

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ NGỌC HÂN

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU
DÂY THẦN KINH HÔNG TO DO PHONG HÀN THẤP
BẰNG ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP BẨM HUYỆT
KẾT HỢP BÀI TẬP WILLIAMS**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ NGỌC HÂN

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU
DÂY THẦN KINH HÔNG TO DO PHONG HÀN THẤP
BẰNG ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP BẨM HUYỆT
KẾT HỢP BÀI TẬP WILLIAMS**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

TS. BS. NGUYỄN VĂN HẢI

TS.BS. TRẦN VĂN CHIẾN

HÀ NỘI – 2023

LỜI CẢM ƠN

Em xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Quản lý đào tạo Sau Đại học - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện tốt nhất cho em trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất em xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới các thầy TS.BS Nguyễn Văn Hải và TS.BS Trần Văn Chiển đã rất tâm huyết trực tiếp chỉ bảo, hướng dẫn tận tình, đóng góp nhiều ý kiến quý báu cũng như động viên em trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Lời cảm ơn tiếp theo, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới các thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn Thạc sĩ - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy, người cô đã đóng góp cho em nhiều ý kiến quý báu để em hoàn thành nghiên cứu.

Em cũng xin gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, lãnh đạo khoa cùng toàn thể nhân viên bệnh viện Tuệ Tĩnh đã tạo điều kiện cho em học tập, thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

Cuối cùng, em muốn bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, những người thân trong gia đình đã luôn giúp đỡ, động viên trong quá trình học tập và nghiên cứu. Cảm ơn các anh chị, các bạn, những người luôn đồng hành cùng em, động viên và chia sẻ trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu đã qua.

Hà Nội, ngày ... tháng ... năm 2023

Đỗ Ngọc Hân

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Đỗ Ngọc Hân, học viên Cao học khóa 14, 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 TS.BS Nguyễn Văn Hải và TS.BS Trần Văn Chiển.

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 của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày ... tháng ... năm 2023

Người viết cam đoan

Đỗ Ngọc Hân

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Tổng quan về đau dây thần kinh hông to theo Y học hiện đại	3
1.1.1. Khái niệm	3
1.1.2. Giải phẫu dây thần kinh hông to.....	3
1.1.3. Nguyên nhân.....	5
1.1.4. Triệu chứng.....	7
1.1.5. Chẩn đoán	10
1.1.6. Điều trị đau thần kinh hông to	11
1.2. Tổng quan về đau dây thần kinh hông to theo Y học cổ truyền.....	12
1.2.1. Bệnh danh	12
1.2.2. Bệnh nguyên và cơ chế bệnh sinh	13
1.2.3. Các thể lâm sàng, chẩn đoán và điều trị	15
1.3. Tổng quan về các phương pháp can thiệp lâm sàng.....	17
1.3.1. Tổng quan về phương pháp điện châm	17
1.3.2. Tổng quan về phương pháp xoa bóp bấm huyệt	19
1.3.3. Tổng quan bài tập Williams	22
1.4. Tình hình nghiên cứu điều trị đau dây thần kinh hông to.....	27
1.4.1. Nghiên cứu tại Việt Nam.....	27
1.4.2. Nghiên cứu trên thế giới	28
Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	29
2.1. Đối tượng nghiên cứu	29
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu theo YHHD	29
2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu theo YHCT	29
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ.....	29

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	30
2.3. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu	30
2.3.1. Chất liệu nghiên cứu.....	30
2.3.2. Các phương pháp điều trị	30
2.4. Phương pháp nghiên cứu	33
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	33
2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	33
2.4.3. Quy trình nghiên cứu.....	34
2.4.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu	36
2.4.5. Kết quả chung.....	38
2.5. Phương pháp xử lí số liệu.....	39
2.6. Đạo đức nghiên cứu	39
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	41
3.1. Đặc điểm chung, đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân nghiên cứu.....	41
3.1.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu	41
3.1.2. Đặc điểm bệnh lý đau thần kinh tọa.....	42
3.2. Đánh giá kết quả điều trị theo y học hiện đại.....	47
3.2.1. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS.....	47
3.2.2. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng (Nghiệm pháp Schober)	50
3.2.3. Sự cải thiện về tầm vận động cột sống thắt lưng.....	51
3.2.4. Sự cải thiện của nghiệm pháp tay đất (Neri)	52
3.2.5. Sự thay đổi thang đo mức độ cơ, dấu hiệu bấm chuông, tê bì trước và sau điều trị	53
3.2.6. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (ODI) ...	56
3.2.7. Sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền trước và sau điều trị.....	57
3.2.8. Kết quả điều trị chung	58
3.3. Kết quả tác dụng không mong muốn điều trị của nhóm nghiên cứu	58

3.3.1. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm.....	58
3.3.2. Tác dụng không mong muốn phương pháp xoa bóp bấm huyệt	58
3.3.3. Tác dụng không mong muốn bài tập Williams	59
Chương 4 BÀN LUẬN.....	60
4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	60
4.1.1. Tuổi.....	60
4.1.2. Giới	61
4.1.3. Nghề nghiệp.....	62
4.1.4. Thời gian mắc bệnh	63
4.1.5. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị (VAS, ODI)	64
4.2. Hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams theo YHHD	65
4.2.1. Cải thiện mức độ đau.....	66
4.2.2. Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng.....	68
4.2.3. Cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng và khoảng cách tay đất	69
4.2.4. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày	73
4.2.5. Kết quả điều trị chung	74
4.3. Kết quả tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị điện châm, xoa bóp bấm huyệt và bài tập Williams	75
KẾT LUẬN	77
KIẾN NGHỊ.....	79
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
BN	Bệnh nhân	
CSTL	Cột sống thắt lưng	
NC	Nhóm chứng	
NNC	Nhóm nghiên cứu	
ODI	Thang điểm đánh giá chức năng sinh hoạt hằng ngày	Oswestry Disability Index
TKHT	Thần kinh hông to	
VAS	Thang điểm đau	Visual Analog Scale
YHCT	Y học cổ truyền	
YHHĐ	Y học hiện đại	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Chẩn đoán định khu thần kinh đau thần kinh hông to.....	10
Bảng 2.1. Quy đổi điểm mức độ đau	36
Bảng 2.2. Quy đổi điểm độ giãn CSTL theo khoảng Schober.....	36
Bảng 2.3. Quy đổi điểm nghiệm pháp Neri (tay đất).....	36
Bảng 2.4. Quy đổi điểm hội chứng rết theo nghiệm pháp Lasegue.....	37
Bảng 2.5. Quy đổi điểm triệu chứng tê bì, dấu hiệu bấm chuông, co cứng cơ cạnh sống.....	37
Bảng 2.6. Quy đổi điểm chức năng hoạt động CSTL theo điểm ODI.....	38
Bảng 2.7. Phân loại đánh giá kết quả chung sau điều trị	39
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	41
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới	41
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	42
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	42
Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử bệnh lý	43
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng	43
Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng	44
Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo VAS thời điểm vào viện.....	46
Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo chức năng sinh hoạt trước điều trị.....	47
Bảng 3.10. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS sau 7 ngày điều trị	48
Bảng 3.11. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS sau 14 ngày điều trị	49
Bảng 3.12. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS sau 21 ngày điều trị	49
Bảng 3.13. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng sau 7 ngày điều trị.....	50

Bảng 3.14. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng sau 14 ngày điều trị...	50
Bảng 3.15. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng sau 21 ngày điều trị...	51
Bảng 3.16. Cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng sau 7 ngày, 14 ngày, 21 ngày điều trị	51
Bảng 3.17. Cải thiện khoảng cách của nghiệm pháp tay đất (Neri)	52
Bảng 3.18. Sự thay đổi thang đo mức độ cơ, dấu hiệu bấm chuông, tê bì trước và sau 7 ngày điều trị.....	53
Bảng 3.19. Sự thay đổi thang đo mức độ cơ, dấu hiệu bấm chuông, tê bì trước và sau 14 ngày	54
Bảng 3.20. Sự thay đổi thang đo mức độ cơ, dấu hiệu bấm chuông, tê bì trước và sau 21 ngày	55
Bảng 3.21. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 7 ngày điều trị	56
Bảng 3.22. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 14 ngày điều trị	56
Bảng 3.23. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 21 ngày điều trị	57
Bảng 3.24. Sự cải thiện về các triệu chứng YHCT sau 21 ngày điều trị.....	57
Bảng 3.25. Kết quả điều trị chung	58
Bảng 3.26. Tác dụng không mong muốn bài tập Williams	59

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu.....	35
--	----

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1 Kết quả cải thiện triệu chứng đau.....	47
--	----

DANH MỤC HÌNH VẼ

Hình 1.1. Đám rối thần kinh thắt lưng	4
Hình 1.2. Đường đi và chi phối cảm giác của thần kinh hông to	5
Hình 1.3. Động tác 1 của bài tập Williams	24
Hình 1.4. Động tác 2 của bài tập Williams	24
Hình 1.5. Động tác 3 của bài tập Williams	25
Hình 1.6. Động tác 4 của bài tập Williams	25
Hình 1.7. Động tác 5 của bài tập Williams	26
Hình 1.8. Động tác 6 của bài tập Williams	26

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh hông to (TKHT) là một bệnh rất phổ biến có thể gặp ở mọi lứa tuổi, giới tính, nghề nghiệp khác nhau. Bệnh biểu hiện bởi cảm giác đau dọc theo đường đi của thần kinh hông to và là nguyên nhân chính gây nên tình trạng nghỉ việc hoặc phải đi điều trị ở những lứa tuổi lao động. Bệnh thường kéo dài, hay tái phát gây ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống, sinh hoạt và năng suất làm việc của người bệnh và là gánh nặng kinh tế, tâm lý rất lớn.

Theo Toufexic A, tại Mỹ, có khoảng 2 triệu người phải nghỉ việc, chiếm 1% dân số ở độ tuổi lao động bị tàn tật hoàn toàn hoặc vĩnh viễn do đau thần kinh hông to [1]. Năm 2014 có tới 13,1% bệnh nhân mắc bệnh đau thần kinh hông to [2]. Tại Việt Nam, một số kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh đau thần kinh hông to chiếm 2% dân số, con số này ở những người trên 60 tuổi là 17%, đồng thời đây cũng chính là một trong những 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất [3].

Ngày nay, đã có nhiều nghiên cứu về những phương pháp điều trị đau dây thần kinh hông to bằng cả y học hiện đại (YHHĐ) và cả y học cổ truyền (YHCT). Đối với YHHĐ thường sử dụng một hay nhiều phương pháp trong đó nội khoa bảo tồn kết hợp với các phương pháp vật lý trị liệu là chủ yếu. Tuy nhiên, mỗi phương pháp đều có những ưu và nhược điểm riêng như sử dụng những thuốc chống viêm giảm đau non - steroid kéo dài sẽ dễ gây những tác dụng phụ không mong muốn như loét dạ dày tá tràng....

Theo lí luận của YHCT, đau dây thần kinh hông to thuộc phạm vi chứng “Yêu cước thông”, “Tọa cốt phong” với nguyên nhân do phong hàn thấp hay gặp nhất. Điều trị bằng các phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc nổi bật là châm cứu kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Đây là phương pháp phổ biến và được áp dụng nhiều mang lại hiệu quả cao cho người bệnh.

Hiện nay, việc tìm ra một phương pháp điều trị hữu ích, giải quyết được tình trạng bệnh cho bệnh nhân thì việc kết hợp các phương pháp không dùng thuốc của YHCT với phục hồi chức năng, đặc biệt là các bài tập Williams, MC Gill, MC Kenzie trong điều trị đau dây thần kinh hông to ngày càng được áp dụng. Qua thực tiễn cho thấy, bài tập Williams là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, bệnh nhân có thể tự tập ở nhà. Cùng với đó kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giãn cơ, tăng sức mạnh cơ cho vùng thắt lưng giúp giảm đau, phục hồi tầm vận động cột sống thắt lưng và dự phòng tái phát. Do đó, nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams”** được tiến hành với hai mục tiêu:

- 1. Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams.*
- 2. Theo dõi một số tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

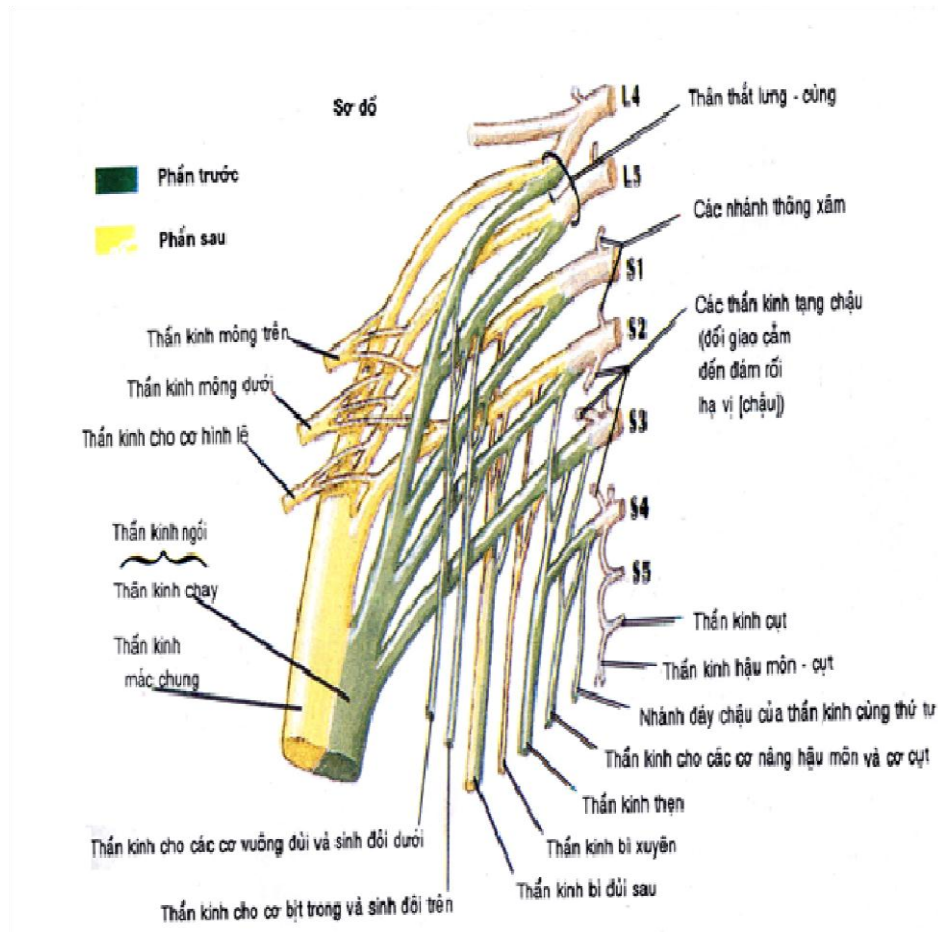
1.1. Tổng quan về đau dây thần kinh hông to theo Y học hiện đại

1.1.1. Khái niệm

Đau dây thần kinh hông to là một bệnh biểu hiện đau chủ yếu rễ thần kinh thắt lưng V và cùng I, với đặc tính: lan theo đường đi của dây thần kinh hông to (tuỳ theo rễ bị đau) [4], [5], [6], [7].

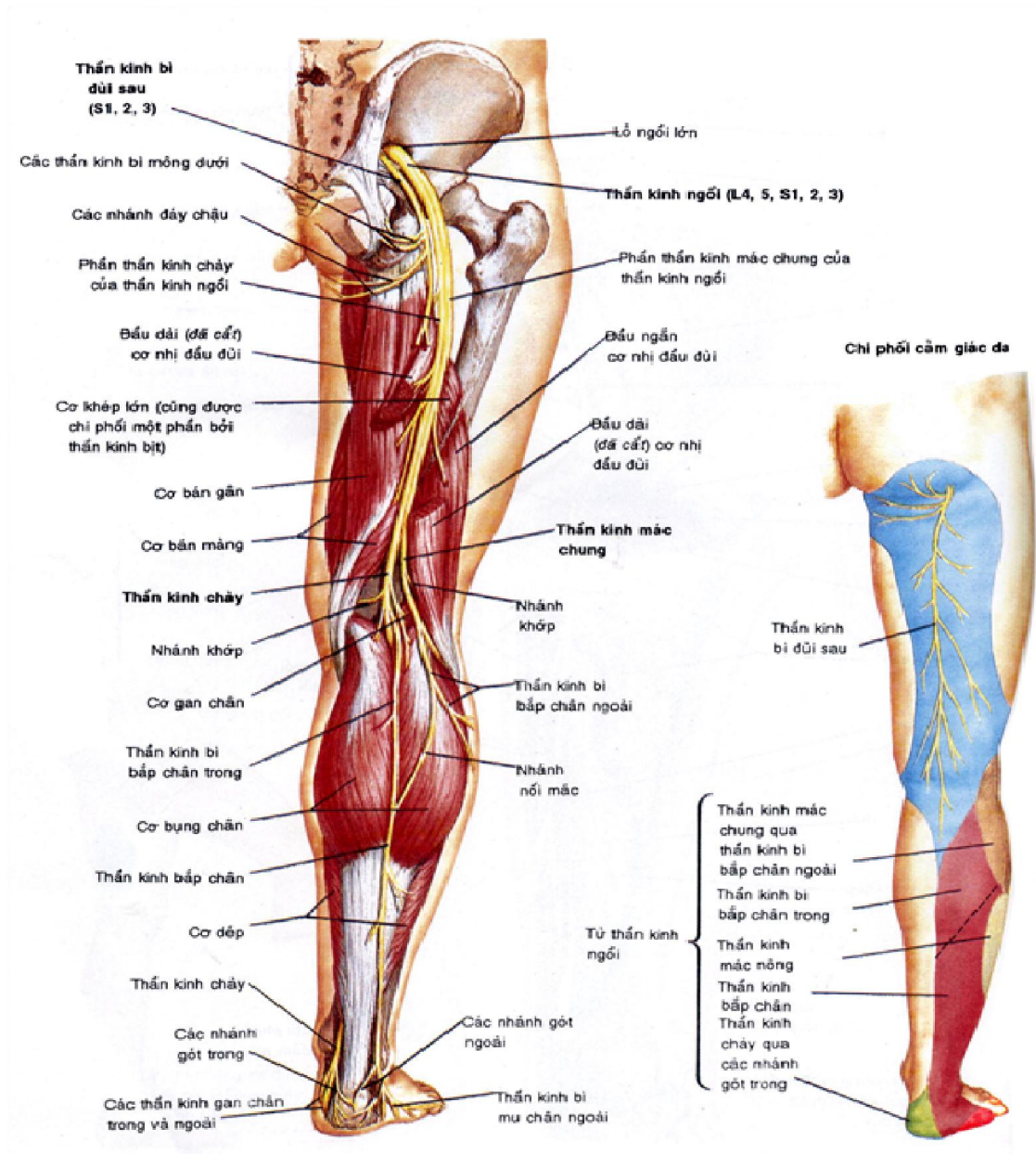
1.1.2. Giải phẫu dây thần kinh hông to

Dây thần kinh hông to là một dây thần kinh to và dài nhất trong cơ thể, nó được tạo thành bởi đám rối thắt lưng cùng gồm rễ thắt lưng L4-L5 và S1-S2-S3. Sau khi các rễ hợp lại thành dây thần kinh hông to để đi ra ngoài ống sống, phải đi qua một khe hẹp gọi là khe gian đốt-đĩa đệm- dây chằng. Khe này có cấu tạo phía trước là thân đốt sống, đĩa đệm, phía bên là cuống giới hạn bởi lỗ liên hợp, phía sau là dây chằng. Các thành phần trên bị tổn thương đều có thể gây đau thần kinh hông to do chèn ép hoặc dày dính. Ra khỏi ống xương sống, dây thần kinh hông to đi phía trước khớp cùng chậu, sau đó chui qua lỗ mở hông to đi ra phía sau mông, nằm giữa hai lớp cơ mông. Ở mông, dây thần kinh hông to nằm giữa ụ ngồi và máu chuyển lớn xương đùi. Tiếp đó dây thần kinh hông to đi dọc theo mặt sau đùi xuống giữa nếp khoeo. Đến đỉnh trám khoeo thì chia làm 2 nhánh là nhánh thần kinh hông khoeo trong (thần kinh chày) và nhánh thần kinh hông khoeo ngoài (thần kinh mác chung). Dây hông khoeo trong chứa các sợi thuộc rễ S1, đi tới mắt cá trong, chui xuống gan bàn chân và kết thúc ở ngón chân út. Dây hông khoeo ngoài chứa các sợi thuộc rễ L5, đi xuống mu chân và kết thúc ở ngón chân cái [8].



Hình 1.1. Đám rối thần kinh thắt lưng

Thần kinh hông to chi phối vận động các cơ mông, cơ ở phần sau của đùi, cơ căng chân và các cơ ở bàn chân. Rễ L5 (nhánh hông khoeo ngoài) chi phối vận động các cơ ở căng chân trước ngoài, thực hiện các động tác như gấp bàn chân, duỗi các ngón chân, đi trên gót chân và chi phối cảm giác một phần mặt sau đùi, mặt trước ngoài căng chân, ngón chân cái và các ngón lân cận. Rễ S1 (nhánh hông khoeo trong) chi phối vận động các cơ căng chân sau, thực hiện các động tác như duỗi bàn chân, gấp các ngón chân, đi trên đầu các ngón chân và chi phối cảm giác mặt sau đùi, mặt sau căng chân, bờ ngoài bàn chân và 2/3 gan chân [9].



Hình 1.2. Đường đi và chi phối cảm giác của thần kinh hông to

1.1.3. Nguyên nhân

1.1.3.1. Thoái hóa cột sống thắt lưng

Thoái hóa cột sống thắt lưng là bệnh mạn tính tiến triển từ từ tăng dần, gây cho bệnh nhân cảm giác đau, hạn chế vận động, biến dạng CSTL và không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản trong thoái hóa cột sống là tình trạng lão hóa của mô sụn, gây tổn thương sụn khớp và đĩa đệm cột sống, thay

đôi ở phần xương dưới sụn và mọc gai xương. Bệnh thường xuất hiện ở những người cao tuổi hoặc có công việc gây tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của cột sống [10].

Trong thoái hóa CSTL, có thể gặp thoái hóa ở thân đốt sống, gây hẹp lỗ ghép (do mọc gai xương, phì đại mỏm khớp, hẹp đĩa đệm), trượt thân đốt (do mỏm khớp thoái hóa nặng, dây chằng lỏng lẻo) và hẹp ống sống; thoái hóa xương sụn đốt sống và thoái hóa đĩa đệm [10].

1.1.3.2. Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Đây là nguyên nhân hay gặp nhất chiếm 60% đến 90% các trường hợp. Thoát vị đĩa đệm CSTL gây chèn ép trực tiếp lên rễ thần kinh, gây kích thích cơ học và kèm theo rối loạn cảm giác theo vùng da mà rễ thần kinh đó chi phối. Các sợi vận động của rễ thần kinh cũng bị chèn ép gây teo và yếu các cơ mà nó chi phối [5].

1.1.3.3. Các nguyên nhân khác

- Dị dạng bẩm sinh của cột sống thắt lưng: Cùng hóa thắt lưng 5, thắt lưng hóa cùng 1, gai đôi đốt sống thắt lưng 5 hoặc cùng 1, hẹp ống sống thắt lưng.

- Bệnh lý mắc phải của cột sống thắt lưng như: Trượt đốt sống L5 ra trước, ung thư đốt sống tiên phát hoặc di căn, lao đốt sống, chấn thương đốt sống, viêm đốt sống do tụ cầu, liên cầu, viêm cột sống dính khớp.

- Bệnh rối loạn chuyển hóa: Đái tháo đường viêm thần kinh ngoại vi

- U tủy và màng tủy chèn ép vào rễ thần kinh hông.

- Viêm màng nhện tủy khu trú, abscess ngoài màng cứng vùng thắt lưng

- Viêm thần kinh do lạnh

- Bệnh nghề nghiệp: Lái xe, thợ may, khâu vác [4], [7], [11].

1.1.4. Triệu chứng

1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

Qua nhiều nghiên cứu cho thấy rằng đau dây thần kinh hông to đều thể hiện qua 2 hội chứng: Hội chứng cột sống và Hội chứng rễ thần kinh.

- **Hội chứng cột sống** [5], [11], [12]

- Đau cột sống thắt lưng: đau có thể khởi đầu cấp tính hoặc bán cấp rồi tiến triển thành mạn tính. Đau lan theo khu vực rễ thần kinh thắt lưng - cùng chi phối.

- Cột sống thắt lưng biến dạng hoặc mất đường cong sinh lý (gù, vẹo hay uốn quá mức) do tổn thương tại cột sống hoặc do phản ứng co cứng các khối cơ cạnh sống (hay gặp trong thoát vị đĩa đệm).

- Co cứng cơ cạnh sống: Bệnh nhân đứng thẳng, quan sát từ phía sau xem khối cơ cạnh sống hai bên có cân đối không, sau đó nắn xem trương lực hai khối cơ đó có đều nhau không, trường hợp tăng trương lực cơ thì nói là có co cứng cơ cạnh sống.

- Điểm đau cột sống: Ấn hoặc gõ trên các mỏm gai sau đốt sống của bệnh nhân phát hiện được điểm đau. Trường hợp tổn thương rễ thần kinh thường có điểm đau ở cột sống tương ứng.

- Điểm đau cạnh sống thắt lưng (cách đường liên mỏm gai khoảng 2cm).

- Bất thường các động tác của cột sống làm hạn chế vận động do tổn thương các cấu trúc nhạy cảm đau và do phản ứng co cứng các khối cơ cạnh sống. Vận động cột sống giảm được thấy rõ khi làm nghiệm pháp tay – đất và khoảng Schober.

- **Hội chứng rễ thần kinh** [5], [11], [12]

- + *Tổn thương các rễ và dây thần kinh*: một số các nghiệm pháp phát hiện:

- Nghiệm pháp Lasègue (căng rễ thần kinh hông L5 – S1): bệnh nhân ở tư thế đùi và cẳng chân duỗi thẳng. Nâng gót chân bệnh nhân lên khỏi mặt giường, bình thường có thể nâng lên đến 90^0 so với mặt giường. Khi đau thần kinh hông to kèm đau các rễ L5 hoặc S1, chỉ nâng đến một góc nào đó (ví dụ 30^0 , 40^0 ...) sẽ gây đau. Góc càng nhỏ mức độ đau càng nặng.

- Nghiệm pháp Bonnet: Bệnh nhân nằm ngửa, gấp cẳng chân vào đùi, vừa ấn đùi vào bụng vừa xoay vào trong. Bệnh nhân thấy đau ở mông và mặt sau đùi do dây hông bị căng là Bonnet (+).

- Nghiệm pháp Neri: Bệnh nhân ngồi trên giường hai chân duỗi thẳng, cúi xuống, hai ngón tay trở sờ vào hai ngón chân, bệnh nhân cảm thấy đau ở lưng, mông phải gấp gối lại mới sờ được ngón chân (Neri dương tính).

- Dấu hiệu Bấm chuông: khi ấn điểm đau cạnh cột sống thắt lưng (cách cột sống khoảng 2 cm) xuất hiện đau lan theo rễ thần kinh tương ứng.

- Dấu hiệu Valleix: dùng ngón tay ấn vào các điểm trên đường đi của dây thần kinh tọa, xuất hiện đau tại chỗ ấn và lan theo đường đi của rễ thần kinh chi phối. Gồm các điểm đau: điểm giữa ụ ngồi - mấu chuyển lớn, giữa nếp lằn mông, giữa mặt sau đùi, giữa nếp khoeo, giữa cung cơ dẹt ở cẳng chân (Chỉ cần một điểm đau là có thể chẩn đoán xác định).

+ *Rối loạn cảm giác:*

-Tổn thương rễ L5: Giảm cảm giác mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mu chân, ngón chân (còn gọi là đau thần kinh hông to kiểu L5)

- Tổn thương S1: Giảm cảm giác mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, bờ ngoài bàn chân (còn gọi là đau thần kinh hông to kiểu S1)

+ *Rối loạn vận động:*

- Bệnh nhân không đứng được bằng gót nếu yếu các ngón cơ cẳng chân trước – ngoài (tổn thương rễ L5) hoặc không đứng bằng mũi chân được khi yếu các cơ cẳng chân sau (tổn thương rễ S) hoặc yếu các nhóm cơ vùng

mông, các cơ dạng, khớp đùi, cơ tứ đầu đùi, nhóm cơ căng chân trước và sau, nặng có thể gây teo cơ.

+ *Rối loạn phản xạ:*

- Biểu hiện bằng giảm hay mất phản xạ gân gối hoặc gót tùy theo rễ bị tổn thương. Mất hay giảm phản xạ hậu môn sinh dục thường gặp trong tổn thương các rễ thần kinh thuộc đám rối cùng (S2 - S4).

+ *Rối loạn thần kinh tự chủ:* có thể gặp những bất thường về phản xạ vận mạch, nhiệt độ da, phản xạ bài tiết mồ hôi, phản xạ dựng lông, dinh dưỡng, ... gặp trong tổn thương dây thần kinh hông (do các sợi thực vật chủ yếu đi kèm với các dây thần kinh).

1.1.4.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chụp X-quang cột sống lưng [13]

Đối với X-quang cột sống chụp trên hai tư thế thẳng và nghiêng cho thấy các hình ảnh:

- + Gai xương ở thân đốt sống, mặt khớp đốt sống, lỗ gian đốt sống.
- + Hẹp khoang gian đốt sống (hẹp không đồng đều, bờ không đều, biểu hiện bằng chiều cao của đĩa đệm giảm, hẹp nhưng không dính khớp).
- + Đặc xương dưới sụn và mất đường cong sinh lý cột sống thắt lưng.

- Chụp bao rễ thần kinh

Có giá trị chẩn đoán xác định hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm (hình khuyết lõm bao rễ, cắt cụt rễ).

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) và cắt lớp vi tính

Phát hiện được tất cả tổn thương về cột sống

- Điện cơ đồ

- Giúp cho chẩn đoán định khu tổn thương và tình trạng một số cơ do dây thần kinh hông to chi phối [14].

1.1.5. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng:

- Triệu chứng lâm sàng

- Đau: Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to (từ thắt lưng lan xuống mông, mặt sau ngoài đùi, cẳng chân và bàn chân tùy theo rễ thần kinh bị chèn ép) [15].

- Triệu chứng cột sống: Cơ cơ cạnh sống, có điểm đau cột sống, có khoảng Schober giảm.

- Triệu chứng rễ thần kinh (rễ L5, S1): nghiệm pháp Lasegue (+), dấu hiệu bầm chuông (+), hệ thống điểm Valleix (+) kèm cảm giác tê bì.

- Triệu chứng cận lâm sàng

- X-quang CSTL thẳng nghiêng: Có hình ảnh thoái hóa cột sống thắt lưng, thắt lưng hóa cùng 1 hoặc cùng hóa thắt lưng 5

1.1.5.1. Chẩn đoán định khu

Bảng 1.1. Chẩn đoán định khu thần kinh đau thần kinh hông to

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

1.1.6. Điều trị đau thần kinh hông to

1.1.6.1. Điều trị nội khoa

- Dùng thuốc nội khoa:

+ Thuốc giảm đau chống viêm Non - Steroid: dùng đường uống hoặc đường tiêm, liều lượng phụ thuộc từng bệnh nhân, cần chú ý theo dõi tác dụng phụ của thuốc. Hoặc phối hợp 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, hoặc thuốc kháng viêm không steroid

Trong trường hợp đau nhiều có thể cần phải dùng đến các chế phẩm thuốc phiện như morphin (rất hiếm khi được chỉ định).

+ Thuốc giãn cơ: làm giãn cơ, gia tăng tuần hoàn, giảm đau. Thuốc chủ yếu tác dụng vào khối cơ cạnh sống.

+ Vitamin nhóm B: Vitamin nhóm B liều cao có tác dụng giảm đau, chống viêm, chống thoái hóa thần kinh (Vitamin B1, Vitamin B12).

+ Phong bế tại chỗ: tiêm Novocain 2%, Lidocain 3% hoặc Corticoid vào các điểm đau cạnh sống.

- Các phương pháp vật lý trị liệu:

+ Phương pháp nhiệt trị liệu: được chỉ định sau giai đoạn cấp, có tác dụng giãn cơ, gia tăng tuần hoàn do giãn mạch, làm tăng chuyển hóa và dinh dưỡng tại chỗ, có tác dụng giảm đau. Thường dùng Paraffin, hồng ngoại, túi nước nóng.

+ Phương pháp dòng cao tần trị liệu (sử dụng sóng ngắn): do năng lượng điện khi vào cơ thể chuyển thành năng lượng nhiệt và gây ra tác dụng sinh học tại tổ chức làm giãn cơ, giãn mạch, tăng chuyển hóa, tăng nhu cầu oxy do tăng hoạt tính mao mạch làm giảm đau, tăng dẫn truyền thần kinh cơ.

+ Phương pháp dòng điện xung: tăng cường chuyển hóa, chống đau, kích thích thần kinh cơ.

+ Phương pháp dòng điện phân: dùng dòng một chiều Galvanic đưa thuốc vào vùng điều trị, có tác dụng giảm đau. Điện phân dẫn thuốc là phương pháp đưa thuốc vào cơ thể bằng dòng điện một chiều.

+ Phương pháp kéo giãn cột sống thắt lưng: dưới tác dụng lực kéo cơ học vào vùng cột sống làm rộng khoang gian đốt, giảm áp lực lên khoang gian đốt, giảm áp lực nội đĩa đệm tạo điều kiện cho nhân nhầy dịch chuyển về vị trí cân bằng động, các vòng sợi trở lại vị trí cũ, giải phóng được các rễ thần kinh và mạch máu bị đè ép.

- *Các bài tập phục hồi chức năng cho cột sống thắt lưng:*

Trong điều trị đau dây thần kinh hông to, các bài tập cột sống đóng vai trò quan trọng, nó không chỉ đạt được mục đích giảm đau, phục hồi tầm vận động CSTL mà còn có tác dụng phòng ngừa tái phát, các bài tập CSTL nhằm mục đích làm khỏe cơ và phục hồi tầm vận động bình thường của CSTL. Sử dụng 6 động tác vận động CSTL của bài tập Williams để sửa lại tư thế khung chậu, lập lại cân bằng sinh cơ học, nhờ đó giảm đau và phục hồi lại tầm vận động CSTL.

1.1.6.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định điều trị ngoại khoa trong các trường hợp:

- Hội chứng đuôi ngựa.
- Thiếu sót thần kinh nặng: yếu và teo cơ nhiều
- Điều trị bảo tồn tích cực trong 6 tuần không đỡ.
- Thoát vị đĩa đệm tái phát nhiều lần không đáp ứng với điều trị bảo tồn nữa.

1.2. Tổng quan về đau dây thần kinh hông to theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Đau dây thần kinh hông to được mô tả trong phạm vi Chứng tý của YHCT với nhiều bệnh danh khác nhau tùy thuộc vào vị trí hoặc nguyên nhân

gây bệnh: Tọa cốt phong, Yêu cước thống (đau lưng - chân), Yêu thoái thống (đau lưng - đùi), Yêu cước đông thống (đau lưng - chân vào mùa đông), Tọa điển phong (đau thần kinh hông do phong tà) [16], [17], [18].

1.2.2. Bệnh nguyên và cơ chế bệnh sinh

Theo YHCT cho rằng “*thông tắc bất thông, thống tắc bất thông*” nghĩa là khi khí huyết vận hành trong kinh lạc được thông suốt thì không đau, còn khi khí huyết vận hành trong kinh lạc bị bế tắc thì gây đau, tắc chỗ nào sẽ đau chỗ đó [14].

Hoàng đế nội kinh đã thể hiện quan niệm thiên nhân hợp nhất của YHCT, bao gồm 2 yếu tố nội thương và ngoại nhân không ngừng ảnh hưởng đến nhau. Chứng Tý hình thành do ngoại tà (phong, hàn, thấp nhiệt) nhân cơ hội chính khí cơ thể suy yếu, vệ khí không vững vàng, tấu lý sơ hở, xâm nhập vào cơ thể làm kinh lạc bị bế tắc (chủ yếu là kinh Đờm, Bàng quang), hoặc do huyết ú- khí trệ ở hai kinh trên làm cho kinh lạc bị bế tắc, khí huyết không thông gây đau. Bệnh kéo dài lâu ngày làm ảnh hưởng tới tạng Can, Thận. Như sách kim quỹ yếu lược viết: “Tạng phủ kinh lạc vốn bị tích nhiệt, lại bị tà khí phong hàn thấp ẩm náu, nhiệt bị hàn uất, khí không lưu thông, lâu ngày hàn uất cũng hoá nhiệt thì lại càng đau nhức âm ỉ khó chịu” [20]

YHCT có các nguyên nhân sau:

1.2.2.1. Ngoại nhân

Ngoại nhân chủ yếu là do phong hàn thấp gây ra chứng Tý: “Phong hàn thấp 3 thứ khí kết hợp gây ra chứng Tý” (Tổ Vấn, chương Tý luận). Ngoài ra còn do lục khí bất thường trở thành lục dâm gây bệnh: “Thời tiết thay đổi, ở nơi ẩm thấp làm cho người nặng nề, đau nhức các khớp” (Tổ Vấn, chương Bản bệnh luận) [20], [21]. Sách Nội kinh Tổ Vấn cho rằng: “Bệnh do tà khí phong, hàn, thấp cùng đến hợp thành gọi là bệnh Tý”.

1.2.2.2. Nội nhân

Nguyên nhân gây bệnh của chứng Tý thường gặp do 7 loại tình chí (hỉ, nộ, ưu, tư, bi, khùng, kinh) xuất hiện đột ngột, mạnh mẽ hoặc tác động lâu dài làm cho vệ khí dinh huyết không điều hoà. Trong Tố Vấn, chương Tý luận có viết: “Vệ khí dinh huyết nghịch thì gây bệnh khi thuận thì khỏi bệnh” [20]. Tình chí thay đổi thất thường làm cho bệnh tình nặng thêm hoặc diễn biến nhanh, dẫn đến rối loạn chức năng của các tạng, nhất là hai tạng Can và Thận. Nếu thận hư không sinh được tủy, xương mất sự ôn dưỡng có thể sinh ra chứng Cốt tý: người lạnh, sưởi ấm cũng không nóng lên được, khớp xương co cứng lại. Tuệ Tĩnh viết: “Đau lưng là bệnh ở thận”. Can là tạng có công năng tàng huyết, chủ cân và có quan hệ biểu lý với Đờm. Nếu can huyết hư thì cân yếu sẽ gây chứng tê bại, chân tay run, co quắp... Sự rối loạn chức năng của hai tạng này gây ảnh hưởng đến hai đường kinh biểu lý là Bàng quang và Đờm, làm khí huyết, kinh khí bị trở trệ dọc đường đi của kinh này mà gây đau và hạn chế vận động (Đường tuần hành của hai kinh Bàng quang và kinh Đờm trùng với đường đi của dây thần kinh hông to trên lâm sàng) [17], [22].

1.2.2.3. Bất nội ngoại nhân

Theo YHCT, chứng Tý hay gặp ở những người làm việc hoặc sống ở nơi có thời tiết khí hậu lạnh ẩm. Sách Tố Vấn cho rằng ngoài nguyên nhân ngoại nhân và nội nhân thì ẩm thực, lao động, thói quen sinh hoạt không điều độ cũng là nguyên nhân gây ra chứng Tý [20].

Ngoài ra đàm trọc, ứ huyết cũng là nguyên nhân gây ra chứng Tý, do ăn uống không điều hoà, tỳ vị thất vận, tích trệ thấp, thấp sinh đàm hoặc bị chấn thương, dẫn đến ứ huyết, đàm ứ gây tắc trở khí huyết, cơ nhục, cân mạch không được nhu dưỡng, công năng phòng vệ kém, phong hàn tà thừa cơ xâm nhập sinh ra chứng Tý [21].

1.2.3. Các thể lâm sàng, chẩn đoán và điều trị

1.2.3.1. Thể phong hàn thấp

Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do lạnh. Y học cổ truyền gọi là Hàn tý hay Thông tý [16].

- **Triệu chứng:** Đau sau khi nhiễm lạnh, đau từ thắt lưng hoặc từ mông lan xuống chân, đi lại khó khăn, đau tăng khi lạnh, chườm ấm dễ chịu, thường có điểm đau khu trú, chưa có teo cơ. Sợ gió, sợ lạnh, tay chân lạnh, chân bên bị bệnh lạnh hơn chân lành, tiểu tiện trong, đại tiện bình thường, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoặc phù khấn [23].

- **Chẩn đoán:** +Bát cương: Biểu thực hàn.

+ Kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.

+ Nguyên nhân: Ngoại nhân (Phong hàn).

-**Pháp điều trị:** Khu phong, tán hàn, thông kinh lạc

-**Phương điều trị:** Phòng phong thang gia giảm

1.2.3.2. Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư

Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống gây chèn ép.

-**Triệu chứng:** Đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây thần kinh hông: Đau có cảm giác tê bì, nặng nề, teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát. Thường kèm theo triệu chứng toàn thân: Ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong, chất lưỡi nhạt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược [23].

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

+ Tạng phủ: Can thận hư (Tỳ hư nếu có teo cơ).

+ Kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.

+ Nguyên nhân: Ngoại nhân và Bất nội ngoại nhân.

- **Pháp điều trị**: Khu phong tán hàn trừ thấp, hoạt huyết, bổ can thận, kiện tỳ nếu có teo cơ.

- **Phương điều trị**: Độc hoạt ký sinh thang gia giảm.

1.2.3.3. *Thể thấp nhiệt*

Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do viêm nhiễm.

- **Triệu chứng**: Đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, đau có cảm nóng rát như kim châm. Chân đau nóng hơn chân bên lạnh, chất lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sắc [16], [23].

- **Chẩn đoán**: + Bát cương: Biểu thực nhiệt.

+ Kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.

+ Nguyên nhân: Ngoại nhân (thấp nhiệt).

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

- **Phương điều trị**: Bạch hổ quế chi thang gia giảm

1.2.2.4. *Thể huyết ứ*

Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do chấn thương .

- **Triệu chứng**: Đau đột ngột, dữ dội tại một điểm, đau lan xuống chân, hạn chế vận động nhiều, chất lưỡi tím, có điểm ứ huyết. Mạch sáp [16].

- **Chẩn đoán**: + Bát cương: Biểu thực.

+ Kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.

+ Nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (huyết ứ).

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

- **Phương điều trị**: Tứ vật đào hồng gia vị

1.3. Tổng quan về các phương pháp can thiệp lâm sàng

1.3.1. Tổng quan về phương pháp điện châm

1.3.1.1. Định nghĩa

Kích thích điện lên huyết là phương pháp cho tác động một dòng điện nhất định lên các huyết để phòng bệnh và chữa bệnh. Dòng điện được tác động lên huyết qua các kim châm (điện châm) hoặc qua điện cực nhỏ đặt lên da vùng huyết (tức điều trị điện theo huyết) [24].

1.3.1.2. Cơ chế tác dụng

- Cơ chế tác dụng của điện châm theo Y học hiện đại

- Phản ứng tại chỗ: Điện châm là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới. Nên điện châm có cường độ kích thích đủ mạnh sẽ ức chế ở hưng phấn do tổn thương bệnh lý gây ra, tiến tới làm mất hoặc phá vỡ cung phản xạ bệnh lý như làm giảm cơn đau, giải phóng sự co cơ. Ngoài ra, 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 làm 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 thương tổn, YHCT gọi là thông điểm, A thị huyết hay Thiên ứng huyết [25].

- Phản ứng tiết đoạn: Khi nội tạng có tổn thương bệnh lý thì có những thay đổi cảm giác vùng da ở cùng một tiết đoạn với nó, ngược lại những kích thích ở vùng da của một tiết đoạn nào đó sẽ ảnh hưởng đến nội tạng cùng trên một 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 theo các sợi thần kinh thực vật đến các cơ quan nội tạng tương ứng làm điều hòa mọi chức năng sinh lý như: bài tiết, dinh dưỡng,...[25].

- Phản ứng toàn thân: Bất kỳ một kích thích nào đối với cơ thể cũng đều liên quan đến hoạt động của vỏ não, nghĩa là có phản ứng toàn thân. Phản ứng toàn thân là tác dụng đối với hệ thần kinh trung ương, 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 nguồn xung động thần kinh không ngừng được dẫn truyền vào tủy sống từ đó dẫn truyền qua bó tủy lên hành não, vỏ não làm cho cơ thắt vân giãn để nước tiểu qua niệu đạo ra ngoài [25].

- Cơ chế tác dụng của điện châm theo Y học cổ truyền

- Điều hòa Âm dương: Bệnh tật sinh ra là do sự mất cân bằng Âm dương gây ra bởi các tác nhân bên ngoài (tà khí lục dâm), hoặc do thể trạng suy nhược, đề kháng giảm (chính khí hư), hoặc do biến đổi về tinh thần (nội nhân), hoặc do BN ăn uống, nghỉ ngơi không điều độ...[26], [27]. Nguyên tắc điều trị là lập lại môi cân bằng âm dương. Cụ thể trong châm cứu, muốn đuổi tà khí, nâng cao chính khí thì phải tùy thuộc vào vị trí nông sâu, trạng thái hàn nhiệt, hư thực của người bệnh để vận dụng nhiệt thì châm hay hàn thì cứu, hư thì bổ hay thực thì tả.

- Theo YHCT thì “bất thông tắc thống” cho nên khi tà khí xâm nhập vào kinh lạc khiến cho khí huyết bị tắc trở gây đau, điện châm có tác dụng khai thông kinh lạc làm cho khí huyết lưu thông thì hết đau, nhằm điều hòa khí đưa sự mất thăng bằng âm dương của cơ thể trở lại trạng thái thăng bằng.

1.3.1.3. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định

Một số bệnh cơ năng và triệu chứng của một số bệnh:

+ Chủ yếu là những bệnh liên quan đến thần kinh: đau đầu, mất ngủ, đau dây thần kinh ngoại biên, đau lưng, đau dây thần kinh hông to, đau vai gáy, đau thần kinh liên sườn,...Các chứng liệt: Liệt nửa người, liệt dây thần kinh số VII... Các bệnh lý về các bộ phận khác như hô hấp, tiêu hoá, tiết niệu,... [28].

- Chống chỉ định

- + Không nên giữ các bệnh cấp cứu để chữa bằng châm cứu đơn thuần
- + Các cấp cứu ngoại khoa hoặc các chuyên khoa khác cần phải theo dõi và điều trị bằng phẫu thuật
- + Cơ thể suy kiệt, sức đề kháng giảm, thiếu máu, người mắc bệnh tim, trạng thái tinh thần không ổn định, đang say rượu, quá đói hoặc quá no.
- + Tránh châm những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da
- + Không được châm vào các vị trí như rốn, đầu vú. Không được châm sâu vào các huyết: Phong phủ, Á môn, Liêm tuyền, các huyết vùng bụng, ngực
- + Phụ nữ đang có kinh hay có thai cần thiết lắm mới châm và không các huyết: Hợp cốc, Chí âm.
- + Một số bệnh về máu: xuất huyết giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu
- + Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa...[28], [29].

1.3.2. Tổng quan về phương pháp xoa bóp bấm huyết

1.3.2.1. Định nghĩa

Xoa bóp là một phương pháp phòng bệnh và chữa bệnh dựa trên lý luận của y học cổ truyền. Đây là một loại kích thích vật lý, trực tiếp tác động vào da thịt và các cơ quan cảm thụ của da và cơ, gây nên những thay đổi về thần kinh thể dịch, nội tiết, từ đó ảnh hưởng đến toàn thân. Đặc điểm của nó là chủ yếu dùng bàn tay, ngón tay để tác động lên huyết, da, thịt, gân, khớp của người bệnh, nhằm đạt tới mục đích phòng bệnh và chữa bệnh. Ưu điểm của phương pháp là dễ thực hiện, có hiệu quả, có phạm vi chữa bệnh rộng, có giá trị phòng bệnh lớn [30].

Tại Việt Nam đã có 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 huyết như một y thuật chữa bệnh. Bấm huyết là một thủ thuật nằm trong tập hợp các thủ thuật

xoa bóp, có tác dụng kích thích mạnh vào huyết. Trong kỹ thuật bấm huyết, ngoài việc phải xác định chính xác huyết, việc sử dụng bấm cho phù hợp với tình trạng bệnh và sức khỏe người bệnh là hết sức quan trọng. Bấm huyết cũng như châm cứu, khi tác động 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. Là một phương pháp tác động lên huyết nhưng không xuyên da, không chảy máu nên chỉ định của bấm huyết rất rộng rãi, có thể thực hiện mọi lúc mọi nơi khi người bệnh cần ít xảy ra tai biến và không phụ thuộc vào phương tiện máy móc. Vì vậy xoa bóp bấm huyết này càng được áp dụng rộng rãi trong dự phòng và điều trị bệnh, đặc biệt là ở tuyến cơ sở [30], [32], [33].

1.3.2.2. Cơ chế tác dụng

- Cơ chế tác dụng của xoa bóp bấm huyết theo Y học hiện đại

- Đối với hệ thần kinh:

+ Xoa bóp tác động trực tiếp lên các thụ thể 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 [33].

+ Rất nhiều tác giả cho rằng xoa bóp có ảnh hưởng rất lớn đối với hệ thần kinh thực vật, nhất là đối với hệ thần kinh giao cảm, qua đó gây nên những thay đổi trong một số hoạt động của nội tạng và mạch máu.

Ví dụ: Xoa bóp gáy, lưng, vai có thể gây nên thay đổi ở cơ quan do thần kinh thực vật ở cổ chi phổi và các cơ quan do trung khu thực vật cao cấp ở chất xám não thất III chi phổi, do đó có thể dùng để chữa bệnh ở mũi họng.

Xoa bóp TL1, TL2, dễ gây sung huyết ở hố chậu nhỏ.

Xoa bóp lưng dưới, thắt lưng, xương cụt để điều tiết dinh dưỡng và tuần hoàn các cơ quan trong hố chậu lớn, nhỏ và chi dưới.

Phát ở C7 có thể gây phản xạ cơ tim (co lại) [31].

- Đối với hệ tuần hòa và chuyển hóa dưới da

+ Ảnh hưởng đến toàn thân: các chất nội tiết được bài tiết ra khi xoa bóp da thâm vào máu và có thể tăng cường hoạt động của mạch máu và thần kinh ở da. Mặt khác, thông qua phản xạ thần kinh, xoa bóp có tác động đến toàn cơ thể. Như vậy, xoa bóp đã có tác dụng đối với toàn thân: tăng cường hoạt động của thần kinh, nâng cao quá trình dinh dưỡng và năng lực hoạt động của cơ thể [33].

+ Ảnh hưởng cục bộ: xoa bóp làm cho hô hấp của da tốt hơn, mạch máu giãn có lợi cho việc tăng dinh dưỡng ở da, làm cho da co giãn tốt hơn, da bóng đẹp, có tác dụng tốt đối với chức năng bảo vệ cơ thể của da, mặt khác xoa bóp có thể làm nhiệt độ của da tăng lên do mạch tại chỗ và toàn thân giãn [33].

- Đối với gân, cơ, khớp

+ Đối với cơ: Có tác dụng làm tăng năng lực làm việc, sức bền bỉ của cơ và phục hồi sức khỏe cho cơ nhanh hơn khi không xoa bóp. Khi cơ làm việc quá căng, gây phù nề co cứng và đau, xoa bóp có thể giải quyết tốt các chứng này. Nó có khả năng chữa teo cơ rất tốt. Ngoài ra, nó có thể có tác dụng tăng dinh dưỡng cho cơ [33].

+ Đối với gân, khớp: Có khả năng tăng tính co giãn, tính hoạt động của gân, dây chằng, thúc đẩy việc tiết dịch ở khớp và tuần hoàn quanh khớp [33].

- Đối với hô hấp, tiêu hoá, quá trình trao đổi chất

+ Khi xoa bóp, thở sâu lên, có thể do trực tiếp kích thích vào thành ngực và phản xạ thần kinh gây nên, do đó có tác giả dùng để chữa các bệnh phế khí thũng, hen phế quản, xơ cứng phổi để nâng cao chức năng thở và ngăn chặn sự suy sụp của chức năng thở [33].

+ Có tác dụng tăng cường nhu động của dạ dày, của ruột và cải thiện chức năng tiêu hóa. Khi chức năng tiết dịch của tiêu hóa kém, dùng kích thích vừa hoặc nhẹ để giảm tiết dịch [30].

+ Xoa bóp làm tăng lượng nước tiểu bài tiết ra, nhưng không thay đổi độ acid trong máu. Một số tác giả cho rằng, sau xoa bóp 2-3 ngày, chất nitơ trong nước tiểu tăng lên và kéo dài, do tác dụng phân giải protid của xoa bóp gây nên. Xoa bóp toàn thân có thể tăng nhu cầu về dưỡng khí 10 - 15%, đồng thời cũng tăng lượng bài tiết thải khí [30].

- Cơ chế tác dụng của xoa bóp bấm huyệt theo Y học cổ truyền

- Theo YHCT, bệnh tà qua huyết vào kinh lạc mạch, vào tạng phủ hoặc trực tiếp tác động vào sâu ngay. Khi đó sẽ dẫn đến dinh vệ mất điều hòa hoặc kinh lạc bị bế tắc, khí huyết ứ trệ hoặc rối loạn chức năng của tạng phủ mà sinh ra bệnh tật. Xoa bóp bấm huyệt thông qua tác động vào huyết và kinh lạc có thể đuổi ngoại tà, điều hòa dinh vệ, thông đờng kinh mạch, điều hòa chức năng tạng phủ lập lại cân bằng âm dương [30], [34].

- Điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt, với những tác động hợp lý trực tiếp vào huyết (bổ hay tả) giúp cho khí huyết được lưu thông, chức năng bình thường của các tạng phủ được phục hồi, khả năng tự bảo vệ của cơ thể được nâng cao, bệnh tà sẽ hết [34].

1.3.3. Tổng quan bài tập Williams

1.3.3.1. Nguồn gốc

Các bài tập Williams còn được gọi là bài tập uốn cong thắt lưng Williams hoặc đơn giản là bài tập Williams. Chương trình được phát triển bởi Tiến sĩ Paul Williams. Ông đã xuất bản chương trình này vào năm 1937 cho những bệnh nhân bị đau thắt lưng mạn tính. Theo quan sát lâm sàng của ông, phần lớn bệnh nhân bị đau thắt lưng bị thoái hóa đốt sống thứ phát sau bệnh đau dây thần kinh tọa. Các bài tập này được phát triển ở bệnh u xơ thắt lưng

quá mức, phim chụp x-quang cho thấy giảm không gian đĩa đệm giữa các đoạn cột sống thắt lưng (L1-S1) và có các triệu chứng mạn tính. Mục tiêu của việc thực hiện các bài tập này là để giảm đau và mang lại sự ổn định cho thân dưới bằng cách tích cực phát triển các cơ "bụng, cơ mông, và cơ gân kheo cũng như ..." kéo căng cơ gấp hông và cơ lưng dưới (sacrospinalis) một cách thụ động. Williams cho biết: "Các bài tập được phác thảo sẽ đạt được sự cân bằng thích hợp giữa cơ gấp và nhóm cơ duỗi của tư thế cơ bắp ..." [35].

Các bài tập uốn dẻo của Williams đã là nền tảng trong việc kiểm soát chứng đau thắt lưng trong nhiều năm để điều trị nhiều loại vấn đề về lưng đặc biệt đau dây thần kinh tọa mục đích điều trị và phòng bệnh.

1.3.3.2. Tác dụng của bài tập Williams

- Làm giãn nhóm cơ duỗi lưng và nhóm cơ gấp xương hông, đồng thời làm tăng sức mạnh của các cơ bụng và mông.

-Tạo sự cân bằng phù hợp giữa các cơ tư thế gấp và duỗi [35], [36].

1.3.3.3. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định

- Thoái hóa cột sống thắt lưng

- Các bệnh lý của cơ liên quan đến tư thế và độ vững của cột sống

- Cong vẹo cột sống do nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải

- Hạn chế cột sống sau can thiệp phẫu thuật

- Hội chứng chèn ép rễ do thoát vị đĩa đệm như đau thần kinh tọa

- Chống chỉ định

- Nhiễm trùng cột sống, đốt sống như lao đốt sống, ung thư cột sống...

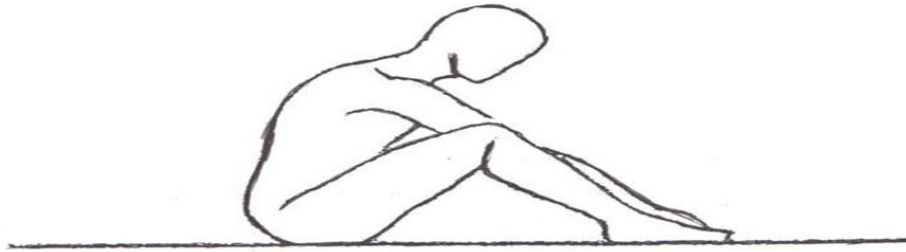
- Chấn thương gây gãy, mất vững cột sống

- Thoát vị đĩa đệm mức độ nặng, loãng xương mức độ nặng [36].

1.3.3.4. Các động tác của bài tập Williams

Động tác 1:

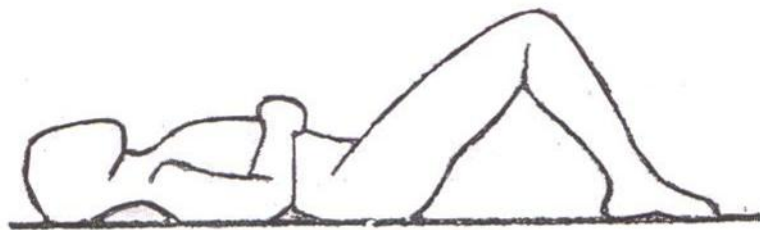
Bệnh nhân nằm ngửa, hai gối cong, bàn chân đặt dưới sàn, từ từ ngồi dậy với tay tới ngón chân, động tác này làm mạnh cơ bụng và kéo giãn cơ đuôi lưng [36], [37].



Hình 1.3. Động tác 1 của bài tập Williams

Động tác 2:

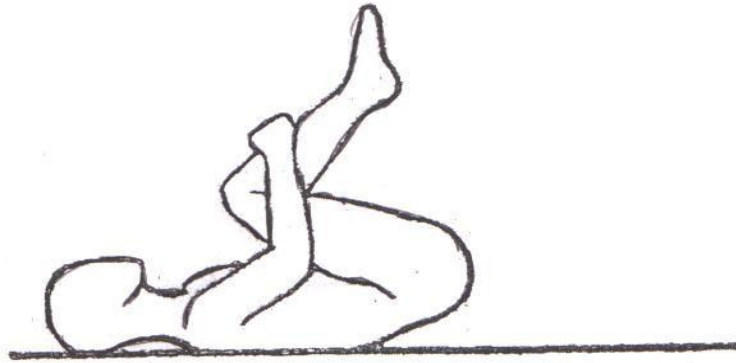
Bệnh nhân nằm ngửa, gối gấp, hai tay để trên bụng, nâng mông lên cao, lưng tỳ xuống sàn, giữ ở tư thế này 30 giây, động tác này làm mạnh cơ bụng và cơ mông, đồng thời kéo giãn cơ gấp hông [36], [37].



Hình 1.4. Động tác 2 của bài tập Williams

Động tác 3:

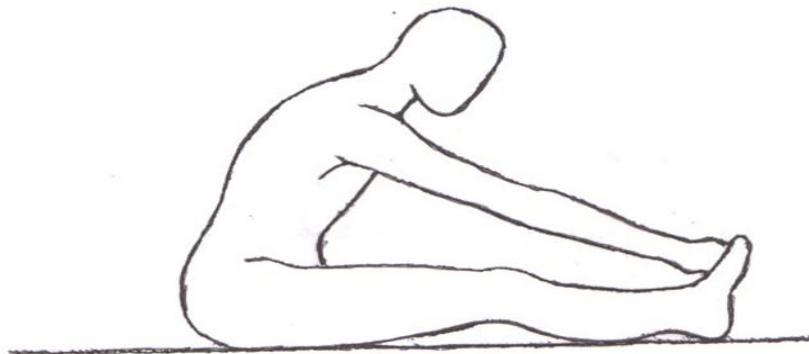
Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay kéo ép hai gối lên sát nách, giữ 30 giây, rồi nghỉ, động tác này nhằm kéo giãn cơ duỗi lưng [36], [37].



Hình 1.5. Động tác 3 của bài tập Williams

Động tác 4:

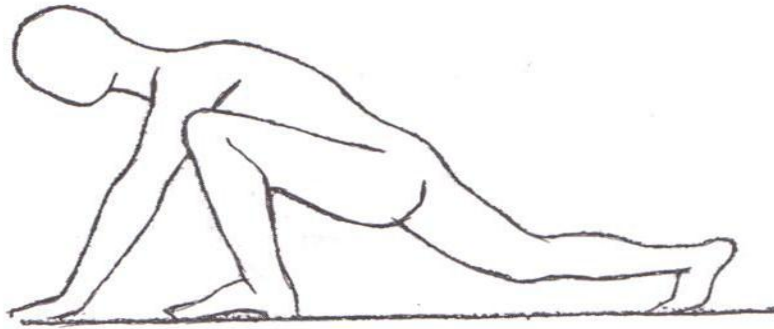
Bệnh nhân ngồi dậy và duỗi hai gối, vươn người ra trước, hai tay với về phía ngón chân, động tác này kéo giãn cơ duỗi lưng [36], [37].



Hình 1.6. Động tác 4 của bài tập Williams

Động tác 5:

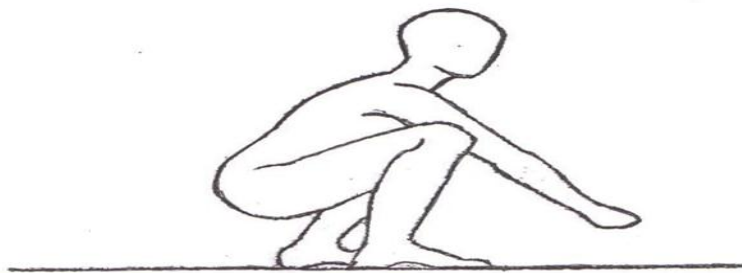
Bệnh nhân ngồi xổm trên chân trước, chân kia duỗi về phía sau, gối giữ thẳng, tay cùng bên chân trước chống xuống sàn hướng về phía trước, động tác này kéo giãn cơ gập hông [36], [37].



Hình 1.7. Động tác 5 của bài tập Williams

Động tác 6:

Bệnh nhân đặt hai chân lên mặt sàn cách nhau 30 cm, bàn chân sát sàn nhà, ngồi xổm, cúi đầu về phía trước, tay để hướng về trước và ở giữa hai gối, động tác này kéo giãn cơ duỗi lưng [36], [37].



Hình 1.8. Động tác 6 của bài tập Williams

1.4. Tình hình nghiên cứu điều trị đau dây thần kinh hông to

1.4.1. Nghiên cứu tại Việt Nam

Năm 2020, Ngô Thị Hồng Nhung và cộng sự đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp với bài tập Williams trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Sau 15 ngày điều trị hiệu quả điều trị chung của 2 nhóm được cải thiện rõ rệt: Nhóm nghiên cứu có kết quả điều trị tốt là 90% cao hơn nhóm chứng có kết quả điều trị 60% tốt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [38].

Năm 2016, Nguyễn Công Ngãi và cộng sự nghiên cứu hiệu quả bài tập đuổi McKenzie kết hợp với vật lý trị liệu trong điều trị thoát vị đĩa đệm tại bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Thừa Thiên Huế đạt kết quả điều trị 84% tốt [39].

Năm 2021, Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh kết quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng sau điều trị trên 30 bệnh nhân đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. Kết quả: Sau 21 ngày điều trị số bệnh nhân đạt kết quả tốt là 80%, khá là 13,3%, trung bình là 6,7%, không có bệnh nhân nào kết quả xếp loại kém [40].

Năm 2017, Nguyễn Thị Luân và cộng sự phương pháp đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp với bài tập McKenzie điều trị cho bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống sau 30 ngày tỷ lệ không đau và đau ít chiếm 100% [41].

Năm 2020, Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng nghiên cứu hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang. Kết quả tốt ở 15 bệnh nhân chiếm 34,9%, khá ở 25 bệnh nhân chiếm 58,1%, trung

bình 3 bệnh nhân chiếm 7%. Không có sự khác biệt về đáp ứng điều trị giữa các nhóm tuổi và giữa nam và nữ [42].

1.4.2. Nghiên cứu trên thế giới

Năm 2010, Xiu-shui Cai, Wei-wei Meng, Xi-chen nghiên cứu phương pháp sử dụng điện châm và bài tập thể dục điều trị đau lưng do thoái vị đĩa đệm đạt tỷ lệ khỏi 53,7%, tỷ lệ hiệu quả 91% và tỷ lệ tái phát 5% [43].

Năm 2010, Broetz, Burkard, Weller nghiên cứu theo dõi trong thời gian 5 năm ở 50 bệnh nhân TVĐĐ CSTL có triệu chứng điều trị bằng phương pháp VLTL có tập vận động cột sống đã cho kết quả tốt [44].

Năm 2015, Zongshi Qin và cộng sự tiến hành một phân tích tổng hợp trên 11 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng nhằm đánh giá hiệu quả của châm cứu trong điều trị đau thần kinh tọa. Kết quả báo cáo: 3 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng chứng minh châm cứu có hiệu quả hơn NSAID (n =160), 1 nghiên cứu kết luận châm cứu phối hợp với NSAID (ibuprofen) là vượt trội hơn so với NSAID tương tự nhằm giảm điểm đau VAS ở chân/ thắt lưng. Về đánh giá chung cho tình trạng sau điều trị, 6 nghiên cứu cho kết quả châm cứu vượt trội hơn hẳn so với thuốc (n=578) và 2 nghiên cứu cho kết quả, châm cứu phối hợp với thuốc tốt hơn chỉ sử dụng một loại thuốc (n=87) [45].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh (nội trú và ngoại trú), không phân biệt giới tính và nghề nghiệp, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ nguyên tắc điều trị.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu theo YHHD

- Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đau dây thần kinh tọa [14].
- + Lâm sàng: bao gồm Hội chứng cột sống và Hội chứng rễ thần kinh, $VAS < 7$
- + Cận lâm sàng: kết quả hình ảnh thoái hóa cột sống thắt lưng trên phim chụp X-quang thẳng nghiêng.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu theo YHCT

- Bệnh nhân được chẩn đoán theo YHCT là Yêu cước thống thể Phong hàn thấp [23]:
- + Vọng: Chất lưỡi nhạt bệu, rêu lưỡi trắng dày, nhớt
- + Văn: Tiếng nói rõ, hơi thở bình thường
- + Vấn: Đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của kinh Đờm hoặc kinh bàng quang. Đau có cảm giác tê bì, nặng nề, bệnh kéo dài, dễ tái phát. Ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong
- + Thiết: Mạch phù

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đau dây thần kinh tọa có $VAS \geq 7$, thoát vị đĩa đệm, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp cùng chậu, trượt thân đốt sống, hội chứng đuôi ngựa.

- Bệnh nhân bị các bệnh mạn tính nguy hiểm như rối loạn đông máu, suy tim, suy gan, suy thận, suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS), bệnh lý tâm thần kinh, loãng xương nặng, có thể quá yếu không đủ sức khỏe luyện tập.

- Bệnh nhân có chỉ định ngoại khoa (chèn ép nặng, điều trị nội khoa thất bại)

- Bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu, không tuân thủ nguyên tắc điều trị.

- Các thể bệnh khác của YHCT.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Tuệ Tĩnh

Thời gian: Từ tháng 5 đến tháng 12 năm 2023

2.3. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.3.1. Chất liệu nghiên cứu

- Kim châm vô khuẩn dài từ 5-8cm, dùng 1 lần.
- Máy điện châm M8 hai tần số bỏ tá
- Bông vô khuẩn
- Cồn y tế 70 độ
- Panh có máu, khay đựng dụng cụ.
- Thang điểm đau VAS, ODI (phụ lục)
- Thước đo tầm vận động khớp ROM
- Hộp chống sốc

2.3.2. Các phương pháp điều trị

2.3.2.1. Phương pháp điện châm

- Áp dụng cho hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng
- Áp dụng công thức huyết theo phác đồ điện châm điều trị đau dây thần kinh tọa:

Phác đồ huyết điện châm được sử dụng là phác đồ theo các thông tư theo Quyết định số **5013/QĐ – BYT** Về việc Ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại” ngày 01 tháng 12 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y Tế [46], được hướng dẫn cụ thể qua từng thể bệnh và tùy vào đặc điểm lâm sàng mà điều trị theo phác đồ phù hợp cho mỗi bệnh nhân:

- Thể phong hàn thấp:

+ Châm hoặc cứu: Châm tả các huyết:

- Nếu đau theo kinh Bàng quang (đau kiểu rễ S1): Giáp tích L2 - S1, Thận du (BL.23), Đại trường du (BL.25), Trật biên (BL.54), Thừa phù (BL.36), Ân môn (BL.37), Ủy trung (BL.40), Thừa sơn (BL.57), Côn lôn (BL.60).

- Nếu đau theo kinh Đờm (đau kiểu rễ L5): Giáp tích L2 - S1, Thận du (BL.23), Đại trường du (BL.25), Hoàn khiêu (GB.30), Phong thị (GB.31), Dương lăng tuyền (GB.34), Huyền chung (GB.39), Địa ngũ hội (GB.42).

- Nếu đau cả hai kinh Bàng quang và kinh Đờm thì châm các huyết ở hai kinh

+ Kỹ thuật châm: Điện châm

+ Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 21 ngày/liệu trình [46], [47].

- Quy trình kỹ thuật điện châm

+ Chuẩn bị: Bệnh nhân nằm ngửa, hoặc nằm nghiêng ở tư thế thoải mái.

+ Tiến hành điện châm:

- **Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết**

- **Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau**

Thì 1: Tay không thuận dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay thuận thì châm kim nhanh qua da vùng huyết.

Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim nút chặt tại vị trí huyết).

- **Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm**

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bỏ- tả của máy điện châm.

Tần số: Tần số từ 5 – 10 Hz

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

- **Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm**

+ Liệu trình điều trị điện châm: Điện châm 30 phút/ lần/ ngày. Theo dõi bệnh nhân trong vòng 21 ngày.

2.3.2.2. *Phương pháp xoa bóp bấm huyết*

- Bao gồm các thủ thuật: xoa, xát, miết, phân, hợp, véo, bấm điểm, day, bóp, lăn, chặt, phát từ vùng thắt lưng và hông. Nguyên tắc làm từ nhẹ nhàng tăng dần các mức độ và tùy theo sức chịu đựng của người bệnh

- Thời gian tiến hành một lần xoa bóp từ 30 phút/lần/ngày

- Theo dõi bệnh nhân trong vòng 21 ngày

2.3.2.3. *Bài tập Williams*

- Áp dụng cho BN nhóm nghiên cứu sau khi châm cứu và xoa bóp bấm huyết xong. Bệnh nhân và người nhà được bác sĩ giải thích rõ ràng về kỹ thuật, quy trình thực hiện, tác dụng của kỹ thuật và những khó khăn gặp phải cho bệnh nhân khi thực hiện thủ thuật để bệnh nhân và người nhà tuân thủ chương trình điều trị. Người nhà hỗ trợ và động viên bệnh nhân thực hiện.

- Chuẩn bị phòng tập tại phòng bệnh điều trị nội trú khoa Châm cứu, bệnh viện Tuệ Tĩnh

- Tiến hành hướng dẫn cho BN tập các động tác của chương trình tập Williams từ động tác 1 đến động tác 6 theo hướng dẫn.

- Thời gian thực hiện 20 phút. Mỗi động tác tập 5 lần kết hợp hít thở sâu trong mỗi động tác. Trong thời gian này bệnh nhân được hướng dẫn các hoạt động trị liệu cũng như các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Thời gian tập từ thứ 2 đến thứ 6 tập tại bệnh viện, dưới sự hướng dẫn của nghiên cứu viên, thứ 7 và chủ nhật bệnh nhân được hướng dẫn tự tập tại nhà trong vòng 21 ngày.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng tiền cứu có đối chứng.

2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu thuận tiện bao gồm 60 bệnh nhân, phương pháp thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên đơn cho hai nhóm đối tượng (một nhóm sử dụng bài tập Williams kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt; một nhóm chỉ điện châm và xoa bóp bấm huyệt đơn thuần để điều trị đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp) và mục tiêu nghiên cứu là so sánh tỷ lệ hiệu quả sau can thiệp.

Sử dụng 02 phong bì chứa nội dung phác đồ điều trị (bệnh nhân và bác sĩ điều trị không được quyền lựa chọn phương pháp điều trị cho bệnh nhân):

- Phiếu số 1: Nhóm nghiên cứu: Điện châm + Xoa bóp bấm huyệt + Bài tập Williams.

- Phiếu số 2: Nhóm đối chứng: Điện châm + Xoa bóp bấm huyệt.

Bác sĩ tiếp nhận bệnh nhân, giải thích và mời bệnh nhân tham gia nghiên cứu, sau khi bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu (ký xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu), bác sĩ tiến hành bốc ngẫu nhiên một trong hai phong

bì chứa phác đồ điều trị. Tiến hành thu thập số liệu trong quá trình điều trị theo nhóm bệnh nhân.

2.4.3. Quy trình nghiên cứu

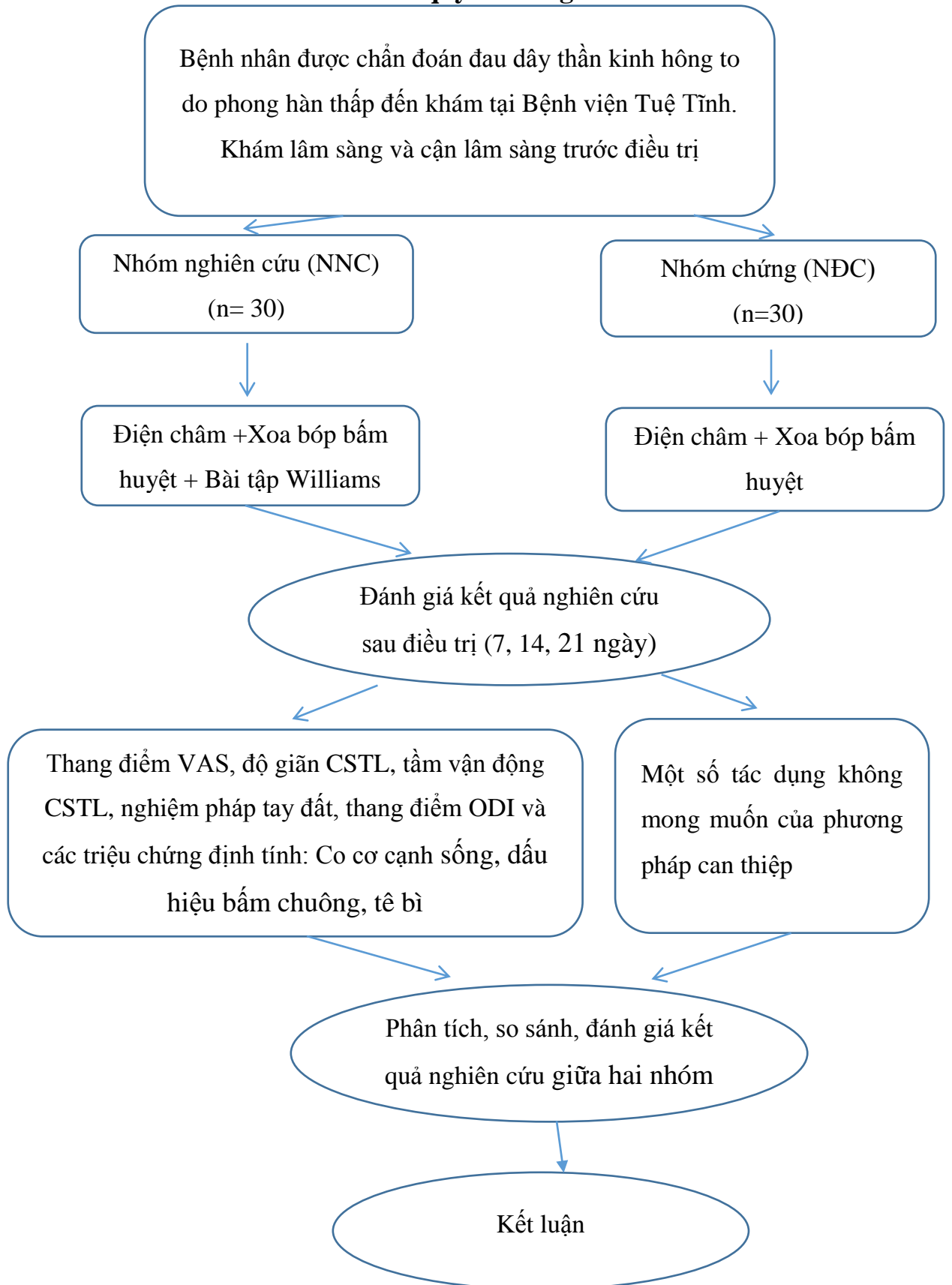
Sau khi được chẩn đoán xác định đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp dựa vào kết quả lâm sàng và cận lâm sàng. Bệnh nhân được cung cấp thông tin về nghiên cứu và mời tham gia. Tất cả các bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu đều được ký cam kết tình nguyện và tuân thủ quy trình điều trị

Tất cả các bệnh nhân đủ các tiêu chuẩn lựa chọn, được làm theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Sau đó được phân ngẫu nhiên thành hai nhóm nghiên cứu và đối chứng, mỗi nhóm 30 bệnh nhân.

Bệnh nhân được thực hiện điện châm và xoa bóp bấm huyệt trước, riêng bệnh nhân nhóm nghiên cứu tập bài tập Williams sau khi tiến hành xong hai phương pháp trên.

Sơ đồ nghiên cứu

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu



2.4.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

* Một số chỉ tiêu theo YHHD

- Mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS (phụ lục 2)

Bảng 2.1. Quy đổi điểm mức độ đau

Điểm VAS	Quy ước	Điểm đánh giá
0 điểm	Không đau	4
1 - 3 điểm	Đau ít	3
4 - 6 điểm	Đau vừa	2
7 – 10 điểm	Đau nặng	1

- Dấu hiệu của hội chứng cột sống: Độ giãn CSTL (Nghiệm pháp Schober), Nghiệm pháp tay đất (Neri), Tầm vận động cột sống thắt lưng (phụ lục 3, 4).

Bảng 2.2. Quy đổi điểm độ giãn CSTL theo khoảng Schober

Độ giãn CSTL Schober	Quy ước	Điểm đánh giá
≤ 1 cm	Kém	1
1 - <2cm	Trung bình	2
2- <3 cm		3
3- <4cm	Khá	4
4cm	Tốt	5

Bảng 2.3. Quy đổi điểm nghiệm pháp Neri (tay đất)

NP Tay đất	Quy ước	Điểm đánh giá
>20cm	Kém	1
15-20cm	Trung bình	2
11- <15cm	Khá	3
≤ 11 cm	Tốt	4

- Dấu hiệu của hội chứng rễ thần kinh: Nghiệm pháp Lasegue (phụ lục 4).

Bảng 2.4. Quy đổi điểm hội chứng rã theo nghiệp pháp Lasegue

Góc Lasegue	Quy ước	Điểm đánh giá
<45 độ	Kém	1
45-60 độ	Trung bình	2
61-75 độ	Khá	3
76-90 độ	Tốt	4

- Những triệu chứng được đánh giá bằng biến định tính: Co cứng cơ cạnh sống (so sánh hai bên), tê bì, dấu hiệu bấm chuông dương tính/âm tính (phụ lục 4)

Bảng 2.5. Quy đổi điểm triệu chứng tê bì, dấu hiệu bấm chuông, co cứng cơ cạnh sống

Dấu hiệu		Điểm đánh giá
Tê bì	Có	1
	Không	2
Bấm chuông	Có	1
	Không	2
Co cơ	Có	1
	Không	2

- Mức độ cải thiện chức năng hoạt động của CSTL đánh giá theo thang điểm Oswestry Disability Index (ODI) (phụ lục 5).

Bảng 2.6. Quy đổi điểm chức năng hoạt động CSTL theo điểm ODI

Điểm ODI	Quy ước	Điểm đánh giá
41-50 điểm	Kém	1
31-40 điểm	Trung bình	2
21-30 điểm		3
11-20 điểm	Khá	4
<11 điểm	Tốt	5

- Kết quả điều trị chung

*** Một số chỉ tiêu theo YHCT**

Triệu chứng lâm sàng: Thần, sắc, lưỡi, vắn chân (hoi thở, tiếng nói), vắn chân (đau CSTL, vận động đau tăng, đau khi thay đổi thời tiết, mồ hôi, đại tiện, tiểu tiện, ngủ, ăn uống), thiết chân (mạch, xúc).

2.4.5. Kết quả chung

- Dựa vào các chỉ số theo dõi:

+ Mức độ theo thang điểm VAS

+ Sự cải thiện độ giãn CSTL (nghiệm pháp Schober)

+ Tầm vận động của CSTL, nghiệm pháp tay đất (Neri)

+ Đánh giá hội chứng rễ thần kinh theo nghiệm pháp Lasegue

+ Các triệu chứng định tính (co cơ cạnh sống, dấu hiệu bấm chuông, tê bì)

+ Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày theo bộ câu hỏi ODI.

- Đánh giá kết quả chung sau điều trị theo công thức:

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

Bảng 2.7. Phân loại đánh giá kết quả chung sau điều trị

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

2.5. Phương pháp xử lí số liệu

- Các số liệu được xử lí bằng phương pháp toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS (Statistics Products for the Social Services) 20.0

- Sử dụng test T - Student để so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

- Sử dụng test Chi- Square để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ.

- Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương luận văn thạc sĩ chuyên ngành YHCT, Hội đồng đạo đức của Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam và sự đồng ý của Ban Giám đốc bệnh viện Tuệ Tĩnh.

- Được sự tự nguyện hợp tác của đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia chương trình nghiên cứu.

- Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh. Đề xuất những ý kiến nhằm cải thiện chất lượng điều trị YHCT cho cộng đồng, mà không nhằm mục đích gì khác.

- Bệnh nhân được nghe giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu, biết được trách nhiệm và quyền lợi cụ thể của mình, tự nguyện tham gia và chấp hành đúng quy trình nghiên cứu

- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và được lưu giữ chỉ nhằm phục vụ cho mục đích của nghiên cứu. Các kết quả nghiên cứu và phương pháp được công bố cho mọi người và đối tượng nghiên cứu biết.

- Khách quan trong đánh giá, phân loại và trung thực trong xử lý số liệu.

- Ngừng nghiên cứu nếu tình trạng bệnh càng nặng lên và xử trí theo phác đồ phù hợp.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung, đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

3.1.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm Tuổi	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		Tổng (n=60)		p _{NC-C}
	n	%	n	%	n	%	
<30	1	3,3	1	3,3	2	3,3	>0,05
30 – 39	1	3,3	2	6,7	3	5,0	
40 – 49	1	3,3	2	6,7	3	5,0	
50 – 59	6	20,0	8	26,7	14	23,3	
>60	21	70,1	17	56,6	38	63,4	

Nhận xét: Có sự tương đồng về nhóm tuổi giữa NNC và NC ($p>0,05$), trong đó, người bệnh trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, NNC là 70,1% và NC là 56,6%. Tỷ lệ thấp nhất là nhóm tuổi < 50 tuổi (chiếm 10% ở NNC và 16,7% ở NĐC).

3.1.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhóm Giới	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		Tổng (n=60)		p _{NC-C}
	n	%	n	%	n	%	
Nam	11	36,7	12	40,0	23	38,3	>0,05
Nữ	19	63,3	18	60,0	37	61,7	

Nhận xét: Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới ở cả hai nhóm. Không có sự khác biệt về phân bố giới tính giữa NNC và NC ($p>0,05$).

3.1.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		Tổng (n=60)		p _{NC-C}
	n	%	n	%	n	%	
Hưu trí	20	66,7	12	40,0	32	53,3	>0,05
Viên chức/công chức	0	0,0	2	6,7	2	3,3	
Nông dân/công nhân	1	3,3	0	0,0	1	1,7	
Học sinh/sinh viên	1	3,3	0	0,0	1	1,7	
Nội trợ	2	6,7	1	3,3	3	5,0	
Tự do	6	20,0	15	50,0	21	35,0	

Nhận xét: Nhóm đối tượng hưu trí chiếm tỷ lệ cao ở cả NNC và NC (tương ứng 66,7% và 40%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp ($p > 0,05$).

3.1.2. Đặc điểm bệnh lý đau thần kinh hông to

3.1.2.1. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

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

Thời gian	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		Tổng (n=60)		p _{NC-C}
	n	%	n	%	n	%	
< 1 tháng	22	73,4	17	56,7	39	65,0	>0,05
1 – 2 tháng	6	20,0	12	40,0	18	30,0	
3 – 4 tháng	1	3,3	1	3,3	2	3,3	
>5 tháng	1	3,3	0	0	1	1,7	

Nhận xét: Có sự tương đồng về thời gian mắc bệnh giữa NNC và NC ($p > 0,05$), trong đó, thời gian mắc bệnh < 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,4% (NNC) và 56,7% (NC).

3.1.2.2. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử bệnh lý

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử bệnh lý

Tiền sử bệnh lý	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		Tổng (n=60)		p _{NC-C}
	n	%	n	%	n	%	
Thoái hóa CSTL	20	66,7	24	80,0	44	73,3	>0,05
Tăng huyết áp	5	16,7	3	10,0	8	13,3	
Đái tháo đường	4	13,3	4	13,3	8	13,3	
Rối loạn lipid máu	0	0,0	1	3,3	1	1,7	
Khác	1	3,3	1	3,3	2	3,3	

Nhận xét: Tỷ lệ thoái hoá cột sống thắt lưng cao nhất ở cả NNC và NC (tương ứng 66,7% và 80%), thấp nhất là rối loạn lipid máu. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố bệnh kèm theo của hai nhóm ($p > 0,05$).

3.1.2.3. Phân bố triệu chứng lâm sàng theo y học hiện đại

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)	
	n	%	n	%
Hội chứng cột sống				
Tăng trương lực cơ cạnh sống	30	100,0	30	100,0
Có điểm đau cột sống	30	100,0	30	100,0
Hạn chế vận động	30	100,0	30	100,0
Schober giảm	30	100,0	30	100,0
Hội chứng rễ thần kinh				
Dấu hiệu bấm chuông	30	100,0	30	100,0
Lasègue (+)	27	90,0	30	100,0
Điểm đau Valleix	30	100,0	30	100,0
Dấu hiệu Neri (+)	27	90,0	30	100,0
Tổng	30	100	30	100

Nhận xét:

Hội chứng cột sống ở hai nhóm khi vào viện xuất hiện ở 100% người bệnh.

Hội chứng rãnh thần kinh ở NNC với dấu hiệu chuông bấm, điểm đau valleix là 100%. Lasegue (+) và Neri (+) là 90%. Ở NC, 100% người bệnh có cả 4 dấu hiệu.

*3.1.2.4. Phân bố triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền***Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng**

Nhóm Triệu chứng		Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		P_{NC-C}
		n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	
Thần	Tỉnh	30	100,0	30	100,0	---
	Chậm	0	0,0	0	0,0	
Sắc	Trắng	3	10,0	0	0,0	>0,05
	Hồng	27	90,0	30	100,0	
	Đỏ	0	0,0	0	0,0	
	Xanh nhợt	0	0,0	0	0,0	
Lưỡi	Đỏ	0	0,0	0	0,0	---
	Hồng nhuận	30	100,0	30	100,0	
	Bệu	0	0,0	0	0,0	
Rêu lưỡi	Vàng	0	0,0	0	0,0	---
	Trắng	30	100,0	30	100,0	
	Không rêu	0	0,0	0	0,0	
Hơi thở	Êm dịu	30	100,0	30	100,0	---
	Thô	0	0,0	0	0,0	

Triệu chứng	Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		P _{NC-C}
		n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	
	Đoản hơi	0	0,0	0	0,0	
Tiếng nói	To, có lực	30	100,0	30	100,0	---
	Nhỏ, khó nghe	0	0,0	0	0,0	
Mồ hôi	Đạo hãn	0	0,0	0	0,0	>0,05
	Tự hãn	0	0,0	1	3,3	
	Không có mồ hôi	30	100,0	29	96,7	
Đại tiện	Táo	0	0,0	0	0,0	---
	Nát, lỏng	0	0,0	0	0,0	
	Bình thường	30	100,0	30	100,0	
Mạch	Phù	30	100,0	30	100,0	---
	Trầm	0	0,0	0	0,0	---
	Khẩn	19	63,3	25	83,3	>0,05
Bì phu	Khô	0	0,0	0	0,0	---
	Ấm	0	0,0	0	0,0	
	Lạnh	30	100,0	30	100,0	
	Bình thường	0	0,0	0	0,0	

Nhận xét:

100% người bệnh ở cả 2 nhóm Tỉnh; lưỡi hồng nhuận; rêu lưỡi trắng; hơi thở êm dịu; tiếng nói to, có lực; đại tiện bình thường; bì phu lạnh.

Sắc tại NNC 90% đỏ và 10% trắng. Tại NC là 100% hồng.

Mồ hôi tại NNC: 100% không có, tại NC có 1 người bệnh (3,3%) tự hãn.
Mạch ở NNC và NC có 100% phù. Mạch khản ở NNC là 63,3% và NC 83,3%.

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.2.5. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau thời điểm vào viện

Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo VAS thời điểm vào viện

Nhóm Điểm VAS	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		Tổng (n=60)		P_{NC-C}
	n	%	n	%	n	%	
Không đau (0 điểm)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Đau nhẹ (1-3 điểm)	1	3,3	0	0,0	1	1,6	
Đau vừa (4-6 điểm)	29	96,7	30	100,0	59	98,3	

Nhận xét: Tại thời điểm vào viện, đa số bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều ở mức độ đau vừa: nhóm nghiên cứu (96,7%) và nhóm chứng (100%). Chỉ có 3,3% BN ở nhóm NC có mức độ đau nhẹ. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.2.6. Phân bố bệnh nhân theo chức năng sinh hoạt hằng ngày trước điều trị

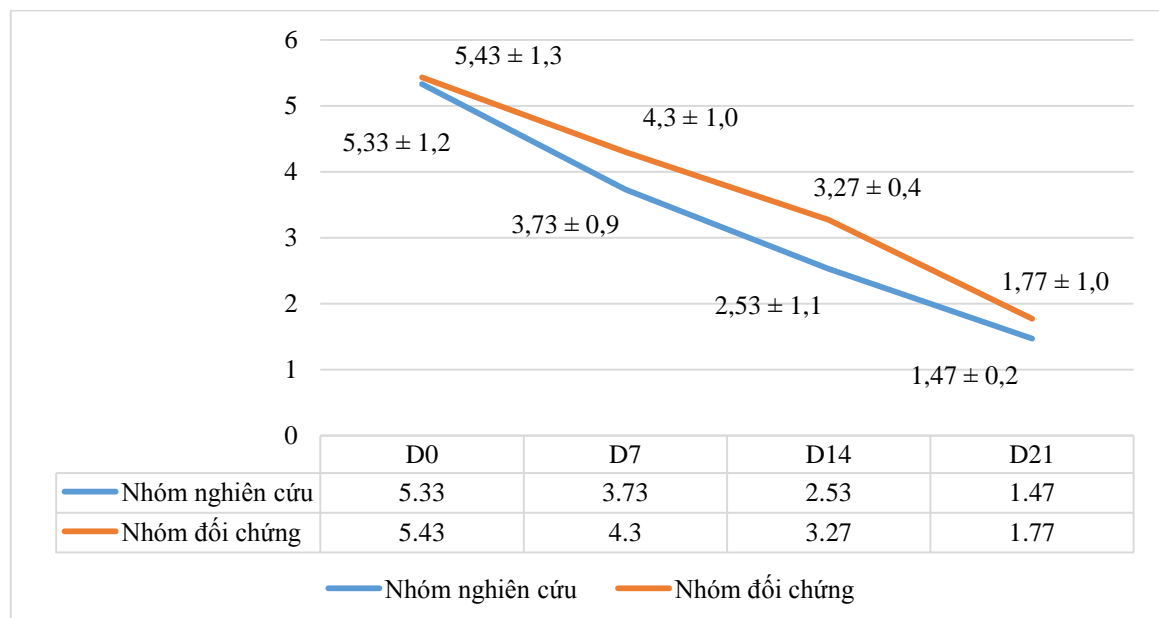
Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo chức năng sinh hoạt trước điều trị

Nhóm ODI	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		Tổng (n=60)		p _{NC-C}
	n	%	n	%	n	%	
Tốt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Khá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Trung bình	22	73,3	16	53,3	38	63,3	
Kém	8	26,7	14	46,7	22	36,6	

Nhận xét: Trước điều trị, đa số chức năng sinh hoạt của bệnh nhân ở cả 2 nhóm là mức trung bình và kém. Trong nhóm nghiên cứu (73,3%) và nhóm chứng (53,3%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Đánh giá kết quả điều trị theo y học hiện đại

3.2.1. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS



Biểu đồ 3.1 Kết quả cải thiện triệu chứng đau

Nhận xét: Người bệnh ở cả 2 nhóm cải thiện triệu chứng đau sau điều trị. Ngày đầu, điểm VAS ở NNC và NC trung bình lần lượt là 5,33 và 5,43. Ngày 21, nhóm nghiên cứu là 1,47 và nhóm chứng 1,77.

Bảng 3.10. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS sau 7 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)				P_{NC-C}
	D_0		D_7		D_0		D_7		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không đau	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0.05
Đau ít	1	3,3	15	50,0	0	0,0	2	6,7	
Đau vừa	29	96,7	15	50,0	30	100,0	28	93,3	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về phân loại mức độ đau tại thời điểm nhập viện giữa NNC và NC, trong đó, có 96,7% bệnh nhân NNC có mức độ đau trung bình và 100% NC có mức đau này. Sau 7 ngày điều trị, có sự cải thiện tốt ở NNC hơn so với NC, với tỷ lệ đau trung bình giảm xuống 50% ở NNC, so với 93,3% ở NC. Tuy nhiên, sự khác biệt về phân loại mức độ đau chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.11. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS sau 14 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)				P_{NC-C}
	D_0		D_{14}		D_0		D_{14}		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không đau	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	<0.05
Đau ít	1	3,3	24	80,0	0	0,0	18	60,0	
Đau vừa	29	96,7	6	20,0	30	100,0	12	40,0	

Nhận xét:

Sau 14 ngày điều trị, NNC cải thiện tốt từ 96,7% đau trung bình và 3,3% đau nhẹ thay đổi thành còn 20% đau trung bình và 80% đau nhẹ; NC thay đổi từ 100% đau trung bình thành 40% đau trung bình và 60% đau nhẹ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NC ($p < 0,05$).

Bảng 3.12. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS sau 21 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)				P_{NC-C}
	D_0		D_{21}		D_0		D_{21}		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không đau	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	<0.05
Đau ít	1	3,3	30	100,0	0	0,0	28	93,3	
Đau vừa	29	96,7	0	0,0	30	100,0	2	6,7	

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, có sự cải thiện rõ rệt về phân loại mức độ đau giữa NNC và NC ($p < 0,01$).

3.2.2. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng (Nghiệm pháp Schober)

Bảng 3.13. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng sau 7 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)				$P_{D_0-D_7}$
	D_0		D_7		D_0		D_7		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tốt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	$p > 0,05$
Khá	0	0,0	14	46,7	0	0,0	7	23,3	
Trung bình	30	100,0	16	53,3	28	93,3	22	73,4	
Kém	0	0,0	0	0,0	2	6,7	0	0,0	

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, cả 2 nhóm đều có sự cải thiện về mức độ giãn CSTL, ở nhóm nghiên cứu giảm còn 53,3% độ giãn CSTL trung bình và nhóm chứng 73,4%. Sự khác biệt có không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.14. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng sau 14 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)				$P_{D_0-D_{14}}$
	D_0		D_{14}		D_0		D_{14}		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tốt	0	0,0	10	33,3	0	0,0	1	3,3	$p < 0,05$
Khá	0	0,0	12	40,0	0	0,0	17	56,7	
Trung bình	30	100,0	8	26,7	28	6,7	12	40,0	
Kém	0	0,0	0	0,0	2	93,3	0	0,0	

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, có sự cải thiện ở nhóm nghiên cứu giảm còn 26,7% độ giãn CSTL trung bình và nhóm chứng 40,0%. Sự khác biệt có không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.15. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng sau 21 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)				$P_{D_0-D_{21}}$
	D_0		D_{21}		D_0		D_{21}		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tốt	0	0,0	20	66,7	0	0,0	8	26,7	$p < 0,05$
Khá	0	0,0	8	26,7	0	0,0	14	46,6	
Trung bình	30	100,0	2	6,7	28	6,7	8	26,7	
Kém	0	0,0	0	0,0	2	93,3	0	0,0	

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu có 20 BN chiếm 66,7% độ giãn CSTL tốt và nhóm chứng có 8 BN đạt 26,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

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

Bảng 3.16. Cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng sau 7 ngày, 14 ngày, 21 ngày điều trị

Nhóm		Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$) (độ)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$) (độ)	P_{NC-C}
Tầm vận động				
Cúi	D_0	44,8±9,8	43,2±8,8	0,49
	D_7	58,5±7,7	52,8±6,9	0,004
	D_{14}	69,8±6,4	62,8±5,7	0,001
	D_{21}	77,3±8,2	68,7±6,7	0,001

Nhóm Tâm vận động		Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$) (độ)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$) (độ)	P_{NC-C}
Ngửa	D_0	16,3±2,3	15,3±1,5	0,06
	D_7	20,9±3,8	17,3±2,5	0,001
	D_{14}	25,3±4,7	21,8±2,5	0,001
	D_{21}	30,0±4,5	24,8±2,8	0,001
Nghiêng bên đầu	D_0	19,8±0,9	19,2±2,3	0,163
	D_7	23,8±2,2	21,7±2,4	0,001
	D_{14}	26,3±2,2	25,5±2,7	0,203
	D_{21}	30,7±4,9	28,8±2,8	0,08
Xoay	D_0	15,2±0,9	15,5±1,5	0,309
	D_7	20,8±1,9	20,0±0,0	0,019
	D_{14}	22,8±2,5	20,3±1,0	0,001
	D_{21}	26,5±4,0	23,7±2,2	0,001

Nhận xét: Có sự cải thiện rõ về tâm vận động cúi, ngửa, nghiêng và xoay bên đầu của cả hai nhóm tại các thời điểm nghiên cứu, trong đó NNC thay đổi tốt hơn NC ($p < 0,05$).

3.2.4. Sự cải thiện của nghiệm pháp tay đất (Neri)

Bảng 3.17. Cải thiện khoảng cách của nghiệm pháp tay đất (Neri)

Nhóm Tay đất		Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$) (cm)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$) (cm)	P_{NC-C}
Tay đất	D_0	22,2±5,0	26,4±7,8	0,015
	D_7	15,9±3,4	22,9±17,6	0,037
	D_{14}	12,0±1,6	14,8±4,3	0,001
	D_{21}	8,5±2,6	11,3±2,2	0,001

Nhận xét: Về cải thiện khoảng cách của nghiệm pháp Neri, D0 ở nhóm nghiên cứu là $22,2 \pm 5,0$ và nhóm chứng $26,4 \pm 7,8$. Vào ngày 21 nhóm nghiên cứu là $8,5 \pm 2,6$ và nhóm chứng $11,3 \pm 2,2$. Sự khác biệt ở 2 nhóm (vào D0, D7, D14 và D21) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.5. Sự thay đổi thang đo mức độ co cơ, dấu hiệu bấm chuông, tê bì trước và sau điều trị

Bảng 3.18. Sự thay đổi thang đo mức độ co cơ, dấu hiệu bấm chuông, tê bì trước và sau 7 ngày điều trị

Nhóm		Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		P _{NC-C}
		n	%	n	%	
Co cơ	D ₀	28	93,3	30	100,0	0,15
	D ₇	6	20,0	23	76,7	0,001
Bấm chuông	D ₀	30	100,0	30	100,0	---
	D ₇	19	63,3	28	93,3	0,005
Tê bì	D ₀	29	96,7	30	100,0	0,313
	D ₇	21	70,0	22	73,3	0,774

Nhận xét: Tại D0, người bệnh co cơ ở nhóm nghiên cứu là 93,3% và nhóm chứng là 100%. Sau 7 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu còn 20% và nhóm chứng 76,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tại D0, người bệnh có dấu hiệu bấm chuông ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là 100%. Sau 7 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu còn 63,3% và nhóm chứng 93,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tại D₀, người bệnh có tê bì ở nhóm nghiên cứu là 96,7% và nhóm chứng là 100%.. Sau 7 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu còn 70,0% và nhóm chứng 73,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.19. Sự thay đổi thang đo mức độ co cơ, dấu hiệu bấm chuông, tê bì trước và sau 14 ngày

Nhóm Các thang đo		Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		P _{NC-C}
		n	%	n	%	
Co cơ	D ₀	28	93,3	30	100,0	0,15
	D ₁₄	0	0,0	1	3,3	0,313
Bấm chuông	D ₀	30	100,0	30	100,0	---
	D ₁₄	1	3,3	13	43,3	0,001
Tê bì	D ₀	29	96,7	30	100,0	0,313
	D ₁₄	5	16,7	17	56,7	0,001

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, triệu chứng co cơ của nhóm nghiên cứu là 0% và nhóm chứng 3,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Sau 14 ngày điều trị, dấu hiệu bấm chuông nhóm nghiên cứu còn 3,3% và nhóm chứng 43,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Sau 14 ngày điều trị, triệu chứng tê bì nhóm nghiên cứu còn 16,7% và nhóm chứng 56,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.20. Sự thay đổi thang đo mức độ co cơ, dấu hiệu bấm chuông, tê bì trước và sau 21 ngày

Nhóm Các thang đo		Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		P _{NC-C}
		n	%	n	%	
Co cơ	D ₀	28	93,3	30	100,0	0,15
	D ₂₁	0	0,0	0	0,0	---
Bấm chuông	D ₀	30	100,0	30	100,0	---
	D ₂₁	0	0,0	0	0,0	---
Tê bì	D ₀	29	96,7	30	100,0	0,313
	D ₂₁	3	10,0	5	16,7	0,448

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, triệu chứng co cơ của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng 0%.

Sau 21 ngày điều trị, dấu hiệu bấm chuông nhóm nghiên cứu và nhóm chứng 0%.

Sau 21 ngày điều trị, triệu chứng tê bì nhóm nghiên cứu còn 10% và nhóm chứng 16,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2.6. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (ODI)

Bảng 3.21. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 7 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)				P_{D0-D7}
	D_0		D_7		D_0		D_7		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tốt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$p>0,05$
Khá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Trung bình	22	73,3	27	90,0	16	53,3	25	83,3	
Kém	8	26,7	3	10,0	14	46,7	5	16,7	

Nhận xét: Chưa có sự khác biệt về phân loại điểm chức năng sinh hoạt (ODI) giữa NNC và NC tại thời điểm sau 7 ngày điều trị ($p>0,05$).

Bảng 3.22. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 14 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)				P_{D0-D14}
	D_0		D_{14}		D_0		D_{14}		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tốt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$p>0,05$
Khá	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	
Trung bình	22	73,3	28	93,4	16	53,3	30	100,0	
Kém	8	26,7	1	3,3	14	46,7	0	0,0	

Nhận xét: Chưa có sự khác biệt về phân loại điểm chức năng sinh hoạt (ODI) giữa NNC và NC tại thời điểm sau 14 ngày điều trị ($p>0,05$).

Bảng 3.23. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 21 ngày điều trị

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)				$P_{D_0-D_{21}}$
	D_0		D_{21}		D_0		D_{21}		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tốt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$p > 0,01$
Khá	0	0,0	17	56,7	0	0,0	8	26,7	
Trung bình	22	73,3	13	43,3	16	53,3	22	73,3	
Kém	8	26,7	0	0,0	14	46,7	0	0,0	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NC về ODI sau 21 ngày điều trị.

3.2.7. Sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền trước và sau điều trị

Bảng 3.24. Sự cải thiện về các triệu chứng YHCT sau 21 ngày điều trị

Chứng trạng	Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		$P_{D_0-D_{21}}$
		n	%	n	%	
Rêu lưỡi trắng, dày	D_0	30	100,0	30	100,0	$p_{D_0} > 0,05$
	D_{21}	7	23,3	19	63,3	$p_{D_{21}} < 0,01$
Rêu lưỡi nhớt	D_0	27	90,0	26	86,7	$p_{D_0} > 0,05$
	D_{21}	10	33,3	20	66,7	$p_{D_{21}} < 0,01$
Đau tê bì, nặng nề	D_0	30	100,0	30	100,0	$p_{D_0} > 0,05$
	D_{21}	0	0	2	6,7	$p_{D_{21}} < 0,01$
Ăn ngủ kém	D_0	30	100,0	30	100,0	$p_{D_0} > 0,05$
	D_{21}	0	0	4	13,3	$p_{D_{21}} < 0,01$
Mạch phù	D_0	30	100,0	30	100,0	$p_{D_0} > 0,05$
	D_{21}	0	0	0	0	$p_{D_{21}} < 0,01$

Nhận xét: Chứng trạng YHCT có sự cải thiện tốt sau điều trị, NNC cải thiện tốt hơn NC ($p < 0,01$).

3.2.8. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.25. Kết quả điều trị chung

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=30)						Nhóm chứng (n=30)					
	D ₇		D ₁₄		D ₂₁		D ₇		D ₁₄		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	0	0,0	0	0,0	17	56,7	0	0,0	0	0,0	8	26,7
Khá	1	3,3	20	66,7	10	33,3	0	0,0	5	16,6	17	56,7
Trung bình	16	53,3	7	23,3	3	10,0	1	3,3	17	26,7	5	16,6
Kém	13	43,3	3	10,0	0	0,0	29	96,7	8	56,7	0	0,0
p	$p_{D7} > 0,05$; $p_{D14} < 0,05$; $p_{D21} < 0,01$											

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, NNC có 56,7% hiệu quả chung mức tốt; 33,3% mức khá và 10% trung bình, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với NC ($p < 0,01$).

3.3. Kết quả tác dụng không mong muốn điều trị của nhóm nghiên cứu

3.3.1. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm

Nhận xét: Không xuất hiện tác dụng không mong muốn do phương pháp điện châm

3.3.2. Tác dụng không mong muốn phương pháp xoa bóp bấm huyệt

Nhận xét: Không xuất hiện tác dụng không mong muốn do phương pháp xoa bóp bấm huyệt.

3.3.3. Tác dụng không mong muốn bài tập Williams

Bảng 3.26. Tác dụng không mong muốn bài tập Williams

Tác dụng không mong muốn	n	%
Mệt mỏi	0	0,0
Đau đầu	0	0,0
Hoa mắt chóng mặt	0	0,0
Buồn nôn/nôn	0	0,0
Đau cơ	4	13,3

Nhận xét:

Có 13,3% người bệnh xuất hiện đau cơ khi tập bài tập Williams.

Chương 4

BÀN LUẬN

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

4.1.1. Tuổi

Trong tổng số 60 người bệnh đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp tham gia nghiên cứu, đa số người bệnh thuộc nhóm tuổi từ trên 50 tuổi. Trong đó, nhóm nghiên cứu tỷ lệ người bệnh trên 60 tuổi là 70,1% và nhóm chứng là 56,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều so với các nghiên cứu khác như: Theo báo cáo của tác giả Nguyễn Thị Thúy (2022) có 65,6% NB trên 60 tuổi [48]; Huỳnh Hương Giang (2020) có 60,5% NB trên 60 tuổi [42]; Hồ Duy Phương (2016) có 57,6% NB trên 60 tuổi [49]. Tuy nhiên, lại có sự khác biệt với nghiên cứu của Ngô Thị Hồng Nhung (2020) với độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là dưới 50 tuổi chiếm 56,7% ở nhóm nghiên cứu, 53,3% ở nhóm chứng và thấp nhất là độ tuổi trên 60 tuổi chiếm 16,7% ở cả 2 nhóm [38].

Theo y văn cũng như hầu hết các nghiên cứu khác, tuổi có tỉ lệ mắc bệnh đau thần kinh tọa nói chung thường xảy ra sau tuổi 30. Hay gặp ở lứa tuổi này vì đây là thời kỳ hoạt động mạnh nhất của con người, cột sống phải thường xuyên chịu tác động của tải trọng cơ học, các chấn thương và vi chấn thương trong cuộc sống và nghề nghiệp. Hơn nữa, thoái hóa đĩa đệm bắt đầu sớm nhất trong thập kỷ thứ hai của cuộc đời, và được hầu hết mọi người xem như một hệ quả tất yếu của quá trình lão hóa. Từ tuổi 30 trở đi, đĩa đệm bắt đầu thoái hóa sinh học, ranh giới giữa nhân nhầy và vòng sợi đã kém rõ, cấu trúc vòng sợi thô hơn, trong khi đó chịu tác động tải trọng ngày càng tăng

dần, càng đẩy nhanh tốc độ thoái hóa đĩa đệm, sức đề kháng của vòng sợi ngày càng kém và vòng sợi thoái hóa có khả năng đứt và rách cao hơn rất nhiều [50], [5]. Với đặc điểm của bệnh viện Tuệ Tĩnh, điều trị nội trú thường là người bệnh cao tuổi. Mặt khác theo YHCT tuổi 60, thiên quý hư suy, chức năng can thận suy giảm làm gân xương mất sự nuôi dưỡng phát sinh ra đau. Do đó, trong 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều từ 50 tuổi trở lên .

4.1.2. Giới

Đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp gặp ở cả 2 giới. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nữ giới cao nam giới, trong đó nhóm nghiên cứu có tỉ lệ nữ là 63,3% tương đương tỉ lệ nữ/nam là 2/1; với nhóm chứng có tỉ lệ nữ 60,0% là tương đương tỉ lệ nữ/nam là 3/2. Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam. Nghiên cứu của Ngô Thị Hồng Nhung (2020) tỷ lệ nữ/nam là 3/2 và 2/1 lần lượt ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng [38]. Nghiên cứu của Huỳnh Hương Giang (2020) có tỉ lệ nữ mắc bệnh chiếm 53,5% [42]. Nghiên cứu của Hồ Duy Phương (2016) tỉ lệ nữ cũng chiếm 69,7% [49].

Có thể lý giải sự khác biệt này do các bệnh cơ xương khớp liên quan tới chuyển hóa, được chi phối bởi các yếu tố nội tiết nên phụ nữ ở tuổi trung niên có sự suy giảm của hormon nội tiết tố nữ estrogen làm tăng nguy cơ loãng xương do làm giảm hoạt động của các tế bào tạo xương, giảm khung protein ở xương và giảm lắng đọng calci và phosphate ở xương, đĩa đệm vùng thắt lưng thoái hóa với tốc độ nhanh hơn đáng kể so với đĩa đệm thắt lưng ở nam giới cùng độ tuổi. Mặt khác, có thể liên quan đến sự tham gia của phụ nữ vào lực lượng lao động tham gia vào tất cả các lĩnh vực ngoài xã hội trong khi họ vẫn phải làm các công việc trong gia đình. Do vậy tỉ lệ nữ mắc các bệnh cơ

xương khớp nói chung và đau thần kinh hông to nói riêng có thể mắc nhiều hơn nam giới.

4.1.3. Nghề nghiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nghề nghiệp người bệnh có thể phân chia làm 2 nhóm: Lao động chân tay bao gồm công nhân, nông dân hoặc những người mang, vác bung bê hoặc làm việc nặng khác, thường xuyên dùng sức là chính; Lao động trí óc gồm cán bộ hưu, giáo viên, viên chức/công chức... Trong đó, đa số người bệnh trong nhóm nghiên cứu là hưu trí (66,7%) và trong nhóm chứng là nghề nghiệp tự do (50,0%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ngô Thị Hồng Nhung (2020) có tỉ lệ người bệnh thuộc nhóm lao động trí óc ở nhóm nghiên cứu chiếm 60% và 53,3% của nhóm chứng [38]. Nghiên cứu của Lê Quang Vinh (2020) có tỉ lệ người bệnh thuộc nhóm lao động trí óc ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là 56,67% và 63,33% [51].

Nguyên nhân của kết quả này có thể giải thích vì đa số người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi sống tại Hà Nội với tỉ lệ lao động trí óc tập trung nhiều nhất cả nước [52]. Đặc điểm của nhóm lao động này là đa số phải ngồi nhiều sử dụng máy tính thường xuyên vì vậy làm việc trong thời gian dài, ít di chuyển khiến cho cột sống thắt lưng bị tổn thương, cơ và dây chằng yếu đi gây nên thoái hóa cột sống.

Nachemson (1981) đã nghiên cứu ảnh hưởng của các tư thế vận động lên đĩa đệm CSTL [53]. Kết quả cho thấy áp lực nội đĩa đệm ở CSTL ở tư thế nằm tương đương với 25kg lực, đứng thẳng là 100kg lực, ngồi là 140kg lực, đứng gập thân về trước là 150kg lực, ngồi gập thân về trước là 185kg lực.

Qua đây ta thấy được nội đĩa đệm luôn chịu áp lực ở tất cả tư thế. Do đó, dù lao động chân tay hay lao động trí óc nếu cột sống phải vận động quá giới hạn sinh lý hoặc lao động trong tư thế gò bó kéo dài, thường xuyên bị sai tư thế, cột sống phải chịu trọng tải lớn liên tục, gù quá hay ưỡn quá khiến CSTL dễ bị tổn thương, cấu trúc cột sống bị thay đổi, mô xương, cơ và dây chằng dễ bị biến đổi và dễ bị thoái hóa. Hơn nữa, trong điều kiện hiện nay khi mà công nghệ kỹ thuật phát triển, máy móc đang dần thay thế sức người thì tỉ lệ lao động nặng giảm đi, lối sinh hoạt giảm vận động tăng lên, đây cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến tỉ lệ bệnh cao ở nhóm lao động trí óc.

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh được tính từ lúc người bệnh xuất hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi người bệnh khám và điều trị tại bệnh viện, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như ý thức người bệnh, điều kiện kinh tế - xã hội, điều kiện thời gian, khoảng cách đến bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới một tháng chiếm tỉ lệ cao nhất với 73,4% ở nhóm nghiên cứu và 56,7% ở nhóm chứng. Tiếp đến là thời gian mắc bệnh từ 1-3 tháng chiếm tỉ lệ 20,0% ở nhóm nghiên cứu và 40,0% ở nhóm chứng. Thấp nhất là nhóm > 5 tháng với 3,3% ở nhóm nghiên cứu và không có người bệnh nào có thời gian mắc bệnh trên 5 tháng ở nhóm chứng. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

So với nghiên cứu khác, số liệu của chúng tôi có sự tương đồng: Theo tác giả Lê Quang Vinh (2020) có tỉ lệ cao nhất về thời gian mắc bệnh ở nhóm dưới 1 tháng và trên 6 tháng cùng chiếm 30% ở nhóm nghiên cứu [51]; Hồ Duy Phương (2016) có nhóm dưới 1 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất là 48,49%

[49]; Trương Thị Mai Vân (2018) có nhóm dưới 1 tháng cũng chiếm tỉ lệ cao nhất là 33,3% [54].

4.1.5. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị (VAS, ODI)

Cảm giác đau xuất hiện tại vị trí tổn thương tuy là một cảm giác khó chịu nhưng là một biểu hiện tích cực có giá trị báo động để cơ thể phản xạ đáp ứng lại nhằm loại trừ tác nhân gây đau. Đau là kết quả của một quá trình sinh lý phức tạp gồm nhiều sự kiện và có sự tham gia của nhiều yếu tố. Ngoài ra, cảm xúc có tác dụng trực tiếp lên cảm giác đau làm đau có thể tăng lên hay giảm đi.

Đau dây thần kinh hông to là do sự chèn ép của nhân nhầy vào dây chằng dọc sau hoặc bao màng cứng hoặc do tổ chức đĩa đệm kích thích vào bao thần kinh gây phản xạ co thắt mạch dẫn đến thiếu máu cũng có thể gây đau [10]. Để đánh giá mức độ đau của người bệnh chúng tôi dựa trên thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) là thang điểm đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh.

Tại thời điểm vào viện, đa số người bệnh đau vừa ở nhóm nghiên cứu (96,7%) và nhóm chứng (100%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hồ Duy Phương (2016) có tỉ lệ người bệnh đau vừa khi nhập viện chiếm 90,9% và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả khác như của Huỳnh Hương Giang (2020) với mức độ đau trung bình là $6,28 \pm 0,882$, trong đó đa số là người bệnh có mức độ đau nặng chiếm 53,5% [49], [42]. Nhưng nhìn chung người bệnh đều đi khám khi mức độ đau vừa trở lên. Đây là một trong những triệu chứng đặc trưng khiến người bệnh khó chịu phải đến khám và điều trị.

Đau dây thần kinh hông to không phải là bệnh lý nguy hiểm đến tính mạng, nhưng lại cản trở cuộc sống sinh hoạt, lao động hằng ngày dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Điểm đánh giá sinh hoạt hàng ngày (ODI) trước điều trị của người bệnh đa số ở mức độ trung bình ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng chiếm tỉ lệ lần lượt là 73,3% và 53,3%. Tương tự, mức độ kém chiếm tỉ lệ 26,7% và 46,7% lần lượt ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Đặc điểm chứng năng sinh hoạt hàng ngày của 2 nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Theo kết quả của Ngô Thị Hồng Nhung (2020) về chức năng sinh hoạt theo ODI ở mức trung bình của nhóm nghiên cứu là 60% và nhóm chứng là 56,7% [38]; Lương Thị Dung (2008) về chức năng sinh hoạt ở mức độ trung bình trong nhóm nghiên cứu trước điều trị là 65,7% [55]. Điều này tương ứng với mức độ đau của người bệnh. Trên cơ sở định nghĩa về đau cho thấy đau bao giờ cũng có phần chủ quan, là cảm giác phức tạp có sự tham gia của nhiều hệ thống chức năng khác nhau như ý thức, cảm giác, trí nhớ, động lực, phản ứng thực vật vì vậy, đau kéo dài sẽ gây ảnh hưởng xấu đến cả thể chất và tinh thần người bệnh, gây nhiều hạn chế đời sống sinh hoạt và lao động. Thông qua thang điểm ODI có thể cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe của người bệnh do ảnh hưởng của tình trạng đau thần kinh hông to hoặc để đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị khác nhau, từ đó mà người thầy thuốc có thể ra các phương pháp điều trị cho người bệnh tốt hơn.

4.2. Hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams theo YHĐ

Cột sống có vai trò rất quan trọng đối với cơ thể, đặc biệt là chức năng nâng đỡ và vận động, mọi sự biến đổi của cột sống đều tác động ít nhiều đến

hoạt động sống của cơ thể, kể cả khi vận động cũng như lúc nghỉ ngơi, làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Cột sống thắt lưng là một phần quan trọng của cột sống, là đoạn tiếp nối cột sống cổ ngực ở trên và cột sống cùng cụt ở dưới, là nơi có biên độ hoạt động rất lớn, chính vì vậy nó rất dễ bị thương tổn khi cơ thể vận động.

4.2.1. Cải thiện mức độ đau

Đau là cảm giác chủ quan của bệnh nhân, là dấu hiệu sớm nhất để bệnh nhân chú ý đến bệnh của bản thân và đây cũng là lý do chính để bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Nguyên nhân gây đau là do sự chèn ép vào bao rễ thần kinh chi phối bởi dây thần kinh cảm giác cột sống và khi bị kích thích sẽ gây phản xạ co thắt mạch làm thiếu máu và gây đau. Ngoài ra sự phù nề rễ thần kinh trong lỗ tiếp hợp vốn đã hẹp càng gây chèn ép rễ thần kinh, dẫn đến triệu chứng đau của bệnh nhân. Tùy vào đặc điểm bệnh mà đau có thể biểu hiện tại chỗ hoặc lan theo rễ thần kinh từ thắt lưng tới tận ngón chân [56], [57]. Triệu chứng đau thường tiến triển theo mức độ bệnh. Chúng tôi dựa trên thang điểm VAS là thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh để đánh giá mức độ đau của bệnh nhân. Thang điểm VAS được biểu diễn thông qua một thước đo chia vạch từ 0 tới 10 điểm do hãng Astra-Zeneca sản xuất. Một mặt thang được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 (Hoàn toàn không đau) đến 10 (Đau nghiêm trọng không thể chịu được, có thể choáng ngất). Một mặt có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức để bệnh nhân tự lượng giá cho đồng nhất mức độ đau. Đây là thang điểm đánh giá mức độ đau được sử dụng khá phổ biến trong các nghiên cứu [58], [59].

Kết quả cho thấy, tại thời điểm D0, đa số người bệnh ở cả hai nhóm vào D0 đau trung bình (96,7% tại nhóm nghiên cứu và 100% tại nhóm

chúng). Hai đường cong biểu diễn mức độ đau theo thang điểm VAS từ D0 đến D14 có xu hướng đi xuống cho thấy sau điều trị 7 ngày và 14 ngày cho thấy cả hai nhóm đều có xu hướng giảm điểm đau VAS rõ rệt, cụ thể:

Sau 7 ngày điều trị, sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS đạt mức tốt ở hai nhóm so với trước điều trị, Sau 7 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu giảm còn 50% đau trung bình và nhóm chứng còn 93,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 14 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu giảm còn 20% đau trung bình và nhóm chứng còn 40%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 21 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu 100% người bệnh đau ít và nhóm chứng còn 6,7% đau trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngày đầu, điểm VAS ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng trung bình lần lượt là 5,33 và 5,43. Ngày 21, nhóm nghiên cứu là 1,47 và nhóm chứng 1,77.

Luu Văn Nam (2019) nghiên cứu tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL bằng tác động cột sống kết hợp điện châm và kéo giãn CSTL trên 30 bệnh nhân, sau 14 ngày điểm VAS trung bình giảm $6,36 \pm 1,21$ xuống $1,91 \pm 0,51$ [60]. Trương Thị Mai Vân (2018) nghiên cứu tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng điện châm, kéo giãn cột sống thắt lưng kết hợp xông thuốc trên 30 bệnh nhân, sau 20 ngày điểm VAS trung bình giảm từ $6,2 \pm 0,89$ xuống $0,97 \pm 0,56$ [54]. Nguyễn Thị Phượng (2016) nghiên cứu tác dụng của điện trường châm kết hợp kéo giãn cột sống điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng trên 30 bệnh nhân, sau 30 ngày điểm VAS từ $6,87 \pm 1,91$ còn $0,83 \pm 0,74$ [61]. So sánh với các tác giả khác, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả giảm đau kém hơn Trương Thị Mai Vân (2018), Nguyễn Thị Phượng (2016) và tương đương với Luu Văn Nam (2019).

Trong quá trình nghiên cứu, cả hai nhóm cùng được điều trị bằng phương pháp XBBH. XBBH có tác dụng làm tăng tính đàn hồi của cơ, tăng năng lực làm việc, sức bền của cơ và phục hồi sức khỏe cho cơ nhanh hơn. Khi cơ làm việc quá căng gây nên phù nề cơ cứng và đau thì các thủ thuật xoa, xát, phát vùng thắt lưng có tác dụng chính trên da làm tăng nhiệt độ và giãn các mạch máu tại chỗ giúp giải quyết chứng này. Với thủ thuật bóp và vờn tác dụng chủ yếu lên các cơ ở thắt lưng để hỗ trợ giảm đau, tăng tầm vận động khớp. Và hơn nữa, khi XBBH các chất nội tiết của tế bào được tiết ra thấm vào máu và cơ thể, tăng cường hoạt động của mạch máu và thần kinh ở da; mặt khác, thông qua phản xạ thần kinh XBBH có ảnh hưởng đến toàn cơ thể làm thư giãn, giảm căng thẳng, stress từ đó có thể giúp gia tăng tác dụng giảm đau của phương pháp [62], [63].

Châm cứu thông qua tác động vào huyết và kinh lạc có thể đuổi ngoại tà, điều hoà dinh vệ, thông được kinh lạc do đó làm giảm đau, điều hoà chức năng tạng phủ, chữa được khỏi bệnh tật. Điện châm phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện tạo ra các kích thích đều đặn và liên tục làm tăng hiệu quả điều trị [63]. Đây là phương pháp kinh điển, đã áp dụng trong điều trị đau TKHT từ rất lâu và được công nhận rộng rãi trên thế giới.

4.2.2. Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng

Nghiệm pháp Schober là nghiệm pháp sử dụng trong y học vật lý, phục hồi chức năng, ở các bệnh nhân thấp khớp nhằm đo độ linh hoạt vùng thắt lưng bệnh nhân. Nghiệm pháp Schober dương tính nói lên hạn chế độ giãn của cột sống. Độ giãn cột sống giảm có thể do thoái hóa cột sống gây cứng cột sống, đau vùng cột sống khi cúi, cơ cứng cơ cạnh sống, kéo căng rễ thần

kinh gây đau ở người thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có chèn ép rễ thần kinh [64].

Theo số liệu chúng tôi thu được cho thấy sau 7 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu giảm còn 53,3% độ giãn CSTL trung bình và nhóm chứng 73,4%. Sự khác biệt có không ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Sau 14 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu giảm còn 26,7% độ giãn CSTL trung bình và nhóm chứng 40,0%. Sự khác biệt có không ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Sau 21 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu có 66,7% độ giãn CSTL tốt và nhóm chứng 26,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Điều này cho thấy sử dụng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams có tác dụng cải thiện tốt độ giãn cột sống của bệnh nhân nhưng có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, trong khi thời gian nghiên cứu ngắn nên chưa thấy rõ hiệu quả vượt trội của phương pháp này.

4.2.3. Cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng và khoảng cách tay đất

Bất động mang đến một tình trạng thiếu máu của tổ chức trong sâu, làm chậm đi chuyển hóa cơ bản và gây ra phù nề. Khi bị bất động lâu làm cho tổ chức gân, cơ bị kém nuôi dưỡng dẫn đến xơ hóa và co cứng. Do vậy việc giảm đau tốt chưa đủ, mà cần cải thiện tốt tầm vận động khớp. Điều này có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị đau thần kinh hông to và giúp cải thiện các hoạt động hàng ngày.

Vận động cột sống thắt lưng được đánh giá thông qua các tác động cúi, ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái, xoay phải, xoay trái. Trong quá trình nghiên cứu của chúng tôi thực hiện 4 động tác cúi, ngửa, nghiêng bên đầu, xoay bên đầu.

4.2.3.1. Vận động cúi

Về cải thiện tầm vận động cúi, D0 ở nhóm nghiên cứu là $44,8 \pm 9,8$ và nhóm chứng $43,2 \pm 8,8$. Vào ngày 21 nhóm nghiên cứu là $77,3 \pm 8,2$ và nhóm chứng $68,7 \pm 6,7$. Sự khác biệt ở 2 nhóm (vào D14 và D21) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng sau 14 ngày, tầm vận động gấp nhóm nghiên cứu tăng lên $70,07 \pm 4,10$; nhóm đối chứng tăng lên $62,43 \pm 11,45$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả cải thiện của chúng tôi cho thấy tốt hơn có thể do thời gian điều trị dài hơn mà không phụ thuộc vào sự khác biệt trong phương pháp điều trị.

4.2.3.2. Vận động ngửa

Về cải thiện tầm vận động ngửa, D0 ở nhóm nghiên cứu là $16,3 \pm 2,3$ và nhóm chứng $15,3 \pm 1,5$. Vào ngày 21 nhóm nghiên cứu là $30,0 \pm 4,5$ và nhóm chứng $24,8 \pm 2,8$. Sự khác biệt ở 2 nhóm (vào D7, D14 và D21) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4.2.3.3. Vận động xoay

Về cải thiện tầm vận động xoay, D0 ở nhóm nghiên cứu là $15,2 \pm 0,9$ và nhóm chứng $15,5 \pm 1,5$. Vào ngày 21 nhóm nghiên cứu là $26,5 \pm 4,0$ và nhóm chứng $23,7 \pm 2,2$. Sự khác biệt ở 2 nhóm (vào D7, D14 và D21) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Như vậy, sau 21 ngày điều trị sử dụng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams có tác dụng cải thiện tầm vận động CSTL, tốt hơn điện châm và xoa bóp theo đường kinh đơn thuần. Điều này hoàn toàn phù hợp với sự cải thiện mức độ đau và độ giãn cột sống thắt lưng.

4.2.3.4. Sự cải thiện của nghiệm pháp tay đất (Neri)

Dấu Neri được khám bằng cách hướng dẫn bệnh nhân đứng thẳng, hai gối thẳng rồi gập người xuống nếu chân bên đau co lại (gập gối lại) là dương tính. Về cải thiện khoảng cách của nghiệm pháp Neri, D0 ở nhóm nghiên cứu là $22,2 \pm 5,0$ và nhóm chứng $26,4 \pm 7,8$. Vào ngày 21 nhóm nghiên cứu là $8,5 \pm 2,6$ và nhóm chứng $11,3 \pm 2,2$. Sự khác biệt ở 2 nhóm (vào D0, D7, D14 và D21) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Mức độ cải thiện khoảng cách tay đất sau 21 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu tốt hơn và có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Điều này được lý giải tương tự với sự cải thiện chỉ số Schober cùng với sự cải thiện điểm VAS trung bình trong điều trị bệnh lý đau thắt lưng do thoái hoá cột sống. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đức Minh và cộng sự, tác giả ghi nhận tầm vận động cột sống thắt lưng trung bình ở nhóm nghiên cứu đều cải thiện dần qua các thời điểm theo dõi và đánh giá. Mức độ cải thiện sau 20 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu tốt hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng [65].

Như vậy, sau 21 ngày điều trị sử dụng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams có tác dụng cải thiện tầm vận động CSTL, tốt hơn điện châm và xoa bóp theo đường kinh đơn thuần. Điều này hoàn toàn phù hợp với sự cải thiện mức độ đau và độ giãn cột sống thắt lưng, nghiệm pháp tay đất. Phối hợp thêm tác động bổ sung của bài tập Williams liệu giúp giãn cơ, cải thiện tuần hoàn, giảm viêm đã góp phần tạo nên kết quả điều trị tốt hơn ở bệnh nhân nhóm nghiên cứu so với nhóm chứng.

Sự thay đổi thang đo mức độ cơ cơ, dấu hiệu bấm chuông, tê bì trước và sau điều trị

Theo nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tại D0, người bệnh cơ cơ ở nhóm nghiên cứu là 93,3% và nhóm chứng là 100%. Sau 7 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu còn 20% và nhóm chứng 76,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Dấu hiệu bấm chuông được kiểm tra bằng cách ấn điểm cạnh cột sống tương ứng với lỗ ghép thấy đau xuất hiện từ vùng thắt lưng lan xuống hai chân. Dấu hiệu dương tính khi ấn khe khớp hoặc cạnh sống đĩa đệm bệnh lý thấy đau dọc xuống dưới theo đường thần kinh hông to. Tại D0, người bệnh có dấu hiệu bấm chuông ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là 100%. Sau 7 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu còn 63,3% và nhóm chứng 93,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

"Tê bì" có thể là từ bệnh nhân dùng để mô tả các triệu chứng khác nhau, bao gồm mất cảm giác, dị cảm, yếu cơ hoặc liệt. Tuy nhiên, tê bì thực chất là mất cảm giác, có thể một phần (giảm cảm giác) hoặc hoàn toàn (mất cảm giác). Tê có thể liên quan đến ba phương thức cảm giác chính ở các mức độ giống nhau hoặc khác nhau: sờ nhẹ, cảm giác đau và nhiệt độ, cảm giác vị trí và cảm giác rung. Tê thường đi kèm với cảm giác đau nhói bất thường (như kim châm) không liên quan đến kích thích cảm giác (dị cảm). Các biểu hiện khác (ví dụ: đau, liệt ngón chi, rối loạn chức năng dây thần kinh sọ não) cũng có thể xuất hiện tùy thuộc vào nguyên nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại D0, người bệnh có tê bì ở nhóm nghiên cứu là 96,7% và nhóm chứng là 100%. Sau 7 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu còn 70,0% và nhóm chứng 73,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Như vậy sau 21 ngày điều trị, các dấu hiệu cơ cơ, bấm chuông, tê bì của nhóm nghiên cứu có sự cải thiện khá tốt so với nhóm đối chứng.

4.2.4. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Triệu chứng đau và hạn chế tầm vận động CSTL ở bệnh nhân đau TKHT biểu hiện những hạn chế trong sinh hoạt và lao động hàng ngày của người bệnh. Cũng chính đau và hạn chế vận động ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống là lý do khiến bệnh nhân nhập viện. Để đánh giá sự ảnh hưởng của đau thần kinh hông to đến các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày, chúng tôi đã lựa chọn 6 trong 10 câu hỏi của George E Ehrlich trong bộ câu hỏi Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire bao gồm: chăm sóc cá nhân, nhắc vật nặng, đi bộ, ngồi, đứng và cuộc sống xã hội theo dõi trên bệnh nhân [66].

Từ bảng 3.21 cho thấy sau 21 ngày điều trị, chức năng sinh hoạt trung bình ở nhóm nghiên cứu có 43,3% người bệnh và nhóm chứng 73,3%. Sự khác biệt không ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

So sánh với kết quả của nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Linh: Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và tác dụng không mong muốn của liệu pháp Kinh Cân kết hợp kéo giãn cột sống, kết quả tỷ lệ chức năng sinh hoạt hàng ngày đạt tốt và khá chiếm 100% [67].

Điều này do đối tượng bệnh nhân của chúng tôi gặp chủ yếu là bệnh nhân ≥ 50 tuổi nên khả năng cải thiện các chức năng sinh hoạt hàng ngày đã bị hạn chế lâu ngày sẽ không đạt được những kết quả như mong muốn. Hoạt động sinh hoạt hàng ngày mà chúng tôi đưa ra và bộ câu hỏi nghiên cứu bao gồm 6 hoạt động: chăm sóc cá nhân, ngồi, đứng, đi bộ, nhắc vật nặng và cuộc sống xã hội. Các hoạt động này muốn làm tốt trước hết bệnh nhân phải không

đau, sau đó đến vận động thắt lưng và chân tốt thì mới thực hiện tốt được các hoạt động sinh hoạt này. Chính vì vậy, ở nhóm nghiên cứu đã giảm mức độ đau rất tốt, tăng độ giãn CSTL Schober, tăng tầm vận động CSTL, do đó cũng cải thiện rất tốt các CNSHHN.

4.2.5. Kết quả điều trị chung

Hiệu quả điều trị đau TKHT không chỉ được thể hiện ở các chỉ số đơn thuần như: Mức độ giảm đau, cải thiện sự chèn ép rễ thần kinh, tầm vận động CSTL, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày mà nó là sự tổng hợp của các chỉ số thể hiện trên một kết quả mang tính tổng thể của các chỉ số. Trong nghiên cứu, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị chung Kết quả này dựa trên các chỉ số đánh giá: mức độ đau, mức độ chèn ép rễ, độ giãn CSTL, tầm vận động CSTL, các chức năng SHHN.

Sau 7 ngày điều trị, kết quả điều trị kém ở nhóm nghiên cứu có 43,3% người bệnh và nhóm chứng 96,7%. Sau 14 ngày điều trị, kết quả điều trị kém ở nhóm nghiên cứu có 10% người bệnh và nhóm chứng 56,7%. Sau 21 ngày điều trị, kết quả điều trị tốt ở nhóm nghiên cứu có 56,7% người bệnh và nhóm chứng 26,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả 3 thời điểm ($p < 0,05$).

So sánh với kết quả điều trị của các nghiên cứu khác chúng tôi thấy kết quả nghiên cứu của Trần Thị Minh Quyên [68]: Dùng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng để điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thì tỷ lệ tốt và khá là 67,7%.

Kết quả nghiên cứu của Lê Ngọc Sơn [69]: Đánh giá tác dụng điện trường châm kết hợp bài thuốc “Thân thông trục ứ thang” trong điều trị hội

chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thì tỷ lệ tốt và khá là 87,4%.

4.3. Kết quả tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị điện châm, xoa bóp bấm huyệt và bài tập Williams

Điện châm là phương pháp điều trị y học cổ truyền kích thích điện lên huyệt là phương pháp cho tác động một dòng điện nhất định lên các huyệt để phòng bệnh và chữa bệnh. Dòng điện được tác động lên huyệt qua các kim châm (điện châm) hoặc qua điện cực nhỏ đặt lên da vùng huyệt (tức điều trị điện theo huyệt) [24]. Điện châm được nhiều nghiên cứu đánh giá tính hiệu quả trong điều trị các bệnh lý liên quan dẫn truyền thần kinh như đau thần kinh hông to, thoát vị đĩa đệm, đau vai gáy, đau thần kinh liên sườn [28]. Một số tác dụng không mong muốn của điện châm có thể là vụng châm, chảy máu, viêm nhiễm tại chỗ..., tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào gặp biến chứng do điện châm. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Lê Quang Vinh nghiên cứu hiệu quả của phương pháp cận châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau dây thần kinh hông to [51], và nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thái nghiên cứu hiệu quả điều trị đau của điện nhĩ châm trên người bệnh có hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống [70]. Phương pháp điện châm cần chú ý không đâm kim vào những vị trí huyệt đạo bị viêm nhiễm hoặc lở loét. Trước khi thực hiện châm cứu điện, bệnh nhân cần giữ tâm trạng thoải mái, không căng cứng cơ, không nhịn ăn hoặc ăn quá no. Do đó kỹ thuật và khả năng chuẩn bị tốt bệnh nhân trước khi thực hiện điện châm là biện pháp tốt nhất hạn chế tối đa biến chứng của phương pháp này.

Các bài tập uốn dẻo của Williams đã là nền tảng trong việc kiểm soát chứng đau thắt lưng trong nhiều năm để điều trị nhiều loại vấn đề về lưng đặc biệt đau dây thần kinh tọa mục đích điều trị và phòng bệnh, giúp giảm đau và mang lại sự ổn định cho thân dưới bằng cách tích cực phát triển các cơ "bụng, cơ mông, và cơ gân kheo cũng như ..." kéo căng cơ gập hông và cơ lưng dưới (sacrospinalis) một cách thụ động. Williams cho biết: "Các bài tập được phác thảo sẽ đạt được sự cân bằng thích hợp giữa cơ gập và nhóm cơ duỗi của tư thế cơ bắp ... " [35]. Chưa có nhiều nghiên cứu, đánh giá biến chứng của phương pháp tập Williams, tuy nhiên một số dấu hiệu biến chứng có thể gặp đối với các phương pháp trị liệu sử dụng thể lực có thể xảy ra như mệt mỏi, chóng mặt, đau đầu, hoa mắt, đau mỗi cơ khớp, bầm tím...[71]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 04 bệnh nhân nhóm nghiên cứu gặp triệu chứng đau cơ, chiếm 13,3% nhóm nghiên cứu. Triệu chứng đau cơ thường xuất hiện ở những người thay đổi tăng cường độ vận động trong thời gian ngắn, cơ thể phản ứng đột ngột do sự gia tăng hoạt động khiến xương khớp và các cơ bị giãn nở, gây ra tình trạng đau nhức. Cũng có thể coi triệu chứng đau cơ là phản ứng sinh lý của cơ thể đối với sự thay đổi cường độ vận động trong thời gian ngắn hạn, thông thường triệu chứng đau cơ do vận động giảm và hết hoàn toàn trong 4-7 ngày [72]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đau cơ, so với nghiên cứu của Lê Minh Tiến áp dụng bài tập Mc Gill trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống báo cáo không có bệnh nhân nào có biến chứng trong quá trình điều trị [71]. Khả năng đau cơ có thể do thói quen vận động của người bệnh hằng ngày trước khi điều trị và phương pháp khởi động, cường độ luyện tập bài tập Williams ở nhóm nghiên cứu. Bác sĩ và điều dưỡng chăm sóc cần hướng dẫn đầy đủ các bước khởi động trước điều trị và có các biện pháp giảm triệu chứng đau cơ như chườm lạnh, băng ép giúp cho bệnh nhân phục hồi nhanh chóng.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu hiệu quả điều trị bằng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams trên 60 bệnh nhân (chia thành hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng) đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp thu được kết quả sau:

1. Kết quả điều trị bằng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams:

Nhóm nghiên cứu có kết quả điều trị chung tốt tỷ lệ cao hơn so với nhóm chứng (56,7% so với 26,7%). Trong đó:

Mức độ đau nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm chứng ở ngày D7, D14 và D21, điểm đau VAS trung bình nhóm nghiên cứu giảm từ 5,33 xuống còn 1,47, nhóm chứng giảm từ 5,43 giảm xuống 1,77, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Sau 21 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu cải thiện tầm vận động tốt hơn nhóm chứng ở cả 3 động tác Cúi ($77,3 \pm 8,2$ độ so với $68,7 \pm 6,7$ độ), Ngửa ($30,0 \pm 4,5$ độ so với $24,8 \pm 2,8$ độ) và Xoay ($26,5 \pm 4,0$ độ so với $23,7 \pm 2,2$ độ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhóm nghiên cứu cải thiện nghiệm pháp tay đất tốt hơn so với nhóm chứng ở thời điểm D14 và D21 (từ $22,2 \pm 5,0$ cm xuống còn $8,5 \pm 2,6$ cm) so với nhóm chứng ($26,4 \pm 7,8$ cm xuống còn $11,3 \pm 2,2$ cm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả cải thiện các dấu hiệu cơ cơ, dấu hiệu chuông bấm tương đương ở cả hai nhóm nghiên cứu, dấu hiệu tê bì cải thiện ở nhóm nghiên cứu tốt hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chức năng sinh hoạt hằng ngày qua thang điểm ODI nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng ở ngày D21 (56,7% đạt khá so với 26,7%

nhóm chứng), tuy nhiên không có trường hợp nào cải thiện ở mức độ tốt ở cả hai nhóm nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Tác dụng không mong muốn: Nhóm nghiên cứu báo cáo có 4 trường hợp xuất hiện triệu chứng đau cơ liên quan đến bài tập William trong quá trình điều trị chiếm 13,3%. Không ghi nhận các biến chứng khác.

KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu hiệu quả phương pháp điều trị điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams trên đối tượng người bệnh đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp, chúng tôi đề xuất kiến nghị nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ hơn tác dụng của phương pháp can thiệp. Cần hướng dẫn người bệnh khởi động đầy đủ và đúng phương pháp trước khi điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Tú Anh, Trần Thiện Ân (2015). *Đánh giá tác dụng Hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp điện châm kết hợp huyết Giáp tích*. Tạp chí Y dược Trường Đại học Y dược Huế, số 25, tr 74 - 79.
2. Freburger J.K, Holmes G.M, Agans R.P, et al (2009). *The rising prevalence of chronic low back pain*, Arch IntemMed, pg 169.
3. Nguyễn Nhược Kim (2015). *Vai trò của YHCT và kết hợp YHHĐ trong điều trị một số bệnh xương khớp mạn tính*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 10 - 11.
4. Bộ Y Tế (2016). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 140 – 145.
5. Hồ Hữu Lương (2012). *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 79 - 90.
6. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2014). *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr 204 - 211.
7. Bộ Y Tế - Bệnh viện Bạch Mai (2017). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 650 - 652.
8. Trường Đại học Y Hà Nội, Bộ môn Thần kinh (1998). *Bài giảng thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 108 - 112.
9. Hồ Hữu Lương (2001). *Khám lâm sàng hệ thần kinh*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
10. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2017). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa (dùng cho bác sỹ và học viên sau đại học)*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr 78 – 103.

11. Trường Đại học Y Hà Nội (2018). *Bệnh học nội khoa, tập II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; tr 260 – 275.
12. Lê Quang Cường (2008). *Triệu chứng học thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 36.
13. Nguyễn Quang Quyền (2007). *Bài giảng giải phẫu học, tập II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 22 – 23.
14. Tổng hội Y học, Hội thấp khớp học Việt Nam (2012). *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Bệnh viện Bạch Mai, tr 211 - 213.
15. Mai Trung Dũng (2006). *Điều trị đau, cơ sở sinh học và bệnh học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 90.
16. Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà (2017). *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 117 - 119.
17. Trần Thúy, Vũ Nam (2006). *Chuyên đề nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 389 - 400.
18. Trần Thúy, Vũ Nam, Lê Thị Hiền và cộng sự (2014). *Điều trị học kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 159 - 165.
19. Bộ Y Tế (1998). *Nạn kinh*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 354.
20. Khoa y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2020). *Nội kinh*. Nhà xuất bản Y học, tr 130 – 132, 190.
21. Hoàng Bảo Châu (2006). *Chứng Tý, Nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản y học, tr 528 – 538.
22. Trần Quốc Bảo (2010). *Lý luận cơ bản Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 45 – 89.
23. Trương Việt Bình (2015). *Bài giảng bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 178.

24. Vũ Thái Sơn, Nguyễn Bá Quang, Lê Đình Tùng (2017). *So sánh một số đặc điểm huyết Ủy trung trên bệnh nhân yếu cơ thể thận hư và người bình thường*. Tạp chí Y học thực hành số 11, tr 43.
25. Trường Đại học Y Hà Nội, Khoa Y học cổ truyền (2003). *Bài giảng Y học cổ truyền tập II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
26. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1997). *Châm cứu sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; tr 145 – 384.
27. Trường Đại học Y Hà Nội (2005). *Châm cứu học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 180 – 190.
28. Học viện Y dược học cổ truyền, Bộ môn Châm cứu (2015). *Bài giảng Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; tr 199 – 201.
29. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 318 – 321.
30. Bộ môn Khí công dưỡng sinh – Xoa bóp bấm huyết (2020). *Đại cương xoa bóp bấm huyết*. Giáo trình xoa bóp bấm huyết. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
31. Trường Đại học Y Hà Nội – Khoa Y học cổ truyền (2020). *Xoa bóp bấm huyết*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
32. Bộ môn Nội Y học cổ truyền (2021). *Đau thần kinh tọa*, Bài giảng nội khoa y học cổ truyền. Đại học Y Hà Nội.
33. Trường Đại học Y Hà Nội – Khoa Y học cổ truyền (2019). *Xoa bóp bấm huyết và khí công dưỡng sinh*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
34. Lý Ngọc Điền, Bảo Huy (2000). *Xoa bóp bấm huyết chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

35. Fatemi, Rouholah, Javid, et al (2015). Effects of Williams training on lumbosacral muscles function, lumbar curve and pain. *Lumbar Curve and Pain*, pg 591 – 597.
36. Voinea A, Lacobini A (2014). Williams’ program for low back pain. *Marathon*, pg 210 - 214.
37. Trường Đại học Y Hà Nội, Bộ môn Phục hồi chức năng (2016). *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 293 - 295.
38. Ngô Thị Hồng Nhung (2020). *Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp với bài tập Williams trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoát hóa cột sống*. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
39. Nguyễn Công Ngãi và cộng sự (2016). *Nghiên cứu hiệu quả bài tập duỗi McKenzie kết hợp với vật lý trị liệu trong điều trị thoát vị đĩa đệm tại bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Thừa Thiên Huế*. Đề tài nghiên cứu cấp ngành, sở Y tế Thừa Thiên Huế.
40. Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh (2021). *Kết quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng*, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 501 số 1.
41. Nguyễn Thị Luân (2017). *Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp với bài tập McKenzie trên bệnh nhân đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống*. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
42. Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng (2020). *Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh*. Tạp chí Y học Việt Nam, Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y dược Huế.

43. Cai XS, Meng WW, Chen X, et al (2010). Electroacupuncture and waist-building exercise in treating lumbar disk herniation. *J Acupunct Tuina Sci*, pg 256 - 260.
44. D Broetz, S Burkard, M %J NeuroRehabilitation Weller. A prospective study of mechanical physiotherapy for lumbar disk prolapse: Five year follow-up and final report. 2010;26(2):155-8.
45. Zongshi Qin, Xiaoxu Liu, Jiani Wu et al (2015). Effectiveness of acupuncture for treating sciatica: A Aystematic Review and Meta-analysis, *Evid Based Complementary Alternative Med*, 425108.
46. Bộ Y Tế (2020). Quyết định về việc Ban hành tài liệu chuyên môn “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại*”. Số 5013/QĐ-BYT, ngày 01/12/2023 mục 10.
47. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, Bộ môn Nội Y học cổ truyền (2015). *Bài giảng điều trị học nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 110 – 112.
48. Nguyễn Thị Thúy, Nguyễn Thị Thu Hiền (2021). *Kết quả điều trị đau thần kinh tọa bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc tứ vật đào hồng tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2021*. Tạp chí Y học Việt Nam, số 515, tr 70 - 77.
49. Hồ Duy Phương (2016). *Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh hông to có thoái hóa cột sống thắt lưng của phác đồ tam tý thang gia giảm, kết hợp với điện châm, xoa bóp, bấm huyệt. Bệnh viện Đa khoa huyện Nghi Xuân Hà Tĩnh*. Sở Y tế Hà Tĩnh.
50. Vũ Quang Bích (2006). *Phòng và chữa bệnh đau lưng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 11.

51. Lê Quang Vinh (2020). *Đánh giá hiệu quả của phương pháp cận tam châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau dây thần kinh hông to*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
52. Tổng cục thống kê Bộ kế hoạch và đầu tư (2014). *Báo cáo điều tra lao động việc làm năm 2014*, tr 17 - 19.
53. A. L. Nachemson (1981). Disc pressure measurements. *Spine*. pg93-97.
54. Trương Thị Mai Vân (2018). *Đánh giá tác dụng của xông thuốc kết hợp điện châm và kéo giãn cột sống điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
55. Lương Thị Dung (2008). *Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
56. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011). *Bệnh học cơ xương khớp*. Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội.
57. Bùi Quang Tuyên, Đặng Ngọc Huy, 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 608, 609, tr 69 - 72.
58. Frank M. Painter (2003). D.c. Responsiveness of Visual Analogue Scale and McPill Pain Scale Measures. *Journal Manipulative Physiol Ther*. pg 501-504.
59. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011). *Đau vùng thắt lưng và đau thần kinh tọa*. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. NXB Giáo dục; tr 154 – 160.
60. Lưu Văn Nam (2019). *Đánh giá tác dụng của tác động cột sống kết hợp điện châm và kéo giãn cột sống trong đau thần kinh hông to*. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.

61. Nguyễn Thị Phương (2016). *Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng của hai phương pháp điện trường châm và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống*. Luận văn bác sĩ nội trú. Đại học Y Hà Nội.
62. Bộ Y tế (2013). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 327 - 329.
63. Nguyễn Nhược Kim (2007). *Phương pháp xoa bóp, Y học cổ truyền* (sách đào tạo bác sỹ đa khoa), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
64. Hà Hoàng Kiệm (2019). *Bệnh thoái hóa khớp, chẩn đoán, điều trị và dự phòng*. NXB Thể thao và Du lịch.
65. Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Quốc Vinh (2021). *Tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp siêu âm điều trị*. Tạp chí Y học Việt Nam, số 504.
66. Jamison R.N, Edwards R.R (2012). *Integrating Pain Management in Clinical Practice*. J Clin Psychol Med Settings, pg 49 – 64.
67. Nguyễn Hoài Linh (2019). *Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và tác dụng không mong muốn của Kinh Cân kết hợp kéo giãn cột sống*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
68. Trần Thị Minh Quyên (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. Trường Đại học Y Hà Nội.
69. Lê Ngọc Sơn (2016). *Đánh giá tác dụng điện trường châm kết hợp bài thuốc Thân thống trực ứ thang trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội.

70. Nguyễn Hồng Thái (2022). *Đánh giá hiệu quả điều trị đau của điện nhĩ châm trên người bệnh có hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống*. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
71. Lê Minh Tiên (2020). *Đánh giá tác dụng của điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Mc Gill trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
72. Lê Quang Khanh (2011). *Giải phẫu chức năng hệ vận động và hệ thần kinh*. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

PHỤ LỤC 1

Mã bệnh án:.....

Nhóm:.....

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

A. Phần hành chính

1. Họ và tên bệnh nhân:
2. Tuổi:.....
3. Giới:.....
4. Dân tộc:.....
5. Nghề nghiệp:.....
6. Địa chỉ liên hệ:.....
6. Địa chỉ báo tin:.....
.....Số điện thoại:
7. Ngày vào viện:.....
9. Ngày đánh giá:.....
10. Khoa:.....Buồng:.....Giường:.....

B. Phần chuyên môn

I. Lý do vào viện:.....

II. Y học hiện đại

1. Bệnh sử:

1. Tiền sử:

3. Khám bệnh

3.1. Toàn thân

- Tinh thần :

- Thể trạng :.....

- Mạch :.....Huyết áp

- Nhịp thở:Nhiệt độ

3.2. Bộ phận

3.2.1. Cơ xương khớp- Thần kinh:

.....

BẢNG THEO DÕI CÁC CHỈ SỐ LÂM SÀNG

(Ghi các điểm theo các bảng phân loại mức độ)

Chỉ số theo dõi	D0	D7	D14	D21
VAS				
SCHOBER				
LASÈGUE				
NERI				
GẬP				
NGỬA				
NGHIÊNG				
XOAY				
OWESTRY DISABILITY				
TÊ BÌ				
BẮM CHUÔNG				
CO CỜ				

3.2.2. Khám các bộ phận khác

.....

4. Cận lâm sàng

-Xquang Cột sống thắt lưng:.....

-CT- scanner, MRI CSTL (nếu có):.....

-Cận LS khác (nếu có):.....

5. Chẩn đoán theo YHHD:.....

III. Y học cổ truyền

1. Tứ chẩn

1.1. Vọng chẩn

- Thần: Tỉnh Chậm
- Sắc: Trắng Hồng Đỏ Xanh nhợt
- Thể trạng bệnh nhân: Gầy Béo Bình thường
- Lưỡi:
 - + Chất lưỡi: Đỏ Hồng nhuận Bệu
 - + Rêu lưỡi: Vàng Trắng Không có rêu Dày Mỏng
- Vùng cột sống thắt lưng:
Bình thường Sưng đỏ Nổi vồng

1.2. Vấn chẩn

- Hơi thở: Êm dịu Tho Đoản hơi
- Tiếng nói: To rõ có lực Nhỏ, khó nghe

1.3. Vấn chẩn

- Đau vùng thắt lưng: Có lan Không lan
- Vận động đau tăng: Có Không
- Thay đổi thời tiết, lạnh ẩm đau tăng: Có Không
- Mô hôi: Đạo hãn Tự hãn Không có mồ hôi
- Đại tiện: Táo Nát, lỏng Bình thường
- Tiểu tiện: Vàng Trong Ngắn Dài
- Ngủ: Bình thường Rối loạn giấc ngủ
- Ăn uống: Thích ẩm Thích mát Bình thường

1.4. Thiết chẩn

- Mạch chẩn:.....

Phù Trầm Hoạt Tế Sác
Huyền Khẩn Khác

- Xúc chẩn:

+Bì phu: Khô Âm
 Âm, nóng Lạnh Bình thường

2. Chẩn đoán YHCT

+Bệnh danh:.....

+Thể bệnh:.....

+ Bát cương:.....

+ Kinh lạc:.....

+Tạng phủ:.....

+ Nguyên nhân:.....

IV. Đánh giá kết quả

+ Số ngày điều trị: 21 ngày

+Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng:.....

+ Kết quả điều trị:

Tốt Khá Trung bình Kém

Hà Nội, ngày tháng năm 2023

Người nghiên cứu khoa học

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 2

THANG ĐIỂM VAS (Visual Analog Scale)

Thước đo: Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo của hãng Astra - Zeneca. Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt:

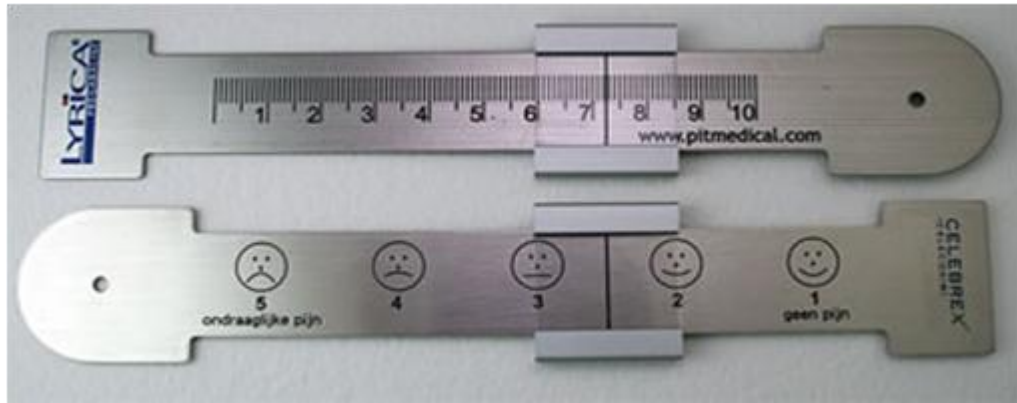
Một mặt: Chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm, trong đó mức độ đau tăng dần từ 0 cho đến 10 điểm, 10 điểm là đau nhất.

Một mặt: Có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức độ đau tăng dần.

Thang điểm VAS (Visual Analog Scale) của hãng Astra- Zeneca. Là một thang điểm nhìn:

+ **Cấu tạo:** Một mặt không số dành cho bệnh nhân biểu hiện tình trạng từ không đau đến đau tồi tệ nhất. Một mặt số dành cho người nghiên cứu đọc gồm các chữ số từ 0 đến 10. Thanh trượt có thể di chuyển để chọn mức độ đau.

+ **Cách đánh giá:** Quay mặt không số của thước VAS về phía bệnh nhân; một đầu tương ứng với mức độ không đau, một đầu tương ứng với mức độ đau tồi tệ nhất bệnh nhân có thể tưởng tượng được. BN sẽ so sánh mức độ đau của mình và kéo thanh trượt từ đầu không đau đến vị trí tương ứng với mức độ đau của mình trên băng trống. Điểm bệnh nhân đánh dấu sẽ tương ứng với điểm đau trên mặt kia của thước do người đánh giá đọc.



Hình thước đo thang điểm VAS

Tính chất đau trên mỗi điểm trên thang VAS:

0. Không đau.
1. Đau rất là nhẹ, hầu như không cảm nhận và nghĩ đến nó, thỉnh thoảng thấy đau nhẹ.
2. Đau nhẹ, thỉnh thoảng đau nhói mạnh
3. Đau làm người bệnh chú ý, mất tập trung trong công việc, có thể thích ứng với nó.
4. Đau vừa phải, bệnh nhân có thể quên đi cơn đau nếu đang làm việc.
5. Đau nhiều hơn, bệnh nhân không thể quên đau sau nhiều phút, bệnh nhân vẫn có thể làm việc.
6. Đau vừa phải nhiều hơn, ảnh hưởng đến các sinh hoạt hằng ngày, khó tập trung.
7. Đau nặng, ảnh hưởng đến các giác quan và hạn chế nhiều đến sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân.
8. Đau dữ dội, hạn chế nhiều hoạt động, cần phải nỗ lực rất nhiều.
9. Đau kinh khủng, kêu khóc, rên rỉ không kiểm soát được
10. Đau không thể nói chuyện được, nằm liệt giường và có thể mê sảng.

+ **Cách tiến hành:** Trước khi đánh giá, bệnh nhân được nghỉ, không bị các kích thích khác từ bên ngoài và được giải thích phương pháp đánh giá cảm giác đau qua 5 hình tượng biểu thị các mức độ đau, từ đó tự chỉ ra mức độ đau của mình.

+ **Bảng phân loại mức độ đau theo VAS**

[Trích từ Fairbank JG, Davise J.B (2000). *The Oswestry low back pain disability questionnaire*, Physiotherapy; 66, pg 271 – 273.]

Thang điểm VAS	Mức độ đau	Điểm
Từ 0 – 1 điểm	Không đau	4
Từ 2 – 3 điểm	Đau ít	3
Từ 4 – 6 điểm	Đau vừa	2
Từ 7 – 10 điểm	Đau nhiều	1

PHỤ LỤC 3

ĐO TÂM VẬN ĐỘNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG THEO ROM

+ **Cách đo:** Sử dụng thước đo 2 cạnh, một cạnh cố định, một cạnh dịch chuyển theo sự di chuyển của thân người, điểm cố định của thước được chia độ từ 0° - 360°

+**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, ngửa, nghiêng, xoay.

-*Cúi:* Bệnh nhân đứng thẳng, điểm cố định đặt ở gai chậu trước trên, cạnh cố định đặt dọc đùi, cạnh di động đặt dọc thân mình, cúi người tối đa, góc đo được là góc gấp của cột sống, bình thường $>70^{\circ}$.

-*Ngửa:* Bệnh nhân đứng thẳng, điểm cố định đặt ở gai chậu trước trên, cạnh cố định đặt dọc đùi, cạnh di động đặt dọc thân mình, ngửa người tối đa, góc đo được là góc của độ ngửa cột sống, bình thường là 35° .

-*Xoay bên chân đau (hoặc bên chân không đau):* Bệnh nhân đứng thẳng, hai vai cân, đặt thước đo song song 2 vai, bệnh nhân chắp 2 tay vào hông và xoay người tối đa về từng bên, cạnh di động xoay theo độ xoay của vai, góc đo được là góc xoay của cột sống thắt lưng, bình thường là 30° .

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

+ Bảng mức độ phân loại tầm vận động cột sống thắt lưng:

[Trích từ Nguyễn Văn Chương (2005). *Thực hành lâm sàng học thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội]

Mức độ	Cúi	Ngửa	Nghiêng bên	Xoay bên	Thang điểm
Tốt	$\geq 70^\circ$	$\geq 25^\circ$	$\geq 30^\circ$	$\geq 25^\circ$	4
Khá	$\geq 60^\circ$	$\geq 20^\circ$	$\geq 25^\circ$	$\geq 20^\circ$	3
Trung bình	$\geq 40^\circ$	$\geq 15^\circ$	$\geq 20^\circ$	$\geq 15^\circ$	2
Kém	$< 40^\circ$	$< 15^\circ$	$< 20^\circ$	$< 15^\circ$	1



Hình thước đo tầm vận động khớp ROM

PHỤ LỤC 4

MỘT SỐ NGHIỆM PHÁP THĂM KHÁM LÂM SÀNG

1.1. Độ giãn CSTL (nghiệm pháp Schober)

+ **Cách đo:** Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60°, đánh dấu ở bờ trên đốt sống S1 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 từ 4 – 6 cm, độ giãn cột sống thắt lưng được coi là giảm khi chỉ số này < 4cm.

+ Bảng mức độ giãn CSTL

[Trích từ Nguyễn Ánh Chi, Lê Thanh Vân (2019), “*Thử cơ và đo tâm vận động*”, Nhà xuất bản Y học]

Điểm độ giãn CSTL Schober	Quy ước	Điểm đánh giá
≤1 cm	Kém	1
1 - <2cm	Trung bình	2
2- <3 cm	Đau vừa	3
3- <4cm	Khá	4

1.2. Nghiệm pháp Lasegue

+ **Cách đo:** bệnh nhân nằm ngửa, duỗi thẳng chân, thầy thuốc nâng dần cổ chân và giữ gối cho chân thẳng, người bệnh thấy đau ở mông và mặt sau đùi thì thôi. Lasègue (+) khi góc đó < 80

+ Bảng phân loại mức độ nghiệm pháp Lasegue

[Trích từ Nguyễn Văn Chương (2005). *Thực hành lâm sàng học thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội]

Điểm Lasegue	Quy ước	Điểm đánh giá
<45 độ	Kém	1
45-60 độ	Trung bình	2
61-75 độ	Khá	3
76-90 độ	Tốt	4

1.3. Nghiệm pháp tay đất (Nghiệm pháp Neri)

+ **Cách đo:** Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát vào nhau, hai bàn chân mở một góc 60^0 , thầy thuốc yêu cầu bệnh nhân gập người tối đa, tay thẳng, gối không gập. Thầy thuốc dùng thước dây đo khoảng cách từ tay tới đất.

+ Bảng phân loại mức độ nghiệm pháp tay đất

NP Tay đất	Điểm đánh giá
>20cm	1
15-20cm	2
11- <15cm	3
≤ 11 cm	4

1.4. Các triệu chứng lâm sàng được đánh giá bằng biến định tính

+ **Co cơ cạnh sống:** Bệnh nhân đứng thẳng, thầy thuốc quan sát từ phía sau xem khối cơ cạnh cột sống 2 bên có cân đối không, sau đó nắn xem trương lực hai khối cơ có đều nhau không, cơ bên nào bị co cứng sẽ nổi vồng lên, khi sờ nắn ấn tay sẽ thấy khối cơ căng chắc.

+ **Nghiệm pháp bấm chuông:** Thầy thuốc dùng ngón cái ấn giữa các mỏm gai $L_4 - L_5$ hoặc $L_5 - S_1$ gây đau lan rễ thần kinh.

+ **Tê bì:** Dấu hiệu dương tính khi bệnh nhân tê bì tại nơi đau hoặc vùng da chi phối của dây thần kinh hông to

+ **Bảng phân loại mức độ của các triệu chứng lâm sàng định tính**

Dấu hiệu		Điểm đánh giá
Tê bì	Có	1
	Không	2
Bấm chuông	Có	1
	Không	2
Co cơ	Có	1
	Không	2

PHỤ LỤC 5

CHỈ SỐ KHUYẾT TẬT OSWESTRY THEO THANG ĐIỂM OSWESTRY DISABILITY INDEX

Bản câu hỏi này đã được thiết kế để cung cấp thông tin trị liệu của bệnh nhân về việc đau dây thần kinh hông to của bệnh nhân đã bị ảnh hưởng như thế nào đến cuộc sống sinh hoạt của bệnh nhân. Gồm 10 chỉ số, mỗi tình trạng sẽ có những mức điểm khác nhau:

Các chỉ số đánh giá (Mức độ 0-1-2-3-4-5 điểm)	Mức điểm			
	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
I, Cường độ đau 1. Không đau và sinh hoạt như bình thường 2. Có thể chịu đựng cơn đau mà không cần dùng thuốc 3. Đau nhẹ 4. Đau vừa phải 5. Rất đau 6. Đau không chịu nổi				
II, Ngồi 1. Đau không gây cản trở, có thể ngồi bất cứ chỗ nào mình muốn 2. Đau làm cho chỉ có thể ngồi ở một tư thế 3. Đau chỉ có thể ngồi khoảng 1 giờ 4. Đau chỉ có thể ngồi khoảng ½ giờ 5. Đau chỉ có thể ngồi khoảng 10 phút 6. Đau khiến không thể ngồi được				

<p>III, Đứng</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Có thể đứng miễn là muốn mà không đau đớn 2. Có thể đứng lâu như muốn, nhưng nó làm tăng nỗi đau 3. Đau có thể đứng khoảng 1 giờ 4. Đau có thể đứng khoảng ½ giờ 5. Đau có thể đứng khoảng 10 phút 6. Đau khiến không thể đứng được 				
---	--	--	--	--

<p>IV, Đi bộ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Đau không ngăn cản đi bộ ở bất cứ khoảng cách, có thể đi bộ tùy ý 2. Đau có thể đi bộ được khoảng 2 km 3. Đau có thể đi bộ được khoảng 1 km 4. Đau có thể đi bộ được khoảng 500m 5. Phải sử dụng gậy hoặc ba toong khi đi bộ 6. Đau khiến không thể đi bộ được 				
--	--	--	--	--

<p>V, Nâng</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Có thể nâng vật nặng mà không làm đau thêm 2. Có thể nâng vật nặng nhưng làm đau tăng lên 3. Đau khiến không thể nâng vật nặng trên sàn, nhưng nâng được nếu ở vị trí thuận lợi(trên bàn) 4. Đau ngăn cản nâng vật trọng lượng nặng nhưng có thể nâng vật có trọng lượng trung bình đến nhẹ nếu chúng được đặt ở vị trí thuận tiện 5. Chỉ có thể nâng trọng lượng rất nhẹ 6. Không thể nhắc hay mang bất cứ thứ gì 				
---	--	--	--	--

<p>VI, Ngủ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Có giấc ngủ tốt không đau 2. Chỉ có thể ngủ ngon bằng cách dùng thuốc giảm đau 				
--	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> 3. Ngủ ít hơn 6 giờ, ngay cả khi uống thuốc 4. Ngủ ít hơn 4 giờ, ngay cả khi uống thuốc 5. Ngủ ít hơn 2 giờ, ngay cả khi uống thuốc 6. Đau đớn khiến không thể ngủ được 				
<p>VII, Chăm sóc cá nhân</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Có thể tự làm vệ sinh cá nhân bình thường mà không gây đau đớn 2. Có thể tự chăm sóc bản thân, nhưng gây đau lưng hơn 3. Đau khi tự chăm sóc bản thân, phải làm chậm chạp và cẩn thận 4. Cần sự giúp đỡ trong chăm sóc cá nhân do đau, nhưng vẫn có thể chủ động được 5. Cần sự giúp đỡ mỗi ngày trong hầu hết các sinh hoạt cá nhân do đau 6. Không mặc được quần áo, tắm khó khăn và phải nằm trên giường 				
<p>VIII, Công việc, việc nhà</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Các công việc, việc nhà diễn ra bình thường không gây đau đớn 2. Các công việc, việc nhà làm đau tăng, nhưng vẫn có thể thực hiện tất cả những gì được yêu cầu 3. Có thể thực hiện hầu hết công việc, việc nhà của mình, nhưng cơn đau ngăn cản các hoạt động thể chất căng thẳng hơn (nâng...) 4. Đau ngăn cản làm bất cứ điều gì ngoài nhiệm vụ nhẹ nhàng 5. Đau khiến không làm được cả những nhiệm vụ nhẹ nhàng 6. Đau ngăn cản thực hiện bất kỳ công việc hay việc nội trợ nào 				

<p>IX, Đời sống tình dục</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoàn toàn bình thường mà không gây đau thêm 2. Bình thường nhưng gây đau thêm 3. Không thể bình thường vì đau 4. Rất hạn chế vì đau 5. Gần như không có vì đau 6. Không có vì đau 				
<p>X, Đời sống xã hội</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tham gia hoạt động xã hội bình thường mà không gây đau thêm 2. Có thể tham gia hoạt động xã hội nhưng gây đau thêm 3. Có thể tham gia hoạt động xã hội nhưng hạn chế ở một số lĩnh vực 4. Tham gia hoạt động ở các lĩnh vực trên cũng rất hạn chế vì đau 5. Không thể tham gia hoạt động ở hầu hết các lĩnh vực vì đau 6. Không thể tham gia các hoạt động xã hội vì đau 				

+ **Cách thực hiện:** Đánh giá kết quả sự cải thiện mức độ linh hoạt của CSTL và chức năng sinh hoạt theo thang điểm **OWESTRY DISABILITY** . Gồm 10 câu hỏi về tình trạng hạn chế trong sinh hoạt và hoạt động hằng ngày. Mức điểm đánh giá tối đa cho từng câu hỏi là 5 điểm và tối thiểu là 0 điểm. Điểm đánh giá được tính theo tỷ lệ phần trăm dựa trên tổng điểm của bệnh nhân đạt được sau khi trả lời 10 câu hỏi/ tổng số điểm tối đa của các câu hỏi bệnh nhân trả lời được

$$\text{Tỷ lệ phần trăm đạt} = \frac{\text{Tổng điểm bệnh nhân trả lời được}}{\text{Tổng số điểm tối đa của các câu hỏi bệnh nhân trả lời được}}$$

x 100%

+ Bảng phân loại chức năng sinh hoạt hằng ngày theo ODI

[Trích từ Fairbank JC, Davis JB (1996). The Oswestry low back pain disability question, *Physiotherapy*, 66, 271 – 273]

Điểm ODI	Quy ước	Điểm đánh giá
41-50 điểm	Kém	1
31-40 điểm	Trung bình	2
21-30 điểm		3
11-20 điểm	Khá	4
<11 điểm	Tốt	5

PHỤ LỤC 6

VỊ TRÍ HUYỆT

Tên huyệt	Đường kinh	Vị trí
Can du	Túc Thái dương Bàng quang	Từ giữa khe D9-D10 đo ngang ra 1,5 thốn.
Thận du	Túc Thái dương Bàng quang	Từ giữa khe L2-L3 đo ngang ra 1,5 thốn.
Đại trường du	Túc Thái dương Bàng quang	Từ giữa khe L4-L5 đo ngang ra 1,5 thốn.
Giáp tích L2-S1	Ngoài kinh	Cách mỏm gai đốt sống L2-S1 ngang ra 0,5 thốn.
Địa ngũ hội	Túc Thiếu dương Đờm	Ở trong khoảng gian đốt xương bàn chân thứ 4 và 5, chỗ lõm trước gân cơ duỗi ngón út và cơ duỗi chung các ngón chân.
Thượng liêu	Túc Thái dương Bàng quang	Cách cột sống 1 thốn, tương ứng với lỗ xương cùng 1
Trật biên	Túc Thái dương Bàng quang	Dưới đốt xương sống cùng 4 ngang ra 3 thốn
Thừa phù	Túc Thái dương Bàng quang	Điểm chính giữa nếp lằn mông
Ân môn	Túc Thái dương Bàng quang	Điểm giữa đường nối từ huyệt Thừa phù tới huyệt Ủy trung
Ủy trung	Túc Thái dương Bàng quang	Chính giữa lằn chỉ ngang nếp gấp khoeo chân (chính giữa trám khoeo)

Thừa sơn	Túc Thái dương Bàng quang	Ở giữa bắp chân, nơi hợp lại của hai cơ sinh đôi
Côn Lôn	Túc Thái dương Bàng quang	Sau mắt cá ngoài 0,5 thốn
Hoàn khiêu	Túc Thiếu dương Đờm	Điểm 1/3 giữa và 1/3 ngoài đường nối từ mấu chủyên lớn xương đùi với mỏm gai xương cùng 4
Dương lăng tuyền	Túc Thiếu dương Đờm	Chỗ lõm giữa đầu trên xương chày và xương mác
Huyền chung	Túc Thiếu dương Đờm	Từ lồi mắt cá ngoài đo lên 3 thốn ngang bờ trước xương mác
Phong thị	Túc Thiếu dương Đờm	Đứng thẳng hoặc nằm duỗi thẳng chân, tay xuôi theo thân mình, áp ngón tay giữa vào mặt bên đùi, huyết ở chỗ nào cao nhất của ngón tay giữa chạm vào đùi, trên nếp lằn khoeo 7 thốn.
Tam âm giao	Túc thái âm Tỳ	Từ chỗ lồi cao nhất mắt cá chân trong đo lên 3 thốn, cách bờ sau xương chày 1 khoát ngón tay.
Thái Khê	Túc thiếu âm Thận	Tại trung điểm giữa đường nối bờ sau mắt cá trong và mép trong gân gót, khe giữa gân gót chân ở phía sau.

PHỤ LỤC 7

BÀI TẬP WILLIAMS

1. Bệnh nhân nằm ngửa, hai gối gấp bàn chân đặt dưới sàn, từ từ ngồi dậy, với tay tới ngón chân. Động tác này làm mạnh cơ bụng và kéo giãn cơ duỗi thắt lưng.

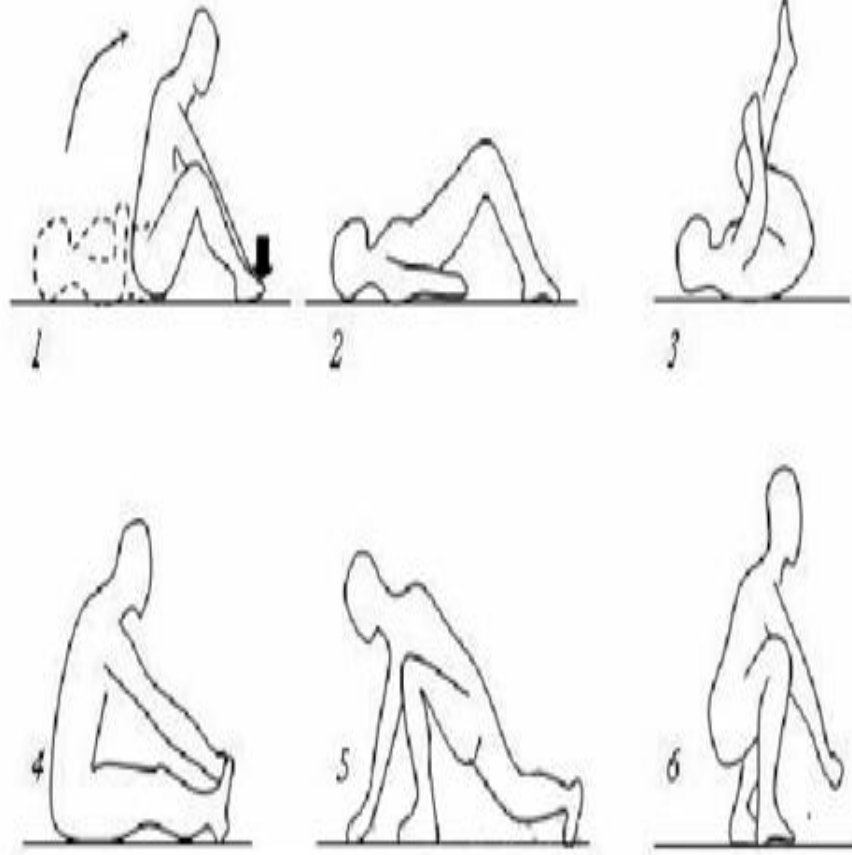
2. Bệnh nhân nằm ngửa, gối gấp, hai tay để trên bụng, nâng mông lên cao, lưng tỳ xuống sàn, giữ tư thế này ở 30 giây. Động tác này nhằm làm mạnh cơ bụng và cơ mông, đồng thời kéo giãn cơ gập hông.

3. Bệnh nhân nằm ngửa hai tay kéo ép hai gối lên sát nách giữ 30 giây, rồi nghỉ. Động tác này nhằm làm giãn nhóm cơ duỗi lưng dưới.

4. Bệnh nhân ngồi dậy và duỗi hai gối, vươn người ra phía trước, hai tay với về ngón chân. Động tác này kéo giãn cơ duỗi lưng dưới.

5. Bệnh nhân ngồi xổm trên chân trước, chân kia duỗi về phía sau, gối giữ thẳng, tay cùng bên chân trước chôn xuống dưới sàn hướng về phía trước. Động tác này kéo giãn cơ gập hông.

6. Bệnh nhân đặt hai chân lên mặt sàn cách nhau 30cm, bàn chân sát sàn nhà, ngồi xổm, cúi đầu về phía trước, tay để hướng về phía trước và ở giữa hai gối. Động tác này kéo giãn cơ duỗi lưng dưới.



PHỤ LỤC 8

BẢN CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams.

Tôi (Họ và tên):..... Tuổi:..... Giới:.....

Địa chỉ:.....

Điện thoại liên lạc:.....

Số CMND/Số CCCD:..... Ngày cấp:..... Nơi cấp:.....

Xác nhận rằng: Tôi đã đọc các thông tin về nghiên cứu hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.

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

Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu là 21 ngày liên tục điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh

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

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

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

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

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

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

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

Tôi đồng ý tham gia nghiên cứu này Có Không

Hà Nội, ngày.... tháng năm 2023

Người làm cam kết

(Kí và ghi rõ họ tên)