

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

NGUYỄN VĂN TUÂN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN CHÂM
KẾT HỢP BÀI TẬP MC.KENZIE TRONG ĐIỀU TRỊ
ĐAU THẮT LƯNG ĐƠN THUẦN**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

NGUYỄN VĂN TUÂN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN CHÂM
KẾT HỢP BÀI TẬP MC.KENZIE TRONG ĐIỀU TRỊ
ĐAU THẮT LƯNG ĐƠN THUẦN**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 60.72.02.01

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học

TS.BS TRẦN PHƯƠNG ĐÔNG

HÀ NỘI - 2019

LỜI CẢM ƠN

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

Tôi xin chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban giám đốc, Phòng đào tạo Sau Đại học và các thầy cô giáo trong Học Viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam đã giảng dạy, chỉ bảo tận tình, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

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

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới Tiến sĩ, Bác sĩ Trần Phương Đông, Phó Giám đốc - Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã tận tình chỉ bảo, cung cấp cho tôi những kiến thức về mặt lý thuyết cũng như triển khai đề tài trên lâm sàng để hoàn tất luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn và ghi nhớ sự giúp đỡ của Giám đốc, Ban giám đốc cùng tập thể các y bác sĩ, các bạn đồng nghiệp của Bệnh Viện Châm cứu Trung ương đã tạo mọi điều kiện thuận lợi trong quá trình triển khai đề tài trên lâm sàng.

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2019
Tác giả

Nguyễn Văn Tuấn

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Văn Tuấn, học viên Cao học khóa 8, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Tiến sĩ Trần Phương Đông.

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

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2019

Người viết cam đoan

Nguyễn Văn Tuấn

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

CSTL	Cột sống thắt lưng
CT.scanner	Computed Tomography Scanner (Chụp cắt lớp vi tính)
D0	Đánh giá trước điều trị
D7	Đánh giá sau 7 ngày điều trị
D21	Đánh giá sau 21 ngày điều trị
ĐT	Điều trị
Nhóm C	Nhóm chứng
Nhóm NC	Nhóm nghiên cứu
NP	Nghiệm pháp
MR	Magnetic Resonance Imaging (Chụp cộng hưởng từ)
TĐT	Trước điều trị
SĐT	Sau điều trị
YHCT	Y học cổ truyền
YHHD	Y học hiện đại

MỤC LỤC

Lời cảm ơn	
Lời cam đoan	
Danh mục chữ viết tắt	
Mục lục	
Danh mục bảng	
Danh mục hình	
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Giải phẫu –sinh lý cột sống thắt lưng	3
1.1.1. Đặc điểm chung.....	3
1.1.2. Cấu trúc cột sống thắt lưng	3
1.1.3. Cấu tạo đĩa đệm – khớp liên cuống.....	4
1.1.4. Cơ – dây chằng.....	5
1.1.5. Lỗ liên đốt – sự phân bố thần kinh cột sống	6
1.2. Đau thắt lưng theo y học hiện đại	7
1.2.1. Khái niệm về đau thắt lưng.....	7
1.2.2. Nguyên nhân	7
1.2.3. Cơ chế đau thắt lưng	8
1.2.4. Lâm sàng đau thắt lưng	8
1.2.5. Điều trị đau thắt lưng	10
1.3. Đau thắt lưng theo YHCT.....	12
1.3.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	12
1.3.2. Các thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền.....	13
1.3.3. Điều trị theo y học cổ truyền.....	15
1.4. Tổng quan về điện châm	17
1.4.1. Định nghĩa.....	17
1.4.2. Chỉ định và chống chỉ định	17

1.4.3. Cách tiến hành điện châm	18
1.4.4. Liệu trình điện châm	18
1.5. Bài tập Mc.Kenzie.....	18
1.5.1. Vài nét về tác giả McKenzie và bài tập	18
1.5.2. Chỉ định và chống chỉ định của bài tập Mc.Kenzie	19
1.6. Một số kết quả nghiên cứu về điều trị đau thắt lưng.	20
1.6.1. Nghiên cứu các tác giả nước ngoài	20
1.6.2. Nghiên cứu của các tác giả trong nước	21
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	22
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu	22
2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	22
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHD	22
2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT.....	22
2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi diện nghiên cứu.....	22
2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	23
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu.....	23
2.4.2. Phương tiện nghiên cứu	23
2.4.3. Quy trình nghiên cứu	24
2.4.4. Sơ đồ nghiên cứu.....	25
2.5. Các bước tiến hành.....	26
2.5.1. Thăm khám lâm sàng	26
2.5.2. Thăm khám cận lâm sàng.....	26
2.5.3. Tiến hành điều trị	26
2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	32
2.6.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	32
2.6.2. Thời gian theo dõi, đánh giá	32
2.6.3. Cách xác định các chỉ tiêu nghiên cứu.....	33

2.7. Xử lý số liệu	35
2.8. Đạo đức nghiên cứu:	36
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	37
3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....	37
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo giới.....	37
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	38
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	38
3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo các bệnh mắc kèm theo	39
3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	40
3.2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu:	40
3.2.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo mức độ đau của thang điểm VAS....	40
3.2.2. Đặc điểm độ giãn CSTL trước điều trị.....	41
3.2.3. Đặc điểm tầm vận động cột sống thắt lưng trước điều trị.....	42
3.2.4. Đặc điểm tổn thương cột sống thắt lưng trên phim X - quang	42
3.3. Kết quả nghiên cứu của điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie	43
3.3.1. Sự thay đổi mức độ đau trước và sau điều trị ở hai nhóm	43
3.3.2. Đánh giá kết quả về độ giãn cột sống thắt lưng của hai nhóm	44
3.3.3. Đánh giá kết quả về tầm vận động CSTL của hai nhóm	46
3.3.4. Mức cải thiện chức năng sinh hoạt	48
3.3.5. Kết quả điều trị chung của hai nhóm	49
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	51
4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu	51
4.1.1. Giới tính	51
4.1.2. Tuổi	52
4.1.3. Nghề nghiệp	53
4.1.4. Thời gian mắc bệnh.....	54
4.1.5. Bệnh mắc kèm theo.....	54

4.2. Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị.....	54
4.2.1. Mức độ đau thắt lưng theo thang điểm VAS trước điều trị	54
4.2.2. Độ giãn và tầm vận động cột sống thắt lưng	55
4.3. Hiệu quả điều trị.....	56
4.3.1. Sự thay đổi thang điểm VAS sau điều trị	56
4.3.2. Sự cải thiện độ giãn và tầm hoạt động CSTL sau điều trị	57
4.3.3. Mức cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày.....	59
4.3.4. Hiệu quả điều trị chung	60
KẾT LUẬN.....	62
KIẾN NGHỊ	63
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo mức độ đau của thang điểm VAS	40
Bảng 3.2. Đặc điểm độ giãn CSTL trước điều trị.....	41
Bảng 3.3. Đặc điểm tầm vận động CSTL trước điều trị	42
Bảng 3.4. Hình ảnh trên phim X - quang cột sống thắt lưng	42
Bảng 3.5. So sánh sự thay đổi điểm VAS ở 2 nhóm trước và sau 7 ngày điều trị ...	43
Bảng 3.6. So sánh sự thay đổi điểm VAS ở 2 nhóm trước	43
và sau 21 ngày điều trị.....	43
Bảng 3.7. Sự cải thiện độ giãn CSTL sau 7 ngày điều trị	44
Bảng 3.8. Sự cải thiện độ giãn CSTL sau 21 ngày điều trị	45
Bảng 3.9 Sự cải thiện tầm vận động CSTL sau 7 ngày điều trị	46
Bảng 3.10. Sự cải thiện tầm vận động CSTL sau 21 ngày điều trị	47
Bảng 3.11 Mức cải thiện chức năng sinh hoạt sau 7 ngày điều trị	48
Bảng 3.12. Mức cải thiện chức năng sinh hoạt sau 21 ngày điều trị	48
Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới	37
Biểu đồ 3.2. Phân bố độ tuổi của đối tượng nghiên cứu	38
Biểu đồ 3.3. Phân bố nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu.....	38
Biểu đồ 3.4. Phân loại bệnh nhân theo các bệnh mắc kèm	39
Biểu đồ 3.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	40
Biểu đồ 3.6 Kết quả điều trị chung sau 7 ngày điều trị	49
Biểu đồ 3.7 Kết quả điều trị chung sau 21 ngày điều trị	49

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Các đốt sống thắt lưng.....	4
Hình 2.1. Thước đo độ đau VAS	23
Hình 2.2. Thước đo tầm vận động cột sống thắt lưng.....	23
Hình 2.3. Máy điện châm M8 do Viện châm cứu Việt Nam sản xuất.....	24
Hình 2.4. Kim châm cứu Đông Á	24
Hình 2.5. Nằm sấp thư giãn	30
Hình 2.6. Nằm sấp và duỗi thân ở tư thế chống trên hai khuỷu tay.....	30
Hình 2.7. Duỗi thân ở tư thế nằm sấp chống trên hai bàn tay	31
Hình 2.8. Duỗi lưng ở tư thế đứng	32
Sơ đồ 2.1 Mô hình nghiên cứu	25

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là hiện tượng đau cấp hoặc mạn tính khu trú tại vùng giữa khoảng xương sườn 12 và nếp lằn liên mông, một hoặc hai bên [31], [25].

Các nguyên nhân gây đau thắt lưng: bệnh lý đĩa đệm cột sống, các bệnh do thấp, nhiễm khuẩn, u lành và ác tính, nội tiết, nguyên nhân nội tạng, và nhiều nguyên nhân khác... Trong đó, đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học chiếm 90 - 95% các trường hợp đau thắt lưng [25].

Tại Mỹ, đây là nguyên nhân hàng đầu gây hạn chế vận động của phụ nữ dưới 45 tuổi, là nguyên nhân đứng thứ hai khiến bệnh nhân đi khám bệnh và là nguyên nhân nằm viện đứng thứ 5 và đau vùng thắt lưng đứng thứ 3 trong số các bệnh phải phẫu thuật [47]. Ở Việt Nam đau thắt lưng chiếm 2% trong nhân dân, chiếm 17% những người trên 60 tuổi [23].

Y học hiện đại có nhiều phương pháp điều trị đau thắt lưng bao gồm: thuốc chống viêm giảm đau, thuốc giãn cơ kết hợp với chiếu tia hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm, kéo giãn cột sống thắt lưng để điều trị [31]. Các bài tập tăng cường sức lưng điều trị đau cột sống thắt lưng có thể giúp tăng cường cột sống và hỗ trợ cơ bắp, dây chằng, gân. Hầu hết các bài tập lưng tập trung không chỉ cho lưng, mà còn cho cơ bụng và cơ mông và cơ hông. Các cơ bắp mạnh mẽ thực tế làm giảm đau vì chúng hỗ trợ mạnh mẽ cho cột sống, giữ cột sống trong điều kiện tốt và tạo điều kiện cho các vận động cột sống hoàn hảo.

Trong số các bài tập tăng cường sức lưng điều trị đau cột sống thắt lưng nổi tiếng nhất là bài tập Mc.Kenzie. Bài tập này bắt đầu bằng việc tập luyện với một nhà vật lý trị liệu, để đảm bảo rằng bài tập có hiệu quả với mỗi bệnh nhân.

Theo y học cổ truyền, đau thắt lưng thuộc phạm vi “Chứng tý” với bệnh danh là “Yêu thống” được điều trị bằng nhiều phương pháp: châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, tác động cột sống, thuốc đông dược hoặc kết hợp y học

cổ truyền và y học hiện đại như: điện châm, thủy châm, cấy chỉ catgut vào huyết [6].

Trong giai đoạn phát triển về khoa học kỹ thuật hiện nay, trong lĩnh vực y học việc kết hợp giữa hiện đại và cổ truyền là xu thế tất yếu của thời đại. Điện châm là phương pháp dựa trên cơ sở học thuyết kinh lạc, có hiệu quả điều trị cao về tác dụng giảm đau và cải thiện tâm vận động trong các bệnh cơ xương khớp trong đó có đau thắt lưng. Đã có nhiều đề tài sử dụng phương pháp điện châm để điều trị đau thắt lưng nhưng chưa có đề tài nghiên cứu tác dụng của điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie trong điều trị ĐTL mang tính hệ thống. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie trong điều trị đau thắt lưng đơn thuần”***

Nhằm hai mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie trong điều trị đau thắt lưng.
2. Đánh giá tác dụng cải thiện tâm vận động cột sống thắt lưng sau điều trị và chỉ số sinh hoạt.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu –sinh lý cột sống thắt lưng

1.1.1. Đặc điểm chung [5]

- Là vùng gánh chịu sức nặng của cơ thể nên cấu tạo các cơ, dây chằng khỏe, đốt sống, đĩa đệm có kích thước lớn hơn các vùng khác, nhất là L4, L5.

- Là đoạn cột sống có tầm hoạt động rất lớn đối với động tác gấp, duỗi, nghiêng, xoay có biên độ rộng. Đó là lý do đĩa đệm ở đây có cấu tạo các vòng sợi, mâm sụn, nhân nhầy có tính chất chịu lực đàn hồi và di chuyển khiến cho đốt sống có khả năng thực hiện được các hoạt động của cơ thể.

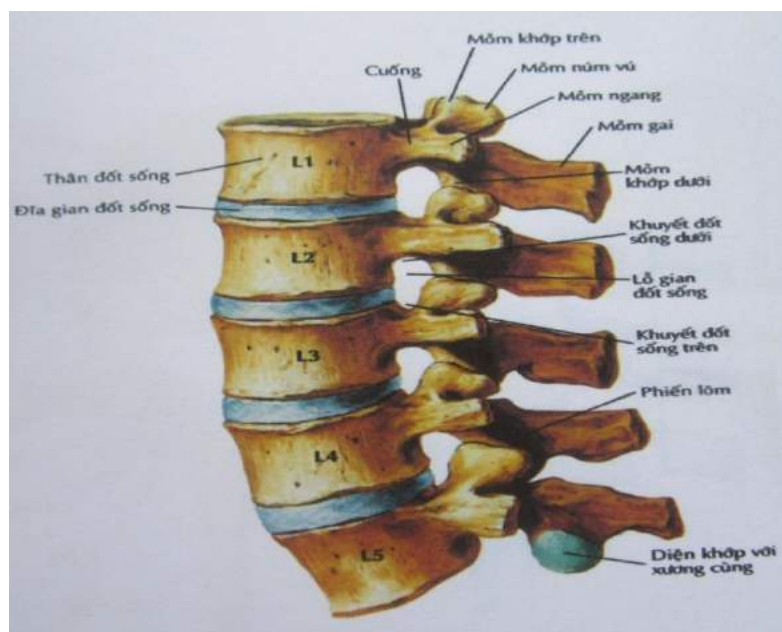
- Các đốt sống thắt lưng có liên quan trực tiếp với tủy sống đuôi ngựa, các rễ thần kinh. Ở phần sâu của vùng thắt lưng là các chuỗi hạch thần kinh giao cảm, động và tĩnh mạch chủ bụng. Các tạng ở trong bụng và tiểu khung cũng có những quan hệ về thần kinh với vùng thắt lưng.

- Do đặc điểm giải phẫu chức năng của cột sống thắt lưng và mối liên quan của nó với nhiều bộ phận khác nên có rất nhiều nguyên nhân gây ra đau thắt lưng.

1.1.2. Cấu trúc cột sống thắt lưng [5]

Cột sống thắt lưng (CSTL) có cấu trúc chung của cột sống nhưng lại có những đặc điểm riêng:

- Thân đốt sống: chiều ngang rộng hơn chiều trước – sau. Ba đốt sống thắt lưng cuối có chiều cao ở phía trước thấp hơn phía sau nên khi nhìn từ phía bên giống như một cái nêm.



Hình 1.1. Các đốt sống thắt lưng

- Chân cung to, khuyết trên của chân cung: nông, khuyết dưới sâu.
- Mỏm ngang dài và mảnh.
- Mỏm gai rộng, thô, dày ở đỉnh.
- Mặt khớp của mỏm khớp nhìn vào trong và về sau, mặt khớp dưới có tư thế trái ngược với mỏm khớp trên.

Những đặc điểm cấu trúc này giúp cho cột sống thắt lưng chịu được áp lực trọng tải lớn, thường xuyên theo dọc trục cơ thể, những các quá trình bệnh lý liên quan đến yếu tố cơ học thường xảy ra ở đây do chức năng vận động bản lề, nhất là ở các đốt cuối (L4, L5).

1.1.3. Cấu tạo đĩa đệm – khớp liên cốt sống [5]

- Đĩa đệm: Nằm trong khoang gian đốt, là một cấu trúc không xương kết nối hai thân đốt sống trong trụ cột trước. Cấu trúc đĩa đệm đặc trưng gồm hai phần: Nhân nhầy chứa chất căn bản keo và phần ngoại vi là những bó sợi xếp thành các vòng đồng tâm.

- Khớp liên cốt sống: Là những khớp thực thụ, gồm diện khớp là sụn, bao hoạt dịch, hoạt dịch và bao khớp. Khi đĩa đệm bị thoái hóa hoặc thoát vị,

chiều cao khoang gian đốt giảm dẫn đến sai lệch vị trí khớp, thúc đẩy quá trình thoái hóa và gây đau cột sống.

1.1.4. Cơ – dây chằng [5]

- Cơ vận động cột sống: Gồm hai nhóm cơ chính, nhóm cơ cạnh cột sống và nhóm cơ thành bụng.

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

+ Nhóm cơ thành bụng:

- Cơ thẳng: Là cơ gập thân người rất mạnh.

- Nhóm cơ chéo: Chức năng xoay thân người, khi xoay sang bên trái cần cơ chéo ngoài phải và cơ chéo trong trái hoạt động và ngược lại.

- Dây chằng cột sống: Tăng cường cho sự liên kết giữa các thân đốt sống giúp cho cột sống vững vàng đồng thời hạn chế những vận động quá mức của cột sống. Bao gồm dây chằng dọc trước, dây chằng dọc sau, dây chằng bao khớp, dây chằng vàng, dây chằng trên gai và dây chằng liên gai.

+ Dây chằng dọc trước (anterior longitudinal ligament) là một dải rộng phủ mặt trước thân đốt sống và phần bụng của vòng sợi đĩa đệm từ đốt sống cổ thứ nhất đến xương cùng. Những sợi trong cùng hòa lẫn với vòng sợi trái từ thân đốt này qua đĩa đệm đến thân đốt sống kế cận. Các sợi này cố định đĩa đệm vào bờ trước thân đốt sống, còn các sợi mỏng trải trên các thân đốt và cố định các thân đốt với nhau.

+ Dây chằng dọc sau (posterior longitudinal ligament) nằm ở mặt sau của thân đốt sống từ đốt sống cổ thứ hai đến xương cùng. Dây này dính chặt vào sợi và dính chặt vào bờ thân xương, ở phía trên dây chằng dọc sau rộng hơn ở phía dưới. Khi tới thân đốt sống thắt lưng dây chằng này chỉ còn là một dải nhỏ, không phủ kín hoàn toàn giới hạn sau của đĩa đệm. Như vậy phần sau bên của đĩa đệm được tự do nên TVĐĐ thường xảy ra nhiều nhất ở đó và tỷ

lệ TVĐĐ sau – bên nhiều hơn là TVĐĐ giữa – sau. Phần bên của dây chằng dọc sau bám vào màng xương của các cuống cung thân đốt, khi các sợi này bị căng ra do đĩa đệm bị lồi có thể xuất hiện triệu chứng đau, nhưng chính là đau từ màng xương.

+ Dây chằng bao khớp (capsular ligament) bao quanh giữa khớp trên và khớp dưới của hai đốt sống kế cận. Trường hợp vận động quá tầm, những dây này sẽ giãn ra để cho diện khớp trượt lên nhau và giữ cho khớp được vững.

+ Dây chằng vàng (ligamentum flavum) phủ phần sau của ống sống, bám từ cung đốt này đến cung đốt khác và tạo nên một bức vách thẳng ở phía sau ống để che chõ cho tủy sống và các rễ thần kinh. Dây chằng vàng có tính đàn hồi, khi cột sống cử động, nó góp phần kéo cột sống trở về nguyên vị trí. Sự phì đại của dây chằng vàng cũng là một nguyên nhân gây đau rễ thắt lưng cùng nên dễ nhầm với TVĐĐ.

+ Dây chằng trên gai và dây chằng liên gai: Dây chằng trên gai (supraspinous ligament) và dây chằng liên gai (interspinous ligament) nối các mỏm gai với nhau. Dây chằng trên gai là dây mỏng chạy qua đỉnh các gai sống góp phần gia cố phần sau của đoạn vận động cột sống khi đứng thẳng nghiêm và khi gấp cột sống tối đa.

1.1.5. Lỗ liên đốt – sự phân bố thần kinh cột sống [5]

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

- Phân bố thần kinh cột sống: Từ phía trong, rễ thần kinh chọc thủng màng cứng đi ra ngoài tới hạch giao cảm cạnh sống chia hai nhánh:

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

+ Nhánh sau: Phân bố cho da, cơ vùng lưng cùng bao khớp và diện ngoài của khớp liên cuống. Nhánh này tách ra một nhánh nhỏ quặt ngược chui qua lỗ ghép đi vào chi phối cảm giác trong ống sống.

1.2. Đau thắt lưng theo y học hiện đại

1.2.1. Khái niệm về đau thắt lưng

Đau thắt lưng là hiện tượng đau cấp tính hoặc mạn tính ở cùng từ ngang đốt sống L1 đến ngang đĩa đệm L5 – S1 (bao gồm cột sống thắt lưng và các tổ chức xung quang) do nhiều nguyên nhân (bệnh lý đĩa đệm, cột sống, thần kinh, nội tạng...) [5].

1.2.2. Nguyên nhân

Đau thắt lưng là hội chứng bệnh lý gặp trong nhiều chuyên khoa khác nhau có nguyên nhân rất phức tạp. Nguyên nhân gây đau vùng thắt lưng bao gồm:

- Nguyên nhân bệnh lý đĩa đệm:

- + Thoát vị đĩa đệm

- + Bệnh lý đĩa đệm nhưng không thoát vị bao gồm: hư đĩa đệm, viêm đĩa đệm, u đĩa đệm, vôi hóa và xương hóa đĩa đệm, loạn dưỡng sụn, chấn thương đĩa đệm, không có đĩa đệm.

- Nguyên nhân bệnh lý cột sống thắt lưng:

- + Thoái hóa cột sống thắt lưng

- + Viêm cột sống

- + Dị dạng ở cột sống

- + Chấn thương cột sống thắt lưng

- + Khối u cột sống

- + Mất vôi hóa cột sống thắt lưng

- + Đặc xương cột sống thắt lưng

- + Các bệnh loạn sản, rối loạn chuyển hóa

- + Các bệnh máu gây tổn thương cột sống.

- Nguyên nhân bệnh lý thần kinh

- + Bệnh nội tạng gây đau thắt lưng: tiêu hóa, tiết niệu, phụ khoa.

- Các nguyên nhân khác: đau thắt lưng do tư thế nghề nghiệp, hội chứng thắt lưng- chậu, hội chứng cơ tháp, hội chứng cứng đờ cột sống, viêm cơ cạnh cột sống thắt lưng, viêm cơ đáy chậu.

1.2.3. Cơ chế đau thắt lưng

- Chủ yếu là do sự kích thích các nhánh thần kinh cảm giác (nhánh màng tủy) của dây chằng dọc sau (do viêm, u, chấn thương), màng cứng và những lớp ngoài cùng của vòng sợi đĩa đệm (do viêm, thoát vị đĩa đệm).

- Các nhánh thần kinh đi từ ống tủy ra ngoài qua các lỗ gian đốt sống. Khi có thương tổn chèn ép hoặc kích thích vào các rễ này trên đường đi cũng gây cảm giác đau (các rễ này là thần kinh hỗn hợp).

- Có mối liên quan giữa các nhánh thần kinh cảm giác của nội tạng và các nhánh của vùng quanh cột sống thắt lưng, điều này giải thích một số bệnh nội tạng có đau lan ra vùng thắt lưng.

1.2.4. Lâm sàng đau thắt lưng

Đau thắt lưng do nhiều nguyên nhân nên biểu hiện lâm sàng rất đa dạng. Mỗi chứng bệnh gây nên đau thắt lưng lại có những đặc điểm riêng. Tuy nhiên, đều có biểu hiện chung là hội chứng thắt lưng cục bộ hoặc hội chứng thắt lưng hông.

*** Hội chứng thắt lưng cục bộ**

Đau chỉ khu trú ở cột sống và cạnh sống thắt lưng. Đau xuất phát từ các cấu trúc nhạy cảm đau của đoạn vận động cột sống thắt lưng (gân, cơ, khớp đốt sống, dây chằng dọc sau, màng cứng, rễ thần kinh). Biểu hiện của hội chứng thắt lưng cục bộ có thể là:

- Đau thắt lưng cấp
- Đau thắt lưng mạn tính tái phát
- Các thể trung gian quá độ.

Tùy theo nguyên nhân gây nên đau thắt lưng cục bộ mà biểu hiện lâm sàng có những đặc điểm riêng về triệu chứng học:

- Đau thắt lưng cấp xuất hiện đột ngột sau chấn thương và đau có tính chất cơ học thường gặp trong TVĐĐ.

- Đau thắt lưng mạn tính tái phát và đau có tính chất cơ học đặc trưng cho hư đĩa đệm.

- Đau thắt lưng mạn tính, hạn chế vận động cột sống thắt lưng, đau khớp cùng chậu, có khi đau rễ thần kinh hông to cả hai bên, đau tăng khi về đêm thường gặp trong bệnh viêm cột sống dính khớp.

- Đau thắt lưng cường độ mạnh, đau sâu liên tục cả ngày lẫn đêm, nằm nghỉ không đỡ, các biện pháp giảm đau thông thường không có tác dụng, kiểu đau trong các bệnh có thương tổn phá hủy đĩa đệm và cột sống như lao cột sống, ung thư cột sống.

*** Hội chứng thắt lưng hông**

Bao gồm hội chứng cột sống thắt lưng và hội chứng rễ.

Cơ chế gây nên hội chứng rễ:

- Sự xung đột đĩa - rễ: do lồi đĩa đệm hoặc TVĐĐ chèn ép rễ thần kinh.

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

- Hẹp lỗ gian đốt sống do chiều cao khoang gian đốt bị giảm gây chèn ép rễ thần kinh ở lỗ gian đốt sống.

- Phản ứng viêm ngoài màng cứng (vô khuẩn) do hậu quả của vòng sợi và nhân nhày đĩa đệm bị xô đẩy rách vỡ, gây nên viêm dính rễ thần kinh.

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

1.2.5. Điều trị đau thắt lưng

1.2.5.1. Nguyên tắc chung [31]

- Nằm bất động khi đau nhiều
- Dùng thuốc giảm đau
- Dùng thuốc giãn cơ khi có co cơ
- Kết hợp điều trị vật lý trị liệu, châm cứu, bấm huyệt
- Sử dụng một số biện pháp đặc biệt khi cần: phong bế ngoài màng cứng, phong bế hóc xương cùng, tiêm vào đĩa đệm...
- Điều trị nguyên nhân
- Phẫu thuật một số trường hợp nếu có chỉ định.

1.2.5.2. Điều trị nội khoa

*** Thuốc giảm đau**

- Dùng thuốc uống hoặc tiêm tùy mức độ, với liều vừa phải và theo dõi các tác dụng phụ để đổi thuốc kịp thời.
- Trong thời kỳ cấp tính hoặc đợt tái phát, điều trị 7-10 ngày, đổi đa 3 tuần, nếu không đỡ thì thay thuốc khác.
- Thuốc dùng sau bữa ăn, chú ý các phản chỉ định của thuốc đối với dạ dày, hành tá tràng, cơ quan tạo máu.
- Có thể dùng thuốc xoa bóp hoặc cao dán ngoài. Hầu hết các thuốc này gây kích thích tăng tiết acid dịch dạ dày và khi uống gây kích thích niêm mạc dạ dày. Tổ chức Y tế Thế giới (OMS) đã nêu nguyên tắc sử dụng thuốc giảm đau theo ba bậc thang như sau:
 - Bậc 1: đau nhẹ và vừa dùng thuốc giảm đau một hoạt chất, không gây nghiện.
 - Bậc 2: đau nhức trầm trọng dùng thuốc giảm đau có hai hoặc nhiều hoạt chất.
 - Bậc 3: đau nhức tột bậc dùng thuốc giảm đau loại morphin.

- + Dẫn xuất Salicylic: Aspirin.
- + Dẫn xuất Pyrazolon: Algena, Aminophenzaon, Epirizol,...
- + Thuốc giảm đau gây nghiện: Buprenorphin Hydroclorid....

*** Thuốc chống viêm**

- Thuốc chống viêm không steroid bao gồm: Alminoprofen (Minalfen), Diclofenac (Voltarene), Piroxicam (Fenden), Sulindac (Archrocine), Ibuprofen (Anagyl, Artrofen),...

- Thuốc corticoid: dùng trong trường hợp các thuốc chống viêm giảm đau thông thường không có kết quả. Bao gồm Hydrocortison, Prednisolon, Metyl Prednisolon,...

*** Thuốc giãn cơ**

- Chỉ định khi có cơ cơ cạnh sống gây vẹo cột sống và đau nhiều.

- Có hai loại thuốc giãn cơ: giãn cơ trung ương và ngoại vi.

+ Thuốc giãn cơ trung ương: Mephenesin (Decontractyl), Chlophenesin carbamat, Chlorzoxazon, dẫn xuất của Benzodiazepin (Diazepam), dẫn xuất của GABA (acid gamma – aminobytyric).

+ Cura và các cura tổng hợp (succinyl choline chloride) tác động vào tâm vận động thần kinh cơ, các thuốc này được sử dụng như là giãn cơ ngoại vi nhưng không dùng điều trị tăng trương lực cơ vì gây liệt cơ hô hấp.

*** Lý liệu pháp**

Lý liệu pháp (physiotherapie) thường dùng là:

- Các phương pháp nhiệt: sức nóng có tác dụng giảm đau, chống co cứng cơ, giãn mạch, tăng chuyển hóa và dinh dưỡng tại chỗ. Thường áp dụng: bó Parafin, dùng khay nhiệt điện, đèn hồng ngoại, túi chườm nước nóng, tắm nước suối nóng.

- Điện liệu pháp: điều trị bằng sóng ngắn có tác dụng tạo nhiệt sâu, tăng cường chuyển hóa, chống phù nề, chống viêm và giảm đau.

*** Các phương pháp đặc biệt**

- Tiêm ngoài màng cứng
- Phương pháp hóa tiêu nhân (tiêm chymopapain hoặc aprotinin làm tiêu đĩa đệm).
- Tiêm máu từ thân vào đĩa đệm trong điều trị thoát vị đĩa đệm.
- Cố định bằng bột, đai, nẹp, yếm khí có nguy cơ lún và di lệch cột sống.
- Kéo giãn cột sống bằng dụng cụ trong thoát vị đĩa đệm.
- Thê đục liệu pháp và bôi trong viêm cột sống dính khớp. hư cột sống mức độ nhẹ.

1.2.5.3. Điều trị phẫu thuật

Được chỉ định trong các trường hợp:

- Một số trường hợp thoát vị đĩa đệm.
- Các bệnh gây di lệch chèn ép vào tủy, đuôi ngựa (lao, viêm mủ, u, chấn thương...)
- Phẫu thuật làm cứng, cố định cột sống khi có nguy cơ lún đốt sống, gù vẹo nhiều....

1.3. Đau thắt lưng theo YHCT

Y học cổ truyền xếp đau thắt lưng thuộc phạm vi “chứng tý”, chứng “yêu thông” [4] [6].

1.3.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

- “Chứng tý” được ghi đầu tiên trong sách “Nội kinh” như sau: “Phong hàn thấp 3 khí hợp lại gây nên chứng tý” và “Phong khí thắng là hành tý, hàn khí thắng là thông tý, thấp khí thắng là trước tý”.

- Sách ‘Loại Chứng Trị Tài’ viết rõ thêm: ‘Các chứng tý do dinh vệ hư, tấu lý không chặt, phong hàn thấp tà khí thừa lúc hư xâm nhập vào cơ thể, chính khí lưu thông bị tắc, sinh khí huyết ngưng trệ lâu ngày thành chứng tý’.

- Nguyên nhân chính là do ngoại cảm phong hàn thấp xâm nhập mạch lạc gây khí huyết ứ trệ, mạch lạc không thông gây đau (thông tắc bất thông).

+ Nếu phong thịnh thì đau, đau lúc nhẹ lúc nặng, đau không cố định mà di chuyển gọi là phong tý hay hành tý.

+ Nếu hàn thịnh thì khí huyết ngưng trệ nặng nên đau nhiều, bộ vị đau cố định không di chuyển gọi là hàn tý hay thông tý.

+ Nếu thấp thịnh thì đau nhức không nặng lắm nhưng có cảm giác ê mỏi nặng nề, gặp thời tiết âm u, mưa lạnh ẩm ướt thì đau tăng, đau không di chuyển gọi là thấp tý hay trước tý.

+ Nhiệt tý: Chứng nhiệt tý là nhiệt ở trong tạng phủ kinh lạc đã có nhiệt chứa sẵn, mà lại gặp tà khí của phong hàn thấp xâm lấn vào, nhiệt bị uất, vì hàn khí không thông được, lâu ngày hàn cũng hóa ra nhiệt thành “nhiệt tý”.

- “Yêu thông” thường gặp do 3 nguyên nhân chính sau:

+ Cảm phải ngoại tà phong, hàn, thấp do ở chỗ lạnh ẩm, hoặc dầm mưa, hoặc bị hàn thấp khi làm việc ra mồ hôi.

+ Chấn thương như bị đánh ngã ứ máu, hoặc tư thế không thích hợp gây tổn thương.

+ Lao lực quá độ ở người lớn tuổi, người hư yếu bệnh lâu ngày, người thường phải làm việc quá sức làm cho thận tinh suy không nuôi được kinh mạch gây nên.

1.3.2. Các thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền

1.3.2.1. Phong tý:

- Triệu chứng lâm sàng: Sưng đau hoặc đau mỗi các khớp, gân cơ, thớ thịt, đau di chuyển, có khi hết hẳn nhưng tự nhiên lại xuất hiện trở lại; sợ gió, rêu lưỡi trắng, mạch phù.

- Pháp điều trị: Khu phong, tán hàn, thông lạc (hành khí, hoạt huyết).

1.3.2.2. Hàn tý

- Triệu chứng lâm sàng: Sung đau các khớp, cơ, xương. Đau cố định dữ dội, ít hoặc không di chuyển. Tại vùng sung đau không nóng, không đỏ, chân tay lạnh, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng. Mạch phù, trì hoặc nhu hoãn.

- Pháp điều trị: Tán hàn, khu phong, hành khí, hoạt huyết.

1.3.2.3. Thấp tý

- Triệu chứng lâm sàng: Các khớp đau mỏi, nặng nề, vận động khó khăn, cảm giác tê, đôi khi sung đau nếu thấp phối hợp với nhiệt có sung nóng, người mệt mỏi rã rời. Rêu lưỡi dính, nhớt. Mạch nhu hoãn.

- Pháp điều trị:

+ Nếu thiên về thấp hàn: Táo thấp tán hàn, khu phong.

+ Nếu thiên về thấp nhiệt: Táo thấp thanh nhiệt, khu phong.

1.3.2.4. Phong hàn thấp tý

- Triệu chứng lâm sàng: Vùng khớp cơ bị bệnh đau nhức nhưng không nóng, không đỏ, chườm nóng dễ chịu. Đau nhiều hoặc đau ít nhưng có cảm giác ê mỏi, nặng nề. Đau có thể di chuyển nhiều cơ khớp. Người bệnh sợ gió, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng mỏng, nhớt, mạch Khẩn hoặc Trầm Hoãn.

- Pháp điều trị: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông lạc.

1.3.2.5. Phong thấp nhiệt tý

- Triệu chứng lâm sàng: Đau khớp, vùng đau sung nóng đỏ, đắp lạnh dễ chịu, cử động đau nhiều hơn. Thường có sốt, thân mình nóng, tiêu vàng tiêu phân nhiều bón, mồm khát, bứt rứt. Lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch hoạt sắc.

- Pháp điều trị: Thanh nhiệt, giải độc làm chính, phụ thêm khu phong, trừ thấp, thông lạc.

1.3.2.6. Thử khí trệ huyết ứ

- Triệu chứng lâm sàng: xuất hiện sau một sang chấn, vận động sai tư thế. Đau dữ dội ở vùng thắt lưng, có thể lan xuống mông và chân, không đi lại

được hoặc đi lại khó khăn. Nằm trên giường cứng, co chân dễ chịu hơn. Đau tăng khi ho, hắt hơi, đại tiện hoặc đi lại vận động. Ăn ngủ kém, mạch nhu sáp.

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

1.3.2.7. Thể can thận âm hư

- Triệu chứng lâm sàng: Đau vùng thắt lưng âm ỉ, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi, kèm hoa mắt chóng mặt, ù tai, triều nhiệt, cốt chung, đạo hãn. Đại tiện táo, tiểu vàng, rêu lưỡi vàng, mạch trầm tế sáp.

- Pháp điều trị: Tư bổ can thận, thông kinh hoạt lạc.

1.3.3. Điều trị theo y học cổ truyền

Cũng như y học hiện đại, y học cổ truyền cũng có nhiều phương pháp điều trị đau thắt lưng mang lại hiệu quả cao.

1.3.3.1. Phương pháp dùng thuốc

Theo y học cổ truyền, mỗi thể bệnh có một pháp điều trị đặc thù với nhiều bài thuốc cho từng thể. Trên lâm sàng, mỗi bệnh nhân với các đặc điểm khác nhau, phải dựa theo chứng mà gia giảm cho phù hợp.

1.3.3.2. Phương pháp không dùng thuốc

*** Xoa bóp bấm huyết [33]**

Xoa bóp là phương pháp ra đời từ rất sớm và phát triển trên cơ sở tích lũy những kinh nghiệm trong quá trình chăm sóc và bảo vệ sức khỏe. Dưới ánh sáng của lý luận y học cổ truyền, xoa bóp được làm một cách bài bản, tác động một cách có hiệu quả lên bì phu, cơ nhục, gân cốt và các điểm đặc biệt mà y học cổ truyền gọi là huyết. Thông qua tác động vào kinh lạc, và huyết, xoa bóp bấm huyết có thể đuổi ngoại tà, điều hòa dinh vệ, thông kinh hoạt lạc, từ đó điều hòa chức năng tạng phủ, lập lại cân bằng âm dương mà chữa được bệnh. Phương pháp xoa bóp bấm huyết trở thành một thể mạnh của y học cổ truyền trong điều trị các bệnh thần kinh, cơ xương khớp.

Trong điều trị đau thắt lưng, mức độ xoa bóp nhẹ hay nặng tùy thuộc thể bệnh và ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân. Hư thì bổ, làm nhẹ và thời gian

lâu; thực thì tả, lực tác động mạnh trong thời gian ngắn. Thời gian mỗi lần làm khoảng 20 – 30 phút.

Các thủ thuật hay dùng: Xoa, xát, day, lăn, bóp, đấm, chặt, ấn huyết, bấm huyết, vận động cột sống, làm từ nông đến sâu, từ nhẹ đến mạnh, từ nơi không đau đến nơi đau.

*** Phương pháp châm cứu [14]**

Theo quan niệm của y học cổ truyền, bệnh tật phát sinh do sự mất cân bằng âm dương gây ra bởi các tác nhân bên ngoài (tà khí của lục dâm), hoặc do thể trạng suy nhược, sức đề kháng giảm yếu (chính khí hư), hoặc do sự biến đổi bất thường về mặt tình cảm, tâm thần (nội nhân), cũng có khi do những nguyên nhân khác như thể chất suy yếu, ăn uống, nghỉ ngơi, sinh hoạt không điều độ... Khi chính khí suy yếu, tà khí xâm nhập vào kinh lạc làm sự vận hành khí huyết trong kinh lạc bị tắc trở, “bất thông tắc thống”. Cơ chế tác dụng của châm cứu là điều hòa sự cân bằng âm dương, làm thông kinh hoạt lạc, giúp khí huyết được lưu thông, từ đó hết đau, chữa khỏi bệnh.

Theo y học hiện đại, cơ chế của châm cứu trong điều trị đau thắt lưng thứ nhất là do tác động theo tiết đoạn thần kinh, vì huyết nằm tại nơi đau và có nhiều đầu mút thần kinh, thứ hai theo cơ chế thể dịch, châm cứu có làm tăng tiết endorphin có tác dụng làm tăng ngưỡng chịu đựng đau. Ngoài ra, châm cứu còn có tác dụng làm giãn cơ, tăng cung cấp máu và dinh dưỡng tại chỗ do đó có tác dụng giảm đau.

Trong điều trị đau thắt lưng, châm cứu được chỉ định trong mọi mức độ đau. Các huyết được lựa chọn theo nguyên tắc “tuần kinh thủ huyết” và theo kinh nghiệm. Các huyết thường được dùng là: Hoa Đà giáp tích, Thận du, Đại trường du, Ủy trung, Dương lăng tuyền và một số huyết khác... Bệnh nhiệt thì châm, bệnh hàn thì cứu.

Để tăng thêm tác dụng của châm cứu, và thuận tiện cho việc thực hiện thủ thuật này, ngày nay sử dụng phương pháp điện châm, kim châm cứu được mắc với các nguồn điện kích thích phù hợp, làm tăng hiệu quả giãn cơ, giảm đau.

1.4. Tổng quan về điện châm

1.4.1. Định nghĩa

Điện châm là phương pháp dùng dòng xung điện phát ra từ máy điện châm tác động lên huyết qua kim châm cứu để chữa bệnh [10].

Kích thích của dòng xung điện có tác dụng là dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, các tổ chức, tăng cường dinh dưỡng tổ chức, làm giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ.

1.4.2. Chỉ định và chống chỉ định

*** Chỉ định:**

- Dùng để cắt các chứng đau cấp và mạn tính trong một số bệnh: đau khớp, đau răng, đau dây thần kinh, đau sau mổ, sau chấn thương, đau đầu, đau lưng...[20].

- Chữa tê liệt teo cơ trong các chứng liệt: liệt nửa người, liệt dây thần kinh ngoại biên...

- Bệnh cơ năng: như rối loạn thần kinh thần kinh thực vật, mất ngủ, táo bón, bế kinh...

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

- Một số bệnh viêm nhiễm: như viêm tuyến vú, chấy,疥...

- Châm tê để tiến hành phẫu thuật.

*** Chống chỉ định:**

- Các trường hợp bệnh lý thuộc cấp cứu: viêm ruột thừa...

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

- Cơ thể ở trạng thái không thuận lợi: vừa lao động xong, mệt mỏi, đói bụng...

- Tránh châm vào những vùng có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da và một số huyết cảm châm như Phong phủ, Nhũ trung...

1.4.3. Cách tiến hành điện châm

- Sau khi đã chẩn đoán xác định bệnh, chọn phương huyết và tiến hành châm kim đạt tới đặc khí. Kích thích các huyết bằng máy điện châm (tăng dần cường độ khi đạt đến ngưỡng).

- Cần kiểm tra lại máy điện châm trước khi vận hành để đảm bảo an toàn.

- Thời gian kích thích điện phụ thuộc vào phương pháp chữa từng bệnh cụ thể, có thể từ 25 phút đến vài tiếng (như trong châm tê để mổ) [10].

1.4.4. Liệu trình điện châm

Thông thường điện châm 1 lần/ngày, mỗi lần 25 – 30 phút, một liệu trình điều trị từ 10 – 15 ngày hoặc dài hơn tùy theo yêu cầu điều trị.

Cường độ từ 0 – 100 μ A (microampe), tần số kênh bổ từ 1 – 3 Hz, kênh tả từ 5 – 10 Hz. Tùy theo ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân mà điều chỉnh cường độ điện châm cho phù hợp.

1.5. Bài tập Mc.Kenzie

1.5.1. Vài nét về tác giả McKenzie và bài tập

Robin McKenzie sinh năm 1931. Ông tốt nghiệp Trường Vật lý trị liệu New Zealand năm 1953, chuyên sâu về các bệnh cột sống. McKenzie đã phát triển các phương pháp khám và điều trị các bệnh cột sống của mình vào những năm 60. Hiện nay Ông được biết đến như là một chuyên gia quốc tế về chẩn đoán và điều trị chứng đau thắt lưng. Ông cũng là tác giả của nhiều cuốn sách chữa trị về các chứng bệnh đau cột sống. McKenzie đã được mời giảng dạy ở nhiều nước trên thế giới. Nhiều quốc gia đã thành lập nhiều trường và viện nghiên cứu mang tên McKenzie.

Phương pháp McKenzie trong điều trị các vấn đề cột sống đã được áp dụng rộng rãi ở nhiều châu lục, là một phương pháp điều trị có cơ sở khoa

học. Nhiều nghiên cứu về lâm sàng đã được báo cáo từ trước đến nay cho kết quả tốt. Một nghiên cứu ở Mỹ cho thấy rằng, phương pháp McKenzie là phương pháp hữu hiệu nhất để điều trị bệnh lý chèn ép rễ thần kinh tủy sống ở các trung tâm vật lý trị liệu và nó là phương pháp thường dùng để điều trị bệnh lý này [51].

Phương pháp McKenzie cũng là phương pháp được áp dụng rộng rãi mà những nhà vật lý trị liệu ở Anh và Ireland dùng để điều trị đau lưng bao gồm cả đau do chèn ép rễ [51]. McKenzie cho rằng, hầu hết đau thắt lưng là có nguồn gốc cơ học, đau tăng lên ở tư thế xấu như là ngồi gập lưng về trước mà các vận động này là rất thường gặp trong các hoạt động hàng ngày.

Với TVDD, tình trạng nhân đĩa đệm bị thoát vị và di chuyển ra phía sau, chèn ép vào dây chằng dọc sau và kích thích các rễ thần kinh gây nên đau. Để chống lại tình trạng không mong muốn này, McKenzie xây dựng bài tập điều trị của Ông bằng việc sử dụng các bài tập duỗi cột sống, theo nguyên tắc “đau giảm khi uốn thắt lưng tăng”. Bởi lẽ khi duỗi cột sống thì độ uốn cột sống thắt lưng tăng, cột sống sẽ được khóa chặt ở phía sau giúp ngăn ngừa đĩa đệm lồi ra sau, có tác dụng điều trị. Ngược lại, các động tác gập cột sống là cần được hạn chế vì chúng càng làm cho đĩa đệm tiếp tục lồi ra sau. Điều này là phù hợp với cơ chế, sinh cơ học của thoát vị đĩa đệm. Vì vậy với TVDD CSTL, điều trị bằng bài tập duỗi cột sống là phù hợp với cơ chế và sinh cơ học của bệnh lý này. Nhiều tác giả đã nghiên cứu, áp dụng các bài tập duỗi McKenzie, và các kết quả đem lại là khả quan [32].

1.5.2. Chỉ định và chống chỉ định của bài tập Mc.Kenzie

1.5.2.1. Chỉ định

- Thoái hoá đĩa đệm cột sống thắt lưng, cột sống cổ
- Lồi đĩa đệm và thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và cột sống cổ
- Hội chứng đau thắt lưng bán cấp hoặc mạn tính

- Hội chứng đau cổ gáy hoặc hội chứng cổ vai bán cấp hoặc mạn tính
- Hội chứng cong vẹo cột sống không do chấn thương

1.5.2.2. Chóng chỉ định

- Chấn thương gây xẹp lún, trượt thân đốt sống
- Lao cột sống, ung thư cột sống
- Loãng xương trung bình và nặng
- Hội chứng đau thắt lưng, hội chứng thắt lưng hông, hội chứng đau cổ gáy, hội chứng cổ vai do bệnh lý của các tổ chức phần mềm trong ống tuỷ.
- Hội chứng đau thắt lưng, hội chứng thắt lưng hông, hội chứng đau cổ gáy, hội chứng cổ vai do bệnh khớp toàn thân như viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp.
 - Các viêm nhiễm phần mềm vùng thắt lưng, vùng cổ gáy
 - Với cột sống thắt lưng: các tạng trong ổ bụng to: gan to, thận to, lách to, người có thai...

1.6. Một số kết quả nghiên cứu về điều trị đau thắt lưng.

1.6.1. Nghiên cứu các tác giả nước ngoài

- Năm 2000, Wedenberg K và cộng sự nghiên cứu so sánh tác dụng của châm cứu và phương pháp vật lý trị liệu ở phụ nữ có thai bị đau lưng tại bệnh viện Vrinnevi, Norrkopi Thụy Điển. Kết quả cho thấy châm cứu có tác dụng giảm đau tốt hơn [67].

- Năm 2007, Louise Chang nghiên cứu nhằm đánh giá tác dụng giảm đau của châm cứu đơn thuần đối với ĐTL, cho thấy kết quả 33% có sự cải thiện về triệu chứng đau [59].

- Năm 2008, Thomas, Lowe cho thấy THCS là nguyên nhân gây ĐTL có 80% người lớn tuổi đau lưng chỉ có 1-2% cần đến phương pháp phẫu thuật, châm cứu là một phương pháp y học được lựa chọn nó sẽ kiểm soát được triệu chứng đau, châm cứu kích thích sản xuất ra Endorphin, Acetylcholine, và Serotonin [66].

- Năm 2010, Liu Zhang Zhen nghiên cứu đối chiếu lâm sàng hiệu quả điều trị 90 ca tổn thương cơ thắt lưng mạn tính bằng xoa bóp bấm huyệt phối hợp cứu ngải cho thấy: Nhóm bệnh nhân sử dụng 2 phương pháp này chiếm 93,3% đạt kết quả tốt so với dùng đơn lẻ từng phương pháp [68].

- Năm 2013, Zhao Qing, Jiang Wen Hui nghiên cứu dùng ngải cứu kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị 120 ca thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cho thấy 95% đạt kết quả tốt cao hơn so với bệnh nhân dùng xoa bóp bấm huyệt đơn thuần là 83,3% [69].

- Năm 2016, Chen Qing quan sát hiệu quả điều trị 100 ca thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng trên lâm sàng bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp cứu ngải cho thấy: nhóm bệnh nhân nghiên cứu đạt 96%, trong khi đó nhóm chứng chỉ dùng xoa bóp bấm huyệt đạt 84% [70].

1.6.2. Nghiên cứu của các tác giả trong nước

- Năm 2008, Lương Thị Dung đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp XBBH điều trị ĐTL do thoái hoá cột sống. Kết quả tốt và khá đạt 88,6% [8].

- Năm 2009, Nguyễn Bá Quang nghiên cứu tác dụng của điện châm trong điều trị hội chứng ĐTL thể phong hàn thấp trên 52 BN. Kết quả sau 5 ngày điều trị có 7 BN khỏi chiếm 13,4%; sau 10 ngày điều trị có 40 BN khỏi chiếm 70,9% [11].

- Năm 2011, Nguyễn Xuân Hoàng đánh giá tác dụng của xoa bóp bấm huyệt kết hợp với tập luyện trong điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống. Kết quả tốt và khá đạt 97,1% [29].

- Năm 2015, Triệu Thị Thuỳ Linh đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hoá cột sống. Kết quả tốt là 88,68% và khá đạt 11,32% [36].

- Năm 2018, Nguyễn Chí Hiệp đánh giá tác dụng của xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc TK1 trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Kết quả tốt và khá đạt 100% [12]

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: gồm 80 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau thắt lưng đơn thuần.

- Địa điểm: tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

- Thời gian: từ tháng 04/2017 đến tháng 09/2017.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHD

- Bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng đơn thuần theo tiêu chuẩn của tác giả Hồ Hữu Lương (2002) [5].

- Đau thắt lưng ở các mức độ khác nhau.

- Hạn chế vận động cột sống thắt lưng với nhiều mức độ từ ít đến nhiều.

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.

- Tình nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ đúng liệu trình tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT

- Bệnh nhân được chẩn đoán chứng tỳ, yêu thống thuộc tất cả các thể lâm sàng.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi diện nghiên cứu

- Bệnh nhân đau thắt lưng do nguyên nhân toàn thân (ung thư, viêm cột sống dính khớp...)

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý như: tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch, đái tháo đường chưa được kiểm soát, bệnh lý tâm thần...

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

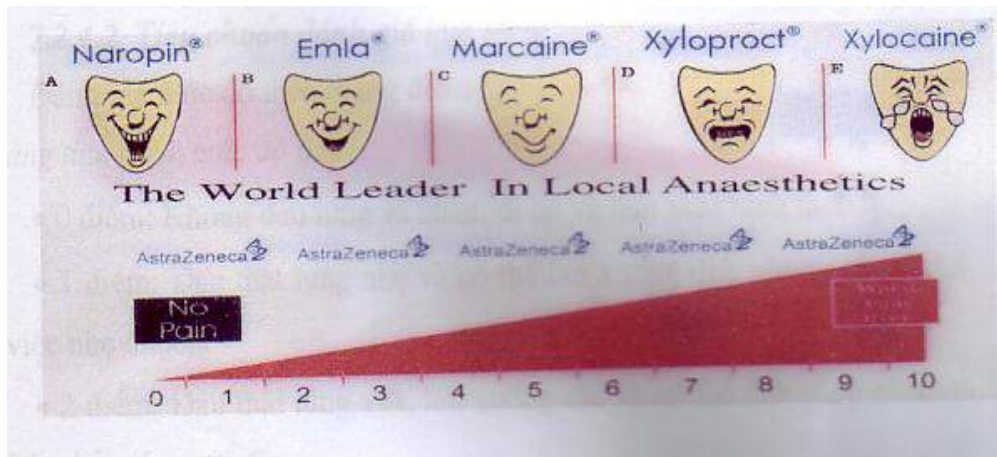
2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, so sánh, đánh giá trước và sau điều trị.

2.4.2. Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm cứu: dùng 1 lần của hãng Đông Á , mỗi hộp 10 kim/vi x 10 vi.
- Máy điện châm M8 do Viện châm cứu Việt Nam sản xuất.
- Thước đo độ đau VAS của hãng Astra-Zeneca.
- Thước đo tâm vận động CSTL.
- Bộ câu hỏi đánh giá chỉ số tàn tật do đau lưng của Oswestry.
- Ống nghe, huyết áp kế, bông cotton vô trùng, khay quả đậu, kẹp có máu



Hình 2.1. Thước đo độ đau VAS



Hình 2.2. Thước đo tâm vận động cột sống thắt lưng



Hình 2.3. Máy điện châm M8 do Viện châm cứu Việt Nam sản xuất



Hình 2.4. Kim châm cứu Đông Á

Tất cả các phương tiện và dụng cụ đưa vào nghiên cứu phải được kiểm tra trước với yêu cầu là được phép sử dụng và trong tình trạng hoạt động tốt.

2.4.3. Quy trình nghiên cứu

- Thu nhận đối tượng nghiên cứu: Khi thu nhận đối tượng nghiên cứu chúng tôi tiến hành:

+ Hỏi bệnh, khám lâm sàng YHHĐ và YHCT toàn diện cho bệnh nhân: Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, đo tầm vận động cột sống thắt lưng...

+ Làm các xét nghiệm cơ bản cho bệnh nhân:

Huyết học: Hồng cầu, Bạch cầu, Tiểu cầu.

Sinh hóa máu; Ure, Creatinin, AST, ALT.

+ Sắp xếp bệnh nhân vào 2 nhóm là nhóm nghiên cứu (NC) và nhóm đối chứng (ĐC), đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, tầm vận động cột sống thắt lưng và mức độ đau theo thang điểm VAS.

+ Áp dụng phương pháp điều trị đối với từng nhóm

Nhóm NC (n=50): Điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie.

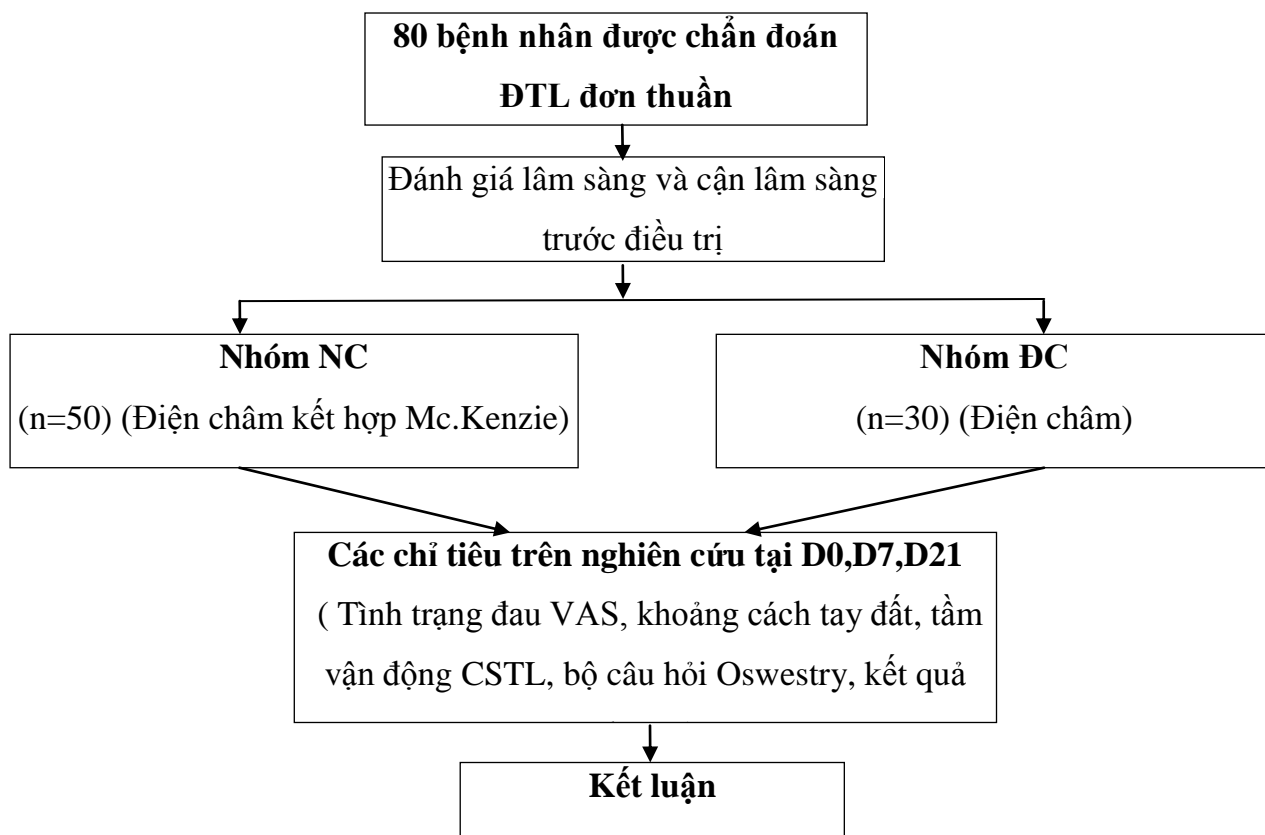
Nhóm ĐC (n=30): Điện châm.

- Đánh giá hiệu quả:

+ Đánh giá hiệu quả điều trị qua các chỉ số hoạt động hàng ngày, mức độ đau, khoảng cách tay đất, tầm vận động cột sống thắt lưng sau 7 và 21 ngày điều trị, kết quả điều trị chung, so sánh hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm.

+ Đánh giá các yếu tố liên quan đến quá trình điều trị.

2.4.4. Sơ đồ nghiên cứu



Sơ đồ 2.1 Mô hình nghiên cứu

2.5. Các bước tiến hành

2.5.1. *Thăm khám lâm sàng*

*** Hỏi bệnh:**

- Vị trí đau, mức độ đau, tính chất đau.
- Mức độ hạn chế vận động.
- Thời gian mắc bệnh, diễn biến bệnh.
- Các triệu chứng liên quan (sốt, gầy...)
- Tiền sử chấn thương.
- Các phương pháp điều trị trước đó (nếu có) và kết quả.

*** Khám thực thể:**

- Khám cột sống thắt lưng
- + Nhìn: xem còn đường cong sinh lý không, có sưng gồ cao hay không.
- + Sờ, nắn: tìm điểm đau khu trú, cơ cạnh sống có co cứng không.
- + Đo tầm vận động của cột sống thắt lưng: gập và duỗi.

2.5.2. *Thăm khám cận lâm sàng*

- Xét nghiệm:
- + Công thức máu.
- + Ure, Creatinin huyết thanh.
- + AST, ALT huyết thanh.

2.5.3. *Tiến hành điều trị*

*** Điện châm:**

Chúng tôi chọn huyết theo phương pháp tuần kinh thủ huyết, theo nguyên lý của YHCT “kinh lạc sở quá, chủ trị sở tại”, nghĩa là kinh lạc đi qua đâu thì chữa bệnh ở đó, công thức huyết cụ thể như sau:

Tên huyệt	Đường kinh	Vị trí	Cách châm	Châm bổ/tả
A thị huyệt	Ngoài kinh	Huyệt tại vị trí đau	- Châm thẳng	Châm tả
Thận du	Túc thái dương Bàng quang	Từ khe đốt sống L2 – L3 đo ngang ra hai bên 1,5 thốn.	- Châm xiên xuống dưới 45° .	Châm bổ
Đại trường du	Túc thái dương Bàng quang	Từ khe đốt sống L4 – L5 đo ngang ra hai bên 1,5 thốn	- Châm xiên xuống dưới 45°	Châm bổ
Giáp tích L1 – L5	Ngoài kinh	Từ khe đốt sống L1 – L5 đo ngang ra hai bên 0,5 thốn.	- Châm xiên xuống dưới gần sát mặt da $15 - 20$ $^\circ$.	Châm tả
Ủy trung	Túc thái dương Bàng quang	Ở chính giữa nếp lằn khoeo chân.	- Châm thẳng	Châm bổ
Dương lăng tuyền	Túc thiếu dương đờm	Chỗ lõm giữa đầu trên xương chày và xương mác.	- Châm chéch 45° – 60°	Châm bổ

Ngoài ra dựa theo nguyên nhân gây bệnh mà gia giảm thêm huyệt:

Tên huyệt	Đường kinh	Vị trí	Cách châm	Châm bổ/tả
Phong trì	Đởm	Ở chỗ lõm của bờ trong cơ ức đòn chũm và bờ ngoài cơ thang bám vào đáy hộp sọ.	Châm thẳng, ngang với trái tai, hơi hướng xuống dưới, hướng mũi kim về mắt bên kia.	Châm tả
Phục lưu	Thận	Từ khe đốt sống L2 – L3 đo ngang ra hai bên 1,5 thốn. Giữa mắt cá chân trong và gân gót (huyệt Thái Khê (Th.3) đo thẳng lên 2 thốn, trong khe của mắt trước gân gót chân và cơ gấp dài riêng ngón cái.	- Châm thẳng hoặc xiên, sâu 0,8 - 1,2 thốn.	Châm tả
Huyết hải	Tỳ	Mặt trước trong đùi, từ xương bánh chè đầu gối đo lên 2 thốn, huyệt nằm trong khe lõm giữa cơ may và cơ rộng trong, ấn vào có cảm giác ê tức.	Châm thẳng, sâu 1-2 thốn.	Châm bổ

- Kỹ thuật châm:

+ Xác định vị trí huyết.

+ Sát khuẩn vùng huyết.

+ Châm kim lên huyết nhẹ nhàng, dứt khoát, đạt yêu cầu về “đắc khí” (nghĩa là khi châm xong thầy thuốc cảm giác thấy kim mót chặt, da vùng huyết đỏ lên bệnh nhân có cảm giác tức nặng ở vùng huyết vừa châm kim.

Đảm bảo vô trùng kim và hai bàn tay của thầy thuốc.

Thì 1: dùng 2 ngón tay ấn và căng da vùng huyết, sau đó châm kim qua da vùng huyết nhanh, dứt khoát.

Thì 2: dùng một lực đều, đẩy kim từ từ theo hướng đã định (hai ngón tay vẫn căng da vùng huyết), đến khi đạt được cảm giác “đắc khí”.

- Kỹ thuật kích thích xung điện:

Tần số tả từ 5 – 10Hz, Tần số bổ từ 1 – 3Hz.

Sau khi châm “đắc khí” tiến hành kích thích xung điện với tần số 5 – 10Hz và điều chỉnh nâng dần cường độ từ 0 – 100micro Ampe tùy theo tình trạng và ngưỡng chịu đựng của từng bệnh nhân.

Thời gian kích thích: 25 phút.

Liệu trình: 25 phút/ lần x 1 lần /ngày X 21 ngày/ đợt điều trị.

* **Kỹ thuật tiến hành bài tập Mc.Kenzie**

Theo nguyên lý của McKenzie và nhiều tác giả trên thế giới đã nghiên cứu áp dụng bài tập ở tư thế duỗi, bao gồm các bài tập sau:

Thời gian tập: 20 phút.

Liệu trình: 20 phút/ lần x 1 lần /ngày X 21 ngày/ đợt điều trị.

Bài tập 1: Nằm sấp thư giãn

Người bệnh nằm sấp, hai tay đặt dọc thân mình, đầu quay sang một bên, hít thở sâu vài lần sau đó nằm thư giãn, duy trì tư thế này trong 5 phút.

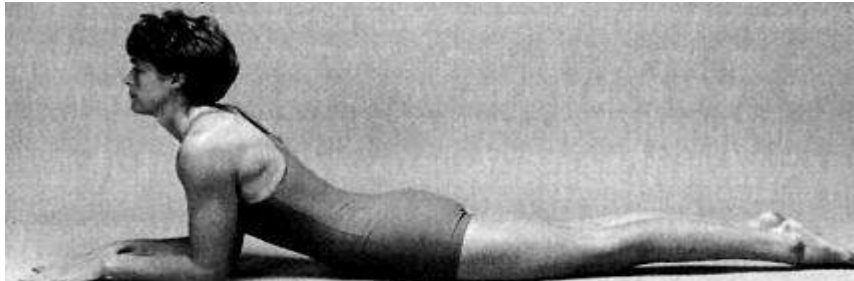


Hình 2.5. Nằm sấp thư giãn .

Đây là bài tập hỗ trợ trước tiên, được thực hiện lúc bắt đầu tập luyện, và là bài tập chuẩn bị cho bài tập 2. Thực hiện bài tập này 1 lần trong ngày, cũng có thể nằm tư thế này khi nghỉ ngơi.

Bài tập 2: Nằm sấp và duỗi thân ở tư thế chống trên hai khuỷu tay

Bắt đầu từ tư thế nằm như bài tập 1, đặt 2 khuỷu tay bên dưới vai, rồi duỗi thân và chống trên 2 khuỷu tay, hít thở sâu vài lần để cho các cơ vùng thắt lưng thư giãn hoàn toàn. Duy trì tư thế này trong 5 phút. Mỗi ngày tập 1 lần. Bài tập này chuẩn bị cho bài tập 3.

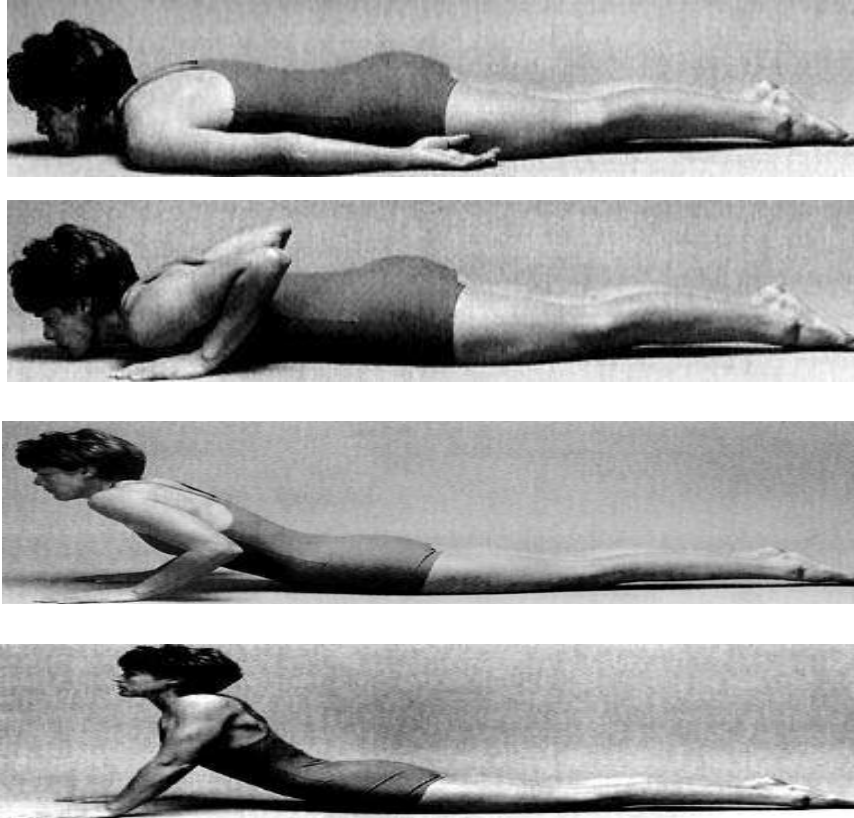


Hình 2.6. Nằm sấp và duỗi thân ở tư thế chống trên hai khuỷu tay.

Bài tập 3: Duỗi thân ở tư thế nằm sấp chống trên hai bàn tay

Bắt đầu từ tư thế nằm sấp như bài tập 1, đặt 2 bàn tay dưới vai, dần dần dùng lực 2 tay để nâng thân mình lên trong giới hạn đau chịu được tạo nên một sự võng thắt lưng. Chú ý giữ cho khung chậu và cẳng chân áp sát trên sàn tập, duy trì tư thế này trong 1 đến 2 giây (có thể dài hơn nếu bệnh nhân thấy dễ chịu, đau giảm, triệu chứng khu trú lại). Lúc đầu cần thực hiện dần dần, sau đó nâng dần mức độ uốn thân mình về phía sau đến mức có thể được.

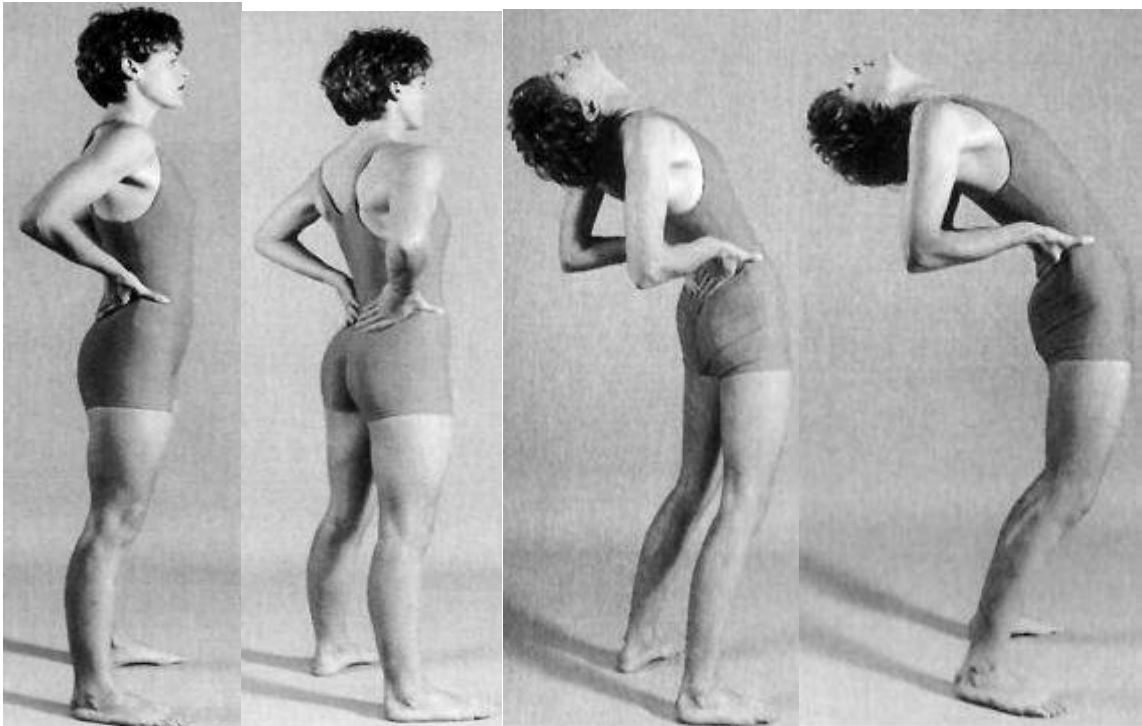
Mỗi lần tập, thực hiện bài tập này 10 lần, tập 1 lần trong ngày. Thực hiện trong 5 phút. Đây là bài tập quan trọng.



Hình 2.7. Duỗi thân ở tư thế nằm sấp chống trên hai bàn tay .

Bài tập 4: Duỗi lưng ở tư thế đứng

Đứng thẳng với 2 chân dẹt nhẹ, đặt bàn tay chống hông với các ngón tay hướng ra phía sau. Ưỡn thân về phía sau càng nhiều càng tốt, chú ý giữ hai khớp gối thẳng khi làm động tác, giữ tư thế này trong 1 đến 2 giây rồi trở lại tư thế ban đầu. Cứ sau mỗi lần thực hiện thì cố gắng ưỡn người ra sau thêm một ít nữa để đạt dần đến mức tối đa. Bài tập này có thể được thay cho bài tập 3 khi không thực hiện ở tư thế duỗi lưng khi nằm sấp. Tuy nhiên nó không hiệu quả bằng bài tập 3. Thực hiện trong 5 phút.



Hình 2.8. Duỗi lưng ở tư thế đứng .

2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.6.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tình trạng đau theo thang điểm VAS.
- Độ giãn của CSTL (theo nghiệm pháp Schöber).
- Khoảng cách tay đất.
- Tầm vận động gập CSTL.
- Tầm vận động duỗi CSTL.
- Đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sử dụng bộ câu hỏi “Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire”.
- Đánh giá hiệu quả điều trị chung.

2.6.2. Thời gian theo dõi, đánh giá

Mỗi bệnh nhân được đánh giá 3 lần:

- Lần 1: trước khi nghiên cứu
- Lần 2: vào ngày thứ 7 của nghiên cứu

- Lần 3: vào ngày thứ 21 của nghiên cứu hoặc 1 ngày trước khi BN ra viện.

Đánh giá kết quả điều trị, so sánh kết quả điều trị giữa hai nhóm bệnh nhân.

2.6.3. Cách xác định các chỉ tiêu nghiên cứu

2.6.3.1. Đánh giá tình trạng đau:

Mức độ đau đánh giá qua thang nhìn VAS (*Visual Analogue Scale*)
Thang nhìn là đoạn thẳng nằm ngang dài 100 mm, được đánh số từ 0 đến 10.

Quy ước: điểm số 0 là không đau, điểm số 10 là đau không chịu nổi. Bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau của mình trên thang vạch sẵn này. Mức độ đau là độ dài đo được từ điểm 0 đến vị trí BN tự đánh dấu trên thang nhìn (tính bằng mm).

Cách cho điểm: coi a là điểm mức độ đau được đánh dấu:

- + Không đau (4 điểm) : với $0 \leq a < 10$
- + Đau nhẹ (3 điểm) : với $10 \leq a < 40$
- + Đau vừa (2 điểm) : với $40 \leq a < 80$
- + Đau nặng (1 điểm) : với $80 \leq a \leq 100$

2.6.3.2. Đánh giá 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 rồi đo lên trên 10cm và đánh dấu ở đó, cho bệnh nhân cúi tối đa, đo lại khoảng cách giữa hai điểm đánh dấu, ở người bình thường khoảng cách đó là 14/10 - 16/10 cm. Gọi d là hiệu số khoảng cách giữa 2 điểm được đánh dấu. Cách đánh giá:

- + Tốt (4 điểm) : $d \geq 4\text{cm}$
- + Khá (3 điểm) : $3\text{cm} \leq d < 4\text{cm}$
- + Trung bình (2 điểm) : $2\text{cm} \leq d < 3\text{cm}$
- + Kém (1 điểm) : $d < 2\text{cm}$

2.6.3.3. Khoảng cách tay đặt

Cách đánh giá:

- + Tốt (4 điểm) : $d \leq 2\text{cm}$
- + Khá (3 điểm) : $2\text{cm} < d \leq 4\text{cm}$
- + Trung bình (2 điểm) : $4\text{cm} < d \leq 6\text{cm}$
- + Kém (1 điểm) : $d > 6\text{cm}$.

2.6.3.4. Tâm vận động cột sống thắt lưng

Sử dụng thước đo 2 cạnh, một cạnh cố định và một cạnh dịch chuyển theo sự di chuyển của thân người, điểm cố định của thước được chia từ 0° - 360° . Chúng tôi đánh giá 2 chỉ số chính là gập và duỗi cột sống. Đo góc gập và duỗi cột sống (độ) ở 3 thời điểm là lúc vào viện, sau 7 ngày và sau 21 ngày điều trị.

- + Gập: giá trị bình thường là $>70^\circ$.

Cách đánh giá:

- 4 điểm $\geq 70^\circ$
- 3 điểm $\geq 60^\circ$
- 2 điểm $\geq 40^\circ$
- 1 điểm $< 40^\circ$

- + Duỗi: giá trị bình thường là 35° .

Cách đánh giá:

- 4 điểm $\geq 25^\circ$
- 3 điểm $\geq 20^\circ$
- 2 điểm $\geq 15^\circ$
- 1 điểm $< 15^\circ$

2.6.3.5. Đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Sử dụng bộ câu hỏi “Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire” [35] để đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày.

- Chúng tôi đánh giá 4 hoạt động trong tổng số 10 hoạt động, bao gồm:

+ Chăm sóc cá nhân.

+ Đi bộ.

+ Ngồi.

+ Đứng.

Mỗi hoạt động có số điểm từ 0→5. Như vậy, tổng số điểm của 4 hoạt động là 0→20 điểm. Điểm càng cao thì chức năng sinh hoạt hàng ngày càng kém.

- Cách đánh giá như sau:

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

- Đánh giá hiệu quả điều trị chung:

Dựa vào tổng số điểm của 5 chỉ số đánh giá. Mỗi chỉ số có điểm từ 1 đến 4 điểm, cách phân loại:

Tốt : 15-20 điểm

Khá : 10-14 điểm

Trung bình : 6-9 điểm

Kém : 5 điểm

2.7. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được phân tích trên máy tính theo chương trình SPSS 20.0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các test thống kê được dùng:

Kiểm định χ^2 : So sánh sự khác nhau giữa các tỉ lệ %.

T- student test: So sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiến hành sau khi có quyết định của Hội đồng đạo đức Trường Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.

- Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận tham gia của đối tượng nghiên cứu.

- Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

- Nội dung nghiên cứu phù hợp, được Ban giám đốc bệnh viện đồng ý, nhân viên các khoa phòng bệnh viện quan tâm, ủng hộ.

- Khi kết thúc nghiên cứu, kết quả sẽ được phản hồi và báo cáo tới Ban giám đốc bệnh viện, các cán bộ quản khoa phòng cũng như nhân viên y tế tại các khoa tham gia nghiên cứu.

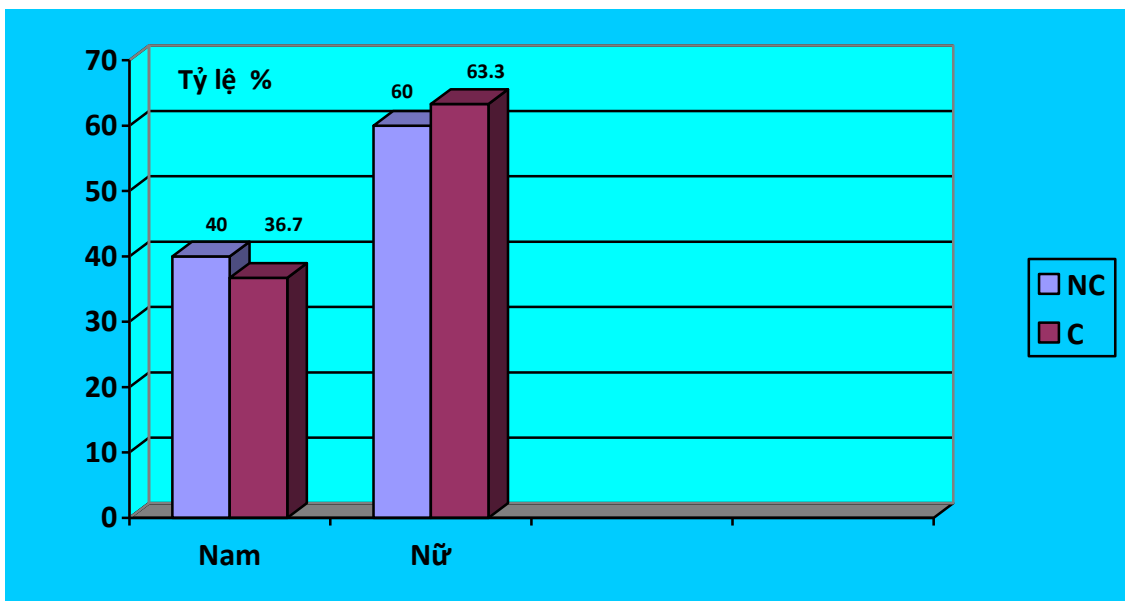
CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua kết quả nghiên cứu tiến hành trên 80 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm nghiên cứu (NC) 50 bệnh nhân và nhóm chứng (ĐC) 30 bệnh nhân. Sau 7 và 21 ngày điều trị chúng tôi thấy:

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

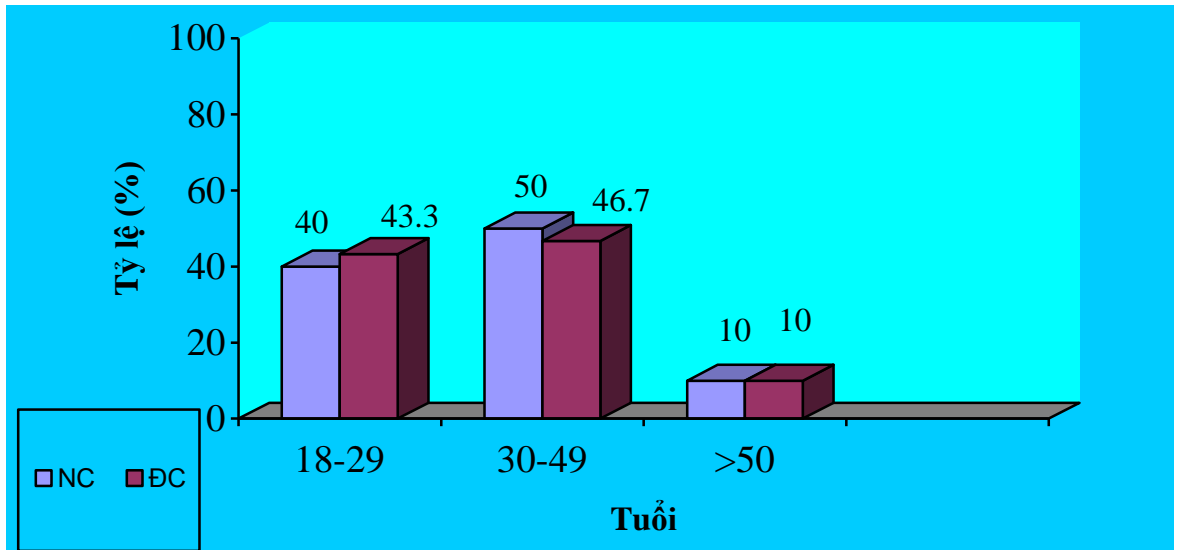


Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.1 cho thấy:

Đối tượng nghiên cứu ở hai nhóm nữ giới đều chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới. Tỷ lệ nữ giới chiếm 60,0% ở nhóm NC và 63,3% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

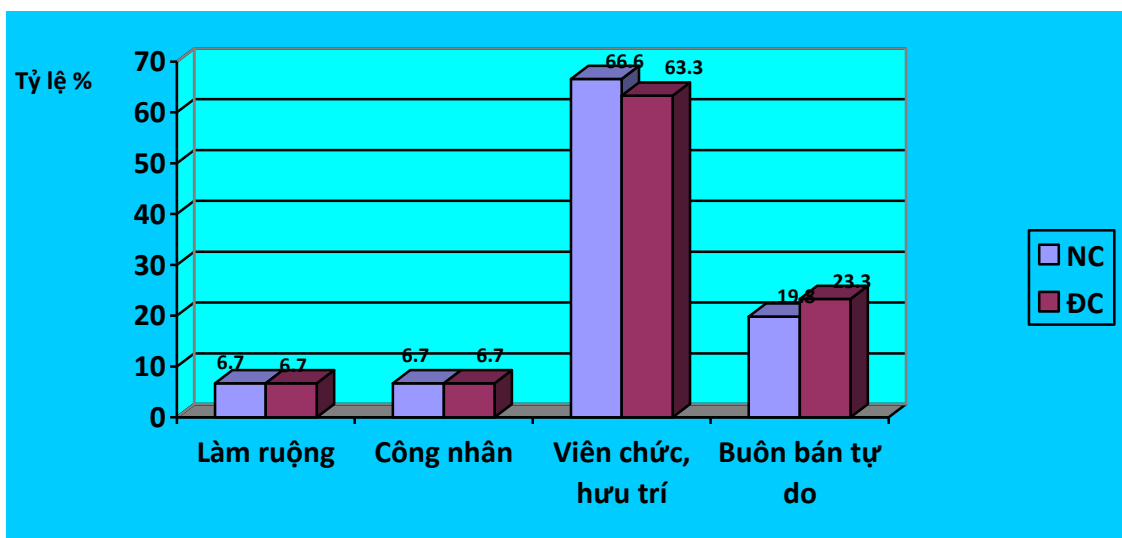


Biểu đồ 3.2. Phân bố độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.2 cho thấy:

Nhóm tuổi 30 - 49 chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm. Tuổi trung bình của nhóm NC là $40,12 \pm 4,15$, nhóm ĐC là $40,84 \pm 5,03$. Tuổi trẻ nhất ở nhóm NC là 30, của nhóm ĐC là 32 tuổi. Tuổi cao nhất của nhóm NC là 71, nhóm ĐC là 62 tuổi. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

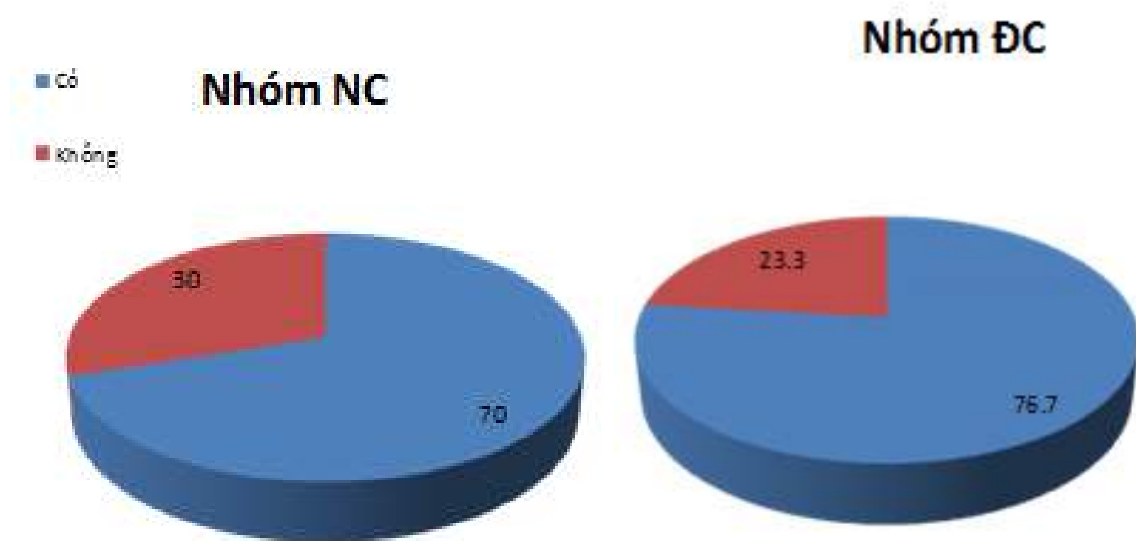


Biểu đồ 3.3. Phân bố nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.3 cho thấy:

Số bệnh nhân là viên chức, hưu trí của cả 2 nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 66,6% ở nhóm nghiên cứu và 63,3% ở nhóm đối chứng, tiếp đến là số bệnh nhân có nghề nghiệp buôn bán tự do và làm ruộng. Sự khác biệt về nghề nghiệp giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo các bệnh mắc kèm theo

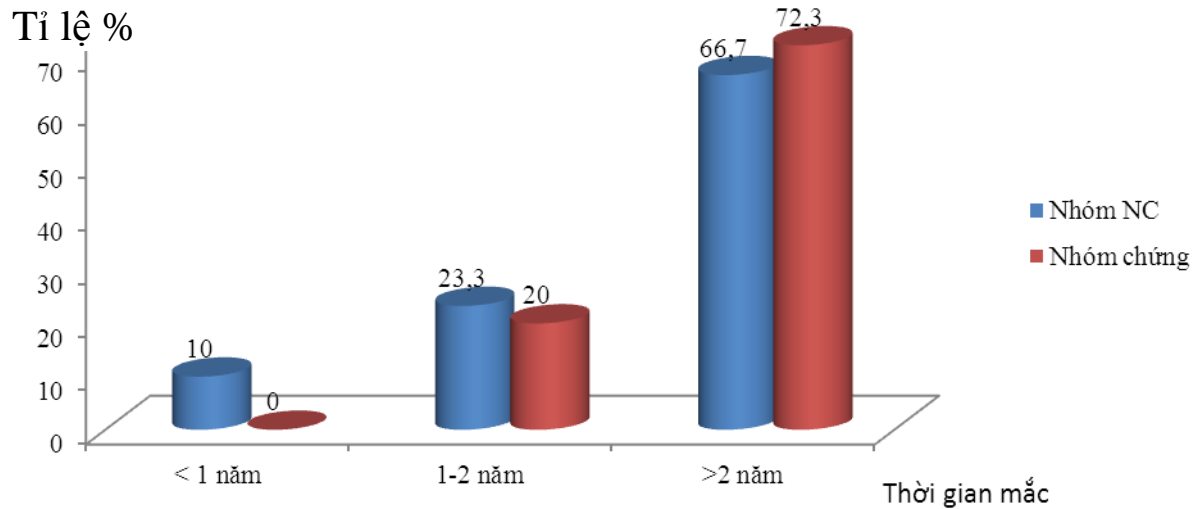


Biểu đồ 3.4. Phân loại bệnh nhân theo các bệnh mắc kèm

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.4 cho thấy:

Số bệnh nhân có mắc bệnh kèm theo của cả 2 nhóm chiếm tỷ lệ cao (chiếm >70,0%). Sự khác biệt về mắc bệnh kèm giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh



Biểu đồ 3.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.5 cho thấy:

Số bệnh nhân có mắc bệnh bệnh từ 2 năm trở lên của cả 2 nhóm chiếm tỷ lệ cao sau đó là nhóm mắc bệnh 1 - 2 năm và ít nhất là nhóm <1 năm. Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt với $p=0,689$.

3.2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu:

3.2.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo mức độ đau của thang điểm VAS

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo mức độ đau của thang điểm VAS

Điểm VAS \ Nhóm	Nhóm NC ($n_1 = 50$)		Nhóm ĐC ($n_1 = 30$)	
	n	%	n	%
0 < VAS ≤ 2 điểm	0	0	0	0
2 < VAS ≤ 4 điểm	6	13,3	2	6,6
4 < VAS ≤ 6 điểm	25	50,0	14	46,7
6 < VAS ≤ 8 điểm	17	33,3	11	36,6
8 < VAS ≤ 10 điểm	2	3,3	3	9,9
$\bar{X} \pm SD$	7,02 ± 1,78	100	7,21 ± 1,92	100
p	>0,05			

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy:

Điểm đau VAS trung bình nhóm nghiên cứu là $7,02 \pm 1,78$ điểm, nhóm chứng là $7,21 \pm 1,92$ điểm. Trong nghiên cứu, các bệnh nhân đa số có mức độ đau nặng ($4 < \text{VAS} \leq 6$ điểm), chiếm 50,0% nhóm nghiên cứu và 46,7% nhóm chứng. Bệnh nhân đau vừa ($2 < \text{VAS} \leq 4$ điểm) chiếm 13,3% nhóm nghiên cứu và 6,6% nhóm chứng. Bệnh nhân đau rất nặng ($6 < \text{VAS} \leq 8$ điểm) chiếm 33,3% nhóm nghiên cứu và 36,6% nhóm chứng. Sự khác biệt về các mức độ đau và điểm đau trung bình của 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. Đặc điểm độ giãn CSTL trước điều trị

Bảng 3.2. Đặc điểm độ giãn CSTL trước điều trị

Mức độ	Nhóm ĐC ($n_1 = 30$)		Nhóm NC ($n_1 = 50$)		p
	n	%	n	%	
Tốt	1	3,3	3	6,7	$> 0,05$
Khá	2	6,7	3	6,7	$> 0,05$
Trung bình	21	70,0	34	63,4	$> 0,05$
Kém	6	20,0	10	20,0	$> 0,05$

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy:

Trước điều trị nhóm NC độ giãn CSTL tập trung chủ yếu ở mức trung bình (63,4%) và nhóm ĐC mức trung bình là 70,0%. Độ giãn CSTL của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.3. Đặc điểm tâm vận động cột sống thắt lưng trước điều trị

Bảng 3.3. Đặc điểm tâm vận động CSTL trước điều trị

Mức độ	Nhóm ĐC (n ₁ = 30)		Nhóm NC (n ₁ = 50)		p
	n	%	n	%	
Tốt	0	0	2	3,3	> 0,05
Khá	1	3,3	4	6,6	> 0,05
Trung bình	24	80,0	35	66,7	> 0,05
Kém	5	16,7	9	23,3	> 0,05

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.3 cho thấy:

Trước điều trị nhóm NC tâm vận động CSTL tập trung chủ yếu ở mức trung bình (66,7%) và nhóm ĐC mức trung bình là 80,0%. Tâm vận động CSTL của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

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

Bảng 3.4. Hình ảnh trên phim X - quang cột sống thắt lưng

Hình ảnh X – quang	Nhóm NC (n ₁ = 50)		Nhóm ĐC (n ₁ = 30)		p
	n	%	n	%	
Gai xương	46	86,7	27	90,0	> 0,05
Đặc xương dưới sụn	34	46,7	13	43,3	> 0,05
Hẹp khe đốt sống	36	53,3	17	56,7	> 0,05
Hẹp lỗ tiếp hợp	37	56,7	16	53,3	> 0,05
Mất đường cong sinh lý	28	26,7	9	30,0	> 0,05

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4 cho thấy:

Giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hình ảnh trên phim X- quang cột sống thắt lưng với $p > 0,05$.

3.3. Kết quả nghiên cứu của điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie

3.3.1. Sự thay đổi mức độ đau trước và sau điều trị ở hai nhóm

Bảng 3.5. So sánh sự thay đổi điểm VAS ở 2 nhóm trước và sau 7 ngày điều trị

Thời gian	NC (n=50) (1) $\bar{X} \pm SD$	ĐC (n=30) (2) $\bar{X} \pm SD$	p (1-2)
D₀	7,02 ± 1,78	7,21 ± 1,92	p > 0,05
D₇	4,93 ± 1,65	5,87 ± 1,42	p ≤ 0,05
P_{D0-D7}	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05	

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.5 cho thấy:

Sau 7 ngày điều trị mức độ đau ở cả hai nhóm đều được cải thiện rõ rệt, thông qua số điểm trung bình đều giảm ở cả hai nhóm. Sự cải thiện mức độ đau sau 7 ngày của nhóm NC cao hơn so với nhóm ĐC với $p (1-2) \leq 0,05$.

Bảng 3.6. So sánh sự thay đổi điểm VAS ở 2 nhóm trước và sau 21 ngày điều trị

Thời gian	NC (n=50) (1) $\bar{X} \pm SD$	ĐC (n=30) (2) $\bar{X} \pm SD$	p (1-2)
D₀	7,02 ± 1,78	7,21 ± 1,92	p > 0,05
D₂₁	1,93 ± 1,65	1,62 ± 1,42	p ≤ 0,05
P_{D0-D21}	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05	

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.6 cho thấy:

Sau 21 ngày điều trị mức độ đau ở cả hai nhóm đều được cải thiện rõ rệt, thông qua số điểm trung bình đều giảm ở cả hai nhóm. Sự cải thiện mức độ đau sau 21 ngày của nhóm NC cao hơn so với nhóm ĐC với $p(1-2) \leq 0,05$.

3.3.2. Đánh giá kết quả về độ giãn cột sống thắt lưng của hai nhóm

Tỷ lệ bệnh nhân ở các mức độ cải thiện độ giãn CSTL sau 7 ngày và sau 21 ngày điều trị của cả hai nhóm đối tượng được trình bày trong bảng 3.7 và bảng 3.8

Bảng 3.7. Sự cải thiện độ giãn CSTL sau 7 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm ĐC (1) (n ₁ = 30)				p	Nhóm NC (2) (n ₁ = 50)				p
	D ₀		D ₇			D ₀		D ₇		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tốt	1	3,3	6	20,0	≤ 0,01	2	6,6	22	40,0	≤ 0,01
Khá	2	6,6	7	23,3		2	6,6	21	36,7	
Trung bình	21	70,0	14	46,7		29	63,3	7	23,3	
Kém	7	23,3	3	10,0		17	23,3	0	0	
p (1-2)	≤ 0,05									

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.7 cho thấy:

- Sau 7 ngày điều trị, nhóm NC độ giãn CSTL mức độ tốt tăng từ 6,6% đến 40,0%, nhóm C tăng từ 3,3% lên 20,0%. Mức độ khá: nhóm NC trước

điều trị 6,6% sau điều trị 36,7%. Nhóm C trước điều trị là 6,6% sau điều trị 23,3%. Độ giãn CSTL của cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị $p \leq 0,01$.

- Sự cải thiện độ giãn CSTL của nhóm NC cao hơn nhóm ĐC sau 7 ngày điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

Bảng 3.8. Sự cải thiện độ giãn CSTL sau 21 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm ĐC (1) ($n_1 = 30$)				p	Nhóm NC (2) ($n_1 = 50$)				p
	D ₀		D ₂₁			D ₀		D ₂₁		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tốt	1	3,3	11	36,7	$\leq 0,01$	2	6,6	27	56,7	$\leq 0,01$
Khá	2	6,6	13	43,3		2	6,6	22	40,0	
Trung bình	21	70,0	6	20,0		29	63,3	1	3,3	
Kém	7	23,3	0	0		17	23,3	0	0	
p (1-2)	$\leq 0,05$									

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.8 cho thấy:

- Sau 21 ngày điều trị, nhóm NC độ giãn CSTL mức độ tốt tăng từ 6,6% đến 56,7%, nhóm ĐC tăng từ 3,3% lên 36,7%. Mức độ khá: nhóm NC trước điều trị 6,6% sau điều trị 40,0%. Nhóm ĐC trước điều trị là 6,6% sau điều trị 43,3%. Độ giãn CSTL của cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị $p \leq 0,01$.

- Sự cải thiện độ giãn CSTL của nhóm NC cao hơn nhóm ĐC sau 21 ngày điều trị là có sự khác biệt với $p \leq 0,05$.

3.3.3. Đánh giá kết quả về tầm vận động CSTL của hai nhóm

Tỷ lệ bệnh nhân ở các mức độ cải thiện tầm vận động CSTL sau 7 ngày và sau 21 ngày điều trị của cả hai nhóm đối tượng được trình bày trong bảng 3.9 và 3.10

Bảng 3.9 Sự cải thiện tầm vận động CSTL sau 7 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm ĐC (1) (n ₁ = 30)				p	Nhóm NC (2) (n ₁ = 50)				p
	D ₀		D ₇			D ₀		D ₇		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tốt	0	0	5	16,7	≤ 0,01	1	3,3	23	43,3	≤ 0,01
Khá	1	3,3	7	23,3		2	6,6	20	33,3	
Trung bình	24	80,0	16	53,3		30	66,7	7	23,3	
Kém	5	16,7	2	6,6		17	23,3	0	0	
p (1-2)	≤ 0,05									

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.9 cho thấy:

- Sau 7 ngày điều trị, cải thiện tầm vận động CSTL của cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị $p \leq 0,01$. Tầm vận động CSTL (đánh giá qua ba động tác) ở mức độ tốt và khá của nhóm NC là 76,6% cao hơn nhóm ĐC là 40,0 %. Trong nhóm ĐC sau 15 ngày điều trị còn 2 trường hợp có tầm vận động CSTL ở mức độ kém.

Bảng 3.10. Sự cải thiện tâm vận động CSTL sau 21 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm ĐC (1) (n ₁ = 30)					Nhóm NC (2) (n ₁ = 50)				
	D ₀		D ₂₁		p	D ₀		D ₂₁		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tốt	0	0	6	20,0	≤0,01	1	3,3	26	53,3	≤0,01
Khá	1	3,3	7	23,3		2	6,7	20	33,3	
Trung bình	24	80,0	17	56,7		30	66,7	4	13,4	
Kém	5	16,7	0	0		17	23,3	0	0	
p (1-2)	≤ 0,05									

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.10 cho thấy:

Sau 21 ngày điều trị, cải thiện tâm vận động CSTL của cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị $p \leq 0,05$. Tâm vận động CSTL (đánh giá qua ba động tác) ở mức độ tốt và khá của nhóm NC là 86,6% cao hơn nhóm ĐC là 43,3 %.

3.3.4. Mức cải thiện chức năng sinh hoạt

Bảng 3.11 Mức cải thiện chức năng sinh hoạt sau 7 ngày điều trị

Mức độ \ Nhóm	Nhóm NC (n ₁ = 50) (1)		Nhóm ĐC (n ₁ = 30) (2)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	
Không ảnh hưởng	0	0	0	0	>0,05
Ảnh hưởng ít	32	73,33	16	53,33	
Ảnh hưởng trung bình	18	26,67	14	46,67	
Ảnh hưởng nhiều	0	0	0	0	
Tổng	30	100	30	100	

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.11 cho thấy:

Ảnh hưởng ít tăng lên chiếm 73,33% (nhóm nghiên cứu) và 53,33% (nhóm chứng). Ảnh hưởng trung bình giảm xuống chiếm 26,67% nhóm nghiên cứu và 46,67% nhóm chứng. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.12. Mức cải thiện chức năng sinh hoạt sau 21 ngày điều trị

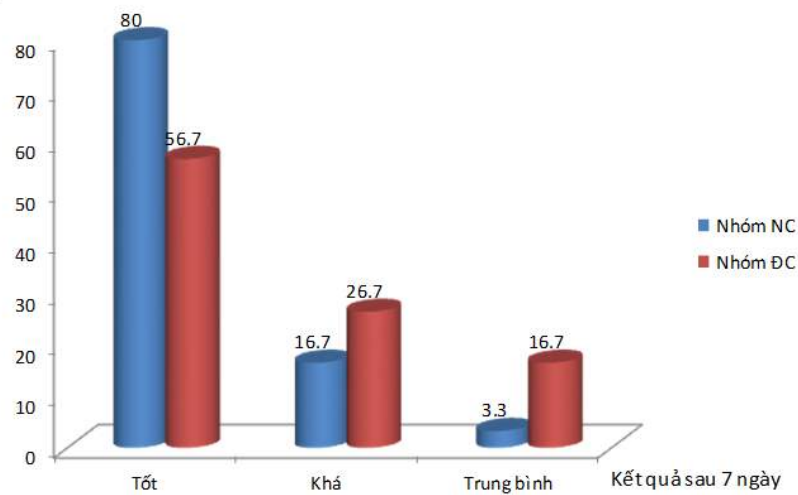
Mức độ \ Nhóm	Nhóm NC (n ₁ = 50) (1)		Nhóm ĐC (n ₁ = 30) (2)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	
Không ảnh hưởng	36	86,67	17	56,67	≤ 0,05
Ảnh hưởng ít	14	13,33	13	43,33	
Ảnh hưởng trung bình	0	0	0	0	
Ảnh hưởng nhiều	0	0	0	0	
Tổng	30	100	30	100	

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.12 cho thấy:

Sau 30 ngày điều trị, không ảnh hưởng chiếm 86,67% nhóm nghiên cứu cao hơn 56,67% nhóm chứng. Ảnh hưởng ít chiếm 13,33% (nhóm nghiên cứu) và 43,33% (nhóm chứng). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

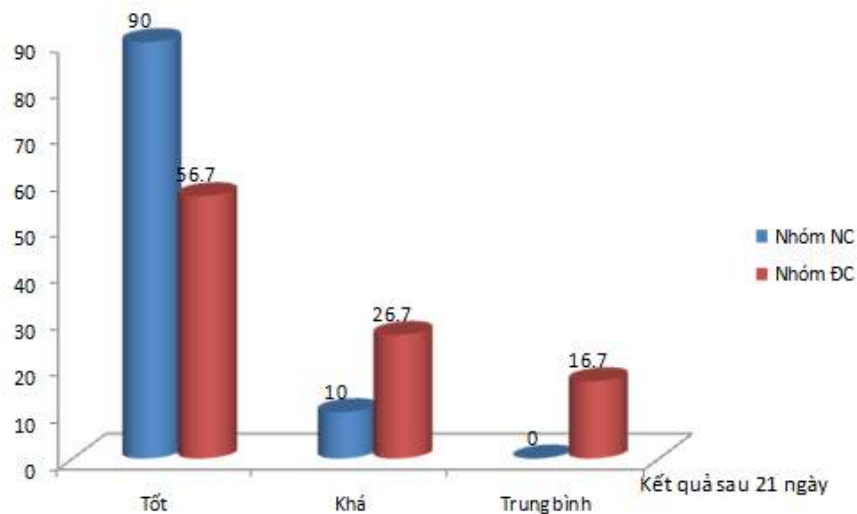
3.3.5. Kết quả điều trị chung của hai nhóm

Tỉ lệ %



Biểu đồ 3.6 Kết quả điều trị chung sau 7 ngày điều trị

Tỉ lệ %



Biểu đồ 3.7 Kết quả điều trị chung sau 21 ngày điều trị

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.6 và biểu đồ 3.7 cho thấy:

- Sau 7 ngày điều trị, cả hai nhóm đều đạt được kết quả cao và không có bệnh nhân nào điều trị không đạt kết quả. Ở nhóm NC: mức độ tốt đạt 80%; khá 16,7%, trung bình 3,3%. Ở nhóm ĐC: mức độ tốt 56,7%; khá 26,7%; trung bình 16,7%. Kết quả điều trị của nhóm NC là cao hơn rõ rệt so với nhóm ĐC. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

- Sau 21 ngày điều trị, cả hai nhóm đều đạt được kết quả cao và không có bệnh nhân nào điều trị không đạt kết quả. Ở nhóm NC: mức độ tốt đạt 90,0%; khá 10,0%, trung bình 0%. Ở nhóm ĐC: mức độ tốt 56,7%; khá 26,7%; trung bình 16,7%. Kết quả điều trị của nhóm NC là cao hơn rõ rệt so với nhóm ĐC. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Giới tính

Thoái hóa cột sống thắt lưng gặp ở cả nam và nữ, sự phân bố tỷ lệ giữa nam và nữ khác nhau tùy theo từng nghiên cứu. Hầu hết các báo cáo trong y văn đều thấy nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới.

Theo tác giả Nguyễn Văn Thông tỷ lệ này là 3/1 [28]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam giới. Tỷ lệ nữ giới chiếm 60,0% ở nhóm NC và 63,3% ở nhóm C.

Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của tác giả Trần Thái Hà tỷ lệ nam là 38,6%, nữ là 62,4% [33].

Vì sao nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cao như vậy? Cũng có thể giải thích là các bệnh nhân nghiên cứu là bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng, mà ở nữ giới, từ tuổi ngoài 30 mật độ xương giảm dần (mỗi năm giảm 0,25 - 1%) [14]. Đến thời điểm trước và sau khi mãn kinh, lượng estrogen giảm mạnh nên tốc độ thoái hóa xương khá nhanh, mỗi năm giảm 1 - 5% với biểu hiện chủ yếu là xẹp xương [14].

Thêm vào đó, quá trình lão hóa đã làm giảm công năng của tế bào xương, sự hấp thu canxi và sự tổng hợp các vitamin kém đi, ảnh hưởng xấu đến cấu trúc của xương, sụn mỏng đi, mất tính đàn hồi... gây ra các triệu chứng đau nhức, hạn chế vận động...[54]. Đối với những nguyên nhân khác gây ra đau thắt lưng như thoát vị đĩa đệm, do lạnh...có thể giải thích tỷ lệ nữ mắc cao hơn nam là do trong điều kiện kinh tế hiện nay, nữ giới cũng phải làm những công việc nặng không kém gì nam giới, cộng thêm tình trạng thoái hóa như đã nói ở trên. Mặt khác, khi điều kiện kinh tế khá hơn, nữ giới cũng chú ý đến việc chăm sóc cho sức khỏe bản thân tốt hơn; và sức

chịu đựng của nữ giới cũng kém hơn nam giới nên đi khám và được phát hiện bệnh nhiều hơn.

4.1.2. Tuổi

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tập trung ở nhóm tuổi 40-60 chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm. Tuổi trung bình của nhóm NC là $40,12 \pm 4,15$, nhóm ĐC là $40,84 \pm 5,03$. Tuổi trẻ nhất ở nhóm NC là 30, của nhóm C là 32 tuổi. Tuổi cao nhất của nhóm NC là 71, nhóm ĐC là 62 tuổi. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lương Thị Dung: nhóm >60 tuổi chiếm 42,9%, nhóm 40 - 49 tuổi chiếm 28,6%, hai nhóm 30 - 39 và 50 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn [8].

Kết quả của chúng tôi có phần khác biệt với nghiên cứu của tác giả Đoàn Hải Nam [3], Lê Thế Biểu [7]. Trong nghiên cứu của Đoàn Hải Nam, bệnh nhân đau thắt lưng do lạnh là ở độ tuổi 20 - 60, trong đó nhiều nhất ở nhóm tuổi 40 - 49, chiếm tỷ lệ 36,7%, tiếp đến ở nhóm tuổi 30 - 39 (26,7%), nhóm 20 - 29 tuổi là 23,3%, nhưng nhóm tuổi 50 - 60 chỉ có 13,3%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thế Biểu và cộng sự năm 1998 cho thấy tỷ lệ đau thắt lưng ở những quân nhân và công nhân Việt Nam chủ yếu gặp ở lứa tuổi 20 - 49 chiếm 94,7%.

Sự khác biệt kết quả giữa các nghiên cứu có gì mâu thuẫn không? Có thể giải thích sự khác biệt này là do đối tượng của từng nghiên cứu là khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào tất cả các đối tượng thoái hóa cột sống thắt lưng, trong khi đó nghiên cứu của Đoàn Hải Nam là đau lưng do hàn thấp (X-quang không có tổn thương thực thể cột sống thắt lưng), và của Lê Thế Biểu là những quân nhân và công nhân bị đau thắt lưng.

Người ta đã chứng minh được rằng quá trình thoái hóa đĩa đệm thường xảy ra từ rất sớm, tuổi trên 30 thì không có người nào là không thoái hóa đĩa đệm, nhất là cột sống thắt lưng. Người ta nhận thấy mức độ thoái hóa đĩa đệm tăng dần theo tuổi, ở tuổi trẻ chỉ thấy thoái hóa đĩa đệm ở giai đoạn 1 và 2. Từ 45 - 50 tuổi và trên 50 tuổi đa số thoái hóa đĩa đệm ở giai đoạn 3, 4 và 5. Quá trình thoái hóa sinh lý theo tuổi của đĩa đệm đã biến đĩa đệm thành một tổ chức chứa đựng những yếu tố nguy cơ sẵn sàng bị bệnh. Mặt khác, thoái hóa thực chất là bệnh lý người cao tuổi, thường diễn biến mạn tính, ít khi gặp ở một cơ quan, tạng phủ hoặc tổ chức nào đó mà thường gặp bệnh lý có sự phối hợp của nhiều cơ quan, tổ chức, tạng phủ với nhau. Trong khi đó, điều trị các bệnh mạn tính là thế mạnh của y học cổ truyền với nhiều phương pháp điều trị không dùng thuốc (châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, giác hơi, khí công dưỡng sinh...), điều trị nguyên nhân vừa an toàn, hiệu quả, chi phí điều trị lại hợp lý. Điều này rất phù hợp với đối tượng hưu trí, người cao tuổi.

4.1.3. Nghề nghiệp

Qua các kết quả nghiên cứu cho thấy số bệnh nhân là viên chức, hưu trí của cả 2 nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 66,6% ở nhóm nghiên cứu và 63,3% ở nhóm đối chứng, tiếp đến là số bệnh nhân có nghề nghiệp buôn bán tự do và làm ruộng. Sự khác biệt về nghề nghiệp giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sự khác biệt này phù hợp với một số nghiên cứu như của Trần Thị Kiều Lan [35]. Nghề nghiệp nhóm viên chức đặc trưng bệnh lý văn phòng chủ yếu làm việc với kéo dài với tư thế ngồi thường xuyên gây tăng nguy cơ thoái hóa cột sống thắt lưng. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại thành phố, cỡ mẫu nhỏ vì vậy có thể ảnh hưởng tới yếu tố nghề nghiệp của bệnh nhân trong nghiên cứu.

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh được tính từ khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng đầu tiên cho tới khi bệnh nhân đến khám bệnh. Qua thống kê cho thấy, số bệnh nhân có mắc bệnh bệnh từ 2 năm trở lên của cả 2 nhóm chiếm tỷ lệ cao sau đó là nhóm mắc bệnh 1 -2 năm và ít nhất là nhóm <1 năm. Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt với $P=0,689$.

Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Nghiêm Thị Thu Thủy: tỷ lệ đau <1 tháng là 36,67%, 3 - 6 tháng là 16,67%, >6 tháng là 26,67%, từ 1 - 3 tháng là 20,0% [9]. Có thể lý giải được rằng, nhóm bệnh nhân có thời gian đau >3 tháng thường là những người thoái hóa cột sống thắt lưng, nên đau âm ỉ, ít gây ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt của bệnh nhân.

4.1.5. Bệnh mắc kèm theo

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy số bệnh nhân có mắc bệnh kèm theo của cả 2 nhóm chiếm tỷ lệ cao (chiếm >70,0%). Sự khác biệt về mắc bệnh kèm theo không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Điều này là hoàn toàn phù hợp vì ở độ tuổi này chức năng các tạng bắt đầu suy nhất là ở nữ giới($7 \times 7 = 49$ thiên quý kiệt).

4.2. Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị

4.2.1. Mức độ đau thắt lưng theo thang điểm VAS trước điều trị

Hiện nay có rất nhiều phương pháp đánh giá mức độ đau, nhưng chúng tôi sử dụng thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo của hãng Astra-Zeneca. Đây là phương pháp vừa đơn giản vừa dễ thực hiện. Ở phương pháp này bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau của bản thân mình.

Kết quả của chúng tôi cho thấy trong cả hai nhóm bệnh nhân vào nhập viện đều ở mức độ đau vừa và nặng: điểm đau VAS trung bình nhóm nghiên cứu là $7,02 \pm 1,78$ điểm, nhóm chứng là $7,21 \pm 1,92$ điểm. Trong nghiên cứu, các bệnh nhân đa số có mức độ đau nặng ($4 < VAS \leq 6$ điểm), chiếm 50,0%

nhóm nghiên cứu và 46,7% nhóm chứng. Bệnh nhân đau vừa ($2 < VAS \leq 4$ điểm) chiếm 13,3% nhóm nghiên cứu và 6,6% nhóm chứng. Bệnh nhân đau rất nặng ($6 < VAS \leq 8$ điểm) chiếm 33,3% nhóm nghiên cứu và 36,63% nhóm chứng. Sự khác biệt về các mức độ đau và điểm đau trung bình của 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Nghiên cứu của các tác giả khác nhau cũng thu được kết quả đa phần là khác nhau về mức độ đau, thậm chí còn trái ngược nhau. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kiều Lan, nghiên cứu trên 60 bệnh nhân đau lưng do thoái hóa cột sống, trước điều trị có mức độ đau nhẹ và vừa của nhóm nghiên cứu là 90,0%, nhóm chứng là 86,7% [35].

So sánh với nghiên cứu của chúng tôi thì các kết quả này không có sự tương đồng. Sự khác nhau có lẽ là do không đồng nhất về phương pháp chọn đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu. Mặt khác đau là triệu chứng chủ quan, phụ thuộc vào cách đánh giá, cách cảm nhận, diễn đạt và tình trạng tâm lý của bệnh nhân.

4.2.2. Độ giãn và tầm vận động cột sống thắt lưng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trước điều trị cả hai nhóm bệnh nhân đều có độ giãn CSTL bị hạn chế ở mức độ kém và trung bình. Nhóm NC mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất là 63,3%, tiếp đến mức độ kém là 23,3%.

Kết quả này có phần khác biệt so với các nghiên cứu khác. Theo Trần Thị Lan Nhung [34] tỷ lệ bệnh nhân có độ giãn CSTL ở mức độ khá chiếm 41,6%, mức độ tốt chiếm 31,5%, mức độ trung bình chiếm 26,9%.

Tầm vận động cột sống thắt lưng (gấp, duỗi, nghiêng) của bệnh nhân ở cả hai nhóm trước điều trị đều ở mức độ trung bình và kém. Điều này phù hợp với bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu ở giai đoạn đau bán cấp.

4.3. Hiệu quả điều trị

4.3.1. Sự thay đổi thang điểm VAS sau điều trị

Từ kết quả nghiên cứu chúng ta có thể thấy được mức độ đau của bệnh nhân ở hai nhóm cải thiện rất đáng kể, bệnh nhân đều chuyển từ mức độ đau nặng sang đau vừa và nhẹ. Điểm VAS trung bình của cả hai nhóm sau điều trị đều giảm đáng kể. Nhóm nghiên cứu giảm từ $7,02 \pm 1,78$ trước điều trị xuống còn $1,93 \pm 1,65$ sau điều trị. Ở nhóm chứng, từ $7,21 \pm 1,92$ xuống còn $1,62 \pm 1,42$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm đối chứng cho thấy bệnh nhân ở nhóm NC giảm đau tốt hơn so với bệnh nhân ở nhóm đối chứng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều tác giả khác. Theo nghiên cứu của Trần Thị Lan Nhung [34] mức độ đau của bệnh nhân giảm hiệu quả từ $6,3 \pm 1,5$ (đau nặng) xuống còn $2,4 \pm 1,3$ (đau nhẹ).

Trong nghiên cứu của Đoàn Hải Nam sau 20 ngày điều trị mức độ không đau của nhóm nghiên cứu là 73,3%, mức độ đau nhẹ là 20%, đau vừa 6,7% [3].

Nghiên cứu của Lương Thị Dung cũng sau 20 ngày điều trị kết quả không đau và đau nhẹ là 85,8% [8].

Theo y học hiện đại xoa bóp bấm huyệt có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Xoa bóp bấm huyệt tác động lên huyết sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại A δ type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ tuỷ sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các tạng phủ... Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hoá khi tác động vào huyết có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này.

4.3.2. Sự cải thiện độ giãn và tâm hoạt động CSTL sau điều trị

4.3.2.1. Sự cải thiện độ giãn CSTL

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm sau điều trị 21 ngày, độ giãn CSTL ở từng nhóm đều tăng lên rõ rệt. Ở nhóm nghiên cứu trước điều trị mức độ giãn tốt là 6,6%, tăng lên 56,7% sau điều trị, mức độ trung bình giảm từ 63,3% xuống còn 3,3% . Ở nhóm đối chứng mức độ giãn tốt cũng tăng từ 3,3% trước điều trị lên 36,7% sau điều trị. Như vậy, sau điều trị ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện độ giãn CSTL tốt hơn nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả của Trần Thị Kiều Lan: sau 14 ngày điều trị sự cải thiện độ giãn CTL của hai nhóm là rất rõ rệt ($p < 0,05$), ở nhóm II mức độ tốt tăng từ 0% lên 76,7%, nhóm I tăng từ 0% lên 50%, so sánh mức độ tốt giữa hai nhóm thì chúng tôi thấy ở nhóm II cao hơn hẳn (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$) [35].

Nghiên cứu của Đoàn Hải Nam điều trị ĐTL cấp và bán cấp do lạnh bằng điện châm huyết Ủy trung và Giáp tích L1 - L5 (83,3%) nhưng ngày điều trị của chúng tôi là 21 ngày, còn các tác giả đều nghiên cứu trong 14 - 20 ngày [3].

Theo Lê Thị Kiều Hoa, hiệu quả của kéo giãn cột sống đơn thuần lên độ giãn CSTL cho kết quả rất tốt là 42,4%, tốt 33,3%, trung bình 15,2%, không kết quả 9,1%. Như vậy, kết quả đạt được của chúng tôi là cao hơn [7].

Như vậy cả hai phương pháp đều có tác dụng làm tăng độ giãn CSTL, nhưng nhóm nghiên cứu cho tác dụng tốt hơn nhóm đối chứng. Kết quả này phù hợp với kết quả giảm đau theo thang điểm VAS, bởi khi bệnh nhân đỡ đau thì độ giãn CSTL cũng tăng lên rõ rệt.

4.3.2.2. Sự cải thiện tầm vận động CSTL

Trong ĐTL hạn chế tầm vận động CSTL cũng như độ giãn CSTL là hậu quả của triệu chứng đau. Ngoài ra trong ĐTL có hiện tượng co rút các cơ cạnh sống, co rút các tổ chức liên kết bao gồm gân cơ, dây chằng, bao khớp... Xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau, giảm co cứng cơ, tăng tính linh hoạt của cột sống do đó làm tăng độ giãn cột sống và cải thiện tầm vận động của cột sống. Điểm đáng lưu ý là công thức huyệt trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng nhóm huyệt tại chỗ: Thận du, Đại trường du trên cơ lưng to, Giáp tích L1-L5 nằm sát cột sống, sát với đĩa đệm và các tổ chức bao khớp, dây chằng dọc sau, dây chằng vàng, dây chằng liên gai. Chính tác dụng của xoa bóp bấm huyệt với các huyệt vị có tác dụng giảm đau tại chỗ rất hiệu quả, làm giãn cơ, giải phóng chèn ép rễ...do đó mà khôi phục lại tầm vận động CSTL và độ giãn CSTL.

Song song với việc độ giãn CSTL cải thiện nhanh chóng thì mức độ hoạt động cột sống thắt lưng cũng cải thiện khá tốt so với trước điều trị: nhận thấy có sự cải thiện rõ rệt về tầm vận động cột sống sau điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

So sánh kết quả nghiên cứu của Lưu Trường Chinh [68] và một số tác giả khác sau 14 ngày điều trị chúng tôi nhận thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

Đau thắt lưng gây ra hậu quả làm hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng cũng như độ giãn CSTL. Ngoài ra, khi bị đau, các khối cơ cạnh sống cũng bị co rút, đồng thời co rút cả các tổ chức liên kết gồm gân, dây chằng, bao khớp...do đó gây hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng. Điều này có thể được giải thích như sau: xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau tốt, việc cải thiện mức độ đau nhanh và nhiều đã giúp cho độ giãn cột sống thắt lưng cũng như tầm vận động cột sống thắt lưng cải thiện nhanh chóng.

Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả của tác giả Trần Thị Kiều Lan [35]: so sánh kết quả điều trị giữa hai nhóm I và nhóm II chúng tôi nhận thấy sự cải thiện độ nghiêng, độ gấp, độ uốn của nhóm II cao hơn nhóm I, Sau 7 ngày mặc dù mức độ tốt của nhóm II (36,7%) cao hơn mức độ tốt của nhóm I (20%) nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Tuy nhiên sau 14 ngày điều trị thì mức độ tốt của nhóm II (80%) cao hơn mức độ tốt của nhóm I (56,7%) với $p < 0,05$.

Nghiên cứu của Nguyễn Chí Hiệp cho thấy 83,2% bệnh nhân có độ giãn CSTL bình thường sau điều trị [12].

4.3.3. Mức cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi “Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire” để đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày vì các câu hỏi trong bảng dễ hiểu, dễ sử dụng, không quá phức tạp, tự bệnh nhân có thể đánh giá được. Bảng gồm 8 câu hỏi: cường độ đau, đau và giấc ngủ, dị cảm tay về đêm, thời gian kéo dài triệu chứng, mang xách đồ vật, đọc hoặc xem tivi, làm việc nhà và tham gia các hoạt động xã hội.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: sau 7 ngày điều trị mức ảnh hưởng ít tăng lên chiếm 73.33% (nhóm nghiên cứu) và 53.33% (nhóm chứng). Ảnh hưởng trung bình giảm xuống chiếm 26.67% nhóm nghiên cứu và 46.67% nhóm chứng. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Sau 21 ngày điều trị không ảnh hưởng chiếm 86.67% nhóm nghiên cứu cao hơn 56.67% nhóm chứng. Ảnh hưởng ít chiếm 13.33% (nhóm nghiên cứu) và 43.33% (nhóm chứng). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$.

Mức cải thiện chức năng sinh hoạt ở nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng. Tỷ lệ các mức độ cải thiện giữa các chức năng sinh hoạt hàng ngày

trước và sau điều trị 7 ngày, 21 ngày có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$.

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Chí Hiệp [12], không ảnh hưởng là 88,43%, thì nghiên cứu của chúng tôi là tương đương 86,67%. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tương ứng với mức độ giảm triệu chứng bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

4.3.4. Hiệu quả điều trị chung

Việc đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng của bất kỳ một phương pháp nào không chỉ dựa vào một khía cạnh đơn thuần như: giảm mức độ đau hay cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng... mà bao gồm tổng hòa cả nhiều khía cạnh ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chính vì vậy trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá kết quả điều trị dựa trên các chỉ số: mức độ đau, độ giãn cột sống thắt lưng và chức năng sinh hoạt hàng ngày theo bộ câu hỏi Oswestry Disability.

Trong nghiên cứu chúng tôi, sau điều trị kết quả nhóm bệnh nhân nghiên cứu là: Mức độ tốt và khá đạt 100%, trung bình đạt 0%. Ở nhóm chứng mức độ tốt và khá đạt 83,4%, mức độ trung bình đạt 16,7 %; cả hai nhóm đều không có bệnh nhân ở mức độ kém. Tổng điểm trung bình của nhóm nghiên cứu là $9,8 \pm 1,2$; so với nhóm chứng có tổng điểm sau điều trị là $8,02 \pm 1,3$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với một số nghiên cứu của các tác giả khác, thấy được sự khác nhau như sau:

Kết quả nghiên cứu của Hồ Thị Tâm: Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng phương pháp cấy chỉ catgut và huyết thủy tỷ lệ đạt kết quả tốt là 80%, khá là 20% [4].

So sánh với kết quả nghiên cứu của Lưu Trường Chinh (2010) [58] tiến hành kết hợp xoa bóp bấm huyệt với cứu ngải cho kết quả khỏi và đỡ là 86,7%.

Nghiên cứu của Tarasenko Lidiya (2003) [31] điều trị hội chứng đau thắt lưng hông do thoái hoá cột sống bằng điện mãng châm kết quả tỷ lệ đỡ và khỏi 100%.

Phan Chúc Lâm và Nguyễn Văn Thông (1999) điều trị đau CSTL giai đoạn bán cấp và mạn tính. Đối tượng gồm 1390 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh cột sống, thuốc chống viêm - giảm đau, tiêm ngoài màng cứng kết hợp với tập vận động. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tốt và khá đạt 80%, trung bình là 13% [28].

Năm 2007, Trần Thái Hà nghiên cứu điều trị đau thần kinh tọa do TVĐĐ CSTL bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vật lý trị liệu. Kết quả rất tốt và tốt đạt 93,4%, trung bình là 6,6% [33].

Như vậy, điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie cho hiệu quả điều trị cao, tuy nhiên mỗi nghiên cứu cho kết quả điều trị khác nhau có thể là do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, thời điểm nghiên cứu, tiêu chí đánh giá kết quả và sự kết hợp các phương pháp là khác nhau.

KẾT LUẬN

Với những kết quả thu được trong điều trị đau thắt lưng bằng điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie có tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động CSTL tốt hơn so với điện châm thông thường:

- Điểm đau trung bình nhóm nghiên cứu là $7,02 \pm 1,78$ và giảm dần đến ngày thứ 7 chỉ còn $4,93 \pm 1,65$ và ngày thứ 21 chỉ còn $1,93 \pm 1,65$; nhóm đối chứng là $7,21 \pm 1,92$ giảm đến ngày thứ 7 còn $5,87 \pm 1,42$ và ngày thứ 21 còn $1,62 \pm 1,42$. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie có tác dụng cải thiện tầm vận động CSTL và một số yếu tố liên quan tốt hơn so với điện châm thông thường:

- Độ giãn CSTL, tầm vận động CSTL ở cả hai nhóm đều cải thiện tuy nhiên ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

- Chức năng sinh hoạt hàng ngày ở cả hai nhóm đều cải thiện tuy nhiên ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

- Từ các chỉ số đánh lâm sàng trên cho thấy hiệu quả điều trị chung của hai nhóm đều tăng rõ rệt và nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

KIẾN NGHỊ

Điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie có hiệu quả tốt với bệnh nhân đau thắt lưng. Phương pháp có thể áp dụng để điều trị rộng rãi trong điều trị và chăm sóc sức khỏe nhân dân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TRONG NƯỚC

1. Đặng Thị Xuân Liễu (2005), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân đau thần kinh tọa*, Luận văn Thạc sĩ Y học.
2. Dương Xuân Đạm (2014), “Điều trị bằng dòng điện”, *Vật lý trị liệu đại cương: nguyên lý và thực hành*, Nhà xuất bản Văn hóa thông tin, tr 64-123.
3. Đoàn Hải Nam (2005). Đánh giá tác dụng của điện châm huyết Ủy Trung và Giáp tích thắt lưng (L1 - L5) trong điều trị chứng yếu thống thể hàn thấp, Luận văn thạc sỹ y học.
4. Hồ Thị Tâm (2013). Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyết, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Hồ Hữu Lương (2008), *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 7 - 75.
6. Hoàng Bảo Châu (1997). Chứng Tý. Nội khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 574 - 585.
7. Lê Thế Biểu, Lê Trần Ngoan (1995). Tình hình đau thắt lưng ở nhà máy nhiệt điện Phả Lại, Đề tài nghiên cứu cấp Bộ, Viện Quân Y 7 Hải Dương, tr 137-139.
8. Lương Thị Dung (2008), “*Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống*”, Khoá luận tốt nghiệp Bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Nghiêm Thị Thu Thủy (2013). Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú Đại học Y Hà Nội.

10. Nghiêm Hữu Thành (2012). *Điều trị một số chứng đau bằng điện châm, thủy châm*. Nhà xuất bản Y học. Tr 24-39.
11. Nguyễn Bá Quang (2009), “*Nghiên cứu tác dụng của điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể phong hàn thấp*”, Tạp chí Y học thực hành, tr. 13 - 16.
12. Nguyễn Chí Hiệp (2018), “*Đánh giá tác dụng của xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc TK1 trong điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống thắt lưng*”, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
13. Nguyễn Mai Hương (2001), *Đối chiếu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh Cộng hưởng từ của thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
14. Nguyễn Nhược Kim (2015). *Vai trò của YHCT và kết hợp YHHD trong điều trị một số bệnh xương khớp mạn tính*, Nhà xuất bản Y học, 23 - 49.
15. Nguyễn Quang Quyền (1999), *Atlas giải phẫu người*, Frank H, Netter, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội (Tài liệu dịch sang tiếng Việt), tr 160-162.
16. Nguyễn Tài Thu (1995), *Châm cứu chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
17. Nguyễn Tài Thu (1995). *Châm cứu chữa bệnh*. Nhà xuất bản Y học, tr 19 - 32.
18. Nguyễn Tài Thu (2001). *Nghiên cứu điện châm cai nghiện ma túy*. Đề tài khoa học công nghệ cấp nhà nước mã số KHCN 1106B. Tr 3- 13.
19. Nguyễn Tài Thu (2005). *Châm chữa đau và châm tê trong phẫu thuật tại Việt Nam*. Tạp chí Y học Việt Nam (No2/2005). Tr 10-25.
20. Nguyễn Tài Thu (2013). *Tân châm*. Nhà xuất bản Thế giới. Tr 43-114.
21. Nguyễn Tấn Dũng, Nguyễn Thị Thanh (1999), *Kết quả phục hồi chức năng cho bệnh nhân đau thần tọa do thoát vị đĩa đệm 1998-1999*, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Hội Phục hồi chức năng, số 6, tr 218-228.

22. Nguyễn Thành Tuyên (2010), *Đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp của bài tập McKenzie trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
23. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2010), “Đau vùng thắt lưng và đau thần kinh tọa”, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr 154-164.
24. Nguyễn Thị Thu Hương (2003), *Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn bằng điện châm các huyết giáp tích từ L5-S1*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
25. Nguyễn Văn Đăng (2007), “Đau thần kinh hông”, *Thực hành thần kinh*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 308-330.
26. Nguyễn Văn Hải (2007), *Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng bấm kéo nắn*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.
27. Nguyễn Văn Thông (1993), *Góp phần nghiên cứu và đánh giá xoa bóp nắn chỉnh cột sống điều trị thoát vị cột sống thắt lưng*, Luận án Tiến sĩ khoa học Y học.
28. Nguyễn Văn Thông (1999), *Nhận xét kết quả điều trị 1390 trường hợp đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thể ra sau và sau bên giai đoạn bán cấp, mạn tính tại khoa thần kinh Viện 108 từ 1987-1998*, Tạp chí Y học thực hành, số 9, tr 27-29.
29. Nguyễn Xuân Hoàng (2011), “*Đánh giá tác dụng của xoa bóp bấm huyết kết hợp với tập luyện trong điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống thắt lưng*”, Luận văn thạc sĩ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

30. Phan Thị Hạnh (2009), *Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường đại học Y Hà Nội.
31. Tarasenko Lidiya (2003). *Nghiên cứu điều trị hội chứng Đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống L1 - S1 bằng mẫn châm*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
32. Trần Quốc Khánh (2004), *Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng ở công nhân công ty dệt may Huế bằng bài tập McKenzie*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.
33. Trần Thái Hà (2007), *Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp với vật lý trị liệu*, Luận văn Thạc sỹ Y học.
34. Trần Thị Lan Nhung (2006), *Bước đầu nghiên cứu hiệu quả điều trị đau vùng thắt lưng do thoát vị đĩa đệm với phương pháp kéo nắn bằng tay*, Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa.
35. Trần Thị Kiều Lan (2009). *Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp thủy châm trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
36. Triệu Thị Thuỳ Linh (2015), *“Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hoá cột sống”*, Luận văn bác sỹ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.
37. Trịnh Văn Minh (2004), *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, Tập 1, tr 326-334.
38. Trường Đại học Y Hà Nội, Khoa Y học cổ truyền (2014). *Chứng Tý. Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, 486 - 495.

39. Trương Văn Chúc (2016), *Đánh giá tác dụng điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn tốt nghiệp y học, Trường Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
40. Viện nghiên cứu Đông y (1977). Chứng Tý. Trung y học khái luận, Bệnh viện đông y Thanh Hóa, Tập hạ, 20.
41. Vũ Quang Bích (2006), *Phòng và chữa các chứng bệnh đau lưng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
42. Vương Bằng (1963). *Hoàng đế tổ vấn nội kinh*, Nhà xuất bản Vệ sinh nhân dân, 240.

TÀI LIỆU NƯỚC NGOÀI

43. Alexander AH., Jones AM., Rosenbaum DH. (1992), “Nonoperative management of herniated nucleus pulposus: Patient selection by the extension sign – long-term follow-up”, *Orthopaedic Review*, (21), pp 181-188.
44. Allison RG., Scott MH. (2010), “Lumbar extension exercises in conjunction with mechanical traction for the management of a patient with a lumbar herniated disc”, *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(4), pp 256-266.
45. American Association of Neuroscience nurses(AANN): *Cervical Spine Surgery Aguide to preoperative and Postoperative Patient Care* (.Ahn, N.U.,Ahn,U. M.,Amundson, G. M., & An, H. S. (2004). *Cervical disc disease. A. axial-mechanical neck pain and cervical degenerative disease*. Tin J. W.Flymoyer & S. W. Wiesel Philadelphia: Lippincott Williams & Wilhins. (3rd ed., pp. 671- 688).
46. Amir HB. (2005), “Lumbar stabilizing exercises improve activities of daily living in patients with lumbar disc herniation”, *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, No.18, pp 55-60.

47. Andersson, D. G., & Albert, T. J. (2013). The molecular basis of intervertebral disk degeneration. *Seminars in Spine Surgery*, 15, 352-360.
48. Andrew J. et al (2010), “*Outcomes and adverse events from physiotherapy functional restoration for lumbar disc herniation with associated radiculopathy*”, *Disability and Rehabilitation*, Early Online, pp 1-11.
49. Baechle, Thomas, Earle, Roger. (2000) *Essentials of Strength Training and conditioning*, 2nd Edition. HumanKinetics Pub: Champaign, IL
50. Battie MC., Cherkin DC., Dunn R. et al (1994), “Managing low back pain: Attitudes and treatment preferences of physical therapists”, *Physio Therapy*, Vol.74, No.3, pp 219-229.
51. Brian EU., John MM. Ronald GD. (2004), “Combining lumbar extension training with McKenzie therapy: Effects on pain, disability, and psychosocial functioning in chronic low back pain patients”, *Gundersen Lutheran Medical Journal*, Volume 3, Number 2, pp 7-12.
52. Broetz D., Burkard S., Weller M. (2010), “A prospective study of mechanical physiotherapy for lumbar disk prolapsed: Five year follow-up and final report”, *NeuroRehabilitation* 26, pp 155-158.
53. Casha, S., & Fehlings, M. (2003). Clinical and radiological evaluation of the Codman semiconstrained load sharing anterior cervical plate: outcome. *Journal*, 3, 68-81.
54. Edwards, C., Riew, D., Anderson, p., Hilibrand, A., & Vacaro, A.(2003). Cervical myelopathy: Current diagnostic and treatment strategies. *Spine Journal*, 3, 68-81.
55. Frank H.N: Atlas giải phẫu người, NXB Y học Hà Nội, 2009.
56. Gill, S., & Einhorn, T.A.(2014). Metabolic bone disease of the adult and pediatric spine. In J. W.Frymoyer & S.W.

57. Grauer, J. N., Beiner, J. M., & Albert, T. J. (2014). Evaluation and management of cervical instability and kyphosis. In J. W. Frymoyer & S.W. Wiesel(Eds)
58. Lillegard, Rucker. (2009). The handbook of Sports Medicine. A symptom- oriented approach, 2nd Edition. Butterworth- Heinemann Medical: Burlington, MA.
59. Louise Chang M.D (2007), *Study: “Acupuncture Eases Low Back Pain”*, Web MD Health News; p. 410 - 13.
60. Mellion, I., Morris B. (2012). Team Physician’s Handbook, 3rd Edition.Hanley & Belfus, Inc: Philadelphia, PA.
61. Murray, M, T., & Tay, B. K. B.(2004). Natural history of cervical myelopathy. *Seminars in Spine Surgery*, 16(4), 222-227.
62. Ordet Stephen M, Grand Leonard S (2002). Dynamics of clinical rehabilitative exercise: “ Cervical Spine”. WILLIAM & WILKINS Maryland, USD, 142 – 153.
63. Osborn AG (2013). Diagnostic Neuroradiology: “ Cervical Spine: normal anatomy & disc bulges & disc herniation:”. Mosby – Year Book. P756 – 789, 836-856.
64. Perez - Cruet, M.J.,Fessler, R. G., & Perin, N.I. (2012). Review: Complications of minimally invasive spinal surgery. *Neurosurgery*, 51 (Suppl. 2), 26 – 36.
65. Perez- Cruet, M.J.,Fessler, R. G., & Perin, N.I. (2002). Review: Complications of minimally invasive spinal surgery. *Neurosurgery*, 51 (Suppl. 2), 26 – 36.
66. Thomas G. Lowe, M.D. (2008), “*Degenerative Disc Disease and Low Back Pain*”, *European Spine Journal*; Vol. 17, p. 36 - 39.

67. Wedenberg K, Moen B, Norling A (2000), “*A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low back and pelvic pain in pregnancy*”, *Acta Obstet Gynecol Scand*; 79(5); p. 331 - 335.
68. 刘长征 (2010) , 推拿配合艾灸治疗慢性肌劳损随机对照临床研90例, *宜春学院学报*.8月第32卷第8期, 61 – 63.
69. 赵静, 蒋文慧 (2013) , 艾灸配合推拿治疗腰椎间盘突出症120例, 西安交通大学医学院, *陕西中医*第34卷第10期, 1397 - 1398.
70. 陈静 (2016) , 推拿手法联合艾灸治疗腰椎间盘突出症临床100例, 广州市第十二人民医院, *针灸临床杂志*第3卷第1期, 21 - 23.

PHỤ LỤC 1

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

STT Nghiên cứu Đối chứng

I. Phần hành chính

1. Họ và tên:.....
2. Tuổi:.....
3. Giới:
4. Nghề nghiệp:.....
5. Địa chỉ:.....
6. Ngày vào viện:
7. Ngày ra viện:
8. Số bệnh án:
9. Lý do vào viện:

II. Bệnh sử:

- Thời gian bị bệnh:

- Diễn biến:

.....

.....

.....

III. Tiền sử:

1. Bản thân:
2. Gia đình:

IV. Thăm khám theo Tây Y

1. Lâm sàng:

1.1. Hội chứng lâm sàng.

- Hội chứng cột sống cổ Có Không

- Hội chứng rễ thần kinh cổ Có Không
- Hội chứng động mạch đốt sống Có Không
- Hội chứng thực vật dinh dưỡng Có Không
- Hội chứng chèn ép tủy cổ Có Không

1.2. Hướng lan của triệu chứng đau

- Đau tại cột sống/ cạnh sống
- Đau lan ra vùng chẩm
- Đau lan ra vai
- Đau xuống cánh tay
- Đau lan xuống các ngón

1.3. Tính chất đau và các triệu chứng khác kèm theo

- Đau tăng khi: Cúi Ngửa Nghiêng Xoay
- Cảm giác kiến bò và tê tay chân: Thỉnh thoảng Thường xuyên
- Thời gian đau:
 - Chóng mặt khi quay đầu Có Không
 - ù tai, cảm giác ve kêu trong tai Có Không
 - Đau ngực Có Không
 - Cảm giác nghẹn cổ, vã mồ hôi Có Không
 - Giảm phản xạ gân cơ nhị đầu Có Không

2. Cận lâm sàng

- Hình ảnh X-Quang:

.....

.....

.....

.....

.....

3.Chẩn đoán:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm:

V. Thăm khám theo Đông Y

1. Lâm sàng:

- Thể phong hàn thấp:

- Thể khí trệ huyết ứ

- Thể phong thấp nhiệt

- Thể can thận âm hư

2. Điều trị:

- Mc.Kenzie và điện châm

- Điện châm

VI. Thang điểm VAS

Phân loại	Mức độ đau	Thang điểm	Trước điều trị	Sau điều trị 7 ngày	Sau điều trị 21 ngày
Mức 0 điểm	Không đau	0			
Mức 1- 3 điểm	Đau ít	1			
Mức 4- 6 điểm	Đau vừa	2			
Mức 7- 10 điểm	Rất đau	3			

VII. Đánh giá ảnh hưởng của đau với chức năng sinh hoạt

Chỉ số	Tình trạng	Điểm
Cường độ đau	Không đau	0
	Đau ít	1
	Đau trung bình	2
	Đau nhiều	3
Đau và giấc ngủ	Không chịu nổi	4
	Ngủ bình thường	0
	Đôi khi bị đau ảnh hưởng	1
	Thường xuyên	2
Đị cảm về đêm	Ngủ < 5 giờ do đau	3
	Ngủ < 2 giờ do đau	4
	Không có	0
	Đôi khi	1
Thời gian kéo dài triệu chứng	Thường xuyên	2
	Ngủ < 5 giờ do tê hoặc dị cảm	3
	Ngủ < 2 giờ do tê hoặc dị cảm	4
	Cô và tay bình thường suốt ngày	0
Mang xách đồ vật	Có thể xách nặng không đau thêm	0
	Có thể xách nặng nhưng đau thêm	1
	Có thể xách nặng vừa phải	2
	Chỉ xách được vật nhẹ	3
Đọc hoặc xem tivi	Không mang xách được đồ vật	4
	Bình thường	0
	Làm được nếu tư thế thoải mái	1
	Làm được nhưng gây đau thêm	2
Làm việc/ Việc nhà	Làm thời gian ít hơn do đau	3
	Không làm được do đau	4
	Bình thường	0
	Làm được nhưng đau thêm	1
Làm việc/ Việc nhà	Làm 1/2 thời gian bình thường	2
	Làm khoảng 1/4 thời gian bình thường	3
	Hoàn toàn không làm được công việc	4

Hoạt động xã hội	Bình thường	0
	Bình thường nhưng đau thêm	1
	Hạn chế nhưng có thể ra ngoài	2
	Chỉ làm được ở nhà	3
	Hoàn toàn không làm được do đau	4
Tổng điểm		
Trước điều trị		
Sau điều trị 7 ngày		
Sau điều trị 21 ngày		

VII. Đánh giá tiến độ về tầm vận động khớp

Động tác	Trước điều trị	Sau điều trị 7 ngày	Sau điều trị 21 ngày
Cúi			
Ngửa			
Xoay			
Nghiêng T			
Nghiêng P			

1. Ủy ban khảo sát cử động khớp Viện hàn lâm Mỹ năm 1965

- Cách cho điểm:

+ Không hạn chế tầm vận động: 0 điểm

+ Mỗi động tác có hạn chế tầm vận động: 1 điểm

	Tổng điểm
Trước điều trị	
Sau điều trị 7 ngày	
Sau điều trị 21 ngày	

VIII. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

Kết quả	Điểm	VAS	TVĐK	Mức độ ảnh hưởng chức năng
Tốt	0-3	Hết đau hoặc đau ít	Hết hạn chế TVĐK	Hết ảnh hưởng chức năng
Khá	4-12	Đau mức ít	Hết hạn chế hoặc hạn chế ít	Hết ảnh hưởng chức năng hoặc ít
Trung bình	13-21	Đau mức ít	Hạn chế mức trung bình	Mức trung bình
Kém	22-39	Đau nhiều hoặc tăng lên	Hạn chế nhiều	Ảnh hưởng nhiều

PHỤ LỤC 2

CHỈ SỐ OSWESTRY DISABILITY

Bộ câu hỏi OSWESTRY gồm 10 chỉ số, mỗi chỉ số gồm 5 mức độ khả năng khác nhau được cho điểm từ 0 đến 5 điểm, điểm càng cao thì sự ảnh hưởng đến chức năng càng trầm trọng, ở đây nghiên cứu lấy 4 chỉ số:

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

			<ul style="list-style-type: none"> 4. Chỉ có thể nâng được vật rất nhẹ khi nó ở vị trí thuận tiện 5. Không nhắc được bất cứ vật gì
			<p>III. Đi bộ</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Đau nhưng vẫn đi bộ được trong mọi khoảng cách 1. Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 1000m 2. Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 500m 3. Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 250m 4. Chỉ đi được khi sử dụng dụng cụ trợ giúp 5. Không đi bộ được vì đau
			<p>IV. Ngồi</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Có thể ngồi bao lâu cũng được 1. Chỉ có thể ngồi được trong kiểu ghế phù hợp bao lâu cũng được 2. Đau nên chỉ ngồi được khoảng 1 giờ 3. Đau nên chỉ ngồi được khoảng nửa giờ 4. Đau nên chỉ ngồi được khoảng 15 phút 5. Không ngồi được do đau nhiều

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Địa điểm: Bệnh viện Châm cứu Trung ương

STT	Họ và tên bệnh nhân	Mã BA	Ngày vào viện	Ngày ra viện	Tuổi	Giới
1	Chử Thị Ánh N	807	27/3/2017	13/4/2017	35	Nữ
2	Nguyễn Phan C	874	31/3/2017	26/4/2017	30	Nam
3	Nguyễn Văn X	950	7/3/2017	27/3/2017	47	Nam
4	Nguyễn Thị H	1140	23/3/2017	15/4/2017	58	Nữ
5	Bùi Thị K	1166	25/4/2017	17/5/2017	59	Nữ
6	Nguyễn Phương T	1206	31/5/2017	20/6/2017	68	Nam
7	Nguyễn Thanh V	1216	3/5/2017	27/5/2017	61	Nữ
8	Nguyễn Thế T	1239	4/5/2017	18/5/2017	56	Nam
9	Kiều Thanh P	1271	8/5/2017	30/5/2017	50	Nam
10	Lê Văn T	1279	8/5/2017	1/6/2017	46	Nam
11	Đỗ Trọng A	1289	9/5/2017	30/5/2017	30	Nam
12	Nguyễn Thị N	1303	16/5/2017	2/6/2017	68	Nữ
13	Phạm Thị T	1305	17/5/2017	13/6/2017	61	Nữ
14	Nguyễn Gia K	1446	22/5/2017	27/6/2017	57	Nam
15	Nguyễn Thị L	1475	23/5/2017	9/6/2017	47	Nữ
16	Vũ Thị Q	1486	24/5/2017	22/6/2017	35	Nữ
17	Nguyễn Ngọc T	1532	29/5/2017	20/6/2017	37	Nam
18	Nguyễn Thị T	1563	30/5/2017	16/6/2017	34	Nữ
19	Nguyễn Gia T	1784	16/6/2017	30/6/2017	35	Nam
20	Phạm Thị B	1785	16/6/2017	29/6/2017	40	Nữ
21	Nguyễn Thị H	1795	23/6/2017	20/7/2017	41	Nữ
22	Hoàng Thu H	2002	4/7/2017	4/8/2017	45	Nữ
23	Lê Diệu H	2140	17/7/2017	20/8/2017	70	Nữ
24	Phạm Thị Ngọc N	2646	24/8/2017	29/9/2017	35	Nữ
25	Dương Thị Bích T	2696	29/8/2017	31/10/2017	58	Nữ
26	Trần Ngọc T	2716	30/8/2017	28/9/2017	57	Nam

27	Trần Thị Kim N	2744	5/9/2017	21/9/2017	44	Nữ
28	Hứa Bạch V	2805	7/9/2017	29/9/2017	57	Nam
29	Phạm Hải C	2816	8/9/2017	4/10/2017	22	Nam
30	Phùng Văn L	2880	12/9/2017	13/10/2017	30	Nam
31	Vũ Thế H	1445	22/5/2017	18/9/2017	40	Nam
32	Đào Thị T	1482	24/5/2017	26/6/2017	62	Nữ
33	Phạm Ngọc A	1490	24/5/2017	7/6/2017	28	Nữ
34	Nguyễn Thị H	1497	9/6/2017	21/6/2017	63	Nữ
35	Vũ Trọng B	1616	2/6/2017	28/6/2017	61	Nam
36	Nguyễn Văn L	1625	5/6/2017	30/6/2017	60	Nam
37	Hoàng Quyết T	1638	5/6/2017	13/6/2017	48	Nam
38	Định Thị H	1639	5/6/2017	23/6/2017	41	Nữ
39	Nguyễn Kim P	1672	9/6/2017	29/6/2017	48	Nữ
40	Nguyễn Trí D	1708	12/6/2017	16/7/2017	40	Nam
41	Cao Thị L	1743	14/6/2017	10/7/2017	59	Nữ
42	Trần Đình B	1768	15/6/2017	25/6/2017	54	Nam
43	Nguyễn Trọng H	1773	15/6/2017	19/7/2017	42	Nam
44	Trương Lan A	1809	19/6/2017	28/6/2017	44	Nữ
45	Lê Thị Thanh N	1837	20/6/2017	30/8/2017	30	Nữ
46	Ngô Thị H	1917	27/6/2017	8/8/2017	80	Nữ
47	Nguyễn Thị B	1920	27/6/2017	27/7/2017	59	Nữ
48	Đào Thị M	1932	28/6/2017	19/7/2017	40	Nữ
49	Đỗ Thị T	1940	29/6/2017	18/7/2017	69	Nữ
50	Trần Văn H	1974	3/7/2017	29/8/2017	54	Nữ
51	Vũ Thị Tuyết H	2008	4/7/2017	30/8/2017	47	Nữ
52	Nguyễn Văn T	2028	5/7/2017	1/8/2017	77	Nam
53	Nguyễn Văn T	2046	7/7/2017	19/9/2017	58	Nam
54	Dương Thị Thanh H	2078	10/7/2017	19/10/2017	54	Nữ
55	Trương Tú A	2081	10/7/2017	12/10/2017	40	Nữ
56	Lê Thị T	2085	11/7/2017	8/8/2017	56	Nữ
57	Giáp Văn N	2167	18/7/2017	31/8/2017	37	Nam

58	Bùi Bá H	2220	21/7/2017	4/8/2017	60	Nam
59	Nguyễn Thị Lệ H	2223	24/7/2017	19/9/2017	59	Nữ
60	Phí Văn S	2253	25/7/2017	9/8/2017	73	Nam
61	Hà Thanh S	2258	25/7/2017	15/8/2017	54	Nam
62	Phạm Văn K	2332	31/7/2017	15/8/2017	60	Nam
63	Lương Trúc Quỳnh N	2371	5/7/2017	8/8/2017	32	Nữ
64	Nguyễn Thị G	2373	10/8/2017	6/9/2017	72	Nữ
65	Nguyễn Thị Xuân Y	2433	7/8/2017	5/9/2017	58	Nữ
66	Tào Thị N	2467	10/8/2017	25/8/2017	54	Nữ
67	Phạm Thị T	2514	14/8/2017	18/9/2017	66	Nữ
68	Đặng Lê K	2544	16/8/2017	5/9/2017	53	Nam
69	Lê Đình T	2557	17/8/2017	29/8/2017	36	Nam
70	Vũ Thị Thu N	2576	18/8/2017	11/9/2017	28	Nữ
71	Trần Vũ Ngân H	2602	18/8/2017	21/9/2017	18	Nữ
72	Vương Thị H	2611	22/8/2017	19/9/2017	53	Nữ
73	Trịnh Đức A	2627	23/8/2017	14/9/2017	44	Nam
74	Nguyễn Bá C	2184	19/7/2017	10/8/2017	35	Nam
75	Phạm Thị L	2322	31/7/2017	10/8/2017	57	Nữ
76	Phạm Thị H	2363	2/8/2017	23/8/2017	41	Nữ
77	Bùi Thị Hải T	2395	3/8/2017	25/8/2017	72	Nữ
78	Nguyễn Hoàng A	2342	9/8/2017	13/9/2017	47	Nam
79	Nguyễn Đức D	1313	11/5/2017	8/6/2017	26	Nam
80	Dương Thị Thu H	1360	15/5/2017	19/6/2017	36	Nữ

Xác của phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện

Người nghiên cứu