoài nước đi sâu nghiên cứu và áp dụng các bài thuốc YHCT cũng như các phương pháp không dùng thuốc của YHCT (châm cứu, xoa bóp...) vào điều trị đau thần kinh tọa do TVĐĐ.

Trên cơ sở lý luận của YHCT về tình trạng huyết ú (là biểu hiện chính ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm và là cơ chế chính gây nên sự đau đớn, hạn chế vận

động trên lâm sàng), trường châm có tác dụng điều khí nhanh và mạnh, mà khí hành thì huyết hành, do đó cải thiện được tình trạng huyết ứ.

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

4.1.1. Tuổi của các bệnh nhân nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu của một số tác giả gần đây thì độ tuổi trung bình hay gặp vấn đề về đĩa đệm nằm trong khoảng 30-60 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu của Trần Thái Hà [46]: nhóm chứng là 51,9 và nhóm nghiên cứu là 49,3; của Trần Thị Lan Nhung [47] là 42,7; Nguyễn Vũ [48] là 40,98.

Trong (bảng 3.1) tuổi trung bình của nhóm đối chứng là 45,5 và của nhóm nghiên cứu là 43,39. Sự khác biệt về độ tuổi giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

So với các kết quả của những nghiên cứu trên, kết quả nghiên cứu thu được là tương đối phù hợp và đảm bảo tính tương đồng về tuổi giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Theo (biểu đồ 3.1) tỷ lệ bệnh nhân > 30 tuổi cũng chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn bệnh nhân < 30 tuổi, hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trên.

Bệnh nhân mắc bệnh từ độ tuổi 30 trở lên chiếm tỷ lệ cao có thể được lý giải như sau: độ tuổi 30 - 60 đây là độ tuổi lao động chính của xã hội, kết hợp với nguyên nhân từ độ tuổi 30 trở đi thì đĩa đệm, dây chằng và đốt sống thắt lưng bắt đầu thoái hóa; còn độ tuổi trên 60 là độ tuổi bị thoái hóa đĩa đệm, dây chằng, đốt sống thắt lưng nhiều do sự lão hóa của tuổi tác. Chính vì vậy mà có nhiều bệnh nhân bị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm đến các cơ sở y tế điều trị trong độ tuổi trên 30 tuổi.

4.1.2. Giới của bệnh nhân nghiên cứu

Các đề tài nghiên cứu về thoát vị đĩa đệm gần đây đều cho thấy tỉ lệ bệnh nhân điều trị nữ nhiều hơn nam: Nguyễn Văn Hải (2007) nghiên cứu 48 bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai thấy nữ chiếm 62,5%; Trần Thái Hà (2012) ở nhóm đối chứng nữ chiếm 70,9% cao hơn so với nam giới là 29,1%, ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ nữ giới

là 74,5% cao hơn nam giới là 25,5%; Phan Thị Hạnh (2008) nghiên cứu 60 bệnh nhân tại trung tâm phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai nữ chiếm 67%.

Theo (Bảng 3.2 và Biểu đồ 3.2): ở nhóm nghiên cứu nữ giới chiếm 56,7% cao hơn so với tỉ lệ nam giới là 43,3 . Tỷ lệ phân bố theo giới chung cho 2 nhóm là nam/nữ = 1/1,14 (nữ cao hơn nam). Nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam giới nhưng tỷ lệ không cao như các nghiên cứu trên, điều này có thể được lí giải là do cỡ mẫu chưa lớn nên tỉ lệ chưa giống nhau hoàn toàn giữa các đề tài. Tuy nhiên sự phân bố nam nữ giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu vẫn được đảm bảo về tính tương đồng với ($p > 0,05$).

Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao được lý giải là ngày nay nữ giới tham gia vào tất cả các lĩnh vực ngoài xã hội chứ không riêng gì nam giới, ngoài ra họ vẫn hoàn thành tốt các công việc trong gia đình. Mà cấu trúc hệ thống đĩa đệm, dây chằng, cơ, đốt xương cột sống thắt lưng của nữ giới yếu hơn nam giới, chính vì vậy mà nữ giới bị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm nhiều hơn nam giới trong thời gian gần đây.

4.1.3. Nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu

Đối tượng bệnh nhân được chia làm 2 nhóm nghề nghiệp là lao động trí óc và lao động chân tay. Ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ lao động chân tay là 60% và lao động trí óc là 40% , ở nhóm đối chứng tỷ lệ lao động chân tay là 56,67% và lao động trí óc là 43,33% . Ở 2 nhóm tỷ lệ những người lao động chân tay lại cao hơn những người lao động trí óc. Còn theo Trần Thái Hà (2012) tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc của nhóm chứng là 58,2% và của nhóm nghiên cứu là 45,5%, thấy rằng ở đề tài này tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc lại có tỷ lệ cao hơn bệnh nhân lao động chân tay. Điều này được lý giải do bệnh viện YHCT TP.HCM sử dụng phương pháp châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc là chính trong điều trị đau thần kinh tọa nên chi phí điều trị thấp, phù hợp với khả năng chi trả của những bệnh nhân lao động chân tay có mức thu nhập chưa cao cho nên tỷ lệ những bệnh nhân lao động chân tay vào điều trị nhiều hơn.

Theo kết quả ở (bảng 3.3) thì đặc điểm nghề nghiệp của 2 nhóm là tương đồng, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

4.1.4. Thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Theo kết quả của (bảng 3.4) và (biểu đồ 3.4) thì bệnh nhân đến điều trị sau 3 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất trong các nhóm thời gian mắc bệnh : nhóm nghiên cứu là 56,66% và nhóm đối chứng là 60,00%. Điều này có thể lí giải do Bệnh viện YHCT TP.HCM là một trong những bệnh viện tuyến cao nhất về Y học cổ truyền nên đa phần bệnh nhân đã có một thời gian điều trị tại các cơ sở y tế tuyến dưới rồi mới chuyển lên tuyến trên. Bệnh nhân bị bệnh trên 3 tháng chiếm tỉ lệ cao và cách giải thích trên cũng đồng quan điểm với tác giả Trần Thái Hà (2012) cũng có bệnh nhân đến điều trị sau 3 tháng chiếm tỉ lệ cao: 52,7% ở nhóm nghiên cứu và 54,6% ở nhóm chứng.

Kết quả trên cũng cho thấy sự tương đồng về thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm, sự khác nhau về thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

4.1.5. Các thể YHCT của bệnh nhân nghiên cứu

Theo kết quả (bảng 3.5) và (biểu đồ 3.5) tỉ lệ bệnh nhân thể Huyết ú/Can thận hư đều cao hơn tỉ lệ bệnh nhân thể Huyết ú đơn thuần. Nhóm chứng thì thể Huyết ú/Can thận hư chiếm 70% so với 30% của thể Huyết ú đơn thuần, còn ở nhóm nghiên cứu thì thể Huyết ú/Can thận hư chiếm 66,7% so với 33,3% của thể Huyết ú đơn thuần. Tỷ lệ chung Huyết ú/Huyết ú (Can thận hư) = 1/2,15. Điều này cũng phù hợp vì bệnh nhân lớn tuổi (từ 50-80 tuổi) của 2 nhóm đều chiếm tỉ lệ cao (như đã trình bày ở trên). Những người càng lớn tuổi thì tạng can thận càng bị hư suy; cân cơ, xương cốt suy yếu nên đó là điều kiện thuận lợi cho những tổn thương gặp phải trong cuộc sống gây tình trạng huyết ú tại nơi tổn thương.

Sự khác biệt các thể bệnh theo y học cổ truyền của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

4.1.6. Kiểu thoát vị của bệnh nhân nghiên cứu

Theo kết quả của (bảng 3.6) và (biểu đồ 3.6) ta thấy tỉ lệ bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm đa tầng của 2 nhóm đều cao hơn tỉ lệ bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm đơn tầng lần lượt của nhóm đối chứng là 56,7% và của nhóm nghiên cứu là 53,3%. Kết quả này khác với các đề tài của Nguyễn Vũ (2004) và Trần Thái Hà

(2012) đều cho rằng tỷ lệ bệnh nhân bị thoát vị đơn tầng chiếm tỷ lệ cao hơn. Điều này có thể được lý giải bởi số lượng bệnh nhân độ tuổi 50-80 của 2 nhóm đều chiếm tỉ lệ khá cao, nhóm chứng là 53,3% và nhóm nghiên cứu là 43,3%, đây là độ tuổi người bệnh dễ bị thoái hóa dây chằng và nhiều đĩa đệm qua một quá trình dài nên chỉ cần một động tác sai tư thế trong sinh hoạt hoặc bê một vật nặng là có thể bị thoát vị nhiều đĩa đệm cùng một lúc.

Tuy nhiên tỉ lệ kiểu thoát vị giữa 2 nhóm tương đồng với nhau hay nói cách khác tỉ lệ kiểu thoát vị giữa 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

4.1.7. Mức độ bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Theo (bảng 3.7) và (biểu đồ 3.7) tỉ lệ bệnh nhân được chọn là giống nhau, tỉ lệ bệnh nhân của 2 nhóm lần lượt nhẹ: vừa: nặng = 40%: 50%: 10% (do chọn ghép cặp theo mức độ bệnh), điều này với mục đích đảm bảo tính tương đồng tốt nhất, rất quan trọng trong việc so sánh hiệu quả trước và sau điều trị, so sánh hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm.

Sự tương đồng giữa 2 nhóm còn được thể hiện ở (bảng 3.8), (bảng 3.9), (bảng 3.10) khi các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị của 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

4.2. Bàn luận về kết quả nghiên cứu.

4.2.1. Sự cải thiện về mức độ đau:

Trong rất nhiều đề tài nghiên cứu về đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm thì các tác giả đều có đồng quan điểm đó là triệu chứng đau là triệu chứng xuất hiện sớm nhất, đây cũng chính là nguyên nhân khiến người bệnh phải đi khám bệnh. Nguyên nhân đau là do sự chèn ép của nhân nhầy vào dây chằng dọc sau, thêm vào đó chính màng cứng cũng có khả năng nhận cảm đau khi bị kích thích, nhất là khi bao rễ bị kích thích sẽ gây phản xạ co thắt mạch, thiếu máu cũng có thể gây đau. Ngoài ra, đau còn do phù nề rễ thần kinh, đau tăng lên khi rễ bị ép trong lỗ tiếp hợp.

Theo cơ chế thần kinh – nội tiết – thể dịch, điện châm có tác dụng làm tăng nồng độ Beta-Endorphin (có tác dụng mạnh gấp 200 lần so với morphin)

[**Error! Reference source not found.**] và làm tăng cả nồng độ serotonin, atecholamine, cortisol, ACTH do đó làm giảm cơn đau. Theo cơ chế thần kinh, châm cứu có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Điện 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 A δ 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 phủ... 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.

Theo đề tài của Nguyễn Khắc Ninh (2008) và Nguyễn Tiến Hưng (2012) đều có kết quả nồng độ Beta-Endorphin tăng trong máu sau khi điện châm, cụ thể theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Hưng thì nồng độ Beta-Endorphin trong máu sau điều trị bằng điện trường châm cao hơn so với điều trị bằng điện hào châm.

Theo Y học cổ truyền thì đau là do kinh lạc bị tắc trở khiến khí huyết không lưu thông gây đau. Châm cứu thông qua tác động vào huyết đạo và kinh lạc có tác dụng điều khí hoạt huyết, thông được kinh lạc do đó làm giảm đau, điều hòa chức năng tạng phủ do vậy có thể chữa khỏi được bệnh tật.

Kết quả ở (bảng 3.11) cho thấy: Trước điều trị, điểm VAS trung bình của cả hai nhóm là tương đồng với ($p > 0,05$). Sau 7 ngày điều trị, VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ $3,86 \pm 1,01$ xuống $2,65 \pm 1,43$ (lệch $1,21 \pm 0,50$: giảm 31,59%); Vas trung bình của nhóm chứng giảm từ $3,83 \pm 1,77$ xuống $3,04 \pm 1,53$ (lệch $0,79 \pm 0,43$: giảm 20,62%). Như vậy phương pháp điều trị của 2 nhóm đều có tác dụng giảm đau sau 7 ngày điều trị với $p < 0,01$; tuy nhiên mức độ giảm đau của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả ở (bảng 3.12) cho thấy: sau 15 ngày điều trị, Vas trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ $3,86 \pm 1,01$ xuống $1,03 \pm 1,14$ (lệch $2,83 \pm 0,80$: giảm 73,31%); Vas trung bình của nhóm chứng giảm từ $3,83 \pm 1,77$ xuống $1,72 \pm$

1,49 (lệch 2,12 ± 0,66: giảm 55,35%). Như vậy phương pháp điều trị của 2 nhóm sau 15 ngày điều trị có tác dụng giảm đau rõ rệt, tuy nhiên mức độ giảm đau của nhóm nghiên cứu cao hơn nhiều so với nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Hiệu quả giảm đau của phương pháp điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt ở 2 mốc D7 và D15 đều tốt hơn hiệu quả giảm đau của phương pháp điện hào châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, kết quả này hoàn toàn phù hợp với kết quả của Nguyễn Tiến Hưng là điện trường châm làm tăng nồng độ Beta-Endorphin hơn so với điện hào châm nên có hiệu quả giảm đau tốt hơn.

4.2.2. Sự cải thiện về hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh của 2 nhóm

4.2.2.1. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp tay đất :

Theo kết quả (bảng 3.13) thì trước điều trị chỉ số nghiệm pháp tay đất trung bình của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu đều tương đồng với ($p > 0,05$). Sau 7 ngày điều trị thì chỉ số nghiệm pháp tay đất trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ 22,06 ± 7,31 xuống 18,40 ± 6,75 (lệch 3,67 ± 1,78: giảm 16,63%); chỉ số nghiệm pháp tay đất trung bình nhóm chứng giảm từ 22,90 ± 6,21 xuống 19,33 ± 6,13 (lệch 3,56 ± 0,93: giảm 15,54%). Chứng tỏ chỉ số nghiệm pháp tay đất của 2 nhóm trước và sau 7 ngày điều trị đều được cải thiện, có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$), tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

Theo kết quả (bảng 3.14) sau 15 ngày điều trị thì chỉ số nghiệm pháp tay đất trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ 22,06 ± 7,31 xuống 12,80 ± 5,81 (lệch 9,26 ± 2,25: giảm 41,97%); chỉ số nghiệm pháp tay đất trung bình nhóm chứng giảm từ 22,90 ± 6,21 xuống 16,23 ± 6,25 (lệch 6,66 ± 1,56: giảm 29%). Hiệu quả cải thiện chỉ số nghiệm pháp tay đất sau 15 ngày của 2 nhóm tiếp tục được cải thiện, hiệu quả cải thiện của nhóm nghiên cứu là tốt hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Điều này cho thấy sau 15 ngày điều trị phương pháp điện trường châm giúp giảm đau rõ rệt so với phương pháp điện hào châm, chính vì vậy cũng giúp cho

các cơ vùng thắt lưng bớt co cứng và sẽ cải thiện chỉ số nghiệm pháp tay đất tốt hơn.

4.2.2.2. Sự cải thiện chỉ số Schober:

Theo (bảng 3.15) sau 7 ngày điều trị thì chỉ số Schober trung bình nhóm nghiên cứu tăng từ $3,28 \pm 0,43$ lên $3,62 \pm 0,41$ (chênh $0,33 \pm 0,09$: tăng 10%); chỉ số Schober trung bình nhóm chứng cũng tăng từ $3,23 \pm 0,44$ lên $3,53 \pm 0,42$ (chênh $0,30 \pm 0,10$; tăng 9,2%). Như vậy ta nhận thấy sau 7 ngày điều trị thì chỉ số Schober của cả 2 nhóm đều được cải thiện với ($p < 0,01$), tuy nhiên mức độ cải thiện các chỉ số trên giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

Theo (bảng 3.16) sau 15 ngày điều trị thì chỉ số trung bình Schober của nhóm nghiên cứu tăng từ $3,28 \pm 0,43$ lên $4,06 \pm 0,39$ (chênh $0,77 \pm 0,17$: tăng 23,47%); chỉ số Schober trung bình nhóm chứng tăng từ $3,23 \pm 0,44$ lên $3,86 \pm 0,42$ (chênh $0,63 \pm 0,18$: tăng 19,50%). Điều này chứng tỏ sau 15 ngày điều trị thì chỉ số Schober của 2 nhóm được cải thiện rõ rệt và mức độ cải thiện các chỉ số Schober của nhóm nghiên cứu cũng cao hơn mức độ cải thiện của nhóm chứng đối nhiều, có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Như vậy sau 15 ngày điều trị phương pháp điện trường châm cải thiện chỉ số Schober tốt hơn phương pháp điện hào châm, điều này cũng phù hợp với tác dụng giảm đau rõ rệt của phương pháp điện trường châm sau 15 ngày điều trị so với phương pháp điện hào châm giúp cho các cơ vùng cột sống thắt lưng bớt co cứng, dẫn nhiều hơn nên góp phần cải thiện chỉ số Schober tốt hơn.

4.2.2.3. Sự cải thiện chỉ số Lasegue:

Cũng theo (bảng 3.17) trước điều trị chỉ số Lasegue trung bình cả 2 nhóm đều tương đồng với nhau ($p > 0,05$). Sau 7 ngày điều trị chỉ số Lasegue trung bình nhóm nghiên cứu tăng từ $61,43 \pm 8,78$ lên $66,66 \pm 8,70$ (lệch $5,23 \pm 1,43$: tăng 8,5%), của nhóm chứng tăng từ $59,76 \pm 8,07$ lên $65,26 \pm 8,17$ (lệch $5,50 \pm 1,67$: tăng 9,2%). Chứng tỏ chỉ số lasegue sau 7 ngày điều trị đều được cải thiện với ($p < 0,01$), tuy nhiên mức độ cải thiện giữa 2 nhóm là như nhau với ($p > 0,05$).

Kết quả (bảng 3.18) sau 15 ngày điều trị chỉ số Lasegue trung bình nhóm nghiên cứu tăng từ $61,43 \pm 8,78$ lên $74,63 \pm 8,93$ (lệch $13,20 \pm 3,06$: tăng 21,48%), nhóm chứng tăng từ $59,76 \pm 8,07$ lên $69,80 \pm 7,51$ (lệch $10,03 \pm 2,32$: tăng 16,78%). Như vậy sau 15 ngày điều trị mức độ cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

Mức độ giảm đau rõ rệt của phương pháp điện trường châm so với phương pháp điện hào châm sau 15 ngày điều trị làm cho cơ vùng cột sống thắt lưng hông bớt co cứng, từ đó giảm bớt sự chèn ép vào các rễ của dây thần kinh hông to vì vậy cũng giúp cho mức độ cải thiện chỉ số Lasegue sau 15 ngày của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng.

4.2.3. Sự cải thiện về tầm vận động cột sống thắt lưng

4.2.3.1. Sự cải thiện chỉ số Gấp:

Theo kết quả (bảng 3.19) thì sau 7 ngày điều trị chỉ số gấp của 2 nhóm đều được cải thiện với ($p < 0,01$) tuy nhiên mức độ cải thiện chỉ số Gấp của nhóm nghiên cứu chưa rõ rệt so với nhóm chứng với ($p > 0,05$).

Theo kết quả (bảng 3.20) thì sau 15 ngày điều trị thì sự cải thiện chỉ số Gấp tiếp tục được cải thiện ở 2 nhóm với ($p < 0,01$). Và mức độ cải thiện của nhóm nghiên cứu đã tốt hơn so với nhóm đối chứng với ($p < 0,01$), điều này cũng phù hợp tương ứng với tác dụng giảm đau rõ rệt của phương pháp điện trường châm so với phương pháp điện hào châm nên cũng giúp cho việc vùng cơ thắt lưng bệnh nhân nhóm nghiên cứu dẫn tốt hơn nhóm đối chứng, vì vậy mức độ cải thiện chỉ số Gấp sau 15 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm đối chứng.

4.2.3.2. Sự cải thiện chỉ số Duỗi :

Theo kết quả (bảng 3.21) sau 7 ngày điều trị chỉ số Duỗi của 2 nhóm đều được cải thiện với ($p < 0,01$), tuy nhiên mức độ cải thiện chỉ số Duỗi của nhóm nghiên cứu chưa rõ rệt so với nhóm chứng với ($p > 0,05$).

Theo kết quả (bảng 3.22) sau 15 ngày điều trị thì sự cải thiện chỉ số Duỗi tiếp tục được cải thiện của 2 nhóm với ($p < 0,01$). Tuy nhiên mức độ cải thiện của 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

Điều này cho thấy mặc dù phương pháp điện trường châm có tác dụng giảm đau rõ rệt so với nhóm chứng sau 15 ngày điều trị nhưng cũng chỉ làm cải thiện chỉ số Duỗi của nhóm nghiên cứu ngang chỉ số Duỗi của nhóm đối chứng.

4.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Theo (biểu đồ 3.8) thể hiện sau 7 ngày thì đều có sự cải thiện về điểm số Oswestry ở cả 2 nhóm với ($p < 0,01$), nhưng mức độ cải thiện của 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

Theo (biểu đồ 3.9) thì chỉ số Oswestry của 2 nhóm tiếp tục được cải thiện với ($p < 0,01$) và mức độ cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng với ($p < 0,01$).

Điều này càng thể hiện ưu điểm giảm đau rõ rệt kết hợp với tác dụng làm dẫn cơ và tăng cường tuần hoàn tới vùng cột sống thắt lưng sau 15 ngày điều trị của phương pháp điện trường hơn so với phương pháp điện hào châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, vì vậy chỉ số chức năng sinh hoạt hàng ngày của nhóm nghiên cứu chắc chắn sẽ được cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng.

4.2.5. Kết quả điều trị chung

Việc đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm của bất kỳ một phương pháp nào không chỉ dựa vào một khía cạnh đơn thuần nào như: mức độ giảm đau, sự cải thiện chèn ép rễ thần kinh... mà bao gồm tổng hòa của nhiều khía cạnh ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Chính vì vậy, trong nghiên cứu này, đánh giá kết quả điều trị dựa trên các chỉ số: mức độ đau, mức độ chèn ép rễ, độ giãn CSTL, nghiệm pháp tay đất, tầm vận động CSTL (gồm 2 động tác: gấp và duỗi) và các chức năng sinh hoạt hàng ngày.

Theo kết quả (biểu đồ 3.10) hiệu quả điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng với tỷ lệ tốt là 33,3% cao hơn tỷ lệ tốt của nhóm chứng là 26,7%, tuy nhiên hiệu quả điều trị của nhóm nghiên cứu cao chưa nhiều so với nhóm chứng với ($p < 0,05$), cụ thể là do tỷ lệ trung bình của nhóm nghiên cứu là 36,7% còn cao hơn tỷ lệ trung bình của nhóm chứng là 33,3%.

Theo (biểu đồ 3.11) hiệu quả điều trị của nhóm nghiên cứu tốt hơn rõ rệt so với nhóm chứng với ($p < 0,01$), tỷ lệ tốt của nhóm nghiên cứu là 60% cao hơn

tỷ lệ tốt của nhóm chứng là 40% và tỷ lệ trung bình của nhóm nghiên cứu chỉ còn 10% thấp hơn so với tỷ lệ trung bình nhóm chứng là 20%.

Cả 2 nhóm đều điều trị với phương pháp nền là xoa bóp bấm huyệt , chỉ khác nhau là nhóm nghiên cứu dùng thêm điện trường châm và nhóm đối chứng dùng thêm điện hào châm.

Với nghiên cứu của Tarasenko Iidiya (2003) ,” Nghiên cứu điều trị hội chứng đau thắt lưng hông do thoái hóa đốt sống L1-S1 bằng điện mãng châm “ , Luận văn thạc sĩ y học , Đại Học Y Hà Nội . Kết quả tốt 60% , khá 40% . Ta thấy tỷ lệ tốt là tương đồng nhưng không có tỷ lệ trung bình và kém vì cỡ mẫu 40 BN không nhóm đối chứng , tiêu chuẩn chọn bệnh theo YHCT chỉ có 1 thể Phong hàn thấp tý .

Với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Quỳnh (2018) , “ Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to bằng phương pháp nhu châm kết hợp bài thuốc TK1 “ , luận văn thạc sĩ y học , Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam . Kết quả Tốt đạt 46,7%; khá đạt 50%; trung bình 3,3% , không có bệnh nhân nào không hiệu quả . Ta thấy tỷ lệ tốt là tương đồng , có khác biệt ở tỷ lệ kém và trung bình . Điều này cũng có thể lý giải được vì thời gian nghiên cứu kéo dài 30 ngày , TK1 là bài thuốc có tác dụng khu phong, trừ thấp , hoạt huyết, kiện tỳ bổ khí , bổ can thận, cường gân cốt , nên sẽ nâng cao tác dụng bổ trợ với nhu châm trên BN có tạng phủ hư suy (huyết ứ / can thận hư) .

Với nghiên cứu của Nghiêm Thị Thu Thủy (2014) , “ Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp kéo dẫn cột sống trong điều trị đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm” , luận văn thạc sĩ y học , Đại học y Hà Nội . Kết quả Tốt 80% , khá 20% , ta thấy 2 nghiên cứu có sự khác biệt nhau : chênh lệch khá cao tỷ lệ tốt của 2 nghiên cứu 20% , sử dụng 2 phương pháp kết hợp khác nhau là kéo dẫn cột sống thắt lưng và xoa bóp bấm huyệt . Qua đó ta thấy kết hợp phương pháp kéo dẫn cột sống trên bệnh nhân đau thần kinh tọa sẽ đem lại hiệu quả cao hơn . Lý giải cho sự khác biệt này : xoa bóp bấm huyệt tác động lên gân cơ dây chằng, phụ thuộc vào tay nghề, cảm nhận mỗi người ; kéo dẫn cột sống thắt lưng làm giãn cơ thụ động , tác động làm giảm áp lực nội đĩa đệm, điều chỉnh sai lệch của

khớp đốt sống và cột sống , giảm chèn ép rễ thần kinh . Kéo giãn cột sống thắt lưng là phương pháp vật lý trị liệu sử dụng máy kéo hiện đại .

Với nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh (2012), “ Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp Shiatsu trong điều trị đau dây thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm “ , luận văn thạc sĩ y học , Đại học y Hà Nội . Loại khá và tốt (cải thiện $\geq 60\%$) đạt 23 bệnh nhân, chiếm 51,1%, số đạt mức trung bình (cải thiện từ 25% đến 59%) chiếm 19 bệnh nhân, chiếm 42,2%. Số bệnh nhân loại kém (cải thiện $< 25\%$) là 3 bệnh nhân, chiếm 6,7% . Ta nhận thấy kết quả nghiên cứu là tương đồng , tuy phương pháp nghiên cứu có khác biệt , 1 bên sử dụng xoa bóp bấm huyệt theo YHCT kết hợp điện trường châm , 1 bên sử dụng xoa bóp bấm huyệt Shiatsu Nhật Bản , không kết hợp châm cứu . Qua đó ta thấy được phương pháp Shiatsu có hiệu quả rất cao trong điều trị đau thần kinh tọa .

Như vậy có thể nói rằng phương pháp điện trường châm có hiệu quả tốt hơn phương pháp điện hào châm trong điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm sau 15 ngày điều trị.

4.2.6. Kết quả sau 7 và 15 ngày ĐT của nhóm NC theo thể YHCT

Theo (bảng 3.23 và 3.24) thì tỷ lệ Tốt: Khá: TB: Kém của 2 thể Huyết ú và Huyết ú/Can thận hư có khác nhau và có sự thay đổi, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của BÙI VIỆT HÙNG (2014) , “ Đánh giá tác dụng của điện trường châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm “ , luận văn thạc sĩ y học , Đại Học Y Hà Nội . Với nghiên cứu của ĐỖ HOÀNG DŨNG (2001) , “ Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh tọa thể phong hàn bằng điện mãng châm “ , luận văn thạc sĩ y học , Đại Học Y Hà Nội . Kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu với loại A (Tốt) là 63,6% , loại B (Khá) là 36,4% không có loại C (Trung bình) và D (Kém) , ta thấy có sự khác biệt do đây là nghiên cứu trên 1 thể bệnh (Phong Hàn) , bệnh thuộc thực chứng và không có tạng phủ hư suy .

Điều này cho thấy phương pháp điện trường châm là phương pháp tả mạnh, điều trị tốt thực chứng. Thể Huyết ú là bệnh thuộc thực chứng, thể Huyết ú/Can thận hư là bệnh thuộc thực chứng trên người bệnh có các tạng phủ

hư suy nhưng thực chứng vẫn đang biểu hiện là chính. Vì vậy vấn đề giải quyết thực chứng là quan trọng ở thời điểm hiện tại. Điện trường châm đã giải quyết tốt thực chứng ở cả 2 thể nên tỷ lệ Tốt: Khá: TB: Kém của 2 thể là tương đương nhau.

4.2.7. Sự thay đổi các chỉ số sinh tồn của cơ thể

Theo (bảng 3.25 và 3.26) thì các chỉ số trung bình của HA tâm thu, HA tâm trương, mạch, Hồng cầu, Bạch cầu, Tiểu cầu, Ure, Creatinin, GOT và GPT của cả 2 nhóm đều thay đổi trong giới hạn sinh lý bình thường và sự thay đổi này là không nhiều sau 15 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

4.2.8. Theo dõi đau tái phát sau khi ngừng điều trị 15 ngày

Theo kết quả (bảng 3.27) thì cả 2 nhóm đều có bệnh nhân bị đau tái phát sau 15 ngày ngừng điều trị, của nhóm nghiên cứu có 1 người bị đau tái phát và nhóm chứng có 2 người bị đau tái phát, tuy nhiên số lượng là không đáng kể.

Sau 15 ngày ngừng điều trị có bệnh nhân đau tăng có thể do nhiều nguyên nhân chủ quan và khách quan của bệnh nhân nên phương pháp điều trị hoàn toàn vẫn nên được sử dụng trong điều trị.

4.2.9. Chỉ số nồng độ Beta endorphin trước và sau 7 ngày điều trị .

Trước điều trị hàm lượng Beta-endorphin trung bình trong máu của bệnh nhân ở nhóm NC là $44,37 \pm 13,90$ pg/ml , sau 7 ngày điều trị tăng lên $63,40 \pm 13,25$ pg/ml . Trước điều trị hàm lượng Beta-endorphin của nhóm chứng là $43,97 \pm 12,11$ pg/ml . Sau 7 ngày điều trị tăng lên tới $59,90 \pm 13,91$ pg/ml . Sự khác biệt về hàm lượng Beta-endorphin trung bình trong máu trước điều trị của 2 nhóm là không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Sự khác biệt về hàm lượng Beta-endorphin trong máu sau 7 ngày điều trị của 2 nhóm là có ý nghĩa ($p < 0,05$) . Kết quả này cho thấy phương pháp điều trị bằng điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt làm cho hàm lượng Beta-endorphin trong máu tăng cao hơn phương pháp điện hào châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt đối với những trường hợp đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm . Đây là một phương pháp trị liệu kích thích giúp cơ thể sản xuất lượng Beta-endorphin đủ lớn để giải quyết tình trạng đau của bệnh nhân .

Kết quả nghiên cứu cho thấy dưới tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên lâm sàng tình trạng của bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm đã được cải thiện tốt hơn so với phương pháp điện hào châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt . Định lượng Beta-endorphin có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá tác dụng giảm đau , có tính thuyết phục trong nghiên cứu .

4.3. Bàn luận về tác dụng không mong muốn.

Trong quá trình điều trị của 2 nhóm nhận thấy chỉ có một bệnh nhân nhóm nghiên cứu bị căng cứng cơ ở ngày thứ 4 của quá trình điều trị, tuy nhiên đến ngày thứ 5 của quá trình điều trị thì bệnh nhân này hết dấu hiệu căng cứng cơ, sau đó cho đến hết quá trình điều trị của bệnh nhân này thì không bị thêm một dấu hiệu tác dụng không mong muốn thêm nữa.

Các bệnh nhân khác của 2 nhóm trong suốt quá trình điều trị cũng không bị một dấu hiệu tác dụng không mong muốn nào cả. Điều này chứng tỏ phương pháp điều trị là an toàn trên điều trị lâm sàng.

KẾT LUẬN

1. Tác dụng của phương pháp điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm:

- Hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm của nhóm nghiên cứu bằng điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt đạt : tốt 60% , khá 30%, trung bình 10%, kém 0%

- Hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt cao hơn phương pháp điện hào châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

- Đáp ứng điều trị của 2 thể YHCT đối với PPNC là tương đương nhau.

- Sau khi ngừng điều trị 15 ngày, cả 2 nhóm đều có bệnh nhân đau tái phát, tuy nhiên số lượng không đáng kể.

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

- Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị lâm sàng ở nhóm nghiên cứu là không đáng kể, không có bệnh nhân ngừng điều trị.

- Phương pháp nghiên cứu là an toàn; sự thay đổi mạch, huyết áp, huyết học, sinh hóa không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ

- Cần có thêm những đề tài nghiên cứu phương pháp này với thời gian lâu hơn với cỡ mẫu lớn hơn để có thể đánh giá chính xác hiệu quả giảm đau và cải thiện các triệu chứng trên bệnh nhân.

- Vì Điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt là phương pháp điều trị bệnh đơn giản, hiệu quả tốt mà đã được chứng minh trên thực tế lâm sàng có tác dụng điều trị bệnh trong Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm tốt hơn điện hào châm nên tôi đề nghị được phổ biến phương pháp này ở những tuyến cơ sở, phương tiện thuốc men còn thiếu thốn để góp phần giảm triệu chứng đau và cải thiện tâm vận động cho bệnh nhân .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân** (1999), “Đau thắt lưng”, Bệnh thấp khớp, Nhà xuất bản Y học, tr. 334 .
2. **Nguyễn Văn Đăng** (1991), Đau cột sống thắt lưng, Tạp chí y học, tr. 16-17.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2015), Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
4. **Nguyễn Quang Vinh, Đỗ Thị Phương và Lê Thành Xuân** (2012), “Đánh giá tác dụng của phương pháp xoa bóp Shiatsu trong điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm”, Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam, số 35, tr.14-21.
5. **Trần Thị Minh Quyên, Nguyễn Nhược Kim** (2011), “Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện – Đại học Y Hà Nội.
6. **Trịnh Văn Minh** (1998), Giải phẫu người (tập I), *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội, tr.327-334.
7. **Đặng Ngọc Huy, Bùi Quang Tuyền, Nguyễn Hùng Minh** (2008), Đặc điểm giải phẫu cột sống liên quan đến bệnh thoát vị đĩa đệm, *Tạp chí Y học thực hành*, số 5, tập 608+609, tr.7-8 .
8. **Hồ Hữu Lương** (2001), Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, tr.3-5, 132 .
9. **Trần Ngọc Ân** (2002), “Đau vùng thắt lưng”, Bệnh thấp khớp, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội, tr.374-395 .
10. **Vũ Quang Bích** (2006), Phòng và chữa các chứng bệnh đau lưng, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội, tr.148-192 .
11. **Nguyễn Văn Đăng** (1996), “Đau thần kinh hông to”, Bách khoa thư bệnh học tập I, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội, tr.145-149 .

12. **Lương Thúy Hiền** (2008), Một số đặc điểm về lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tháng 6, số 2, tập 347, tr.11-14 .
13. **Nguyễn Mai Hương** (2001), *Đối chiếu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của TVĐĐ/CSTL*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
14. **Phạm Ngọc Hoa, Lê Văn Phước** (2011), CT Cột sống, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội, tr.73-80 .
15. **Đặng Thị Xuân Liễu** (2005), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân đau thần kinh tọa*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội .
16. **Lê Văn Phước** (2001), Cộng hưởng từ cột sống, *Nhà xuất bản Y học Hà Nội*, tr.22-32 .
17. **Đặng Ngọc Huy, Bùi Quang Tuyên, Vũ Hùng Liên và CS** (2008), Nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng, *Tạp chí Y học thực hành*, số 4, tr. 46-49 .
18. **Trần Trung, Hoàng Đức Kiệt** (2007), Chẩn đoán bệnh thoát vị đĩa đệm bằng cộng hưởng từ, *Tạp chí Y học thực hành*, số 1, tập 562, tr.6-7 .
19. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2004), Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, *Bệnh học Nội khoa*, tái bản lần thứ 2, Nhà xuất bản Y học, tập 1, trang 456 – 460 .
20. **Harrison** (1999), Đau lưng – cổ, *Các nguyên lý Y học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr 71 – 85 .
21. **Cục Quân Y, Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108** (2007), Bài giảng tập huấn toàn quân năm 2007 chuyên ngành vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng, Bộ Quốc Phòng, Hà Nội, tr.35-50 .
22. **Trần Thị Kiều Loan** (2009). Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp thủy châm trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội .

23. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội**(2002), Bài giảng YHCT tập II, *Nhà xuất bản Y học*, tr.155-157, 166-168. 491-193 .
24. **Phạm Thúc Hạnh** (2009), Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh tọa bằng điện châm các huyệt trên kinh thận và bàng quang, *Tạp chí Y học thực hành*, số 8 (670), 21 – 23.
25. **Nguyễn Thị Thu Hương** (2003), Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh tọa thể phong hàn bằng điện châm các huyệt Giáp tích (từ L3-S1), Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội .
26. **Nguyễn Văn Hải** (2007), *Đánh giá kết quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng bấm kéo nắn*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội .
27. **Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội** (2003), “*Bài giảng y học cổ truyền tập II*”, Nhà xuất bản Y học, tr. 60 – 63 .
28. **Nguyễn Tài Thu, Trần Thuý** (1997), “*Châm cứu sau đại học*”, Nhà xuất bản Y học, tr. 25 - 138, 271 .
29. **Nguyễn Thị Vân Anh, Phạm Thị Minh Đức, Hoàng Bảo Châu, Chu Quốc Trường** (2004), “Nghiên cứu đặc điểm điện trở da tại 12 cặp huyệt nguyên ở người trưởng thành”. *Tạp chí nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*, số 13, tr. 20-25.
30. **Nguyễn Đức Thắng** (2002), “Về độ dẫn điện sinh vật”, *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 2001-2002*, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, Tr. 730-744.
31. **Nguyễn Tài Thu** (2004), Mãng Châm chữa bệnh, *Nhà Xuất bản Y học*, Hà Nội, tr 9-10.
32. **Nguyễn Tài Thu** (1997), Châm cứu sau đại học, *Nhà xuất bản y học*, Hà Nội, tr 12-13 .
33. *Xoa bóp bấm huyệt* (2004), NXB Y học, tr 113 – 127.
34. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2013), “*Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*”, *Sách đào tạo bác sỹ chuyên khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học .

35. **Đỗ Hoàng Dũng** (2001), Đánh giá tác dụng của điều trị đau dây thần kinh tọa thể phong hàn bằng điện mẫn châm, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
36. **Nguyễn Thị Thu Hương** (2003), Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh tọa thể phong hàn bằng điện châm các huyết Giáp tích (từ L3-S1), Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
37. **Tarasenko Lidiya**(2003), Nghiên cứu điều trị hội chứng Đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống L1 – S1 bằng điện mẫn châm, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
38. **Trần Thái Hà** (2007), Nghiên cứu tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vật lý trị liệu, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
39. **Bùi Thanh Hà, Trần Quốc Bảo, Đỗ Viết Phương** (2010), Nghiên cứu hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp kết hợp điện châm với kéo giãn cột sống, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tháng 12, số 2, tập 376, tr 64-72.
40. **Nguyễn Tiên Hưng** (2012), Đánh giá tác dụng của đại trường châm kết hợp laser châm trong điều trị đau do thoái hóa cột sống thắt lưng, Luận văn Thạc sỹ Y học, Viện Y Học Cổ Truyền Quân Đội.
41. **Lại Đoàn Hạnh, Nguyễn Nhược Kim** (2011), “Tác dụng điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp thủy châm Bidizym và so sánh với phương pháp điện châm”, *Tạp chí Nghiên cứu y học*, vol 76, tr.74-78.
42. **Nguyễn Quang Vinh, Đỗ Thị Phương và Lê Thành Xuân** (2012), “Đánh giá tác dụng của phương pháp xoa bóp Shiatsu trong điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm”, *Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*, số 35, tr.14-21.
43. **Nguyễn Thị Thu Hà, Lại Thanh Hiền** (2013), “Tác dụng giảm đau bằng châm cứu kết hợp thủy châm Methylcobal trên bệnh nhân đau thần kinh tọa”, *Tạp chí Nghiên cứu y học*, vol81, tr.85-90.

44. **Nghiêm Thị Thu Thủy, Lê Thành Xuân** (2012), “Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện – Đại học Y Hà Nội.

45. **Lê Thị Hoài Anh** (2012), “Đánh giá hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vật lý trị liệu”, Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam, số 33, tr.23-30.

46. **Đinh Đăng Tuệ, Lê Thành Xuân** (2013), “Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng kết hợp xoa bóp bấm huyệt”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện – Đại học Y Hà Nội.

47. **Trần Thị Minh Quyên, Nguyễn Nhược Kim** (2011), “Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện – Đại học Y Hà Nội.

48. **Nguyễn Tài Thu** (1987), “Châm cứu chữa bệnh”, *Nhà xuất bản Đông Nai*.

49. **Trần Trung** (2008), Nghiên cứu giá trị của hình ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

50. **Nguyễn Văn Tuấn** (2008). Y học thực chứng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.90 .

51. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2013), “*Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*”, Sách đào tạo bác sỹ chuyên khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.

52. **Nguyễn Tài Thu** (1987), “Châm cứu chữa bệnh”, *Nhà xuất bản Đông Nai*

53. **Bộ Y tế** (2015). Quy trình kỹ thuật châm cứu, Tài liệu hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Quy trình 224.

54. **Lê Thị Kiều Hoa** (2001), Nghiên cứu hiệu quả phục hồi vận động ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng - dùng bằng máy Eltrac 471, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội .
55. **Bộ môn Phục hồi chức năng, Trường Đại học Y Hà Nội** (2003), Bài giảng Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội, tr 62 - 66, 79 - 83.
56. **He Tao, He Lan** (2004), Clinical observation on lumbar disc herniation treated by traction combined with acupuncture, *World Journal of Acupuncture- Moxibustion* 2004 vol.4.
57. **Adachi. M, tamaoka, A, Harada. K, Misusawa. H, Shoji. S** (1994 Jan),
58. **Reflex sympathetic dystrophy secondary to lumbar disk herniation, Rinsho – Shinkeigaku**, p 34, 64.
59. **Cailliet. R** (1980), Low back pain syndrome, California.
60. **Drivotinov. BV, Iupian. Ia. A** (1992), Prognosis and diagnosis of discogenic lumbosacral radiculitis, Minsk.
61. **Klioner. Ass. Ia.** (1971) Saccoradiculitis, *Mesdicina*, Moskva.
62. **Margo.K** (1994), Dianosis, Treatment and Prognosis of patients with low back pain, *Am fam Phisician*, vol 49, no1, p 171 – 179
63. **Arseni. K** (1973), *Neuro chirurgie vertebromédulaire*, Bucarest.
64. **Bossy. J** (1980), *Acupuncture, Moxibution, Analgésie acupuncturale*, Doin éditeurs, Paris, France, p 39
65. **De Sèze.S** (1948), *Levernieux des hernies discales*, *Rev. Rhum*, p 101 – 105
66. **Deshayes, P** (1981), *Resultats du traitement medical en milieu hospitalier des sciatiques d'origine discale*, *Rev.du.Rumat*, vol 48, no 7- 9, p 563 – 568

67. **Phạm Khuê** (1981), Etude statistique sur l'état de la santé de 13.392 personnes âgées au nord du Viet Nam, Revue de médecin, Ha noi, p 10 – 18
68. **Nguyễn Tài Thu** (1984), Sémiologie, Thérapeutique et Analgésie en acupunctural, Viện Châm cứu.
69. **孙掇平**(2009), 针灸治疗腰椎间盘突出症的临床研究 · 中国中医药现代远程教育, 7(7), 页.114. Tôn Quân Bình (2009), “Nghiên cứu lâm sàng đánh giá châm cứu điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng”, Tạp chí Trung Y dược Trung Quốc, vol7(7), tr.114.
70. **Zou R., Xu Y.,Zhang H.X.**(2009), Evaluation on analgesic effect of electroacupuncture combined with acupoint- injection in treating lumbar intervertebral disc herniation, *Zhongguo Gu Shang*, 2009 Oct;22(10):759-61.

PHỤ LỤC 1

Tên đề tài : đánh giá tác dụng của phương pháp điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm .

1. Người nghiên cứu chính : BS. Nguyễn Lê Phi Long – thực hiện tại khoa nội trú – Bệnh viện Y Học Cổ Truyền TP.HCM , 179 Nam Kỳ Khởi Nghĩa , P7, Quận 3, TP.HCM .

2. Thông tin ngắn gọn đề tài :

Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm là một bệnh lý rất thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam , chủ yếu xảy ra ở lứa tuổi từ 30 đến 60. Theo thống kê tỷ lệ thoát vị đĩa đệm chiếm từ 63% đến 73% tổng số đau cột sống thắt lưng và 72% trường hợp đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. Theo Greeberg M.S 1997 ở Mỹ hàng năm có 1% dân số bị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng , chủ yếu được điều trị bằng nội khoa , 10% đến 20% can thiệp phẫu thuật.

Những năm gần đây, vấn đề chẩn đoán và điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm đã đạt được những bước tiến đáng kể . Nhưng trong thực hành lâm sàng những thách thức vẫn được đặt ra cho cả y học hiện đại với y học cổ truyền. Về nguyên tắc , phương pháp điều trị bằng can thiệp ngoại khoa để lấy nhân nhầy bị thoát vị, giải phóng các rễ thần kinh khỏi sự chèn ép của phần đĩa đệm thoát vị được coi là một biện pháp điều trị giải quyết căn nguyên triệt để. Tuy nhiên trên thực tế, không phải luôn giải quyết được triệt căn do các phần còn lại của đĩa đệm có thể tiếp tục thoát vị, gây tái phát sau mổ, đặc biệt ở bệnh nhân lao động nặng, không có các biện pháp tránh áp lực quá mức lên đĩa đệm. Ngoài ra, có một số tai biến do phẫu thuật, hậu quả do xơ hóa cũng là hạn chế của phẫu thuật. Vì vậy, mục tiêu điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp nội khoa bảo tồn luôn được các thầy thuốc lâm sàng đặt lên hàng đầu với phác đồ sử dụng thuốc chống viêm ,giảm đau, giãn cơ kết hợp kéo giãn cột sống.

Theo cục quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) khuyến cáo (2015) lạm dụng thuốc giảm đau là nguyên nhân của nhiều bệnh tim mạch, tiêu hóa. Nhóm thuốc kháng viêm không steroids (NSAIDs) mỗi năm làm 16.000

người chết do gây loét xuất huyết đường tiêu hóa nặng. Do vậy việc tìm hiểu ứng dụng các phương pháp YHCT không dùng thuốc ngày càng cần thiết .

Châm cứu và xoa bóp bấm huyết là 2 phương pháp không dùng thuốc đặc trưng , phổ biến của YHCT được sử dụng ở tất cả các bệnh viện và khoa YHCT. Đã có nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước chứng minh hiệu quả cao không tác dụng phụ .

3. Mục đích nghiên cứu : Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích đánh giá tác dụng của phương pháp điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyết , điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm ở người bệnh tại các khoa nội trú tại Bệnh Viện Y Học Cổ Truyền TP.HCM .

4. Những công việc ông (bà) cần làm trong nghiên cứu: nếu đồng ý tình nguyện tham gia nghiên cứu này, ông (bà) sẽ được khám và điều trị tại Bệnh Viện Y Học Cổ Truyền TP.HCM

5. Lợi ích :

- Ông (bà) sẽ được thăm khám và chụp X-Quang kiểm tra tại bệnh viện YHCT TP.HCM.

- Ông (bà) được châm cứu , xoa bóp bấm huyết

- Ông (bà) được tư vấn về việc tránh các tư thế xấu ảnh hưởng đến thắt lưng.

- Nếu có tác dụng phụ xảy ra trong quá trình nghiên cứu , Ông (bà) sẽ được điều trị miễn phí các triệu chứng đó.

6. Các rủi ro bất tiện:

- Xảy ra bất cứ biểu hiện – triệu chứng nào sau khi châm cứu khi tham gia nghiên cứu cần báo ngay cho bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ chủ nhiệm đề tài. Nhóm nghiên cứu sẽ ghi nhận cụ thể, đầy đủ và có biện pháp xử trí phù hợp theo đúng chế độ nghiên cứu, đảm bảo tính an toàn cho người bệnh.

7. Chi phí tham gia nghiên cứu: Ông (bà) sẽ được miễn phí thăm khám, trong suốt thời gian nghiên cứu .

8. Bảo mật : chúng tôi dự kiến sẽ công bố kết quả nghiên cứu này nhưng sẽ không công khai bất kỳ thông tin nào về bản thân Ông (bà). Các thông

tin nghiên cứu sẽ được đưa vào máy tính có mật mã để đảm bảo tính bảo mật cao, hồ sơ được cất giữ vào tủ có khóa. Để đảm bảo sự bảo mật, các thông tin của Ông (bà) sẽ được mã hóa và không công bố trên bất kỳ văn bản nào.

Ngoài những người thuộc nhóm nghiên cứu, có thể sẽ có một số người khác biết đến các thông tin của Ông (bà) cung cấp như một phần của nghiên cứu. Họ bao gồm các tổ chức đảm bảo tính an toàn, hợp lệ của nghiên cứu như Hội Đồng Khoa Học, Hội Đồng Y Đức của bệnh viện YHCT TP.HCM hoặc Học Viện Y Dược Cổ Truyền Việt Nam.

9. Tính tự nguyện tham gia nghiên cứu : việc tham gia nghiên cứu này hoàn toàn tự nguyện. Trong thời gian thực hiện, Ông (bà) vẫn có thể thay đổi quyết định và dừng tham gia bất kỳ lúc nào mà không cần giải thích lí do, nhưng hãy báo lại cho chúng tôi biết quyết định của ông (bà).

10. Thông tin liên hệ : nếu Ông (bà) có câu hỏi hay ý kiến về nghiên cứu, Ông (bà) có thể liên hệ: BS. Nguyễn Lê Phi Long – Điện thoại : 0909817327 - Email : philongdgt@gmail.com

11. Cam kết : khi tình nguyện tham gia và ký vào bảng thông tin này chứng tỏ Ông (bà) đã hiểu nội dung nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Ngay cả khi Ông (bà) đồng ý tham gia bây giờ thì Ông (bà) vẫn có thể đổi ý ngừng tham gia bất kỳ lúc nào. Ông (bà) sẽ được cấp bản sao của bản cam kết này. Ông (bà) giữ một bản và một bản được lưu cùng hồ sơ nghiên cứu.

Ông (bà) phải đảm bảo rằng các câu hỏi thắc mắc của Ông (bà) về cuộc nghiên cứu này đã được giải đáp và hiểu rõ trách nhiệm của mình trong nghiên cứu này.

Ngàythángnăm.....

BS.Nguyễn Lê Phi Long

PHỤ LỤC 2

BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TP.HCM

PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THAM GIA NGHIÊN CỨU

1. Thông tin cá nhân

Họ và tên (tên viết tắt):.....Mã số BN:

Năm sinh:.....Giới tính:

Địa chỉ:Nghề nghiệp:

Cân nặng:..... Chiều cao:.....BMI:.....

2. Thông tin liên quan nghiên cứu

Ngày bắt đầu :Ngày kết thúc:.....

I. Lí do nhập viện:

II. Đặc điểm lâm sàng:

1. Thời gian đau :.....Thời gian tái phát đợt này:.....

2. Yếu tố khởi phát lần này:

Tự nhiên Thởi tiết lạnh , ẩm thấp Sau vận động quá mức

Khác:.....

3. Yếu tố tăng giảm:

4. Bệnh kèm theo:

5. Tiền sử cá nhân:

6. Tiền sử gia đình:

III. Khám chẩn đoán theo YHHĐ :

1. Dấu hiệu sinh tồn:

Mạch:.....lần/phút HA:
.....mmHg

Nhiệt độ:.....⁰C Nhịp
thở:.....lần/phút

2. Các dấu hiệu lâm sàng:

A. VAS



B. Bảng câu hỏi Oswestry đánh giá mức độ mất chức năng:

Bảng câu hỏi được thiết kế cung cấp thông tin cho các bác sĩ điều trị để lượng giá tình trạng đau lưng ảnh hưởng đến cuộc sống hằng ngày. Bạn đánh dấu vào đầu dòng của câu miêu tả đúng nhất tình trạng hiện tại của bạn.

Mỗi mục có 6 ý ứng với điểm từ 0-5 theo thứ tự từ trên xuống, để tính tổng điểm sau khi điền hết.

			Chỉ số OSWESTRY
D0	D7	D15	
			<p>I. Chăm sóc cá nhân</p> <p>0. Tự chăm sóc được bản thân bình thường</p> <p>1. Tự chăm sóc được bản thân nhưng gây đau nhiều hơn</p> <p>2. Tự chăm sóc được bản thân nhưng phải chậm và cẩn thận hơn vì đau</p> <p>3. Cần sự giúp đỡ nhưng vẫn làm được hầu hết các việc chăm sóc bản thân</p> <p>4. Cần sự trợ giúp hàng ngày trong hầu hết các công việc chăm sóc bản thân</p> <p>5. Không tự chăm sóc bản thân được</p>
			<p>II. Nâng vật nặng</p> <p>0. Có thể nâng được vật nặng mà không gây đau thêm</p> <p>1. Có thể nâng được vật nặng nhưng gây đau thêm</p> <p>2. Không thể nâng được vật nặng từ nền nhà lên vì đau nhưng vẫn có thể làm được nếu vật ở vị trí thuận tiện</p> <p>3. Có thể nâng được vật nhẹ hoặc vừa nếu vật ở vị trí thuận tiện</p> <p>4. Chỉ có thể nâng được vật rất nhẹ khi nó ở vị trí thuận</p>

		tiện
		5. Không nhắc được bất cứ vật gì
		III. Đi bộ
		0. Đau nhưng vẫn đi bộ được trong mọi khoảng cách
		1. Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 1000m
		2. Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 500m
		3. Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 250m
		4. Chỉ đi được khi sử dụng dụng cụ trợ giúp
		5. Không đi bộ được vì đau
		IV. Ngồi
		0. Có thể ngồi bao lâu cũng được
		1. Chỉ có thể ngồi được trong kiểu ghế phù hợp bao lâu cũng được
		2. Đau nên chỉ ngồi được khoảng 1 giờ
		3. Đau nên chỉ ngồi được khoảng nửa giờ
		4. Đau nên chỉ ngồi được khoảng 15 phút
		5. Không ngồi được do đau nhiều

V. CHẨN ĐOÁN

1. YHHĐ: Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm

- Bệnh đi kèm:
1.
 2.
 3.
 4.

2. YHCT:

VI. DIỄN BIẾN TRONG QUÁ TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Các chỉ số hiệu

Quy ước:

T₀: Lần đo BN trước khi bắt đầu

T₇, T₁₅ : Sau khi điều trị 1 tuần, 2 tuần (ngày kết thúc nghiên cứu)

Chỉ số	T ₀	T ₇	T15		
Mạch (lần/phút)					
Nhiệt độ (°C)					
Huyết áp (mmHg)					
Nhịp thở (lần/phút)					

2. Theo dõi đau theo thang điểm VAS

- Ông/ Bà vui lòng cho biết mức độ đau (cường độ đau) tại thời điểm hiện tại hoặc cường độ đau trong 24 giờ qua? Ông/ Bà đánh dấu trên thước tương ứng với mức độ đau của mình. Mức độ đau được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ của hãng Astra- Zeneca.



0	7	15	VAS

Kết quả X- Quang cột sống thắt lưng (thẳng và nghiêng):

.....S

Ghi nhận kết quả khác (nếu có):

Sự hài lòng của bệnh nhân theo mức điểm tăng dần giá trị từ 0 đến

10:điểm

Ý kiến của bệnh nhân:

.....

Ngàytháng.....năm.....

PHỤ LỤC 3

TÊN, VỊ TRÍ, TÁC DỤNG VÀ CÁCH CHÂM CÁC HUYỆT NGHIÊN CỨU

I. Điện hào châm :

STT	Tên huyệt	Vị trí	Tác dụng	Cách châm
1	Giáp tích L1-S1	Cách chính giữa cột sống 0,5 thốn, ngang L1-S1	Điều trị đau và giảm cứng cơ dọc cột sống.	Châm chéo sâu 0,3-0,5 thốn.
2	Thận du Bq23	Giữa đốt sống lưng L2 - L3 đo ra 2 bên, mỗi bên 1,5 thốn	Đau lưng, ù tai, di tinh, liệt dương.	Châm sâu 0,5-1 thốn.
3	Đại trường du Bq25	Giữa đốt sống lưng L4 - L5 đo ra 2 bên, mỗi bên 1,5 thốn	Đau lưng, đau dây thần kinh hông to.	Châm sâu 0,7-1 thốn.
4	Trật biên Bq54	Ngang đốt cùng S4 đo ra 3 thốn.	Đau đám rối thần kinh thắt lưng cùng.	Châm sâu 1-1,5 thốn.
5	Hoàn khiêu Đ30	Điểm 1/3 giữa và 1/3 ngoài đường nối từ mấu chuyển lớn xương đùi với lỗ mở xương cùng 4.	Đau lưng, đau dây thần kinh hông to, đau khớp háng.	Châm sâu 1,5-2,5 thốn.

II. Điện trường châm:

STT	Tên huyệt	Vị Trí	Tác dụng	Cách châm
1	Giáp tích L2 -S1	Cách chính giữa cột sống 0,5 thốn	Điều trị đau giảm cứng cơ cột sống	Châm tả: giáp tích L2-L3 xuyên L5-S1
2	Trật biên Bq54	Ngang đốt cùng S4 đo ra 3 thốn.	Đau đăm rối thần kinh thất lưng cùng.	Châm tả Trật biên xuyên Hoàn khiêu
3	Hoàn khiêu Đ30	Điểm 1/3 giữa và 1/3 ngoài đường nối từ mấu chuyển lớn xương đùi với lỗ mở xương cùng 4	Đau lưng, đau dây thần kinh hông to, đau khớp háng.	
4	Ân môn B37	Dưới nếp mông 6 thốn, mặt sau xương đùi, điểm giữa khe của cơ bám gân và cơ nhị đầu đùi.	Trị lưng và đùi đau, thoát vị đĩa đệm, chi dưới liệt.	Châm tả Ân môn xuyên Thừa phù.
5	Thừa phù B36	Điểm giữa nếp lằn chi mông.	Trị thần kinh tọa đau, chi dưới liệt	
6	Tất dương quan G33	Lấy ở phía ngoài đùi, trong khe của cân đùi và gân cơ hai đầu đùi, trên huyệt Dương lăng tuyền 3 tấc, trong chỗ lõm phía sau	Gối sung đau, không co rũi được.	Châm tả Tất dương quan xuyên Phong thị .

		ngoài lồi cầu ngoài xương đùi. Hơi co gối cho nổi rõ gân cơ hai đầu đùi và chỗ lõm để lấy huyết.		
7	Phong thị G31	Chân ruỗi thẳng, tay xuôi áp ngón tay giữa vào bờ sau cơ căng cân đùi, lấy huyết ở chỗ đầu ngón tay giữa chắm vào đùi, thường ở trên khớp gối độ 7 tấc.	Trúng phong, liệt nửa người, liệt chân, yếu chân, đau mỗi chân	
8	Huyền chung G39	trên mắt cá ngoài chân 3 tấc	Đau căng chân	Châm tả Huyền chung xuyên Dương lăng tuyền
9	Dương Lăng G34	Ở dưới đầu gối 1 tấc, chỗ lõm phía ngoài ống chân	tê phía ngoài chân, đau cạnh sườn, liệt nửa người.	
10	Thừa sơn B57	Ở giữa đường nối huyết Ủy Trung và gót chân, dưới Ủy Trung 8 thốn, ngay chỗ lõm giữa 2 khe cơ sinh đôi ngoài và trong	Thư cân lạc, lương huyết	Châm tả Thừa sơn xuyên Ủy trung
11	Ủy Trung	Ngay giữa lằn chỉ ngang nếp nhượng chân	Thanh huyết, tiết nhiệt, thư cân, thông lạc, khu	

			phong thấp.	
--	--	--	-------------	--

PHỤ LỤC 4

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TP.HCM

ST T	HỌ	T Ê N	Giới tính	Năm sinh	Địa chỉ	Mã vào viện	Ngày vào viện
1	LÊ THỊ	V	Nữ	1959	Bình An, An Thới Đông, Cần Giờ	2172/20	05/05/ 2020
2	PHAN THỊ	M	Nữ	1975	Tân Phong, Thạnh Phú, Bến Tre	2259/20	07/05/ 2020
3	DƯƠNG THỊ MỸ LAN	Đ	Nữ	1963	Hùng Vương, Cam Ranh, Khánh Hòa	2663/20	14/05/ 2020
4	ĐẶNG VĂN	N ữ	Nam	1979	Kim Cương, Tân Thạnh Đông, Củ Chi	2710/20	20/05/ 2020
5	TRẦN THỊ YẾN	P H	Nữ	1948	Tôn Đàng, Phường 4, Quận 4, TP.HCM	2715/20	20/05/ 2020
6	NGUYỄN THỊ	Đ	Nữ	1959	Pasteur, Phường 4, Đà Lạt	2853/20	25/05/ 2020
7	LÊ THỊ	T	Nữ	1951	Việt Xuyên, Thạch Hà, Hà Tĩnh	3080/20	10/06/ 2020
8	LÊ HOÀNG NGUYỄN	H	Nam	1979	Tân Sơn Nhì, Tân Phú, TP.HCM	3362/20	23/06/ 2020
9	KHÚC THỊ	O A	Nữ	1968	Quận 7, TP.HCM	3428/20	25/06/ 2020
10	NGUYỄN THỊ KIM	P H	Nữ	1968	Bình Chánh, TP.HCM	3481/20	28/06/ 2020
11	ĐOÀN NGỌC	T	Nam	1987	Quang Trung, Phường 8, Gò Vấp, TP.HCM	4020/20	12/07/ 2020

12	NGUYỄN THỊ THU	V	Nữ	1971	Đông Thạnh , Cần Giuộc , Long An	4158/20	23/07/2020
13	MAI XUÂN	L	Nữ	1968	Kiến Thành , Tỉnh Đăk Nông	4332/20	03/08/2020
14	HỒ THỊ	M	Nữ	1957	Tôn Thất Thuyết, Phường 16 , Quận 4 , TP.HCM	4370/20	04/08/2020
15	PHAN DUY	T R	Nam	1956	Thanh Hóa , Hố Nai , Trảng Bom , Đồng Nai	4446/20	10/08/2020
16	LÊ VĂN	N G	Nam	1997	Bình Tiên 1, Đức Hòa , Long AN	4410/20	13/08/2020
17	TRẦN VĂN	T R	Nam	1989	Phú Vang, TP. Huế	4582/20	14/08/2020
18	TRẦN DUY	T H	Nam	1982	Cần Giờ, Tp.HCM	4609/20	18/08/2020
19	NGUYỄN THỊ	C H	Nữ	1959	Trương An 2, Hoài Nhơn, Bình Định	4648/20	19/08/2020
20	PHÙNG THỊ	T H	Nữ	1957	Phổ An , Đức Phổ, Quảng Ngãi	4692/20	21/08/2020
21	PHAN THỊ	P H	Nữ	1960	Vĩnh Lộc B, Bình Chánh , TP.HCM	4759/20	25/08/2020
22	LƯU HOÀNG	T R	Nam	1960	Nguyễn Kiệm , Phường 3 , Gò Vấp , TP.HCM	4762/20	25/08/2020
23	LÊ THỊ	T R	Nữ	1976	Bình Thạnh Trung, Lấp Vò, Đồng Tháp	4852/20	31/08/2020
24	TRẦN THỊ	Đ	Nữ	1979	Long Hiệp , Bến Lức , Long An	4853/20	31/08/2020
25	DƯƠNG THỊ KIM	N G	Nữ	1964	Đường số 9, Linh Xuân , Thủ Đức TP.HCM	4883/20	01/09/2020

26	LÊ NGUYỄN MAI	K H	Nam	1987	Hà Tôn Quyền, Phường 4 , Quận 11, TP.HCM	4918/20	03/09/ 2020
27	PHẠM VĂN	Q U	Nam	1973	Vĩnh Lộc A, Bình Chánh , TP.HCM	4928/20	03/09/ 2020
28	LÊ MẬU	H	Nam	1974	Trảng Bom , Đồng Nai	4955/20	04/09/ 2020
29	ĐINH MẠNH	Q U	Nam	1984	Xuân Thới Thượng , Hóc Môn, TP.HCM	4956/20	04/09/ 2020
30	NGUYỄN ĐÌNH	T H	Nam	1966	Kỳ Đồng , Phường 9, Quận 3, TP.HCM	4979/20	08/09/ 2020
31	PHAN THỊ	M	Nữ	1964	Xuân Thới Sơn , Hóc Môn, TP.HCM	4981/20	08/09/ 2020
32	NGUYỄN THUY UYÊN	V	Nữ	1972	Nguyễn Ảnh Thủ, Bà Điểm , Hoc Môn	5019/20	08/09/ 2020
33	LÊ VĂN BÉ	B	Nam	1975	Lạc Long Quận, Phường 10, Tân Bình , TP.HCM	5020/20	08/09/ 2020
34	LƯU VĂN	V	Nam	1973	Phước Thiện, Long Thành Mỹ, Quận 9, TP.HCM	5036/20	08/09/ 2020
35	TRẦN THỊ	P H	Nữ	1950	Lập Định 2, Cam Hòa , Khánh Hòa	5103/20	11/09/ 2020
36	TRẦN THỊ	C H	Nữ	1951	Ân Phong , Hoài An , Bình Định	4539/20	13/09/ 2020
37	ĐOÀN NGỌC	T H	Nữ	1985	Xuân Lộc , Đồng Nai	5139/20	14/09/ 2020
38	TRẦN ĐỨC	T H	Nam	1956	Me Pu , Đức Linh, Bình Thuận	5141/20	14/09/ 2020
39	PHẠM THỊ TUYẾT	N H	Nữ	1963	Long Hòa 2 , Huyện Chợ Mới, Tỉnh An Giang	5146/20	14/09/ 2020

40	PHAN THỊ ÁI	V	Nữ	1991	Phước Long B , Quận 9, TP.HCM	5193/20	16/09/2020
41	TRẦN THỊ KIM	T	Nữ	1968	Thuận Phước , Bình Sơn , Quảng Ngãi	5212/20	17/09/2020
42	LÝ THỊ ÁNH	N G	Nữ	1968	Nguyễn Văn Ngân , Thủ Đức , TP.HCM	5215/20	17/09/2020
43	TRƯƠNG THANH	B	Nam	1956	Bình Phước , Thủ Đức, TP.HCM	5219/20	17/09/2020
44	LÊ VĂN	T R	Nam	1982	Thống Nhất, Phường 11, Gò Vấp , TP.HCM	5234/20	18/09/2020
45	NGUYỄN THÀNH	Đ	Nam	1981	An Thới Đông, Cần Giờ, TP.HCM	5265/20	21/09/2020
46	ĐẬU VĂN	N H	Nam	1991	Tô Ngọc Vân , Thủ Đức, TP.HCM	5297/20	22/09/2020
47	PHẠM THỊ	N H	Nữ	1957	Tân Tạo A, Bình Tân, TP.HCM	5299/20	22/09/2020
48	TRẦN THỊ THANH	T H	Nữ	1961	Dầu Tiếng, Bình Dương	5305/20	22/09/2020
49	LÊ THỊ HỒNG	H	Nữ	1964	Lý Thường Kiệt, phường 4, Tân Bình , TP.HCM	5320/20	23/09/2020
50	VŨ THỊ	Đ	Nữ	1971	Xuân Quế , Mỹ Cẩm , Đồng Nai	5330/20	23/09/2020
51	TRẦN MINH	T H	Nam	1961	Nguyễn Thị Tấn, F2 ,Quận 8, TP.HCM	5332/20	23/09/2020
52	VĂN THỊ	C H	Nữ	1956	Thôn 4 xã Me Pu , Đức Linh , Bình Thuận	5334/20	23/09/2020
53	ĐẶNG THỊ	C	Nữ	1939	Phan Rí , Tuy Phong , Bình Thuận	5344/20	24/09/2020

54	TRẦN THỊ TỐ	T	Nữ	1969	Xô Viết Nghệ Tĩnh, Phường 25, Bình Thạnh, HCM	5347/20	24/09/ 2020
55	NGUYỄN THỊ MỸ	T	Nữ	1968	Tăng Bạt Hồ , Phường 9, Vũng Tàu	5359/20	24/09/ 2020
56	TRẦN THỊ	N H	Nữ	1954	Pasteur , Bến Nghé , Quận 1, TP.HCM	5369/20	25/09/ 2020
57	LÊ THỊ THANH	P H	Nữ	1979	Lê Đức Thọ , Phường 17 , Gò Vấp , TP.HCM	5751/20	15/10/ 2020
58	NGUYỄN THỊ THU	T H	Nữ	1982	Lạc Long Quân , Phường 9, Tân Bình , TP.HCM	5578/20	06/10/ 2020
59	NGUYỄN THỊ	X	Nữ	1963	Xã Bàng 2 , phường Xã Bàng , Châu Đức , Bà Rịa	5414/20	29/09/ 2020
60	ĐỖ THỊ	T	Nữ	1957	Áp Tân Lợi , Tân Thành , Lai Vung , Đồng Tháp	5582/20	06/10/ 2020

TP.HCM , Ngày 01 tháng 11 năm 2020

Xác nhận của giáo viên hướng dẫn

Xác nhận bệnh viện

Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp




TS.BS. ĐỖ ĐÌNH LONG

BS. CKII. LƯU QUỐC HẢI

PHỤ LỤC 5

BẢNG THEO DÕI

Họ và tên:..... Năm sinh:Mã số BN:

Giới tính: Nam Nữ

Nghề nghiệp:.....

Địa chỉ:.....

Chẩn đoán: Bệnh cảm YHCT:.....

Ngày bắt đầu: Ngày kết thúc:

Châm cứu theo đề tài: “Hiệu quả giảm đau trong điều trị đau lưng mạn do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng phương pháp cây chỉ”

1. **Châm cứu**

Huyệt: Giáp tích, Thận du, Đại trường du, Dương lăng tuyền, Hoàng khiêu, Trật biên, Thừa phù, Thừa sơn, Phong thị .

Tần số: 60 Hz

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

Thời gian: 20 – 30 phút/ lần. Số lần: 5 lần/tuần trong 4 tuần

	Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3	Tuần 4	Người thực hiện
Số lần châm cứu					

	Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3	Tuần 4	Người thực hiện
Xoa bóp bấm huyệt					

2. Sinh hiệu:

	T0	T7	T14	T21	T28
Mạch					
Nhiệt độ					
HA (mmHg)					
Nhịp thở					
Cân nặng					
Chiều cao					

PHỤ LỤC 6

KẾ HOẠCH THỰC HIỆN ĐỀ TÀI: ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN TRƯỜNG CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM

STT	NỘI DUNG	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	THỜI GIAN
-----	----------	-----------------	-----------

1	Xây đề cương + trình đề cương	- Đề cương đã chỉnh sửa theo góp ý của hội đồng - Trình đề cương hội đồng y đức	01/2020 – 02/2020 02/2020
2	Công tác chuẩn bị nghiên cứu	- Bản phân công nhóm nghiên cứu - Tập huấn cho nhóm nghiên cứu	02/2020
3	Triển khai nhận bệnh	Các hồ sơ nghiên cứu và phiếu thu nhập số liệu	02/2019 – 08/2020
4	Phân tích số liệu	Bản kết quả phân tích số liệu	08/2020 – 09/2020
5	Viết báo cáo nghiệm thu + Báo cáo trước hội đồng	Báo cáo hoàn chỉnh	09/2020

MỤC LỤC

LỜI CẢM ƠN.....	1
LỜI CAM ĐOAN.....	2
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1.....	3
TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Đau thần kinh tọa theo YHHD.....	3
1.2. Đau thần kinh tọa theo y học cổ truyền: [24] [25].....	17
1.3. Cơ chế tác dụng châm cứu : [27], [28].....	20
1.4. Trường châm :.....	27
1.5. Điện sinh học : [29] [30].....	29
1.7. Các công trình nghiên cứu về đau dây thần kinh tọa:.....	36
1.8. Các công trình nghiên cứu về điện sinh học tại huyết:.....	39
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	45
2.1. Chất liệu nghiên cứu :.....	45
2.2. Đối tượng nghiên cứu :.....	46
2.3. Phương pháp xử lý số liệu :.....	54
2.4. Đạo đức nghiên cứu :.....	54
CHƯƠNG 3.....	55
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	55
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	55
3.2. Kết quả nghiên cứu:.....	63
3.3. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp nghiên cứu.....	83
CHƯƠNG 4 :BÀN LUẬN.....	84
4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của bệnh nhân.....	85
4.2. Bàn luận về kết quả nghiên cứu.....	88
4.3. Bàn luận về tác dụng không mong muốn.....	97
KẾT LUẬN.....	98

<i>KIẾN NGHỊ</i>	99
<i>TÀI LIỆU THAM KHẢO</i>	100
<i>PHỤ LỤC 1</i>	107
<i>PHỤ LỤC 2</i>	110
<i>PHỤ LỤC 3</i>	115
<i>PHỤ LỤC 4</i>	118
<i>PHỤ LỤC 5</i>	123
<i>PHỤ LỤC 6</i>	124

DANH MỤC BẢNG BIỂU

<i>Hình 2.10. Thước đo thang điểm VAS [54]</i>	50
<i>Hình 2.11. Thước đo tâm vận động khớp [55]</i>	52
<i>Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi</i>	55
<i>Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới</i>	56
<i>Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp</i>	57
<i>Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh</i>	58
<i>Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo thể YHCT</i>	59
<i>Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo kiểu thoát vị</i>	60
<i>Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo mức độ bệnh</i>	61
<i>Bảng 3.8. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị</i>	62
<i>Bảng 3.9. Các chỉ số mạch, huyết áp của 2 nhóm trước điều trị</i>	62
<i>Bảng 3.10. Các chỉ số huyết học và sinh hóa của 2 nhóm trước điều trị</i>	63
<i>Bảng 3.11. Sự cải thiện thang điểm Vas của 2 nhóm sau 7 ngày điều trị</i>	64
<i>Bảng 3.12. Sự cải thiện thang điểm Vas của 2 nhóm sau 15 ngày điều trị</i>	64
<i>Bảng 3.13. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp tay đất sau 7 ngày điều trị</i>	65
<i>Bảng 3.14. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp tay đất sau 15 ngày điều trị</i>	66
<i>Bảng 3.15. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Schober sau 7 ngày điều trị</i>	66
<i>Bảng 3.16. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Schober sau 15 ngày điều trị</i>	68
<i>Bảng 3.17. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Lasegue sau 7 ngày điều trị</i>	69
<i>Bảng 3.18. Sự cải thiện chỉ số nghiệm pháp Lasegue sau 15 ngày điều trị</i>	70
<i>Bảng 3.19. Sự cải thiện chỉ số Gáp sau 7 ngày điều trị</i>	71
<i>Bảng 3.20. Sự cải thiện chỉ số Gáp sau 15 ngày điều trị</i>	72
<i>Bảng 3.21. Sự cải thiện chỉ số Duỗi sau 7 ngày điều trị</i>	73
<i>Bảng 3.22. Sự cải thiện chỉ số Duỗi sau 15 ngày điều trị</i>	74
<i>Bảng 3.23. Kết quả sau 7 ngày điều trị của nhóm NC theo thể YHCT</i>	79
<i>Bảng 3.24. Kết quả sau 15 ngày điều trị của nhóm NC theo thể YHCT</i>	79
<i>Bảng 3.25. Chỉ số mạch, huyết áp của 2 nhóm sau 15 ngày điều trị</i>	80
<i>Bảng 3.26. Chỉ số huyết học và sinh hóa sau 15 ngày điều trị</i>	81

Bảng 3.27. Theo dõi sau 15 ngày ngừng điều trị..... 82