

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ HUY HÙNG

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP
XOA BÓP BẨM HUYỆT, ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP ĐIỆN XUNG
ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH TỌA**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI, NĂM 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ HUY HÙNG

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP
XOA BÓP BẮM HUYỆT, ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP ĐIỆN XUNG
ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH TỌA**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Vũ Thường Sơn

HÀ NỘI, NĂM 2020

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này tôi xin được gửi lời cảm ơn chân thành đến Ban Giám đốc, Phòng đào tạo Sau đại học, các Bộ môn, Khoa phòng Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Tôi xin được bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS-TS. Vũ Thường Sơn- Phó giám đốc bệnh viện Châm cứu Trung Ương đã luôn theo sát, trực tiếp dạy dỗ, chỉ bảo, giúp đỡ và cho tôi những ý kiến quý báu trong quá trình thực hiện và hoàn thành đề tài.

Tôi xin được bày tỏ lòng tri ân sâu sắc tới PGS.TS Đậu Xuân Cảnh và các Thầy Cô trong Hội đồng đã cho tôi những chỉ bảo tận tình trong quá trình thiết kế và xây dựng đề cương và thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin được gửi lời cảm tạ chân thành đến Ban Giám đốc bệnh viện Tuệ Tĩnh- bệnh Viện Châm cứu Trung Ương, tập thể các bác sỹ, điều dưỡng đã cho tôi được có cơ hội được học tập phát triển chuyên môn cũng như học hỏi được nhiều kinh nghiệm và kỹ năng nghiên cứu khoa học từ những chuyên gia đầu ngành về Y học cổ truyền, con đường mà tôi đang theo đuổi.

Cuối cùng, xin được gửi những tình cảm yêu thương nhất tới gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và những người bạn Cao học khóa 10 chuyên ngành Y học cổ truyền – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã luôn ở cạnh bên nhau, sát cánh giúp đỡ, động viên, chia sẻ niềm vui cũng như nỗi buồn trong suốt 2 năm học dưới ngôi trường thân yêu.

Xin được trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày ... tháng ... năm 2020

Đỗ Huy Hùng

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Đỗ Huy Hùng, học viên cao học khóa 10 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 PGS- TS. Vũ Thường Sơn.
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 2020

Học Viên

Đỗ Huy Hùng

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Quan điểm của Y học hiện đại về đau dây thần kinh tọa.....	3
1.1.1. Giải phẫu cột sống thắt lưng và dây thần kinh tọa.....	3
1.1.2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh gây đau thần kinh tọa.....	6
1.1.3. Lâm sàng và cận lâm sàng đau dây thần kinh tọa.....	7
1.1.4. Chẩn đoán xác định	9
1.1.5. Chẩn đoán nguyên nhân	11
1.1.6. Chẩn đoán phân biệt.....	11
1.1.7. Chẩn đoán định khu rễ tổn thương.....	12
1.1.8. Điều trị đau thần kinh tọa theo Y học hiện đại	12
1.2. Quan điểm của Y học cổ truyền về đau dây thần kinh tọa.....	13
1.2.1. Khái niệm.....	13
1.2.2. Nguyên nhân gây bệnh.....	13
1.2.3. Các thể lâm sàng	13
1.3. Tổng quan Điện châm, Xoa bóp bấm huyệt, Điện xung, Điện Cơ.....	14
1.3.1. Điện châm.....	14
1.3.2. Xoa bóp bấm huyệt.....	18
1.3.3. Điện xung.....	20
1.3.4. Điện Cơ	23
1.4. Tình hình nghiên cứu điều trị đau dây thần kinh tọa trong nước và thế giới .	23
1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới.....	23
1.4.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam.....	24
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	26
2.1. Đối tượng nghiên cứu	26
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu theo YHHD	26
2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu theo YHCT	26
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu.....	27
2.2. Thời gian nghiên cứu	27

2.3. Địa điểm nghiên cứu.....	27
2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	27
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu.....	27
2.4.2. Cách chọn mẫu - cỡ mẫu.....	27
2.4.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	28
2.4.4. Phương tiện nghiên cứu	28
2.5. Quy trình nghiên cứu	31
2.6. Phương pháp tiến hành.....	32
2.6.1. Xoa bóp bấm huyệt	31
2.6.2. Điện châm	32
2.6.3. Điện Xung.....	34
2.7. Tiêu chuẩn đánh giá cụ thể.....	34
2.8. Đánh giá hiệu quả điều trị chung	38
2.9. Đánh giá triệu chứng theo thể lâm sàng YHCT.	39
2.10. Phương pháp xử lý số liệu.....	39
2.11. Đạo đức nghiên cứu	39
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	41
3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	41
3.1.1. Đặc điểm về tuổi	41
3.1.2. Đặc điểm về giới	41
3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp.....	42
3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	42
3.1.5. Đặc điểm về hoàn cảnh khởi phát bệnh	43
3.1.6. Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng của hai nhóm trước điều trị	43
3.1.7. Đặc điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm.....	44
3.1.8. Đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền.	44
3.2. Kết quả điều trị.....	45
3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS.....	45
3.2.2. Đánh giá hiệu quả điều trị trên nghiệm pháp Lasègue	45
3.2.3. Đánh giá hiệu quả cải thiện độ giãn CSTL.....	46
3.2.4. Đánh giá hiệu quả cải thiện tầm vận động gấp CSTL.	47

3.2.5. Đánh giá hiệu quả cải thiện tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng.	47
3.2.6. Đánh giá hiệu quả cải thiện tầm vận động nghiêng bên đầu.	48
3.2.7. Đánh giá hiệu quả cải thiện tầm vận động xoay bên đầu	49
3.2.8. Đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày.....	49
3.2.9. Kết quả điều trị chung.....	50
3.3. Sự thay đổi các triệu chứng YHCT thể phong hàn thấp tý kết hợp can thận hư sau điều trị.....	51
3.4 Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.	52
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....	54
4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	54
4.1.1 Tuổi	54
4.1.2. Giới.....	55
4.1.3. Nghề nghiệp	57
4.1.4 Thời gian bị bệnh	58
4.2. kết quả điều trị.....	61
4.2.1 Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS.....	61
4.2.2 Sự cải thiện điều trị trên nghiệm pháp Lasègue.....	63
4.2.3 Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng.....	64
4.2.4 Sự cải thiện tầm vận động của sống thắt lưng	65
4.2.5 Sự thay đổi các triệu chứng y học cổ truyền sau điều trị	67
4.2.6 Kết quả điều trị chung.....	68
4.3 Chọn huyết và kỹ thuật châm.....	58
4.3.1. Chọn huyết	58
4.3.2. Kỹ thuật châm	60
4.4. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị	69
4.4.1. Trên lâm sàng	69
4.4.2. Trên cận lâm sàng.	70
KẾT LUẬN	71
KHUYẾN NGHỊ.....	72
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
CT – Scan	Computerized Technology – Scan
ĐDTKT	Đau dây Thần Kinh Tọa
ĐTL	Đau thắt lưng
KQ	Kết quả
MRI	Magnetic resonance imaging
NN	Nguyên nhân
PHCN	Phục hồi chức năng
SĐT	Sau điều trị
TĐT	Trước điều trị
THCSTL	Thoái hóa cột sống thắt lưng
TVĐĐ	Thoát Vị đĩa đệm
TVĐĐ	Thoát vị đĩa đệm
VAS	Visual Analog Scale
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1	Chẩn đoán định khu rễ thần kinh tổn thương	12
Bảng 2.1.	Bảng đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS	36
Bảng 2.2.	Cách đánh giá mức độ giãn cột sống thắt lưng.....	37
Bảng 2.3.	Cách tính điểm tầm vận động CSTL	38
Bảng 2.4.	Cách tính điểm chức năng hoạt động CSTL.....	38
Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	41
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo giới.....	41
Bảng 3.3.	Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	42
Bảng 3.4.	Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	42
Bảng 3.5.	Phân bố bệnh nhân theo hoàn cảnh khởi phát bệnh.....	43
Bảng 3.6.	Các chỉ số lâm sàng của hai nhóm trước điều trị.....	43
Bảng 3.7.	Đặc điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm.....	44
Bảng 3.8.	Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền.....	44
Bảng 3.9.	Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS	45
Bảng 3.10.	Sự cải thiện góc độ Lasègue sau thời gian điều trị	45
Bảng 3.11.	Sự cải thiện độ giãn CSTL sau thời gian điều trị.....	46
Bảng 3.12.	Mức độ cải thiện tầm vận động gấp cột sống thắt lưng.....	47
Bảng 3.13.	Mức độ cải thiện tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng	47
Bảng 3.14.	Mức độ cải thiện tầm vận động nghiêng bên đầu (TVĐNBĐ)	48
Bảng 3.15.	Mức độ cải thiện tầm vận động xoay bên đầu (TVĐXBĐ).....	49
Bảng 3.16.	Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày.....	49
Bảng 3.17.	Kết quả điều trị chung sau 15 ngày điều trị.....	50
Bảng 3.18.	Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền thể phong hàn thấp tý kết hợp can thận hư sau điều trị	51
Bảng 3.19.	Thay đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu	52
Bảng 3.20.	Thay đổi tần số mạch trên bệnh nhân tại các thời điểm	53
Bảng 3.21.	Thay đổi huyết áp trên bệnh nhân tại các thời điểm điều trị	53

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Hình ảnh cấu trúc một đọt sừng	4
Hình 2.1. Thang điểm VAS.....	35

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh tọa (ĐDTKT) hiện nay là bệnh khá phổ biến ở nước ta và có xu hướng ngày càng gia tăng. Tỷ lệ mắc bệnh ở vùng nông thôn nhiều hơn thành thị, người lao động chân tay nhiều hơn người lao động trí óc, bệnh gặp ở cả hai giới tuy nhiên nam mắc nhiều hơn nữ (3/1), thường gặp ở độ tuổi 30-60 tuổi [26].

Bệnh đau dây thần kinh tọa có triệu chứng chính là tình trạng đau từ thắt lưng lan xuống dưới chân theo đường đi của dây thần kinh. Bệnh do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên trong đó chủ yếu là nhóm nguyên nhân tại cột sống thắt lưng. Bệnh tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng thường kéo dài, gây đau đớn và ảnh hưởng rất nhiều đến khả năng lao động, học tập và sinh hoạt của người bệnh [31], [47].

Ở Việt Nam theo thống kê của Bệnh Viện Châm cứu Trung ương, số bệnh nhân đau dây thần kinh tọa hàng năm đến viện điều trị chiếm khoảng 50% số bệnh nhân tổn thương dây thần kinh ngoại vi [58].

Theo thống kê của Trần Ngọc Ân và cộng sự thì đau thần kinh tọa chiếm tới 41,45% trong nhóm bệnh thần kinh cột sống và là một trong 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất [39].

Theo Y học hiện đại (YHHĐ) điều trị đau thần kinh tọa chủ yếu sử dụng các nhóm thuốc giảm đau, chống viêm không steroid, giãn cơ kết hợp dùng nhiệt, điện xung, sóng ngắn, kéo giãn... Trong đó điện xung là phương pháp có tác dụng giãn mạch, làm tăng cường tuần hoàn, tăng cường chuyển hóa dinh dưỡng tại chỗ và thư giãn các cơ bị tăng trương lực, từ đó có tác dụng giảm đau đối với các chứng đau mạn tính [42], [46], [59].

Theo Y học cổ truyền (YHCT) đau thần kinh tọa được mô tả trong phạm vi “chứng tý” với các bệnh danh: Tọa cốt phong, Yêu cước thống,...do các nguyên nhân ngoại tà, chấn thương, nội thương gây nên. YHCT sử dụng rất nhiều phương pháp như: Châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, cây chỉ, thuốc

thang sắc uống [26], [31], [69]....Trong đó châm cứu và xoa bóp bấm huyệt là phương pháp chữa bệnh phổ biến nhất của YHCT, được áp dụng từ lâu, ở nhiều quốc gia trên thế giới và đạt được hiệu quả cao trong điều trị đau thắt lưng. Các phương pháp này không những làm giảm đau nhanh mà còn nhanh chóng khôi phục tầm vận động cột sống, dễ áp dụng, không gây hại cho bệnh nhân [32],[36], [40], [68].

Thực tế lâm sàng điều trị cho thấy việc kết hợp giữa các phương pháp vật lý trị liệu với các phương pháp của YHCT đem lại hiệu quả cao trên lâm sàng. Tuy nhiên chưa có một công trình nghiên cứu nào đánh giá tác dụng điều trị kết hợp phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm của YHCT với điện xung của YHHĐ trong điều trị đau thần kinh tọa trên lâm sàng. Vì vậy, nhằm tận dụng các ưu thế điều trị của YHHĐ và YHCT với mục đích nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Đánh giá kết quả của phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm kết hợp với điện xung điều trị đau dây thần kinh tọa”*** nhằm hai mục tiêu:

- 1. Đánh giá kết quả trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng của phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm kết hợp điện xung điều trị đau dây thần kinh tọa thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư.***
- 2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp trên.***

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Quan điểm của Y học hiện đại về đau dây thần kinh tọa

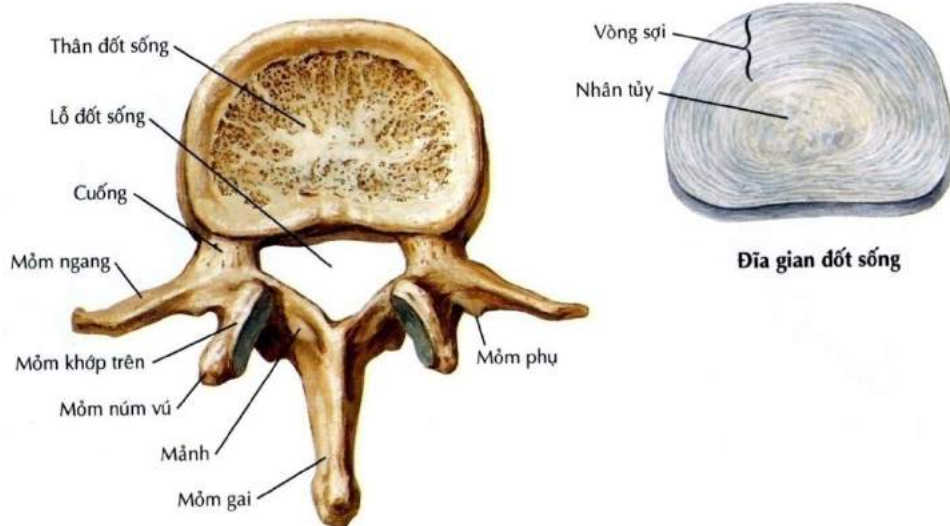
Định nghĩa: Đau dây thần kinh tọa biểu hiện đau vùng thắt lưng lan xuống dọc theo đường đi của dây thần kinh, tùy theo vị trí tổn thương của rễ thần kinh mà hướng lan có thể khác nhau. Khi tổn thương rễ L5: thường đau lan xuống mông, về phía sau ngoài đùi, phần trước ngoài cẳng chân, qua trước mắt cá ngoài rồi tới mu chân, tận hết ở ngón chân cái. Trường hợp tổn thương rễ S1, đau lan xuống mặt sau của đùi, mặt sau cẳng chân, tới mắt cá ngoài, tận hết ở gan chân hoặc bờ ngoài gan chân, phía các ngón chân út [33],[47], [49], [67].

1.1.1. Giải phẫu cột sống thắt lưng và dây thần kinh tọa

Cột sống là một cấu trúc hình cong được chia làm nhiều đoạn khác nhau gồm: Đoạn cột sống cổ, đoạn cột sống ngực, đoạn cột sống thắt lưng và đoạn đốt sống cùng cụt. Trong từng đoạn đốt sống lại có nhiều đơn vị chức năng gọi là đơn vị vận động được cấu tạo bởi đốt sống, đĩa đệm, khoảng gian đốt, dây chằng và phần mềm.

Đoạn cột sống thắt lưng có năm đốt sống, bốn đĩa đệm (L1-L2; L2-L3; L3-L4; L4-L5) và hai đĩa đệm chuyển đoạn (T12-L1, L5-S1). Do thường xuyên phải chịu áp lực lớn nên cấu trúc đốt sống ở đoạn này có những đặc điểm khác biệt so với các đoạn khác [1], [32].

1.1.1.1. Đặc điểm giải phẫu đốt sống thắt lưng.



Hình 1.1. Hình ảnh cấu trúc một đốt sống [1]

Mỗi đốt sống gồm các phần chính là thân đốt sống, cung đốt sống, mỏm gai và lỗ đốt sống.

Thân đốt sống: Hình trụ dẹt, có hai mặt gian đốt sống và một vành chung quanh. Thân đốt sống có kích thước tăng dần từ đốt trên đến đốt dưới, phù hợp với sự tăng dần của trọng lượng từng phần của cơ thể và lực tác dụng lên các đốt phía dưới.

Cung đốt sống: Gồm hai phần, phần trước dính với thân đốt sống gọi là **cuống**, phần sau gọi là **mảnh đốt sống**.

Các mỏm đốt sống: Đi từ cung đốt sống ra, mỗi cung đốt sống có mỏm ngang, mỏm diện khớp và mỏm gai.

Lỗ đốt sống: Nằm giữa thân đốt sống ở phía trước và cung đốt sống ở phía sau. Các lỗ đốt sống khi chồng lên nhau tạo thành ống sống [16], [41].

1.1.1.2. Đặc điểm giải phẫu dây thần kinh tọa [16], [33], [47].

Dây thần kinh tọa (dây thần kinh hông to) là dây thần kinh to và dài nhất cơ thể, xuất phát từ đám rối thắt lưng cùng do các rễ L4, L5, S1, S2, S3 hợp thành, trong đó rễ L5, S1 là chủ yếu. Sau khi các rễ hợp lại thành dây thần kinh hông to để đi ra ngoài ống sống phải qua một khe hẹp gọi là khe gian đốt đĩa đệm – dây chằng. Khe này có cấu tạo phía trước là thân đốt sống, đĩa đệm,

phía bên là cuống giới hạn lỗ liên hợp, phía sau là dây chằng. Khi các thành phần này bị tổn thương đều có thể gây đau dây thần kinh hông to do chèn ép hoặc dây dính.

Ra khỏi ống xương sống dây thần kinh tọa đi qua phía trước khớp cùng chậu, sau đó nó chạy qua lỗ ngồi lớn của xương chậu để vào mông, ở mông dây thần kinh tọa đi qua phía trước khớp cùng chậu, sau đó nó chạy qua lỗ ngồi lớn của xương chậu để vào mông, đi giữa ụ ngồi và máu chuyển lớn. Từ đây dây thần kinh tọa chạy theo đường thẳng đến điểm giữa nếp lằn khoeo chân.

Tại trám khoeo dây thần kinh tọa chia làm hai nhánh là dây thần kinh hông khoeo ngoài (thần kinh mác chung) và dây thần kinh hông khoeo trong (thần kinh chày):

+ *Thần kinh hông khoeo ngoài (thần kinh mác chung):*

Thần kinh hông khoeo ngoài đi chéo xuống dọc theo gân cơ nhị đầu, tới dưới chỏm xương mác thì vòng ra trước quanh cổ xương mác và tận cùng bằng hai nhánh là thần kinh mác nông và thần kinh mác sâu.

Thần kinh mác nông (dây cơ bì) vào khu cẳng chân ngoài xuống mu bàn chân và ngón chân.

Thần kinh mác sâu (thần kinh chày trước) chạy vào khu cẳng chân trước qua khớp cổ chân vào mu bàn chân và ngón chân.

Thần kinh mác chung chi phối vận động cơ cẳng chân trước ngoài và cơ mu chân, cảm giác một phần mặt sau đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, ba ngón rưỡi trước mu chân và một phần phía sau cẳng chân.

+ *Thần kinh hông khoeo trong (thần kinh chày):*

Thần kinh hông khoeo ngoài tiếp tục đi xuống qua hố khoeo rồi qua khe giữa hai lớp cơ vùng cẳng chân sau và phân nhánh vào tất cả các cơ quan của vùng này. Khi tới dưới mắt cá trong, nó chia thành hai ngành cùng là thần kinh gan chân trong và thần kinh gan chân ngoài.

Thần kinh chày chi phối cho các cơ phía sau cẳng chân, cơ gan bàn chân, chi phối phản xạ gân gót, cảm giác vùng bàn chân và một ngón rưỡi phía ngoài mu chân, cảm giác một phần phía sau cẳng chân.

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

1.1.2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh gây đau thần kinh tọa

1.1.2.1. Thoát vị đĩa đệm

Theo Castaigne P, thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra đau thần kinh tọa (chiếm 75%) [48].

Cơ chế gây thoát vị đĩa đệm: Tổ chức đĩa đệm phải đảm bảo thích nghi về cơ học lớn, đồng thời nó phải chịu áp lực cao thường xuyên do hầu hết trọng lượng phần trên cơ thể dồn hết vào hai đĩa đệm L4–L5 và L5-S1. Do đó TVĐĐ hay xảy ra ở vị trí này. Bệnh thường xảy ra sau chấn thương hoặc sau gắng sức hay vận động sai tư thế. Bệnh nhân cúi xuống bê vật nặng, lực ép tập trung phía trước đĩa đệm do hai đốt sống trên và dưới khít lại ở phía trước, hở ra ở phía sau và dồn nhân ra phía sau ép nhân vào vòng sợi. Nếu các vòng sợi mất tính đàn hồi sẽ bị rạn nứt, BN thấy đau chói ở sau lưng và đứng thẳng dậy, lúc này khe gian đốt khép lại ở phía sau, lực ép dồn ra phía sau đĩa đệm làm rách các vòng sợi và đẩy nhân tụt vào ống sống lưng, chèn ép vào rễ L5 hoặc S1 hoặc cả 2 rễ. Thoát vị đĩa đệm diễn biến qua 2 thời kỳ: Đau thắt lưng cục bộ và đau dây thần kinh hông. Trên lâm sàng biểu hiện bằng 2 hội chứng: Hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ. Cận lâm sàng chụp cộng hưởng từ nhìn thấy rõ vị trí và mức độ thoát vị [33], [47], [61], [62].

1.1.2.2. Các bệnh lý tại cột sống thắt lưng

- Thoái hóa cột sống thắt lưng: Thoái hóa CSTL mạn tính thường dẫn đến các tổn thương: loãng xương, nhuyễn xương, mọc gai xương, biến dạng thân đốt sống, cầu gai xương một hay nhiều đốt sống kèm phì đại dây chằng. Thoái hóa CSTL ở người trên 50 tuổi còn là nguyên nhân gây thoái hóa đĩa đệm (nhân nhầy và bao xơ) có thể dẫn đến thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng [37], [55].

- Trượt đốt sống: Đốt sống bị trượt ra phía trước hoặc sau trên một đốt sống khác, do bẩm sinh hoặc chấn thương. Trượt đốt sống (hay gặp đốt L5) thường kèm với thoái hóa cột sống, tổn thương các rễ thần kinh, hẹp ống sống thắt lưng nặng và có thể có hội chứng đuôi ngựa [37], [59].

- Các bệnh lý tại CSTL: ung thư đốt sống tiên phát hoặc di căn, lao cột sống thắt lưng, chấn thương đốt sống, viêm cột sống dính khớp, viêm đốt sống do tụ cầu, liên cầu, loãng xương nặng, lún đốt sống..., các dị tật bẩm sinh hay mắc phải của cột sống thắt lưng: cùng hóa L5, thắt lưng cùng S1, gai đôi đốt sống móm L5 hoặc S1, hẹp ống sống thắt lưng [44], [59].

1.1.2.3. Các nguyên nhân khác

Có thai đặc biệt là những tháng cuối do đầu thai nhi lọt vào vùng tiểu khung gây chèn ép, viêm dây thần kinh do lạnh, bệnh nghề nghiệp (khuân vác, lái xe, nhân viên văn phòng....).

1.1.3. Lâm sàng và cận lâm sàng đau dây thần kinh tọa

1.1.3.1. Triệu chứng lâm sàng

Đau dây thần kinh tọa được biểu trên lâm sàng với hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ:

• Hội chứng cột sống

- Đau cột sống thắt lưng: Đau có tính chất cơ học, đau tăng lên khi ho, hắt hơi, khi ngồi hoặc đứng lâu, khi thay đổi tư thế, tăng về đêm, giảm khi nghỉ ngơi.

- Biến dạng cột sống(do tư thế chống đau): Thường làm mất đường cong sinh lý, vẹo cột sống, dấu hiệu nghẽn của Deseze: Bệnh nhân đứng nghiêng người sang trái, sang phải, phía không có tư thế chống đau là phía bị nghẽn (còn gọi là dấu hiệu gãy khúc đường gai sống).

- Có điểm đau cột sống và cạnh cột sống thắt lưng: Tương ứng với các đoạn vận động bệnh lý và điểm xuất chiếu đau của rễ thần kinh tương ứng.

- Hạn chế tầm vận động của CSTL: hạn chế khả năng vận động cột sống ngược với tư thế chống đau, hạn chế khả năng cúi(nghiệm pháp Schober – độ giãn CSTL < 4cm) [27], [45], [54].

• Hội chứng rễ thần kinh

Các dấu hiệu kích thích rễ

- Nghiệm pháp lasègue (Nghiệm pháp căng rễ dây thần kinh hông L5-S1): Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, thầy thuốc một tay đỡ gót chân BN một tay đặt lên gối từ từ nâng gót chân lên khỏi mặt giường. Bình thường có thể nâng lên một góc 90^0 so với mặt giường, nếu đau thần kinh tọa thì BN chỉ nâng lên một góc nào đó ($<70^0$) đã xuất hiện đau lan từ mông xuống đến mặt sau đùi và phải gập gối lại (Lasègue dương tính). Góc nâng càng nhỏ mức độ đau càng nặng.

- Nghiệm pháp Bonet: Bệnh nhân nằm ngửa, gập căng chân vào đùi, vừa ấn đùi vào bụng vừa xoay vào trong. Xuất hiện đau từ mông hoặc từ mông lan xuống mặt sau đùi và căng chân (Bonet dương tính).

- Nghiệm pháp Neri đứng: Bệnh nhân đứng thẳng, từ từ cúi xuống đến hai ngón trở chạm đất, xuất hiện đau dọc thần kinh tọa, chân đau khiến gối co lại (Neri dương tính).

- Dấu hiệu Valleix: Dùng ngón tay cái ấn vào các điểm trên đường đi của dây thần kinh tọa, xuất hiện đau tại chỗ ấn và lan theo đường đi của thần kinh chi phối. Gồm các điểm đau: Điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyển lớn, điểm giữa nếp lằn mông, điểm giữa mặt sau đùi, điểm giữa trám khoeo, điểm giữa cơ dẹt căng chân.

- Rối loạn cảm giác: Giảm mất cảm giác kiểu rễ hoặc dị cảm ở da theo khu vực rễ thần kinh chi phối.

Rối loạn vận động khúc chi:

Tổn thương rễ L5: Gây yếu các cơ duỗi bàn chân, các cơ xoay bàn chân ra ngoài làm bàn chân rũ xuống và xoay trong khiến bệnh nhân không đi được bằng gót chân.

Tổn thương rễ S1: Gây yếu các cơ gập bàn chân, các cơ xoay bàn chân vào trong làm bàn chân có hình “bàn chân lõm” khiến bệnh nhân không đi được bằng mũi bàn chân.

Giảm phản xạ gân xương: có thể giảm hoặc mất phản xạ gân gót do tổn thương rễ S1.

Có thể teo cơ và rối loạn cơ tròn: Khi tổn thương vùng đuôi ngựa (bí đại tiểu tiện, đại tiểu tiện không tự chủ hoặc rối loạn chức năng sinh dục) [27],[40], [44], [47].

1.1.3.2. Cận lâm sàng

- Chụp X quang cột sống thắt lưng
 - Cho biết đường cong sinh lý cột sống.
 - Kích thước và vị trí đốt sống.
 - Khoảng gian đốt và đĩa đệm.
 - Kích thước lỗ tiếp hợp.
 - Các dị tật.
- Chụp bao rễ thần kinh (Radiculography)
 - Là phương pháp đưa thuốc vào khoang dưới nhện qua chọc dò CSTL.
- Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner)
 - Chẩn đoán chính xác với nhiều thể thoát vị đĩa đệm.
 - Chẩn đoán phân biệt với hẹp ống sống, u tủy.
- Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI: Magnetic resonance imaging)
 - Chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm, nó cho biết vị trí và mức độ thoát vị, cho biết về xương và các phần mềm xung quanh.
- Các thể thoát vị đĩa đệm
 - Phòng đĩa đệm: Đĩa đệm phình nhẹ ra sau, chưa tổn thương vòng sợi.
 - Thoát vị đĩa đệm: Nhân nhầy lồi khu trú, tổn thương vòng sợi, có thể thoát vị ra sau hoặc ra trước, nhưng hay gặp thoát vị ra sau.
 - Thoát vị đĩa đệm di trú: Mảnh đĩa đệm rời ra, không liên tục với khoang đĩa đệm, di chuyển đến vị trí khác và thường gây tổn thương dây chằng dọc sau ở vị trí sau bên [27];[67].

1.1.4. Chẩn đoán xác định [13].

- Chẩn đoán xác định dựa vào triệu chứng cơ năng và thực thể:
 - Đau dọc đường đi của dây thần kinh tọa, đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mặt cá ngoài và tận ở các ngón

chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà biểu hiện trên lâm sàng có khác nhau: Tổn thương rễ L4 đau đến khoeo chân; tổn thương rễ L5 đau lan tới mu bàn chân tận hết ở ngón chân cái (ngón I); tổn thương rễ L5 đau lan tới lòng bàn chân (gan chân) tận hết ở ngón V (ngón út). Một số trường hợp không đau cột sống thắt lưng, chỉ đau dọc chân.

- Đau có thể liên tục hoặc từng cơn, giảm khi nằm nghỉ ngơi, tăng khi đi lại nhiều. Trường hợp có hội chứng chèn ép: tăng khi ho, rặn, hắt hơi. Có thể có triệu chứng yếu cơ. Giai đoạn muộn có teo cơ tứ đầu đùi, hạn chế vận động, co cứng cơ cạnh cột sống.

- Một số nghiệm pháp:

+ Hệ thống điểm đau Valleix, dấu chuông bấm dương tính.

+ Dấu hiệu Lasègue dương tính.

+ Các dấu hiệu khác có giá trị tương đương dấu hiệu Lasègue: dấu hiệu Chavany, dấu hiệu Bonnet.

+ Phản xạ gân xương: Phản xạ gân bánh chè giảm hoặc mất trong tổn thương rễ L4, phản xạ gân gót giảm hoặc mất trong tổn thương rễ S1.

- Cận lâm sàng: Xquang, CT-Scanner hoặc MRI CSTL, phát hiện hình ảnh thoái hóa đốt sống, gù vẹo bất thường CSTL hoặc TVĐĐ.

- Điện cơ đồ: để phát hiện tổn thương nguồn gốc thần kinh, xác định được vị trí dây thần kinh bị tổn thương.

• Cận Lâm Sàng

- Các xét nghiệm về dấu hiệu viêm trong xét nghiệm máu âm tính, các chỉ số sinh hóa thông thường không thay đổi. Tuy nhiên cần chỉ định xét nghiệm bilan viêm, các xét nghiệm cơ bản nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý như viêm nhiễm, ác tính và cần thiết khi chỉ định thuốc.

- Chụp Xquang thường quy cột sống thắt lưng: ít có giá trị chẩn đoán nguyên nhân. Đa số các trường hợp Xquang thường quy bình thường hoặc có dấu hiệu thoái hóa cột sống thắt lưng, trượt đốt sống. Chỉ định chụp Xquang thường quy nhằm loại trừ một số nguyên nhân (viêm đĩa đệm đốt sống, tình trạng hủy đốt sống do ung thư...).

– Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống thắt lưng: nhằm xác định chính xác dạng tổn thương cũng như vị trí khối thoát vị, mức độ thoát vị đĩa đệm, đồng thời có thể phát hiện các nguyên nhân ít gặp khác (viêm đĩa đệm đốt sống, khối u, ...).

– Chụp CT-scan: chỉ được chỉ định khi không có điều kiện chụp cộng hưởng từ.

– Điện cơ: giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

1.1.5. Chẩn đoán nguyên nhân [10].

- Thoát vị đĩa đệm: vòng gân bao quanh đĩa đệm trở nên yếu, nhân đĩa đệm thoát ra sau chèn ép vào rễ thần kinh tọa tương ứng (L4-L5 hoặc L5-S1).

- Lao xương sống: Có ổ abscess cạnh cột sống.

- Di căn cột sống: K tiền liệt tuyến, K vú, u buồng trứng, khối u vùng chậu nhỏ.

- Do Viêm nhiễm tại chỗ, do bị lạnh.

- Do thoái hóa cột sống

- Do các nguyên nhân khác...

1.1.6. Chẩn đoán phân biệt [10], [27].

• *Viêm khớp cùng chậu:*

Ấn khớp cùng chậu bệnh nhân đau.

Nghiệm pháp Wassermann dương tính: Bệnh nhân nằm sấp thầy thuốc nâng đùi bệnh nhân lên khỏi mặt giường, bệnh nhân sẽ đau các khớp cùng chậu.

Chụp X quang khớp cùng chậu thấy hình ảnh mờ khớp cùng chậu.

• *Viêm cơ thắt lưng chậu (Viêm cơ đai chậu):*

Bệnh nhân có tư thế nằm co, không duỗi chân thẳng được, kèm theo có hội chứng nhiễm trùng.

• *Viêm khớp háng:*

Nghiệm pháp Patrick dương tính: Đỡ gót chân bên đau cố định ở đầu gối bên kia, vận động dạng và khép đùi bên đau, bệnh nhân sẽ đau vùng khớp háng.

Chụp X quang khớp háng: Mờ, hẹp khe khớp háng.

• *Đau thần kinh đùi:*

Đau mặt trước đùi, phản xạ gân gối giảm hoặc mất. Chẩn đoán xác định bằng điện cơ đồ.

1.1.7. Chẩn đoán định khu rễ tổn thương [9]

Bảng 1.1 Chẩn đoán định khu rễ thần kinh tổn thương

Triệu chứng \ Rễ thần kinh	L5	S1
Rối loạn cảm giác	Mặt ngoài đùi, trước ngoài cẳng chân, ngón cái.	Mặt sau ngoài đùi, sau ngoài cẳng chân, bờ ngoài ngón chân, ngón 5
Liệt vận động	Các cơ trước ngoài cẳng chân (không thể đi trên gót chân), giảm sức cơ duỗi ngón cái.	Các cơ khu sau cẳng chân (không thể đo kiềng chân)
Giảm hoặc mất phản xạ		Phản xạ gót

1.1.8. Điều trị đau thần kinh tọa theo Y học hiện đại: [27], [59],[71].

1.1.8.1. Điều trị nội khoa

Nằm nghỉ tại giường; Giai đoạn cấp phải nằm bất động trên nền cứng từ 3-5 ngày để làm giảm áp lực lên vùng CSTL, giảm đè ép lên dây thần kinh tọa.

Các loại thuốc: Thuốc chống viêm giảm đau không steroid, thuốc giãn cơ, vitamin nhóm B.

Phóng bế: Phóng bế tại chỗ, phóng bế ngoài màng cứng.

1.1.8.2. Vật lý trị liệu

- Nhiệt trị liệu: Parafin, hồng ngoại, túi chườm ấm thời gian 20-30 phút/lần

- Dòng cao tần, điện xung, điện phân, siêu âm, từ trường, xoa bóp, kéo giãn cột sống thắt lưng bằng bàn kéo.

- Các bài tập phục hồi chức năng (PHCN): Bài tập McKenzie, bài tập William [27].

1.1.8.3. Phương pháp can thiệp tối thiểu

Áp dụng cho các trường hợp đau thần kinh tọa do TVĐĐ: Phương pháp tiêu nhân nhầy đĩa đệm, tiêm máu tự thân vào trong đĩa đệm, điều trị bằng Laser, điều trị bằng sóng radio cao tần.

1.1.8.4. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định: Đau thần kinh tọa do TVĐĐ gây hội chứng đuôi ngựa, gây teo cơ và yếu thần kinh nhiều, điều trị nội khoa tích cực 6 tháng không kết quả hoặc tái phát nhiều lần, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Chống chỉ định: Lao tiến triển, đái tháo đường, suy gan, suy thận, xơ gan, tăng HA, sốt > 38⁰, bệnh nhân không muốn phẫu thuật.

Các phương pháp điều trị: Mổ nội soi lấy đĩa đệm cột sống, kỹ thuật mổ mở.

1.2. Quan điểm của Y học cổ truyền về đau dây thần kinh tọa [10]

1.2.1. Khái niệm

Đau dây thần kinh tọa thuộc phạm vi chứng Tý theo y học cổ truyền, tùy theo biểu hiện trên lâm sàng mà bệnh danh là: Yêu cước thống, Tọa cốt phong..

1.2.2. Nguyên nhân gây bệnh

- Đau thần kinh tọa do phong hàn (Không tìm thấy nguyên nhân)
- Đau thần kinh tọa do phong nhiệt (Viêm nhiễm vùng cột sống)
- Đau thần kinh tọa do huyết ứ (Sang chấn, thoát vị)
- Đau thần kinh tọa do thận hư (thoái hóa cột sống...)

1.2.3. Các thể lâm sàng [10],[34].

1.2.3.1. Thể phong hàn

Triệu chứng: Đau sau khi nhiễm lạnh đau từ thắt lưng hoặc từ mông xuống mặt sau đùi và cẳng chân, đi lại khó khăn, chưa teo cơ, tiểu trong, đại tiểu tiện bình thường, sợ gió, sợ lạnh, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoãn.

1.2.3.2. *Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư*

Đau dây thần kinh tọa do bệnh mạn tính ở cột sống thắt lưng (thoái hóa cột sống, gai đôi cột sống).

Triệu chứng: Đau thắt lưng lan xuống chân dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, bệnh âm ỉ lâu ngày tái phát, đau tăng khi trời lạnh, hoặc ẩm thấp, chân tay lạnh và ẩm, toàn thân sợ lạnh, nặng nề, chân có cảm giác tê bì hoặc kiến bò, thích uống ấm, ăn đồ ấm, kèm theo có hoa mắt chóng mặt, mỏi gối, ù tai, người mệt mỏi, ăn ngủ kém, có thể có teo cơ, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi dày, mạch trầm nhược hoặc nhu hoãn.

1.2.3.3. *Thể huyết ứ*

Đau dây thần kinh tọa do sang chấn, do thoát vị đĩa đệm.

Triệu chứng: Đau thắt lưng lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân, xảy ra sau chấn thương, lao động nặng hoặc mang vác nặng... đau dữ dội như dao cắt, không đi lại được hoặc đi lại khó khăn, ăn ngủ kém, đại tiểu tiện bình thường, chất lưỡi tím, có điểm ứ huyết, mạch sáp.

1.2.3.4. *Thể phong thấp nhiệt*

Đau dây thần kinh tọa do viêm đốt sống.

Triệu chứng: Vùng cột sống thắt lưng sưng, đỏ, đau lan xuống chân và bàn chân tùy theo đường đi của thần kinh tọa, đau cự án ngày đau nhiều hơn đêm, vận động sinh hoạt khó khăn, sốt, ra mồ hôi, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng, nước tiểu vàng, mạch hoạt sắc.

1.3. Tổng quan Điện châm, Xoa bóp bấm huyệt, Điện xung, Điện Cơ.

1.3.1. *Điện châm [12],[35].*

➤ Định nghĩa:

Điện châm (châm điện) là dùng một máy tạo ra xung điện ở tần số thấp, có các điện cực mắc vào kim châm tạo nên kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết, sự hoạt động của các cơ, các dây thần kinh, các tổ chức, làm tăng cường sự dinh dưỡng của các tổ chức, lập lại cân bằng âm dương của cơ thể.

Điện châm là một phát triển mới của châm cứu, kết hợp giữa y học hiện đại và y học cổ truyền. Nó phát huy được tác dụng của dòng điện lẫn tác dụng của huyết châm cứu.

Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức; tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức, giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ [12],[66].

- Cơ chế tác dụng của châm theo Y học hiện đại [6],[7],[8],[12],[66].

Điện châm giúp hình thành cung phản xạ mới: Châm hay cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới. Châm là kích thích cơ giới, cứu là kích thích nhiệt, những kích thích này gây nên biến đổi tại nơi châm cứu như: thay đổi nhiệt độ, phù nề, phản xạ đột trực (co giãn mạch), tăng tiết histamine, tập trung bạch cầu, tập trung kháng thể ... Những biến đổi tại chỗ tạo thành một kích thích, khi kích thích tới ngưỡng tạo thành xung động, xung động được truyền vào tủy, lên não, từ não chuyển tới cơ quan đáp ứng hình thành cung phản xạ mới [12],[66].

Hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski: Trong cùng một thời gian, ở một nơi nào đó của hệ thần kinh trung ương, có 2 luồng xung động của 2 kích thích đưa tới, kích thích nào có luồng xung động mạnh và liên tục hơn sẽ kéo các xung động của kích thích kia về nó và tiến tới dập tắt kích thích kia. Khi có bệnh, biểu hiện bệnh lý tại cơ quan là một kích thích, xung động truyền vào hệ thần kinh thành một cung phản xạ bệnh lý. Châm hay cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới. Nếu cường độ kích thích mạnh hơn sẽ ức chế ổ hưng phấn do tổn thương bệnh lý, tiến tới phá vỡ và làm mất cung phản xạ bệnh lý [12],[66].

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

Phản ứng tại chỗ:

+ Châm cứu vào huyết là một kích thích gây một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế cung phản xạ bệnh lý: như làm giảm cơn đau, giải phóng sự co cơ...

+ Những phản xạ đột trực của hệ thần kinh thực vật làm ảnh hưởng đến sự vận mạch, nhiệt, sự tập trung bạch cầu... làm giảm xung huyết, bớt nóng, giảm đau...

Phản ứng tiết đoạn thần kinh:

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

Phản ứng toàn thân:

Bất cứ một kích thích nào cũng liên quan đến hoạt động của vỏ não, nghĩa là có tính chất toàn thân. Khi nhắc đến phản ứng toàn thân, cần nhắc lại nguyên lý hiện tượng chiếm ưu thế của vỏ não. Khi châm cứu gây những biến đổi về thể dịch và nội tiết, sự thay đổi các chất trung gian hoá học như Enkephalin, Catecholamin, Endorphin... như số lượng bạch cầu tăng, ACTH tăng, số lượng kháng thể tăng cao.

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

Cơ chế điều hòa âm dương: Âm dương là thuộc tính của mọi sự vật. Trong cơ thể con người, 2 mặt âm dương luôn có mối quan hệ mật thiết với nhau, mâu thuẫn nhau, thúc đẩy nhau, nhưng đồng thời cũng luôn giữ thế quân bình để cùng tồn tại. Do chính khí hư, tà khí xâm nhập gây ra bệnh lập tức làm mất thăng bằng âm dương. Chữa bệnh bằng châm cứu là nâng cao chính khí, đuổi tà khí ra ngoài, lập lại sự cân bằng âm dương trong cơ thể

Cơ chế điều hòa hoạt động của hệ kinh lạc: Trong hệ kinh lạc có kinh khí và kinh huyết vận hành, tạo thành một hệ thống chằng chịt khắp cơ thể làm cho cơ thể thành một khối thống nhất. Bệnh tật phát sinh có thể do ngoại

nhân hoặc nội nhân gây bế tắc sự vận hành kinh khí và kinh huyết, châm cứu là để loại trừ nguyên nhân gây bệnh ra ngoài, nâng cao chính khí, điều hòa hoạt động hệ kinh lạc [12],[66].

➤ Chỉ định:

- Bệnh thần kinh: đau đầu, ngủ kém, co giật, đau thần kinh ngoại biên, đau vai gáy, đau thần kinh hông to, di chứng tai biến mạch máu não ...

- Bệnh hệ tuần hoàn: nhịp tim nhanh, tăng huyết áp.

- Bệnh hệ tiêu hóa: cơn đau dạ dày (không phải đau bụng theo dõi ngoại khoa), nôn mửa, ỉa lỏng, táo bón.

- Bệnh hệ tiết niệu sinh dục: bí đái, đái dầm, rong kinh, rong huyết, thống kinh, di tinh ...

- Châm tê để tiến hành phẫu thuật

- Một số bệnh viêm nhiễm: viêm màng tiếp hợp, viêm tuyến vú, chắp lẹo ...

➤ Chống chỉ định

- Các trường hợp bệnh lý thuộc cấp cứu.

- Người có sức khỏe yếu, thiếu máu, có tiền sử hoặc đang mắc bệnh tim, phụ nữ đang có thai hoặc hành kinh, cơ thể ở trạng thái không thuận lợi: vừa lao động xong, mệt mỏi, đói...

- Một số huyết cảm châm sâu như: Phong phủ, Á môn, Liêm tuyền ...

➤ Cách tiến hành

Sau khi chẩn đoán xác định bệnh, chọn phương huyết và tiến hành châm kim. Nối các huyết cần được kích thích bằng xung điện tới máy điện châm.

➤ Thời gian, cường độ

- Điện châm 1 lần/ngày, thời gian mỗi lần châm có thể từ 20- 30 phút, 1 liệu trình điều trị có thể từ 10- 15 ngày hoặc dài hơn tùy theo yêu cầu điều trị [3]

- Cường độ điện châm theo phương pháp bổ là 1-5 μ A, tần số dưới 1 – 3 Hz.

- Cường độ điện châm theo phương pháp tả là 10-20 μ A, tần số là 5 – 10 Hz. Tùy theo ngưỡng chịu đau của bệnh nhân để điều chỉnh cường độ điện châm phù hợp.

1.3.2. Xoa bóp bấm huyết

Xoa bóp bấm huyết là một loại kích thích vật lý, trực tiếp tác động vào da cơ và các cơ quan cảm thụ da, cơ, gây nên những thay đổi về thần kinh, thể dịch, nội tiết, từ đó ảnh hưởng đến toàn thân. Đây là một phương pháp phòng bệnh, chữa bệnh với sự chỉ đạo của lý luận y học cổ truyền, có ưu điểm là tiện lợi, rẻ tiền, hiệu quả cao, phạm vi chữa bệnh rộng, phòng bệnh lớn. Xoa bóp bấm huyết là phương pháp người thầy thuốc sử dụng đôi bàn tay của mình tác động lên da, cơ, các huyết vị, xương khớp của người bệnh, nhằm mục đích phòng và điều trị bệnh [32] [35].

Huyết: Cự liêu, Hoàn khiêu, Thừa phù, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lân, Thái khê, Phục thổ, Tất nhãn, Hạc đỉnh, Túc tam lý, Dương lăng tuyền, Phong long, Giải khê.

Thủ thuật: Day, lăn, bóp, ấn, vận, phát, điểm, vận động

Trình tự xoa bóp:

➤ Tư thế người bệnh nằm ngửa

- Thao tác:

+ Day đùi và căng chân

+ Lăn đùi và căng chân

+ Ấn các huyết: Phục thổ, Tất nhãn, Túc tam lý, Dương lăng tuyền, Giải khê.

+ Vận động khớp: gập chân lại đưa lên bụng 3-5 lần. Làm dần dần đầu gối: Bắp chân người bệnh gác lên cẳng tay thầy thuốc, tay kia để ở gối người bệnh, co duỗi vài lần rồi đột nhiên ấn mạnh vào đầu gối làm khớp gối dẫn ra (làm 1-2 lần). Vận động cổ chân: Tay phải giữ gót chân người bệnh, tay kia nắm ngón chân và quay cổ chân người bệnh 2-3 lần, rồi lấy tay đẩy bàn chân vào ống chân, duỗi bàn chân đến tối đa 2-3 lần. Hai tay ôm chân người bệnh ngón cái để ở mắt cá chân và mắt cá ngoài, ấn xuống và đưa chân vào trong và ra ngoài 2-3 lần. Tay phải giữ gót chân, tay trái nắm bàn chân, cùng kéo giãn cổ chân [16],[35].

+ Vê ngón chân và kéo dẫn ngón chân.

➤ Tư thế người bệnh nằm sấp.

- Thao tác:

+ Xoa bóp vùng thắt lưng.

+ Day mông và chân (hoặc phát chi dưới).

+ Lăn mông và chân.

+ Tìm điểm đau và day điểm đau.

+ Điểm Hoàn khiêu, ấn các huyết: Cự liêu, Thừa phù, Ủy Trung, Thừa sơn, Phong long, Côn lân, Thái Khê [3];[34].

+ Vận động khớp: Co duỗi khớp gối, mở khép khớp háng

+ Bóp và vòn chi dưới.

• *Chỉ định và chống chỉ định*

➤ Chỉ định:

- Các bệnh mạn tính: Thoái hóa, liệt vận động....

- Giảm đau: Đau đầu, đau vai gáy, đau lưng, đau thần kinh hông to, đau cơ, viêm đau dây, rễ thần kinh...

- Các trường hợp co cứng cơ: Liệt cứng, co cơ do kích thích rễ, dây thần kinh.

- Tăng cường tuần hoàn và dinh dưỡng cho da, dưới da, cơ, thần kinh trong các bệnh bại liệt, teo cơ. Kích thích phục hồi dẫn truyền thần kinh trong tổn thương dây thần kinh ngoại vi hoặc tổn thương các đám rối thần kinh do các nguyên nhân khác nhau.

- Thư giãn, chống mệt mỏi căng thẳng thần kinh, giảm stress. Phục hồi cơ bắp sau tập luyện hay lao động nặng.

➤ Chống Chỉ định:

- Các trường hợp gãy xương, chấn thương.

- Cơ hen ác tính, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim.

- Bệnh ác tính, các khối u, lao tiên triễn.

- Các bệnh ưa chảy máu, các vùng đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu, các bệnh da liễu.

- Không xoa bóp vào vùng hạch bạch huyết gây tổn thương và làm giảm sức đề kháng của cơ thể như: đám hạch quanh tai và thái dương, đám hạch khuỷu....

- Vùng bị lở loét, bệnh truyền nhiễm.

1.3.3. Điện xung [28], [46], [67].

Điện xung là dòng điện do nhiều xung liên tiếp tạo nên. Xung điện là dòng điện chỉ xuất hiện trong một khoảng thời gian ngắn, xen kẽ giữa các xung là khoảng nghỉ hoàn toàn không có dòng điện.

Điện xung là một phương pháp vật lý trị liệu, điều trị bằng các xung có tần số thấp và trung bình có tác dụng giảm đau, giảm trương lực cơ co thắt, thư giãn cơ do tác động dòng điện xung khi vào tủy sống làm ức chế sự dẫn truyền cảm giác đau lên não do đó làm giảm cảm giác đau ra ngoài, ngoài ra còn kích thích não giải phóng các morphin nội sinh (endorphin) nên có tác dụng giảm đau đã được sử dụng nhiều rộng rãi trong điều trị bệnh lý về cơ xương khớp.

Tác dụng sinh học của dòng điện xung.

Dòng điện xung khi tác động lên cơ thể sẽ gây ra 2 tác dụng cơ bản: kích thích gây hưng phấn thần kinh và ức chế làm giảm hưng phấn thần kinh.

Nếu tần số dòng điện càng tăng thì tính kích thích càng tăng nhưng chỉ tới 50Hz. Nếu tần số dòng điện tiếp tục tăng lên trên 50Hz thì tính kích thích sẽ giảm dần rồi chuyển sang tác dụng ức chế.

+ Tác dụng giảm đau: Để giải thích tác dụng giảm đau của dòng điện xung có 3 thuyết đưa ra.

- Thuyết cổng kiểm soát (gate control) thuyết này do Meltzack và Wall đề xuất. Theo thuyết này các xung động có tần số < 50Hz, độ dốc đứng, độ rộng xung hẹp thì được dẫn truyền chủ yếu theo sợi nhỏ (Ad và sợi C) gây ức chế neuron trung gian và xung đi lên đồi thị gây đau “cổng mở”. Các xung có tần số > 50Hz, xung thoải, độ rộng xung lớn thì xung động chủ yếu dẫn truyền theo sợi to (Aa, Ab) đến hưng phấn neuron trung gian gây ra ức chế trước synap giảm dẫn truyền lên trung ương “cổng đóng”.

- Thuyết về sự giải phóng endorphin: Sjoloud và Erikson đề xuất. Theo thuyết này thì trong các trường hợp đau mạn tính có thể do giảm hoạt tính của hệ endorphin hoặc tăng tiêu hủy endorphin ở tổ chức thần kinh. Hệ thần kinh trung ương dưới tác dụng của dòng điện sẽ làm tăng giải phóng endorphin ở tổ chức thần kinh, endorphin như một morphin nội sinh có tác dụng giảm đau mạnh.

- Thuyết về sự ngưng trệ sau kích thích của hệ thần kinh trung ương do Sato và Schmid đề xuất. Theo thuyết này dùng dòng điện xung kích thích chọn lọc vào các sợi thần kinh gây ức chế thần kinh trung ương gây giảm đau.

+ Ứng dụng: để giảm đau, giảm co thắt cơ, tăng tuần hoàn, chọn các dòng điện xung có tính chất ức chế. Để kích thích cơ cơ (cơ bại, liệt, rèn luyện cơ) phục hồi thần kinh, chọn dòng xung có tác dụng hưng phấn.

+ Chống viêm: dòng điện xung có tác dụng chống viêm dựa trên cơ sở tăng cường tuần hoàn, chuyển hóa, giảm phù nề, tăng cường miễn dịch dịch thể và tế bào, giảm các chất gây viêm, chỉ áp dụng với viêm không do nhiễm khuẩn.

+ Kích thích cơ cơ: Với các cơ bị bại liệt, giảm trương lực cơ do tổn thương thần kinh dùng dòng xung có tần số $< 50\text{Hz}$, độ dốc xung lớn, độ rộng xung hẹp. Các dòng xung thích hợp là dòng xung hình gai nhọn, xung hình chữ nhật.

+ Giảm co cứng cơ: dòng điện xung được sử dụng trong điều trị liệt cứng, chấn thương, co thắt cơ do đau sử dụng dòng điện xung có tác dụng ức chế như dòng xung Bernard, dòng giao thoa.

+ Tăng cường dinh dưỡng tuần hoàn dùng dòng điện xung có độ rộng xung lớn, tần số xung $>100\text{Hz}$.

+ Dòng điện xung có tác dụng chống viêm dựa trên cơ sở tăng cường dinh dưỡng tuần hoàn, chuyển hóa, giảm phù nề. Thường tác dụng với viêm không nhiễm khuẩn.

➤ Chỉ định:

- Điều trị những bệnh đau: Thoái hóa xương khớp, đau thần kinh, đau vai gáy, đau lưng, đau thần kinh hông to, đau cơ....

- Điều trị những bệnh mất cân bằng tự động: Rối loạn tuần hoàn ngoại vi, Raynaud, loạn dưỡng Sudeck...

- Chống viêm trong các trường hợp không có nhiễm khuẩn.

- Điều hòa rối loạn tuần hoàn ngoại vi (do lạnh, ứ trệ tĩnh mạch, chấn thương...).

- Tăng cường sức cơ với mục đích:

+ Phục hồi cảm giác căng cơ.

+ Duy trì sức cơ trong tình trạng bất động hoặc mất chi phối thần kinh.

+ Kích thích cơ trong bại liệt, chứng đại tiểu tiện mất tự chủ.

- Kéo giãn cơ trong trường hợp cơ ngắn do tăng trương lực, quanh tổ chức liên kết...

- Liệu pháp ion hóa: Điều trị sẹo, đau dây thần kinh, viêm gân, nhiễm nấm...

- Làm lành vết thương.

➤ Chống Chỉ định:

+ Chống chỉ định tuyệt đối:

- Bệnh nhân sốt, khối u (kể cả u lành và u ác tính), bệnh lao (lao xương, lao khớp).

- Mất cảm giác ở vùng điều trị, vùng đang có chảy máu hoặc đe dọa chảy máu.

- Vùng khuyết da, rối loạn cảm giác, viêm tắc động mạch, tĩnh mạch, huyết khối, người đang dùng máy tạo nhịp, có vật kim loại trong cơ thể.

+ Chống chỉ định tương đối:

- Trẻ nhỏ (do không kiểm soát được)

- Người rối loạn tâm thần.

- Vùng da đặt điện cực bị xây xát hoặc có bệnh ngoài da.

➤ Phụ nữ có thai, đang hành kinh thì không điều trị ở vùng có liên quan trực tiếp hoặc vùng gây phản xạ co thắt tử cung.

1.3.4. Điện Cơ (Chẩn đoán điện) [61].

Chẩn đoán điện (thường gọi là điện cơ) là một phương pháp đánh giá chức năng dẫn truyền dây thần kinh về cảm giác và vận động vùng da và cơ mà nó chi phối. Điện cơ lâm sàng (*clinical electromyography – clinical EMG*) bao gồm hai phần chính: đo dẫn truyền dây thần kinh (*nerve conduction velocities - NCV*) và ghi điện cơ bằng điện cực kim (*needle electromyography*). Ngoài ra còn có một số phương pháp khác như: kích thích lặp lại liên tiếp (*Repetitive Stimulation*), phản xạ nhắm mắt (*Blink Reflex*), điện cơ kim sợi đơn độc (*Single Fiber EMG*), tetany test, điện thế gọi cảm giác thân thể (*Somatosensory Evoked Potentials - SEPs*).

- Điện cơ giúp cho chẩn đoán định khu tổn thương, đặc biệt là trường hợp có tổn thương dây thần kinh ngoại vi.

1.4. Tình hình nghiên cứu điều trị đau dây thần kinh tọa trong nước và thế giới

1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Dương Thôi Phương (2003) Sử dụng Hoàn Tam châm điều trị đau dây thần kinh tọa cho 174 bệnh nhân thấy 55/56 bệnh nhân đau dây thần kinh tọa nguyên phát có tỷ lệ có hiệu quả 99,3%. 112/118 trường hợp đau dây thần kinh hông to thứ phát có hiệu quả, tỷ lệ 94,1% [30].

Thư Lệ Vĩ (2004) Sử dụng thể châm kết hợp nhĩ châm vùng Thần kinh tọa, Thần môn đã 20 bệnh nhân đau thần kinh tọa, kết quả rõ rệt [53].

Chu Lợi (2005) Sử dụng điện châm kinh bàng quang, Kinh Đờm kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh thang điều trị 43 bệnh nhân thần kinh tọa, tỷ lệ có hiệu quả là 97,44%.

Chen MR và cộng sự (2009) đã nghiên cứu tác dụng của ôn châm trong điều trị đau thần kinh hông to cho 30 trường hợp thấy ôn châm có thể làm giảm các triệu chứng của đau thần kinh hông to với sự gia tăng của ngưỡng chịu đau [72],[73].

Nhiễm Lai Đức (2011) dùng thủ pháp kinh cân điều trị 208 trường hợp TVĐĐ thắt lưng, tổng tỷ lệ hiệu quả là 91,83% do thủ pháp kinh cân có thể

thư cân giải kết, giãn rộng khoảng cách giữa các đốt sống làm giảm áp lực nội đĩa đệm.

Lý Quân Hiệp (2013) Sử dụng thủ pháp Kinh Cân kết hợp hỏa châm điều trị 80 bệnh nhân TVĐĐ, kết quả tốt 46/80, khá 20/80, tỷ lệ có hiệu quả 82,5%.

1.4.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam

Trương Minh Việt (2005) Nghiên cứu tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt trên 65 bệnh nhân thấy 81.5% số bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt và khá [58].

Nguyễn Thị Thanh Tú (2008) So sánh hiệu quả đau dây thần kinh hông to bằng điện châm kết hợp với cao dán thiên hương với điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên 87 bệnh nhân thấy 87,5% số bệnh nhân cải thiện tốt thang điểm VAS [43].

Nguyễn Kim Ngọc (2010) đánh giá tác dụng hỗ trợ đau dây thần kinh hông to của viên cốt thoái vương trên 30 Bn thấy 71,4% số BN ở thể phong hàn thấp đạt hiệu quả điều trị tốt [38].

Trần Thị Minh Quyên (2011) đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trên 66 BN thấy 90,9% số Bn đạt hiệu quả điều trị [57].

Nguyễn Tiên Hưng (2012), Đánh giá tác dụng của đại trường châm kết hợp laser châm trong điều trị đau do THCS thắt lưng kết quả điều trị 70% tốt, 26,67% khá, 3,33% trung bình [45].

Bùi Việt Hùng (2014), Đánh giá tác dụng của điện trường châm trong điều trị hội chứng thắt lưng do thoát vị đĩa đệm cho kết quả tốt 60%, khá 30%, trung bình 10%, kém 0% [29].

Nguyễn Văn Lực (2015), Đánh giá tác dụng của bài thuốc thân thống trực ứ thang kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cho kết quả điều trị tốt và rất tốt đạt 96,7% [50].

Nguyễn Thị Thúy (2016) Đánh giá tác dụng của liệu pháp kinh cân bằng điện châm, xoa bóp kết hợp với bài thuốc độc hoạt ký sinh thang

trong điều trị đau thần kinh hông to trên 60 bệnh nhân, sau 28 ngày đạt kết quả tốt và rất tốt 75% [44].

Lương Xuân Hưng (2017) Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh tọa của bài thuốc TK1 kết hợp Xoa bóp bấm huyệt, sau 15 ngày đạt kết quả khá là 36,7 %, sau 30 ngày đạt kết quả tốt và khá chiếm 86,7% [37].

Nguyễn Thị Thanh Tú (2009), So sánh hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to bằng điện châm kết hợp cao dán Thiên hương với điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, Đại học Y Hà Nội. Sau 21 ngày đạt kết quả khá và tốt chiếm 85% [43].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán đau dây thần kinh tọa tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh Viện Châm cứu Trung Ương.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu theo YHHD [62][63]

- Bệnh nhân tuổi từ 30 trở lên.
- Các Triệu chứng đau dây thần kinh tọa

Bệnh nhân Đau từ vùng thắt lưng lan xuống mông, đùi, cẳng chân, bàn chân dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa.

+ Hội chứng cột sống: Nghiệm pháp Schober (+), Co cứng cơ cạnh cột sống (+).

+ Hội chứng rễ: Thông điểm Valleix (+), Dấu hiệu bấm chuông (+), Nghiệm pháp Lasègue (+), Nghiệm pháp Bonnet (+), Nghiệm pháp Neri (+), Rối loạn cảm giác (+), Rối loạn vận động (+), Có teo cơ hoặc không.

- Cận Lâm sàng: XQ thấy hình ảnh THCSTL, gây hẹp ống sống và/hoặc MRI cho thấy hình ảnh Thoát vị đĩa đệm CSTL [62].

- Bệnh nhân tự nguyện, đồng ý hợp tác tham gia nghiên cứu và tuân thủ các nguyên tắc điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu theo YHCT [10]

Bệnh nhân thuộc thể: Phong hàn thấp tý kết hợp can thận hư

- Bệnh nhân đau thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây thần kinh hông. Đau có cảm giác tê bì, nặng nề, có thể có teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát. Thường kèm theo triệu chứng toàn thân: ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong.

- Chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt.
- Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân đau thần kinh tọa do chấn thương nặng hoặc vỡ đốt sống, lao cột sống, viêm cột sống dính khớp, ung thư đốt sống nguyên phát hoặc thứ phát, u tủy và màng tủy...

- Bệnh nhân có các bệnh lý: suy tim, suy gan, suy thận, bệnh tim mạch đặc biệt là đặt máy tạo nhịp, đặt stent mạch vành, HIV/AIDS..., tai biến mạch máu não, Bệnh nội tiết.

- Các trường hợp đau thần kinh tọa có chỉ định phẫu thuật.

- Bệnh nhân nghiện rượu, nghiện ma túy, tâm thần, không hợp tác.

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2019-tháng 3/2020

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh viện Châm cứu Trung Ương.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

2.4.2. Cách chọn mẫu - cỡ mẫu

- Cách chọn mẫu: mẫu nghiên cứu được lấy theo phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên. Bệnh nhân được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm chứng và nhóm nghiên cứu.

- Cỡ mẫu: Chúng tôi tiến hành lấy thuận tiện có giá trị nghiên cứu cho một thử nghiệm lâm sàng bao gồm 60 bệnh nhân chia làm hai nhóm: Nhóm Chứng và Nhóm nghiên cứu.

Thực hiện phương pháp điều trị:

+ Nhóm Nghiên cứu: 30 bệnh nhân điều trị bằng điện xung kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điện châm.

+ Nhóm Chứng: 30 bệnh nhân điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm.

2.4.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Các bệnh nhân nghiên cứu được theo dõi và ghi chép theo một mẫu bệnh án thống nhất.

❖ Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, hoàn cảnh khởi phát bệnh.

❖ Theo dõi các chỉ tiêu lâm sàng: Đánh giá kết quả điều trị tại ngày D₀, D₁₅:

+ Tình trạng đau thắt lưng và thần kinh tọa: Nhẹ, vừa, nặng.

+ Mức độ chèn ép rễ thần kinh (Lasègue).

+ Độ giãn CSTL (theo nghiệm pháp Schoober).

+ Sự cải thiện về tầm vận động CSTL trước và sau điều trị trên lâm sàng.

+ Hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (Owestry Disability Index – ODI).

+ Kết quả điều trị chung.

- Cận lâm sàng:

+ Công thức máu: lượng hồng cầu, bạch cầu, tỷ lệ huyết sắc tố, hematocrit

+ Hoá sinh máu: ure, creatinin, glucose, AST, ALT.

+ Các chỉ tiêu này được đánh giá vào hai thời điểm D₀ và D₁₅.

- Tác dụng không mong muốn:

+ Đau tăng, bầm tím tại các vị trí xoa bóp bấm huyệt.

+ Vụng châm, gãy kim, nhiễm trùng tại chỗ do điện châm.

+ Bỏng da, mẩn ngứa, đau đầu chóng mặt do điện xung.

2.4.4. Phương tiện nghiên cứu

- Phương huyệt:

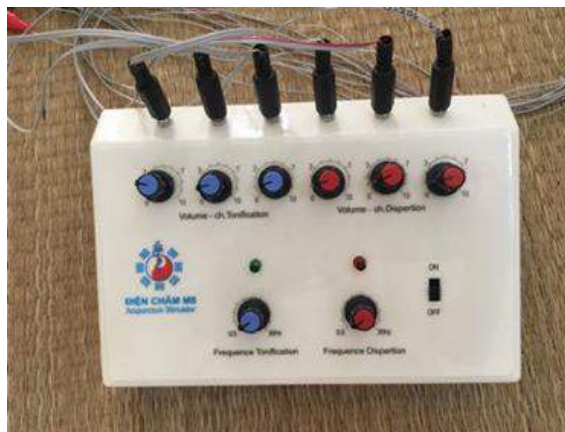
+ Bô: Can du, Thận du

+ Tả: Giáp tích L3-L5-S1; Đại trường du, thứ liệu, trật biên, hoàn khiêu, thừa phù, ủy trung, thừa sơn, côn lân, dương lăng tuyền.

- Kim châm cứu vô khuẩn dùng 1 lần, làm bằng thép không gỉ, đầu nhọn, dài 5-10 cm, đường kính 0.5 – 1,0 mm, Kim châm cứu Đông Á.



- Pince vô khuẩn
- Bông, khay quả đậu.
- Cồn 70°.
- Máy điện châm M8 do Bệnh viện Châm cứu Việt Nam sản xuất.



- Máy điện xung thấp tần 2 kênh ES-522 Ito- Japan



- Tấm lót điện cực: Được làm bằng miếng vải bông hoặc mút xốp dày 1,5cm thấm nước tốt, kích thước đủ rộng để bọc toàn bộ bề mặt của điện cực
- Thước đo tầm vận động cột sống [28].



- Thước đo thang điểm VAS [2].



- Bộ câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày bằng chỉ số OSWESTRY [65].

- Máy điện cơ: máy NEUROPACK S1 MEB 9400K, hãng NIHON KOHNDEN sản xuất tại Nhật năm 2014.



2.5. Quy trình nghiên cứu

- Hỏi bệnh và khám lâm sàng toàn diện cho bệnh nhân.
- Bệnh nhân được đến khám và được chẩn đoán đau dây thần kinh tọa, đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được phân thành 2 nhóm có độ tương đồng theo mức độ đau.
- Trước điều trị các BN được đánh giá theo các tiêu chí đánh giá kết quả nghiên cứu: mức độ đau bằng thang điểm VAS, độ giãn CSTL (theo NP Schober), mức độ chèn ép rễ thần kinh hông (theo NP Lasègue), tầm vận động cột sống thắt lưng, hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (bằng chỉ số OSWESTRY).
- Làm các xét nghiệm cơ bản cho bệnh nhân: Công thức máu, XQ tim phổi, chức năng gan, thận.
- Cho bệnh nhân chụp X quang CSTL thẳng, nghiêng, chụp MRI nếu có thể.
- Theo dõi các biểu hiện lâm sàng và các yếu tố liên quan đến tình trạng bệnh trước và sau điều trị.

- Đánh giá kết quả điều trị và so sánh trước sau điều trị và so sánh giữa 2 nhóm.
- Đánh giá theo các triệu chứng YHCT
- Các chỉ số theo dõi tại các thời điểm D0- D7- D15
- Liệu trình điều trị: 15 ngày, đánh giá sau 7 ngày và 15 ngày.

2.6. Phương pháp tiến hành

- Số lượng bệnh nhân: 60 bệnh nhân chia làm hai nhóm.
- Nhóm NC: Xoa bóp bấm huyệt + Điện Châm + Điện Xung
- Nhóm ĐC: Xoa Bóp bấm huyệt + Điện Châm

2.6.1. Xoa bóp bấm huyệt:

- Nhóm NC: Bệnh nhân XBBH sau đó Điện Châm, Điện xung.
- Nhóm ĐC: Bệnh nhân XBBH sau đó Điện Châm.
- Thực hiện Quy trình XBBH: ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút, Một liệu trình điều trị từ 15-30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh [3],[34].

Huyệt: Cự liêu, Hoàn khiêu, Thừa phù, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn, Thái khê, Phục thổ, Tắt nhãn, Hạc đỉnh, Túc tam lý, Dương lăng tuyền, Phong long, Giải khê.

Thủ thuật: Day, lăn, bóp, ấn, vận, phát, diêm, vận động

Trình tự xoa bóp:

➤ Tư thế người bệnh nằm ngửa

- Thao tác:

+ Day đùi và cẳng chân

+ Lăn đùi và cẳng chân

+ Ấn các huyệt : Phục thổ, Tắt nhãn, Túc tam lý, Dương lăng tuyền, Giải khê.

+ Vận động khớp: gập chân lại 3-5 lần. Làm dần dần đầu gối: Bắp chân người bệnh gác lên cẳng tay thầy thuốc, tay kia để ở gối người bệnh, co duỗi vài lần rồi đột nhiên ấn mạnh vào đầu gối làm khớp gối dần ra (làm 1-2

lần). Vận động cổ chân: Tay phải giữ gót chân người bệnh, tay kia nắm ngón chân và quay cổ chân người bệnh 2-3 lần, rồi lấy tay đẩy bàn chân vào ống chân, duỗi bàn chân đến tối đa 2-3 lần. Hai tay ôm chân người bệnh ngón cái để ở mắt cá chân và mắt cá ngoài, ấn xuống và đưa chân vào trong và ra ngoài 2-3 lần. Tay phải giữ gót chân, tay trái nắm bàn chân, cùng kéo giãn cổ chân.

+ Vê ngón chân và kéo dẫn ngón chân.

➤ Tư thế người bệnh nằm sấp.

- Thao tác:

+ Xoa bóp vùng thắt lưng.

+ Day mông và chân (hoặc phát chi dưới).

+ Lăn mông và chân.

+ Tìm điểm đau và day điểm đau.

+ Điểm Hoàn khiêu, ấn các huyệt: Cự liêu, Thừa phù, Ủy Trung, Thừa sơn, Phong long, Côn lân, Thái Khê.

+ Vận động khớp: Co duỗi khớp gối, mở khép khớp háng

+ Bóp và vờn chi dưới.

2.6.2. Điện Châm: Sau XBBH 5-10p [3],[60].

➤ Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân nghỉ ngơi 5 phút trước khi tiến hành điều trị.

- Bệnh nhân nằm sấp hoặc nằm nghiêng.

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

- Bộc lộ vùng lưng mông và chân

- Công thức huyệt:

Các huyệt Bỏ: Thận du, Can du.

Các huyệt tá: Giáp tích L3,L5,S1,Thứ liêu, Hoàn khiêu ,Trật biên, Thừa phù, Thừa sơn, Dương lăng tuyền, Phong thị. Tùy theo tình trạng BN đau theo kinh Bàng quang hoặc theo kinh đờm chọn huyệt [3].

- Thủ thuật: Xác định và sát khuẩn hai tay và da vùng huyệt cồn 70⁰, cầm kim bằng 3 ngón tay 1,2 và 3 ở vùng đốc kim và thân kim gần đốc kim.

+ Thì 1: Dùng hai ngón tay bên đối diện ấn và căng da vùng huyết, sau đó châm kim qua da vùng huyết nhanh, dứt khoát, hướng mũi kim tùy theo thủ pháp bổ hay tả.

+ Thì 2: Dùng một lực đều đẩy kim từ từ theo hướng đã định cho đến khi đạt đến cảm giác đặc khí (cảm giác tức, nặng).

- Mắc máy điện châm: Sử dụng máy điện châm mắc các điện cực lên đốc kim, tùy ngưỡng cảm giác của bệnh nhân mà điều chỉnh cường độ cho phù hợp, thời gian lưu kim 20-30 phút.

- Bổ: Tần số 1-3Hz , cường độ 1-5 μ A

- Tả: Tần số 5-10Hz cường độ 10-20 μ A

(Cường độ tùy theo tình trạng bệnh và ngưỡng chịu đựng của từng người)

- Liệu trình: Điện châm 1 lần/ngày, lưu kim 20-30 phút, một liệu trình điều trị từ 10-15 lần, (Quy trình số 25, Quyết định số 26-Bộ Y tế/2008).

2.6.3. Điện xung: Sau Điện châm 5-10p

➤ Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân nằm sấp hoặc nằm nghiêng .

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

- Bộc lộ vùng lưng, mông và chân.

- Lót 2 điện cực của máy điện xung sau đó đặt lên vị trí đau nhất của bệnh nhân vùng lưng, mông và chân, cố định 2 điện cực.

- Điều chỉnh cường độ điện tới ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân thì dừng lại.

- Theo dõi diễn biến của bệnh nhân trong quá trình điều trị.

- Liệu trình: Mỗi ngày 1 lần, mỗi lần 15 phút. Cường độ dòng điện theo ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân.

2.7. Tiêu chuẩn đánh giá cụ thể

• **Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale).**

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

Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt:

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

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



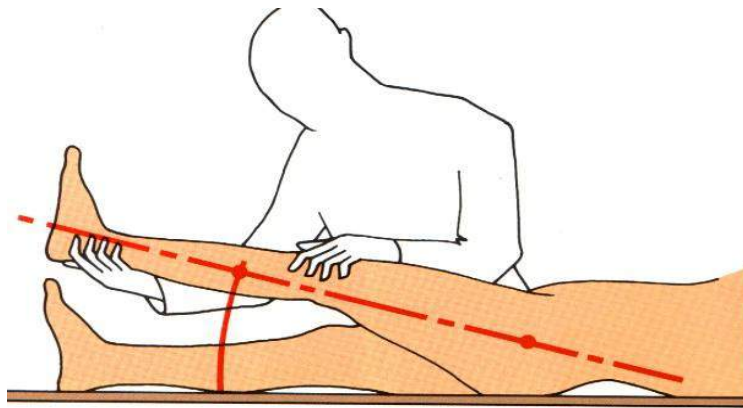
Hình 2.1. Thang điểm VAS

- Hình 1 (tương ứng 0 điểm): Bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào.
 - Hình 2 (tương ứng 1 – 3 điểm): Bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường.
 - Hình 3 (tương ứng > 3 – 6 điểm): Bệnh nhân đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc kêu rên.
 - Hình 4 (tương ứng > 5 – 9 điểm): Đau nhiều, đau liên tục, không thể vận động, luôn kêu rên.
 - Hình 5 (tương ứng > 9 điểm): Đau liên tục, toát mồ hôi, có thể choáng ngất.
- Cách đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS.

Bảng 2.1: Bảng đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Thang điểm VAS	Mức độ đau	Điểm quy đổi
$VAS < 1$	Không đau	0
$1 \leq VAS \leq 3$	Đau ít	1
$4 \leq VAS \leq 6$	Đau nhiều	2
$7 \leq VAS \leq 10$	Đau dữ dội	3

- **Nghiệm pháp Lasègue:**

*Cách khám nghiệm pháp Lasègue*

Bệnh nhân nằm ngửa, duỗi thẳng chân, thầy thuốc nâng cổ chân (giữ đầu gối cho thẳng) đến khi người bệnh thấy đau ở mông và mặt sau đùi.

+ *Cách đánh giá:*

Tốt (1 điểm): $\geq 75^\circ$

Khá (2 điểm): $\geq 60^\circ$

Trung bình 3 điểm): $\geq 45^\circ$

Kém (4 điểm): $< 45^\circ$

- **Độ giãn cột sống thắt lưng (Nghiệm pháp Schober):**

Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát vào nhau, hai bàn chân mở một góc 60° , đánh dấu ở bờ trên đốt sống S1 đo lên trên 10 cm 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- 15/10 cm.

Bảng 2.2. Cách đánh giá mức độ giãn cột sống thắt lưng

Độ giãn CSTL (cm)	Mức độ giãn	Thang điểm
$\geq 14/10$	Tốt	1
13,5-13,9	Khá	2
13-13,4	Trung bình	3
< 13	Kém	4

•Đánh giá tầm vận động CSTL:

Sử dụng thước đo hai cạnh, một cạnh cố định và một nhánh dịch chuyển theo sự di chuyển của thân người, điểm cố định của thước được chia độ từ 0 - 180°. Yêu cầu bệnh nhân làm các động tác gấp, duỗi, nghiêng, xoay.

- Gấp: Bệnh nhân đứng thẳng, điểm cố định đặt ở gai chậu trước trên, cạnh cố định đặt dọc đầu, cạnh di động đặt dọc thân mình, chân hình chữ V, cúi người tối đa, góc đo được là góc của độ gấp cột sống, bình thường $\geq 70^\circ$.

- Duỗi: điểm cố định đặt ở gai chậu trước trên, cạnh cố định đặt dọc đùi, cạnh di động đặt dọc thân mình, yêu cầu người bệnh đứng thẳng, chân để hình chữ V, ngửa người tối đa, góc đo được là góc của độ uốn CSTL, bình thường $\geq 25^\circ$.

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

- Xoay: sang bên chân đau (hoặc bên chân không đau): Bệnh nhân đứng thẳng, hai vai cân, đặt thước song song hai vai, bệnh nhân đặt tay vào hông và xoay người tối đa về từng bên, cạnh di động xoay theo độ xoay của vai, góc đo được là góc xoay của CSTL, bình thường $\geq 25^\circ$.

Bảng 2.3. Cách tính điểm tầm vận động CSTL

Mức độ	Gấp	Duỗi	Nghiêng bên	Xoay bên	Điểm
Tốt	$\geq 70^\circ$	$\geq 25^\circ$	$\geq 30^\circ$	$\geq 25^\circ$	1
Khá	60°-69°	20°-24°	25°-29°	20°-24°	2
Trung bình	40°-59°	15°-19°	20°-24°	15°-19°	3
Kém	$< 40^\circ$	$< 15^\circ$	$< 20^\circ$	$< 15^\circ$	4

• **Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Oswestry Disability**

- Lựa chọn 4 trong 10 câu hỏi trong bộ câu hỏi “ OSWESTRY LOW BACH PAIN DISABILITY QUESTIONNAIRE” để đánh giá sự cải thiện mức độ linh hoạt và hoạt động của CSTL trong sinh hoạt hàng ngày.

- Đánh giá 4 hoạt động (Xem chi tiết ở phần phụ lục)

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. Chăm sóc cá nhân | 2. Nhấc vật nặng |
| 3. Đi bộ | 4. Ngồi |

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

Cách đánh giá:

Bảng 2.4. Cách tính điểm chức năng hoạt động CSTL

Điểm theo Oswestry Disability	Mức độ giãn	Thang điểm
0 – 4	Tốt	1
5 – 8	Khá	2
9 – 12	Trung bình	3
> 12	Kém	4

2.8. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

Kết quả điều trị chung dựa vào tổng điểm của 5 chỉ số đánh giá.

$$\text{Kết quả (KQ)} = \left(\sum \text{điểm TĐT} - \sum \text{điểm SĐT} \right) / \sum \text{điểm TĐT} \times 100\%$$

- Tốt: Khi KQ $\geq 80\%$
- Khá: Khi KQ $60\% \leq KQ < 80\%$
- Trung bình: Khi KQ $40\% \leq KQ < 60\%$.
- Kém: Khi KQ $< 40\%$

Điểm trung bình	Mức độ
0 –8	Tốt
9-16	Khá
17-24	Trung bình
25-32	Kém

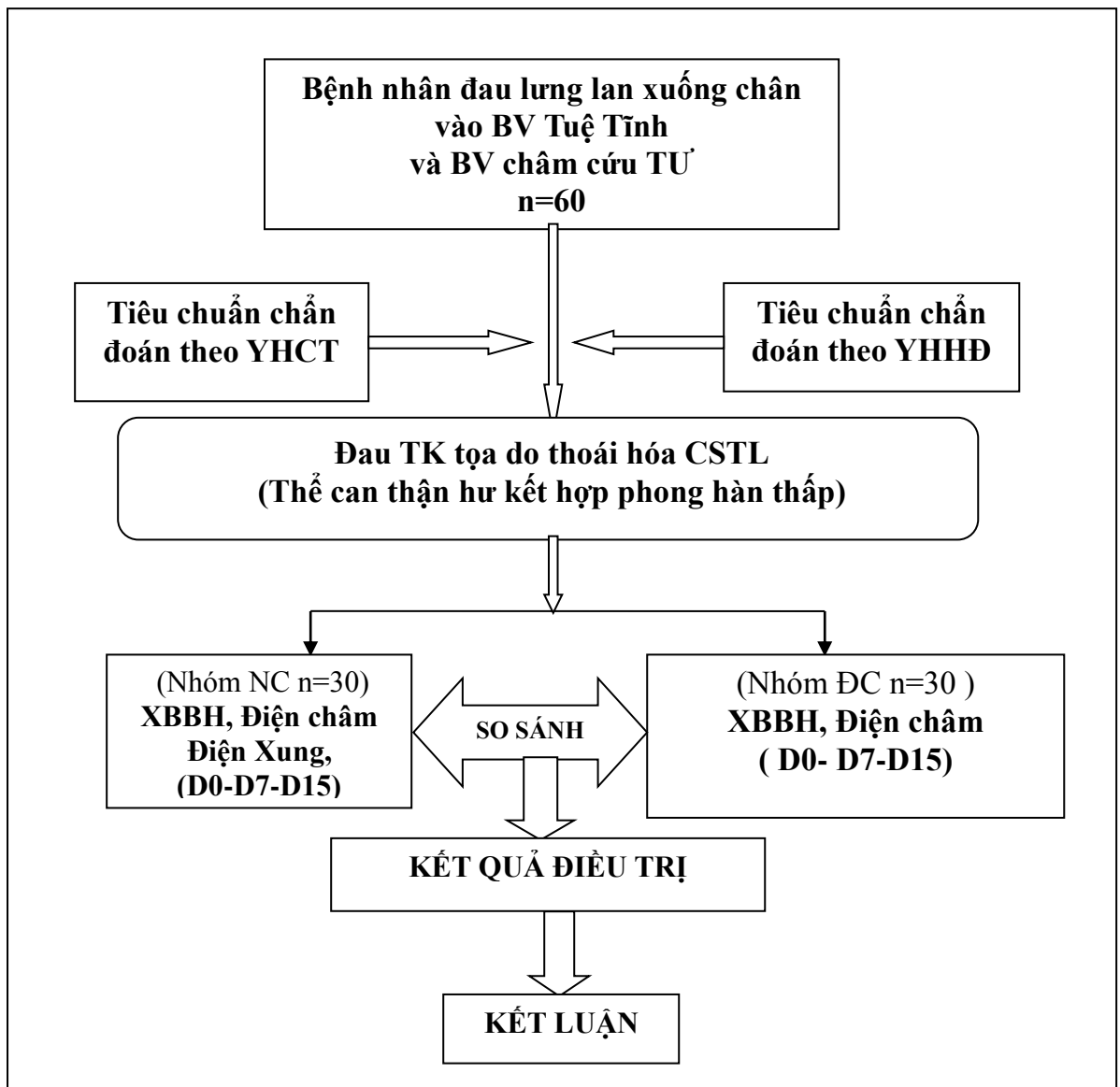
2.9. Đánh giá triệu chứng theo thể lâm sàng YHCT.

2.10. Phương pháp xử lý số liệu.

- Số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0 của IBM.
- Kiểm định sự khác biệt giữa hai tỷ số quan sát bằng Test khi bình phương hoặc test Fisher.
- Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỉ lệ phần trăm, so sánh hai giá trị trung bình quan sát trước và sau điều trị bằng T-test ghép cặp.

2.11. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam thông qua.
- Đề tài được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh.
- Khi tham gia nghiên cứu các bệnh nhân được giải thích rõ về mục đích, nắm được quyền lợi và trách nhiệm của mình, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào.
- Các thông tin thu thập từ bệnh nhân được giữ bí mật hoàn toàn.
- Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho các đối tượng tham gia sau khi nghiên cứu kết thúc.



Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Đối tượng Nhóm tuổi	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
30 – 39	3	10	3	10	6	10	>0,05
40 – 49	8	26,7	5	16,7	13	21,7	
50 – 59	6	20	7	23,3	13	21,7	
≥ 60	13	43,3	15	50	28	46,7	
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	55,73±12,97		59,47±14,89		57,60±13,97		

Nhận xét: Nhìn vào kết quả Bảng 3.1 ta thấy sự phân bố theo nhóm tuổi của nhóm NC và nhóm ĐC khá tương đồng, độ tuổi trung bình của nhóm NC là 55,73±12,97, nhóm ĐC là 59,47±14,89 và độ tuổi trung bình của cả hai nhóm là 57,60±13,97, cả hai nhóm đều có độ tuổi ≥ 60 chiếm chủ yếu, ở nhóm nghiên cứu là 43,3%, ở nhóm chứng là 50%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2. Đặc điểm về giới

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Đối tượng Giới	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng		p
	n	%	N	%	n	%	
Nam	12	40	12	40	24	40	>0,05
Nữ	18	60	18	60	36	60	
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0	

Nhận xét: Sự phân bố theo giới của hai nhóm là như nhau đều là nam có (12/30) chiếm 40% và nữ là (18/30) chiếm 60%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Đối tượng Nghề nghiệp	Nhóm NC		Nhóm ĐC		p
	n	%	n	%	
Lao động chân tay	11	36,7	12	40	>0,05
Lao động trí óc	11	36,7	6	20	
Hưu	8	26,6	12	40	
Tổng	30	100,0	30	100,0	

Nhận xét: Sự phân bố về đặc điểm nghề nghiệp của hai nhóm có sự khác biệt ở nhóm tuổi lao động và hưu, cụ thể ở nhóm NC lao động trí óc chiếm 36,7% nhóm ĐC là 20%, ở phân nhóm Hưu thì nhóm NC chiếm 26,6% và nhóm ĐC là 40%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

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

Đối tượng Thời gian	Nhóm NC		Nhóm ĐC		p
	n	%	n	%	
< 1 tháng	4	13,3	8	26,7	>0,05
1 - 3 tháng	20	66,7	15	50	
3 - 6 tháng	4	13,3	4	13,3	
> 6 tháng	2	6,7	3	10	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét: Theo kết quả bảng 3.4. trên ta thấy thời gian mắc bệnh của hai nhóm có sự khác nhau rõ rệt ở trước 1 tháng và từ 1-3 tháng, trong đó thời gian mắc bệnh trước 1 tháng ở nhóm NC chiếm 13,3%, ở nhóm ĐC là 26,7%, thời gian mắc bệnh từ 1-3 tháng ở nhóm NC là 66,7% và ở nhóm ĐC là 50%. Thời gian mắc bệnh từ 3-6 tháng và trên 6 tháng khá tương đồng nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.5. Đặc điểm về hoàn cảnh khởi phát bệnh

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo hoàn cảnh khởi phát bệnh

Đối tượng Hoàn cảnh khởi phát	Nhóm NC		Nhóm ĐC		p
	n	%	n	%	
Xuất hiện từ từ	23	76,67	24	80	>0,05
Xuất hiện đột ngột	7	23,33	6	20	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét: Theo kết quả bảng trên ta thấy ở cả hai nhóm đều có số lượng bệnh nhân trong hoàn cảnh khởi phát bệnh từ từ chiếm đa số, ở nhóm NC xuất hiện từ từ có 23/30 chiếm 76,67%, ở nhóm ĐC có 24/30 bệnh nhân chiếm 80%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.6. Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng của hai nhóm trước điều trị

Bảng 3.6. Các chỉ số lâm sàng của hai nhóm trước điều trị

Chỉ số TĐT	Nhóm	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
VAS (điểm)		4,6±1,16	4,43±1,22	>0,05
Schober (cm)		11,3±0,837	11,17±0,791	>0,05
Lasegue (độ)		47±7,49	44,83±8,45	>0,05
Gấp CSTL (độ)		39,1±9,67	38,93±10,16	>0,05
Duỗi CSTL (độ)		13±3,81	12,6±3,47	>0,05
Nghiêng bên đau (độ)		18,8±3,25	19,13±2,38	>0,05
Xoay bên đau (độ)		12,83±3,17	12,63±3,12	>0,05

Nhận xét: Từ kết quả bảng 3.6. ta thấy Các chỉ số lâm sàng của hai nhóm trước điều trị không có sự khác biệt đáng kể với $p > 0,05$.

3.1.7. Đặc điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm.

Bảng 3.7. Đặc điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm.

CNSHHN \ Nhóm	Nhóm NC		Nhóm ĐC		p
	n	%	n	%	
Tốt	0	0	0	0	>0,05
Khá	4	13,3	4	13,3	
Trung bình	22	73,3	23	76,7	
Kém	4	13,3	3	10	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét: Đặc điểm sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm trước điều trị là gần tương đương nhau, đều có tốt chiếm 0%, khá là 13,3% và đều chiếm chủ yếu ở mức trung bình. Tại mức trung bình nhóm NC là 73,3%, nhóm ĐC là 76,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.8. Đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền.

Bảng 3.8. Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền.

Triệu Chứng \ Nhóm	Nhóm NC		Nhóm ĐC		p
	n	%	n	%	
Đau lưng	30	100	30	100	0,648
Cảm giác tê bì	6	20	7	23,33	
Đau chân	30	100	30	100	
Ăn kém	21	70	19	63,33	
Ngủ ít	21	70	23	76,67	
Tiểu đêm	19	63,33	21	70	
Lưỡi nhợt bệu	20	66,67	21	70	
Mạch trầm tế	28	93,33	28	93,33	
Teo cơ	2	6,67	3	10	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu trên 100% bệnh nhân đều có đau lưng và kém theo lan xuống hai chân, hai triệu chứng teo cơ và cảm giác tê bì chiếm tỷ lệ thấp cụ thể triệu chứng teo cơ ở nhóm NC chiếm 6,67% và ở nhóm ĐC là 10%, cảm giác tê bì ở nhóm NC là 20% ở nhóm ĐC là 23,33%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả điều trị.

3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.9. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
D0	4,43±1,22	4,6±1,16	0,591
D7	3,43±0,77	3,83±0,87	0,066
D15	1,43±0,81	2,43±0,72	0,01
p_{D0-D7}	<0,01	<0,01	
p_{D0-D15}	<0,01	<0,01	

Nhận xét: Theo kết quả của chúng tôi thấy có sự thay đổi mức độ đau ở cả hai nhóm tại các mốc đánh giá. Nhìn vào kết quả bảng trên ta thấy nhóm NC có sự thay đổi rõ rệt hơn. Cụ thể thời điểm D7 là điểm VAS trung bình của nhóm NC thay đổi là từ 4,43±1,22 điểm xuống còn 3,43±0,77 điểm, nhóm ĐC từ 4,6±1,16 điểm xuống còn 3,83±0,87 điểm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ở thời điểm D15 nhóm NC điểm VAS trung bình còn là 1,43±0,81 điểm và ở nhóm ĐC là 2,43±0,72 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Đánh giá hiệu quả điều trị trên nghiệm pháp Lasègue

Bảng 3.10. Sự cải thiện góc độ Lasègue sau thời gian điều trị

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
D0	44,83±8,45	47,00±7,49	0,298
D7	53,67±6,68	53,33±6,86	0,850
D15	76,5±5,59	69,67±5,56	0,01
p_{D0-D7}	<0,01	<0,01	
p_{D0-D15}	<0,01	<0,01	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự thay đổi về sự cải thiện góc độ Lasègue ở cả hai nhóm, sự thay đổi Tại thời điểm D7 là như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D15 thì nhóm NC có sự cải thiện về góc độ Lasègue nhiều hơn nhóm ĐC cụ thể, ở nhóm NC thay đổi từ $53,67 \pm 6,68$ lên $76,5 \pm 5,59$, trong khi đó nhóm ĐC là từ $53,33 \pm 6,86$ lên $69,67 \pm 5,56$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Đánh giá hiệu quả cải thiện độ giãn CSTL (Nghiệm pháp Schöber)

Bảng 3.11. Sự cải thiện độ giãn CSTL sau thời gian điều trị

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
D0	11,17 \pm 0,79	11,3 \pm 0,83	0,529
D7	11,67 \pm 0,60	11,73 \pm 0,74	0,704
D15	13,13 \pm 0,73	12,1 \pm 0,71	0,01
p_{D0-D7}	<0,01	<0,01	
p_{D0-D15}	<0,01	<0,01	

Nhận xét: Theo kết quả tại bảng 3.11. trên ta thấy Sự cải thiện độ giãn CSTL ở hai nhóm tại thời điểm D7 là tương đương nhau với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tại thời điểm D15 thì nhóm NC có sự tiến triển tốt hơn nhóm ĐC, cụ thể nhóm NC tại thời điểm D7 tổng điểm giãn CSTL là $11,67 \pm 0,60$ điểm tăng lên thành $13,13 \pm 0,73$ điểm tại thời điểm D15, trong khi đó ở nhóm ĐC tăng từ $11,73 \pm 0,74$ điểm lên $12,1 \pm 0,71$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.4. Đánh giá hiệu quả cải thiện tầm vận động gấp CSTL.

Bảng 3.12. Mức độ cải thiện tầm vận động gấp cột sống thắt lưng

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
D0	38,93±10,16	39,10±9,67	0,948
D7	44,00±10,50	43,10±9,82	0,733
D15	56,13±8,04	50,47±8,40	0,01
p _{D0-D7}	<0,01	<0,01	
p _{D0-D15}	<0,01	<0,01	

Nhận xét: Qua kết quả bảng 3.12. ta thấy mức độ cải thiện tầm vận động gấp CSTL của hai nhóm đều có sự thay đổi ở cả hai thời điểm D7 và D15, nhưng thay đổi nhiều ở giai đoạn từ D7 đến D15. Sau điều trị nhóm NC có sự thay đổi tầm cải thiện CSTL trung bình từ 38,93±10,16 điểm lên đến 56,13±8,04 điểm, trong khi đó nhóm ĐC tăng từ 39,10±9,67 lên đến 50,47±8,40 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.5. Đánh giá hiệu quả cải thiện tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng.

Bảng 3.13. Mức độ cải thiện tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
D0	12,60±3,47	13,00±3,81	0,673
D7	16,50±3,37	14,73±3,69	0,058
D15	22,13±2,93	18,03±3,04	0,01
p _{D0-D7}	<0,01	<0,01	
p _{D0-D15}	<0,01	<0,01	

Nhận xét: Theo kết quả bảng trên ta có thể đánh giá sơ bộ là sau điều trị thì nhóm NC có sự cải thiện về độ duỗi CSTL tốt hơn nhóm ĐC. Cụ thể ở

nhóm NC tại thời điểm trước điều trị (D0) thì có tổng điểm trung bình là $12,60 \pm 3,47$ điểm sau 15 ngày điều trị (D15) thì tổng điểm tầm vận động dưới CSTL tăng lên là $22,13 \pm 2,93$ điểm, trong khi ở nhóm ĐC tổng điểm ban đầu là $13,00 \pm 3,81$ điểm sau điều trị tăng lên $18,03 \pm 3,04$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.6. Đánh giá hiệu quả cải thiện tầm vận động nghiêng bên đau.

Bảng 3.14. Mức độ cải thiện tầm vận động nghiêng bên đau (TVĐNBĐ)

Nhóm Thời điểm	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
D0	$19,13 \pm 2,38$	$18,80 \pm 3,25$	0,653
D7	$21,77 \pm 2,07$	$20,80 \pm 2,28$	0,092
D15	$28,27 \pm 2,44$	$24,33 \pm 2,49$	0,01
p_{D0-D7}	<0,01	<0,01	
p_{D0-D15}	<0,01	<0,01	

Nhận xét: Qua kết quả bảng 3.14. ta thấy mức độ cải thiện tầm vận động nghiêng bên đau của hai nhóm đều có sự thay đổi ở cả hai thời điểm D7 và D15, nhưng thay đổi nhiều ở giai đoạn từ D7 đến D15. Sau điều trị nhóm NC có sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đau có tổng điểm trung bình từ $19,13 \pm 2,38$ điểm lên đến $28,27 \pm 2,44$ điểm, trong khi đó nhóm ĐC tăng từ $18,80 \pm 3,25$ lên đến $24,33 \pm 2,49$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.7. Đánh giá hiệu quả cải thiện tầm vận động xoay bên đau

Bảng 3.15. Mức độ cải thiện tầm vận động xoay bên đau (TVĐXBĐ)

Nhóm Mức độ	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
D0	12,63±3,12	12,83±3,17	0,80
D7	16,47±3,26	14,47±3,28	0,02
D15	22,20±2,78	18,07±3,10	0,01
p _{D0-D7}	<0,01	<0,01	
p _{D0-D15}	<0,01	<0,01	

Nhận xét: Theo kết quả bảng 3.15. ta thấy sự cải thiện tầm vận động xoay bên đau của hai nhóm đều có sự thay đổi, trong đó nhóm NC cải thiện nhiều hơn nhóm ĐC được đánh giá tại hai thời điểm D7 và D15, Cụ thể sau điều trị nhóm NC có tổng điểm trung bình tăng từ 12,63±3,12 điểm lên 22,20±2,78, Nhóm ĐC tăng từ 12,83±3,17 điểm lên 18,07±3,10 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

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

Bảng 3.16. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Nhóm CNSHHN	Nhóm NC		Nhóm ĐC		p
	n	%	n	%	
Tốt	19	63,3	7	23,3	0,01
Khá	11	36,7	20	66,7	
Trung bình	0	0	3	10	
Kém	0	0	0	0	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét: Từ kết quả bảng 3.16. đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm nghiên cứu, nhóm NC cho kết quả tốt hơn nhóm ĐC. Cụ thể nhóm NC loại tốt có 19/30 người chiếm 63,3% trong khi đó nhóm ĐC loại tốt là 7/30 người chiếm 23,3% còn lại là loại khá, cả hai nhóm đều có mức cải thiện trên mức trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.9. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.17. Kết quả điều trị chung sau 15 ngày điều trị

Kết quả điều trị	Nhóm NC		Nhóm ĐC		p
	n	%	n	%	
Tốt	0	0	0	0	0,01
Khá	21	70	2	6,7	
Trung bình	9	30	25	83,3	
Kém	0	0	3	10	

Nhận xét: Từ kết quả bảng 3.17. đánh giá chung sau 15 ngày điều trị của hai nhóm, cả hai nhóm đều không có mức cải thiện tốt, nhóm NC phân bố chủ yếu ở mức khá và trung bình, trong đó khá là phần lớn 21/30 bệnh nhân chiếm 70% và trung bình chiếm 30% (9/30), không có loại kém, nhóm ĐC phân bố ở cả 3 mức khá, trung bình, kém, trong đó chủ yếu là trung bình chiếm 83,3% (25/30), sau đó đến kém chiếm 10% (3/30) còn lại là khá. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Sự thay đổi các triệu chứng YHCT thể phong hàn thấp tỷ kết hợp can thận hư sau điều trị.

Bảng 3.18. Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền thể phong hàn thấp tỷ kết hợp can thận hư sau điều trị

Triệu chứng \ Nhóm	Nhóm NC				Nhóm ĐC				p
	D0		D15		D0		D15		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Đau lưng	30	100	3	10	30	100	7	23,33	>0,05
Cảm giác tê bì	6	20	5	16,67	7	23,33	6	20	
Đau chân	30	100	4	13,33	30	100	11	36,67	
Ăn kém	21	70	18	60	19	63,33	17	56,67	
Ngủ ít	21	70	10	33,33	23	76,67	15	50	
Tiểu đêm	19	63,33	9	30	21	70	14	46,67	
Lưỡi nhợt bệu	20	66,67	11	36,67	21	70	16	53,33	
Mạch trầm tế	28	93,33	12	40	28	93,33	17	56,67	
Teo cơ	2	6,67	2	6,67	3	10	3	10	
	p _{D15-D0} >0,05				p _{D15-D0} >0,05				

Nhận xét: Từ kết quả bảng 3.18. Ta thấy sự thay đổi nhiều nhất là triệu chứng đau (đau lưng, đau chân). Cụ thể nhóm NC sau điều trị đau chân còn 10% nhóm ĐC còn 23,33%, đau lưng sau điều trị nhóm NC còn 13,33% và nhóm ĐC còn 36,67%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.19. Thay đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu

Chỉ số	Nhóm NC		Nhóm ĐC		P
	D ₀	D ₁₅	D ₀	D ₁₅	
Hồng cầu (T/l)	7,24±1,38	7,20±1,50	6,92±1,72	6,79±1,65	> 0,05
Bạch cầu (G/l)	7,82±1,78	7,85±1,65	7,08±1,95	7,06±1,81	
HGB (g/l)	135,60±13,07	135,30±13,67	130±14,39	130,13±13,37	
Ure (mmol/l)	4,78±1,34	4,56±1,07	4,55±1,09	4,56±1,07	
Creatinin (μmol/l)	78,7±11,92	78,27±13,12	76,16±14,13	77,37±14,19	
AST (UI/l)	23,43±4,33	23,66±4,41	25,66±5,31	25,56±5,41	
ALT (UI/l)	25,70±4,86	25,43±4,29	25,03±5,76	24,40±5,67	

Nhận xét: Từ kết quả bảng 3.19. Ta thấy sau điều trị các chỉ số sinh hóa và công thức máu gần như không thay đổi trước và sau điều trị ở cả hai. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

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

Trong quá trình nghiên cứu không có trường hợp nào có tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị điện châm và xoa bóp bấm huyệt như : gãy kim, vụng châm, bầm tím.... Về điện xung ở nhóm NC có duy nhất 1 trường hợp mẫn ngứa chiếm 3,33%.

Bảng 3.20. Thay đổi tần số mạch trên bệnh nhân tại các thời điểm

Thời điểm Nhóm NC	D₀ $\bar{X} \pm SD$ (1)	D₇ $\bar{X} \pm SD$ (2)	D₁₅ $\bar{X} \pm SD$ (3)	p¹⁻³
Nhóm NC	78,3 ± 2,63	77,93 ± 1,98	77,3 ± 2,35	0,01
Nhóm ĐC	77,4 ± 2,43	77,89 ± 2,10	76,67 ± 2, 23	0,01
p	0,467	0,576	0,434	

Nhận xét: Theo kết quả bảng 3.20. Ta thấy tần số mạch của hai nhóm trước và sau điều trị thay đổi không đáng kể. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.21. Thay đổi huyết áp trên bệnh nhân tại các thời điểm điều trị

Thời điểm		D₀ $\bar{X} \pm SD$	D₇ $\bar{X} \pm SD$	D₁₅ $\bar{X} \pm SD$	p
Nhóm NC	Tối đa (1)	126 ± 8,60	125,3 ± 7,56	126,5 ± 8,10	>0,05
	Tối thiểu (2)	78,5 ± 5,94	77,14 ± 5,56	77,96 ± 6,01	
Nhóm ĐC	Tối đa (3)	127,4 ± 7,67	127 ± 8,03	126,45 ± 7,69	
	Tối thiểu (4)	77,34 ± 5,89	78,03 ± 6,01	78,40 ± 5,94	
p ₁₋₃		0,583	0,436	0,667	
p ₂₋₄		0,447	0,434	0,389	

Nhận xét: Từ kết quả bảng 3.21. Ta thấy cả hai nhóm trước điều trị đều có huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu tương đương nhau, so sánh tại các mốc điều trị (D7) (D15) là không có sự chênh lệch nhiều so với trước điều trị. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.1.) cho thấy bệnh nhân đau dây thần kinh tọa có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi trưởng thành. Về sự phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu: Bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất với 43,3%; tiếp theo là các bệnh nhân trong nhóm tuổi 40 – 49 chiếm 26,7%, nhóm tuổi từ 50- 59 tuổi chiếm 20% còn lại là 30-39 tuổi, Kết quả của chúng tôi tương đương với Phạm Tiến Dũng và cộng sự có tỉ lệ độ tuổi 50 – 59 là 22,5%, 30 – 39 chiếm 27,5%, trên 60 tuổi là 22,5%, 20-29 tuổi là 7.5% [14]. Kết quả này có thể do ở độ tuổi sau 50 quá trình thoái hóa nhanh hơn sức chịu đựng của hệ xương khớp giảm dần, trong khi cơ thể con người vẫn đang ở giai đoạn lao động. Điều này có sự tương đồng khá rõ với các y văn khi cho rằng bệnh gặp chủ yếu ở lứa tuổi lao động từ 20 – 50 tuổi. Bên cạnh đó theo Y học cổ truyền đau thần kinh tọa thuộc phạm vi chứng yêu cước thống có liên quan mật thiết với công năng sinh lý của tạng thận. Hoàng đế nội kinh tố vấn - Mạch yếu tinh vi luận có viết: “Lung là phủ của thận, vận động không linh hoạt, thận sẽ liên lụy mà yếu suy” đến đời Đường - Vương Bỉnh đã chú giải: “Hai thận nằm bên trong của eo lưng, nên nói lung là phủ của thận”. Thận tàng tinh, sinh tủy và chủ về cốt. Thiên thượng cổ thiên chân luận có viết: “Con gái... đến năm sáu lần bảy bốn hai tuổi mạch của ba kinh dương suy kém..., năm bảy lần bảy bốn chín tuổi âm mạch hư, thái xung mạch kém sút, thiên quý hết địa đạo không thông nên thân thể hao mòn mà không có con. Con trai đến năm năm lần tám bốn mươi tuổi thận khí suy dần... năm sáu lần tám bốn tám tuổi dương khí suy kiệt ở trên... năm bảy lần tám năm mươi sáu tuổi can khí suy, sự cử động của gân yếu, thiên quý suy hết, tinh ít, thận tàng giảm sút, toàn thân mệt mỏi”. Kết quả

bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $57,60 \pm 13,97$ tuổi và dao động trong khoảng là 31 tuổi đến 92 tuổi, đồng thời phù hợp với lý luận của y học cổ truyền luận giải từ khoảng ngoài 40-42 tuổi thiên quý dần giảm sút tinh tủy suy hao nên phát sinh đau lưng mỗi gối.

Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $57,8 \pm 16,67$ năm, tập trung chủ yếu ở khoảng trên 50 tuổi chiếm 63,6% và có xu hướng trẻ hóa khi độ tuổi 40-49 tuổi chiếm 26,7% và từ 30- 39 tuổi là 10%. Điều này có thể lý giải do phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu nằm sau độ tuổi lao động, và vận động sai tư thế là một trong những điều kiện phát sinh bệnh thường gặp nhất của hình thái bệnh lý này có thể gây ra những chấn thương bất thường tác động đột ngột vào cột sống, đôi khi lực tác động không lớn nhưng do tuổi cao xương cốt đã thoái hóa (sinh lý) kết hợp bệnh loãng xương của tuổi già dẫn đến cũng có thể gây co kéo cơ quá mức làm phát sinh phản ứng viêm và đau hoặc tổn thương phần mềm, hạn chế vận động... Sau đó, dưới tác động liên tục của các vi chấn thương trong quá trình hoạt động kéo dài gây nên đau lưng cấp hoặc mãn tính, thậm chí thoát vị đĩa đệm là những nguyên nhân chính dẫn tới đau thần kinh tọa.

4.1.2. Giới

Các kết quả nghiên cứu (Bảng 3.2.) cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ lớn với 63,3%; trong khi con số này ở nam giới chỉ là 36,7%. Kết quả này có sự khác biệt với kết quả của một số tác giả cho tỷ lệ gặp ở nam cao hơn nữ chủ yếu do tại Việt Nam nam giới vẫn là lao động chính trong gia đình. Như trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Toàn: nam chiếm 58,7% và nữ chiếm 41,3% [15], Nguyễn Vũ (2004) tỷ lệ nam là 51,9%; nữ là 40,9% [16], Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thương Huyền (2011) cho kết quả nữ giới chiếm 45%, nam giới chiếm 55% [20]. Bên cạnh đó tỉ lệ nam nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả hay nghiên cứu của Trần Thái Hà (2012) bệnh nhân nhóm chúng nữ giới chiếm tỷ lệ 70,9% cao hơn so với nam giới là 29,1% [25]. Những biến đổi khác biệt này phù hợp với thống kê

mới nhất của bộ y tế năm 2016, đau thần kinh tọa thường gặp một bên, ở lứa tuổi lao động (30-50 tuổi). Trước kia tỷ lệ nam cao hơn nữ, song các nghiên cứu năm 2011 cho thấy tỷ lệ nữ cao hơn nam [7]. Những thay đổi này có thể lý giải là do phụ nữ cũng chịu nhiều yếu tố nguy cơ gây chấn thương hệ xương khớp hơn như: thường xuyên đi giày cao gót, tăng cân nặng thời gian ngắn trong quá trình mang thai, công việc văn phòng ngồi nhiều hạn chế vận động, giai đoạn tiền mãn kinh phụ nữ thường có các rối loạn chuyển hóa kèm theo, loãng xương và đặc biệt là tình trạng thừa cân béo phì do suy giảm các hormone nội tiết và chế độ ăn nhiều đường đậm mang lại. Bên cạnh đó có lẽ xu hướng lựa chọn phương pháp điều trị của phụ nữ nghiêng về YHCT nhiều hơn.

Nội kinh nói rằng: “Con gái 7 tuổi Thận khí thịnh, răng thay, tóc dài; tuổi mười bốn (nhị thất – 2 x 7) thì Thiên quý đến, Nhâm mạch thông, Xung mạch thịnh, Nguyệt sự theo đúng thì chảy xuống, cho nên có thể sinh con; tuổi hai mươi một (tam thất – 3 x 7) Thận khí sung mãn, cho nên răng thực mọc lên và dài hẳn; tuổi hai mươi tám (tứ thất – 4 x 7) thì gân và xương cứng chắc, tóc dài nhất, thân thể thịnh tráng; tuổi ba mươi lăm (ngũ thất – 5 x 7) mạch Dương minh bị suy, mặt bắt đầu nhăn, tóc bắt đầu rụng; tuổi bốn mươi hai (lục thất – 6 x 7) mạch Tam dương bị suy ở trên, mặt bắt đầu nhăn, tóc bắt đầu trắng; tuổi bốn mươi chín (thất thất – 7 x 7) Nhâm mạch bị hư, mạch Thái xung suy thiếu, Thiên quý kiệt, mạch đạo ở hạ bộ không còn thông, cho nên hình thể bị hoại và không còn sinh con nữa.

Trượng phu (con trai) 8 tuổi thì Thận khí thực, tóc dài, răng thay; tuổi mười sáu (nhị bát – 2 x 8) Thận khí thịnh, Thiên quý đến, tinh khí (có thể) chảy tràn ra, Âm Dương được hòa, cho nên có thể có con; tuổi hai mươi bốn (tam bát – 3 x 8) Thận khí được sung mãn, gân xương thẳng cứng, cho nên răng thực mọc lên và dài hẳn; tuổi ba mươi hai (tứ bát – 4 x 8) gân xương đã to và thịnh, cơ nhục được đầy đủ và khỏe mạnh; tuổi bốn mươi (ngũ bát – 5x8) Thận khí suy, tóc rụng, răng bị khô; tuổi lục bát Dương khí suy kiệt ở trên, mặt nhăn, tóc bạc hoa râm; tuổi năm mươi sáu (thất bát) Can khí suy, cân

không còn có thể động; tuổi sáu mươi tư (bát bát – 8 x 8) thiên quý kiệt, tinh khí ít đi, Thận tạng bị suy, hình thể đều bị suy cực, do đó mà tóc và răng bị rụng. Thận chủ thủy, nhận tinh khí của ngũ tạng lục phủ để tạng chứa, cho nên nếu ngũ tạng thịnh thì có thể cho chảy ra; nay nếu ngũ tạng đều suy, cân cốt bị yếu, không còn sức, Thiên quý tận, do đó tóc và tóc mai bị trắng, thân thể nặng nề, bước đi không vững, và sẽ không có con”. Như vậy tuổi thất thất ở nữ và bát bát ở nam, Thận khí suy, cốt tủy bị yếu dẫn tới hay đau mỏi. Một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân đau vùng cổ gáy xuất hiện nhiều từ 50 tuổi trở lên, do độ tuổi này các cấu trúc đã bắt đầu lão hóa mà vẫn trong độ tuổi lao động chưa được nghỉ ngơi hoặc do cỡ mẫu nhỏ, chưa đủ phản ánh đúng tỉ lệ bệnh trong quần thể. Vì vậy xét về các yếu tố sinh lý nữ giới có thể xuất hiện chứng yếu thống sớm hơn so với nam giới.

4.1.3. Nghề nghiệp

Kết quả (Bảng 3.3.) cho thấy đối tượng nghiên cứu là lao động chân tay và lao động trí óc chiếm tỉ lệ như nhau là 36,7%, điều này có thể thấy đau thần kinh tọa có thể gặp ở mọi hoàn cảnh nghề nghiệp. Kết quả này khác so với kết quả tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm lao động nặng trong nghiên cứu của Nguyễn Mai Hương (2001) là 61,76% [22]. Phạm Thị Hạnh (2009) 58,3% [23], Đặng Thị Xuân Liễu (2005) 67,5% [24]. Bệnh cảnh đau thần kinh tọa trên lâm sàng rất phong phú và có nhiều nhóm nguyên nhân khác nhau, từ có tổn thương thực thể như thoái hóa cột sống thắt lưng hay thoát vị đĩa đệm là nguyên nhân thường gặp nhất, hay những chấn thương cơ học, vận động sai tư thế bên cạnh những bệnh cảnh viêm nhiễm đặc hiệu hoặc không đặc hiệu tại chỗ hoặc vùng lân cận... Đồng thời phù hợp với nguyên nhân bệnh sinh theo YHCT là do trong quá trình lao động, sinh hoạt bị ngoại tà xâm phạm hoặc có những chấn thương gây tổn thương kinh mạch làm khí trệ huyết ứ hoặc gây thiếu dưỡng kinh lạc vùng thắt lưng mà phát sinh bệnh. Vì vậy đau thần kinh tọa là biểu hiện thường gặp trong hoạt động lao động ở mọi ngành nghề cũng như trong điều kiện sinh hoạt hàng ngày.

Tuy vậy do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ và tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trải rộng từ bệnh nhân thoái hóa cột sống chưa đủ để đánh giá về mối liên quan của yếu tố nghề nghiệp với đau thần kinh tọa.

4.1.4. Thời gian bị bệnh

Kết quả (Bảng 3.4.) cho thấy số lượng bệnh nhân bị bệnh đã diễn biến trong khoảng từ 1- 3 tháng là chủ yếu, nhóm NC chiếm 66,7% nhóm ĐC chiếm 50%, sau đó là nhóm bị bệnh trước 1 tháng và từ 3 - 6 tháng ở nhóm nghiên cứu là 13,3%, ở nhóm chứng lần lượt là 26,7% và 13,3 %, thấp nhất là nhóm bị bệnh trên 6 tháng , nhóm trên mắc bệnh trên 6 tháng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu Phạm Thị Hạnh [23], Đặng xuân Liễu [24].

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy bệnh nhân đau dây thần kinh tọa thường khởi phát đau từ từ tăng dần nên bệnh nhân vẫn cố chịu đựng, bệnh nhân tự mua thuốc giảm đau để điều trị hoặc điều trị tại cơ sở y tế khác nhưng không hiệu quả. Đây là lý do khiến tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh khoảng từ 1-3 tháng tới khám và điều trị tại bệnh viện chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm.

4.2. Chọn huyết và kỹ thuật châm.

4.2.1. Chọn huyết.

Chọn kinh huyết và kỹ thuật châm trong châm cứu là hết sức quan trọng. Chọn huyết phù hợp theo từng bệnh, châm kim đảm bảo đặc khí, kích thích điện phù hợp đóng vai trò chính đến sự thành công của điều trị.

Chọn kinh huyết trong châm cứu cũng như laser châm phải dựa vào lý luận của YHCT (học thuyết âm dương, ngũ hành, tạng phủ, kinh lạc, ...). Nguyên tắc chọn huyết “Kinh mạch sở quá, chủ trị sở cập” tức là kinh lạc đi qua vùng nào thì chữa bệnh vùng đó và “tuần kinh thủ huyết” tức là lấy huyết ngay trên đường kinh bị bệnh hoặc chọn huyết cục bộ, tổng huyết[64].

Đau theo YHCT gọi là “Thông”. Trong sách tổ vấn, thiên “Âm dương ứng tượng đại luận” viết “Thông bất thông, thông tắc bất thông” có nghĩa là: Khí huyết lưu thông thì không đau, khi kinh lạc bị bế tắc, khí huyết không lưu thông thì gây đau. Châm cứu điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc, làm thông kinh hoạt lạc, khí huyết lưu thông, do đó có tác dụng giảm đau. Vì vậy chúng tôi chọn chủ yếu các đường kinh liên quan đến vùng bị bệnh, đó là những kinh dương ở vùng lưng và huyết có tác dụng toàn thân. Đồng thời cũng dựa theo cơ chế tác dụng của điện châm theo YHHĐ, nguyên tắc chọn huyết theo YHCT để chọn huyết tại chỗ, lân cận nơi đau theo đường kinh [65].

Các huyết Giáp tích từ L3-L5-S1 là các huyết thuộc kỳ kinh, có các vị trí tương ứng từ giữa điểm cột sống cùng tên đo ngang ra 0,5 thốn. Các huyết Giáp tích có tác dụng hành khí, hoạt huyết, khứ ứ mạnh giúp điều hòa khí huyết, do vậy có tác dụng giảm đau. Khi châm xuyên huyết từ Giáp tích L1-L5 sẽ tạo nên huyết đạo giúp kinh khí lưu thông trong kinh mạch tốt hơn, có hiệu quả giảm đau trong điều trị đau dây thần kinh tọa do THCSTL.

Huyết Thận du là huyết thuộc kinh Thái dương Bàng quang, có quan hệ biểu lý với kinh Thiếu âm Thận, có vị trí từ giữa L2 và L3 đo ngang ra 1,5 thốn. Thận tàng tinh, khi thận hư tinh tổn không nuôi dưỡng được cân cốt gây nên chứng yếu thống thì việc điều khí bồi bổ huyết Thận du là rất cần thiết. Việc bồi bổ này giúp cho Thân tinh không bị hư hao, như một sự làm chậm lại quá trình thoái hóa vậy.

Huyết Đại Trường Du là huyết thuộc kinh thái dương bàng quang có quan hệ biểu lý với kinh Thiếu âm Thận, có vị trí từ giữa L4 và L5 đo ngang ra 1,5 thốn. khi châm huyết Đại Trường Du có tác dụng giúp lưu thông khí tại kinh bàng quang khí hành viết sẽ giúp cho điều hòa khí huyết, dinh dưỡng được cơ nhục, cốt tủy giải quyết được chứng yếu thống.

Huyết thứ liêu là huyết thuộc kinh thái dương bàng quang có quan hệ biểu lý với kinh Thiếu âm Thận, có vị trí từ lỗ thứ hai từ trên xuống của

xương cùng. Khi châm huyết thứ liệu có tác dụng tương tự như huyết Đại Trường Du hơn nữa đối với những người bệnh đau DTKT do thoái hóa cột sống thắt lưng có hiện tượng đau lan xuống vùng hông thì châm thứ Liêu có hiệu quả giảm đau.

Huyết trật biên là huyết thuộc kinh thái dương bàng quang có quan hệ biểu lý với kinh Thiếu âm Thận, có vị trí từ dưới đốt xương cùng thứ tư cho nhanh ra 3 thốn. Huyết Hoàn Khiêu là huyết thuộc kinh thiếu Dương đờm có quan hệ biểu lý với Kinh quyết âm can có vị trí trí sắp đo từ đỉnh xương cụt lên 2 thốn, nối đầu chót xương đùi, giao điểm $\frac{1}{3}$ ngoài và $\frac{2}{3}$ trong là huyết. Khi châm xuyên hai huyết này sẽ tạo nên huyết đạo có tác dụng điều hòa kinh khí mạnh giúp khí huyết lưu thông tác động được cả tới các tạng can thận giúp nâng cao công năng của tạng phủ, hạn chế quá trình thoái hóa, cải thiện được tình trạng đau thần kinh tọa.

Huyết ủy trung là huyết thuộc kinh Thái dương Bàng quang, có quan hệ biểu lý với kinh thiếu âm Thận, có vị trí ở chỗ trung giữa lằn ngang khoeo chân, phía ngoài bờ động mạch, là tổng huyết của chi dưới và vùng lưng. Do đó, những chứng đau thuộc về phần lưng và chân, châm huyết Ủy trung có hiệu quả giảm đau. Đây là huyết không thể thiếu khi điều trị chứng đau thần kinh tọa do THCSTL.

Như vậy việc chọn các huyết tại chỗ, theo kinh lạc đi qua vùng bị bệnh có tác dụng thông kinh lạc, chỉ thông theo nguyên lý “Thông tắc bất thông, thông tắc bất thông”.

4.2.2. Kỹ thuật châm

Kỹ thuật châm đòi hỏi thực hiện theo đúng quy trình, châm kim phải đạt đặc khí mới có tác dụng điều khí, thông kinh lạc, khí huyết lưu thông. Bệnh nhân cảm thấy tại chỗ kim châm tức nặng, không đau, không buốt, thầy thuốc cảm thấy kim nút chặt.

Kỹ thuật châm dùng máy M8 do Bệnh viện châm cứu sản xuất, mắc hai huyệt cùng tên vào một điện cực, hoặc mắc các huyệt trên cùng một đường kinh. Để đạt được hiệu quả giảm đau chúng tôi sử dụng tần số kích thích 10-20Hz đối với các huyệt tả, nếu sử dụng ngưỡng kích thích cao hơn sẽ có nguy cơ gây nên tình trạng co cứng cơ vùng thắt lưng. Cường độ kích thích được điều chỉnh tăng dần cho phù hợp với sức chịu đựng của bệnh nhân, bệnh nhân cảm thấy rung giật tại huyệt mà không đau. Tránh tình trạng tăng cường đột ngột hoặc vượt quá sức chịu đựng của bệnh nhân, làm cho các cơ co rút, bệnh nhân sợ hãi dễ xảy ra tai biến.

4.3. kết quả điều trị.

Trên cơ sở sự tương đồng về đặc điểm nhân trắc và các triệu chứng trước điều trị của 2 nhóm bệnh nhân chúng tôi tiến hành so sánh kết quả điều trị của 2 nhóm sau điều trị như sau:

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

Kết quả ở bảng 3.9. cho thấy khi vào viện nhóm nghiên cứu có tổng điểm VAS trung bình là $4,43 \pm 1,22$ điểm và sau 15 ngày điều trị tổng điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm xuống là $1,43 \pm 0,81$ điểm. Và nhóm chứng trước điều trị (D0) tổng điểm VAS trung bình là $4,6 \pm 1,16$ điểm sau điều trị (D15) giảm xuống còn $2,43 \pm 0,72$ điểm. Trước điều trị 100% bệnh nhân của 2 nhóm có mức độ đau theo thang điểm VAS ở mức vừa và nhẹ, kết quả của đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS của bệnh nhân trước điều trị trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào có mức độ đau nặng, kết quả này khác với nghiên cứu của Trương Minh Việt phần lớn bệnh nhân đau ở mức độ nặng 60%, bệnh nhân ở mức độ đau vừa 36,9% [58]. Điểm VAS trung bình trước điều trị của bệnh nhân nhóm nghiên cứu là $5,4 \pm 1,09$ thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Thị Phương trong nghiên cứu tác dụng Cốt Thoái Vương trong điều trị đau thần kinh tọa bệnh nhân nhóm nghiên cứu có điểm VAS trung bình là $6,53 \pm 1,09$ [17]. Tuy nhiên nhìn chung các tác giả đều cho

rằng đau vừa và đau nhiều trong hội chứng đau dây thần kinh tọa là một trong những đặc trưng của bệnh lý này và đó là lý do chính để bệnh nhân đến khám bệnh và điều trị.

Sự khác biệt này có thể là do sự lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác nhau về độ tuổi dẫn đến tình trạng đau cấp mãn cũng khác nhau, mức độ đau cũng khác nhau. Theo nguyên lý của Điện châm thì điện châm giúp hình thành cung phản xạ mới: Châm hay cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới. Châm là kích thích cơ giới, cứu là kích thích nhiệt, những kích thích này gây nên biến đổi tại nơi châm cứu như: thay đổi nhiệt độ, phù nề, phản xạ đột trực (co giãn mạch), tăng tiết histamine, tập trung bạch cầu, tập trung kháng thể ... Những biến đổi tại chỗ tạo thành một kích thích, khi kích thích tới ngưỡng tạo thành xung động, xung động được truyền vào tủy, lên não, từ não chuyển tới cơ quan đáp ứng hình thành cung phản xạ mới.

Theo hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski: Trong cùng một thời gian, ở một nơi nào đó của hệ thần kinh trung ương, có 2 luồng xung động của 2 kích thích đưa tới, kích thích nào có luồng xung động mạnh và liên tục hơn sẽ kéo các xung động của kích thích kia về nó và tiến tới dập tắt kích thích kia. Khi có bệnh, biểu hiện bệnh lý tại cơ quan là một kích thích, xung động truyền vào hệ thần kinh thành một cung phản xạ bệnh lý. Châm hay cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới. Nếu cường độ kích thích mạnh hơn sẽ ức chế ổ hưng phấn do tổn thương bệnh lý, tiến tới phá vỡ và làm mất cung phản xạ bệnh lý.

Theo nguyên lý đó triệu chứng đau của bệnh nhân được cải thiện ngay từ những ngày đầu điều trị, cụ thể theo bảng 3.9 , mức độ đau của bệnh nhân giảm từ $4,43 \pm 1,22$ xuống $3,43 \pm 0,77$ ở nhóm nghiên cứu, giảm từ $4,6 \pm 1,16$ xuống $3,83 \pm 0,87$ ở nhóm đối chứng.

Theo YHCT đau thần kinh tọa bệnh danh là tọa cốt phong hay tọa cốt thống hay yêu cước thống thuộc phạm vi chứng tý, là bệnh cảnh thường thấy trên lâm sàng. Tý có nghĩa là bế tắc không thông, chính khí không đủ là nhân tố nội tại để phát bệnh, kết hợp với ngoại tà gây ra bệnh tà khí phong, hàn, thấp, nhiệt ở ngoài xâm phạm vào cơ thể, trở trệ kinh lạc làm khí huyết vận hành không thông lợi mà gây bệnh. Triệu chứng biểu hiện là cơ nhục, gân xương và hoặc các khớp đau nhức tê dại, co duỗi khó khăn, hạn chế vận động [5]. XBBH có tác dụng hòa khư tạo hiệu quả điều trị khi dùng các thủ thuật xoa, day, miết, phân, hợp, án, điểm huyết và kinh lạc, có tác dụng thúc đẩy khí huyết vận hành tăng cường chính khí, khư tà khí thông kinh hoạt lạc nhờ đó nhanh chóng giải quyết được phần lớn các triệu chứng trên lâm sàng của bệnh nhân. Tuy vậy phương pháp điều trị trong YHCT đề cao mục tiêu giải quyết nguyên nhân gây bệnh. “Trị bệnh tất cầu kỳ bản” vậy nên trong nghiên cứu này chúng tôi kết hợp sử dụng phương thuốc nhằm giải quyết nguyên nhân gây bệnh. Về bệnh cơ của chứng tý nói chung đã được đề cập từ rất sớm trong Nội kinh tố vấn, đến đời Thanh, y gia Sào Nguyên Phương trong Chư bệnh nguyên hậu luận có viết: “Tý là ba thứ khí phong, hàn, thấp cùng xâm nhập vào hợp lại mà thành tý” [5].

Sau 15 ngày điều trị nhóm nghiên cứu điện xung kết hợp xoa bóp bấm huyết và điện châm cho kết quả giảm đau rõ rệt hơn so với nhóm chứng. Sự khác biệt về chuyên mức độ đau giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

4.3.2. Sự cải thiện điều trị trên nghiệm pháp Lasègue.

Từ kết quả ở bảng 3.10. cho thấy, chỉ số Lasègue trước điều trị của 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng là như nhau ($p > 0,05$). Ở cả 2 nhóm bệnh nhân chỉ số Lasègue trung bình sau khi điều trị đều tăng rõ rệt so với trước điều trị. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 15 ngày điều trị bệnh nhân nhóm nghiên cứu có tỉ lệ cải thiện chỉ số Lasègue tốt hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trước điều trị chỉ số Lasègue trung bình của nhóm nghiên cứu là $44,83 \pm 8,45$ thấp hơn so với nhóm chứng $47,00 \pm 7,49$ tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 15 ngày điều trị, sự cải thiện góc độ Lasègue của hai nhóm là rất rõ rệt ($p < 0,05$) trong đó chỉ số Lasègue trung bình tại D15 của nhóm nghiên cứu là $76,5 \pm 5,59$ cao hơn so với $69,69 \pm 5,56$ của nhóm chứng, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thái Sơn (2013), cho kết quả Lasègue trung bình của nhóm nghiên cứu sau điều trị là $77,33 \pm 6,92$ [18].

Theo Trần Thị Thái Hà (2007) Sự cải thiện góc độ Lasègue sau 30 ngày điều trị là Tốt 43,4%, Khá 39,4%, Trung bình 3,3% và không còn loại kém [25].

Nghiệm pháp Lasègue hay còn gọi là nghiệm pháp căng rễ, thông qua việc thực hiện nghiệm pháp giúp cho người thầy thuốc đánh giá được sự co cứng của cơ vùng thắt lưng mông, cụ thể là cơ thẳng lưng, cơ lưng rộng, cơ mông lớn, cơ mông bé, cơ hình lê... là những cơ nằm trên đường đi của dây thần kinh tọa, những cơ này co cứng dẫn đến sự chèn ép vào dây thần kinh tọa gây đau và giảm tầm vận động dẫn đến giảm chỉ số Lasègue. Thông qua kết quả bảng 3.11 cho thấy được tác dụng giãn cơ, chống viêm, giảm phù nề rõ rệt của phương pháp kết hợp xoa bóp bấm huyệt với điện châm và điện xung, chỉ số Lasègue tăng từ $44,83 \pm 8,45$ ở ngày thứ nhất lên $76,5 \pm 5,59$ ở ngày thứ 15, mức cải thiện là 31,7 điểm, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.3.3. Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trước khi điều trị cả hai nhóm nghiên cứu đều có tổng điểm trung bình độ giãn cột sống thắt lưng tương đương nhau, nhóm NC trước điều trị (D0) là $11,17 \pm 0,79$ điểm, nhóm ĐC là $11,3 \pm 0,83$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả điều trị được đánh giá tại hai thời điểm là 7 ngày (D7) và 15 ngày (D15). Tại thời

điểm D7 sự chênh lệch của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, Nhóm NC tổng điểm trung bình độ giãn cột sống tại D7 là $11,67 \pm 0,60$ điểm, nhóm ĐC là $11,73 \pm 0,74$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Đánh giá tại thời điểm D15 cả hai nhóm đều có sự cải thiện nhất định, trong đó nhóm nghiên cứu cải thiện nhiều hơn nhóm chứng, nhóm NC tổng điểm trung bình giãn cột sống là $13,13 \pm 0,73$ điểm và nhóm ĐC $12,1 \pm 0,71$ điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

So sánh với kết quả của Phạm Văn Đức năm 2011 chúng tôi thấy có sự tương đồng.

Điều này khẳng định rằng nếu bệnh nhân được điều trị bằng điện xung kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điện châm thì không chỉ có khả năng giảm đau tốt mà còn cải thiện tầm vận động CSTL điển hình là các động tác gấp và duỗi CSTL nhanh và tốt.

4.3.4. Sự cải thiện tầm vận động của sống thắt lưng.

Các kết quả về tầm vận động gấp, duỗi, xoay bên, nghiêng bên đau, nghiêng bên không đau cho chúng tôi kết quả: Bảng 3.12 cho thấy tầm vận động gấp cột sống thắt lưng thay đổi rõ rệt sau điều trị, của cả hai nhóm điều trị. Tại thời điểm trước điều trị (D0) cả hai nhóm có tổng điểm trung bình tầm vận động của CSTL gần như nhau, nhóm NC là $38,93 \pm 10,16$ điểm, nhóm ĐC là $39,10 \pm 9,67$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau điều trị 15 ngày (D15) tổng điểm trung bình của hai nhóm tăng lên ở nhóm NC là $56,13 \pm 8,04$ điểm và nhóm ĐC là $50,47 \pm 8,40$ điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

So sánh với một số nghiên cứu khác chúng tôi nhận thấy:

Nghiên cứu của tác giả Phạm Tiên Dũng và cộng sự trong: Trước điều trị, chỉ số độ gấp là $39,7 \pm 12,09$. Sau 30 ngày điều trị, góc độ gấp trung bình tăng rất rõ rệt ($p < 0,05$) tăng lên $61,02 \pm 9,39^0$. Về độ duỗi: Trước điều trị, góc độ duỗi trung bình là $12,64 \pm 4,35$ sau 30 ngày điều trị, góc độ duỗi trung

bình tăng rõ rệt ($p < 0,05$) tăng lên $20,82 \pm 4,39$. Đối với độ nghiêng: Trước điều trị, góc độ nghiêng bên trung bình tăng từ $15,28 \pm 3,67^0$ lên $22,38 \pm 3,39^0$. Sau 30 ngày điều trị, góc độ nghiêng bên trung bình tăng rất rõ rệt ($p < 0,05$). Độ xoay cũng có sự cải thiện rõ rệt với kết quả sau 30 ngày điều trị. Độ xoay trung bình, trước điều trị là $17,56 \pm 4,53^0$ lên $24,1 \pm 4^0$ [14]. Sự cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng theo chiều hướng tốt như vậy là do Điện xung là một phương pháp vật lý trị liệu, điều trị bằng các xung có tần số thấp và trung bình có tác dụng giảm đau, giảm trương lực cơ co thắt, thư giãn cơ do tác động dòng điện xung khi vào tủy sống làm ức chế sự dẫn truyền cảm giác đau lên não do đó làm giảm cảm giác đau ra ngoài, ngoài ra còn kích thích não giải phóng các morphin nội sinh (endorphin) nên có tác dụng giảm đau. Xoa bóp bấm huyệt là một kích thích vật lý tác động tại chỗ vào da, cơ, thần kinh, mạch máu. Ngoài tác dụng tại chỗ là giảm đau, giãn cơ, tăng cường dinh dưỡng và lưu thông tuần hoàn thì XBBH còn có tác dụng toàn thân thông qua cơ chế thần kinh thể dịch.

Châm cứu thông qua tác động vào huyết và kinh lạc có thể đuổi ngoại tà, điều hoà dinh vệ, thông được kinh lạc do đó làm giảm đau, điều hoà chức năng tạng phủ, chữa được khỏi bệnh tật. Điện châm phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện tạo ra các kích thích đều đặn và liên tục làm tăng hiệu quả điều trị.

Theo cơ chế thần kinh - nội tiết - thể dịch, châm cứu có tác dụng làm tăng nồng độ Beta - endorphin (có tác dụng mạnh gấp hơn 200 lần morphin), serotonin, catecholamin, cortisol và ACTH do đó làm giảm cơn đau. Theo cơ chế thần kinh, châm cứu có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Điện châm cũng như tác động khác lên huyết sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại A δ type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ mức tủy 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. Mục đích của châm cứu nhằm “điều khí” tạo ra một kích thích vào huyết để tạo nên trạng thái sinh lý, để loại trừ bệnh tật, đưa cơ thể trở lại hoạt động của chức năng bình thường. NC sử dụng các huyết đều nằm trên vùng thắt lưng kết hợp với tác dụng của châm và xung điện tác động trực tiếp lên các cơ đang trong quá trình viêm, co cứng; giúp chống viêm, giãn cơ, tăng nuôi dưỡng dẫn đến giảm đau và tăng tầm vận động khớp.

Từ kết quả trên ta thấy nhóm NC điều trị bằng phương pháp điện xung kết hợp xoa bóp bấm huyết và điện châm cho kết quả tốt hơn. Từ đó cho thấy vai trò quan trọng của điện xung trong các bệnh lý cơ xương khớp nói chung và trong điều trị đau thần kinh tọa thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp nói riêng.

4.3.5. Sự thay đổi các triệu chứng y học cổ truyền sau điều trị.

Các đối tượng nghiên cứu đều là đau thần kinh tọa thuộc thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư, nên có các triệu chứng: Đau lưng, đau chân, cảm giác tê bì, ăn kém, ngủ ít, tiểu đêm, mạch trầm tế, teo cơ, sợ gió, sợ lạnh. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau điều trị 15 ngày các triệu chứng đau như đau lưng, đau chân đều giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nội kinh linh khu nói “Khí của Phong – Hàn – Thấp ở khách tại trong khoảng ngoài phân nhục, bức thiết (tân dịch) thành những bọt nước, bọt nước này gặp hàn sẽ tụ lại, khi tụ lại nó sẽ làm hại phận nhục để tách rời ra, khi tách rời ra sẽ gây thành đau, khi đau sẽ làm cho thần khí quy vào đáy, thần khí quy vào sẽ gây nhiệt, nhiệt sẽ làm cho đau bị giải, đau bị giải thì bị quyết, khi bị quyết thì chứng tý khác sẽ phát ra, nguyên nhân phát ra chứng tý là như thế đấy” [51]. vì thế phép châm bệnh lý trước hết phải theo dõi lục kinh ở túc,

xác định rõ thức hư, khí huyết, dựa vào đó để điều hòa nó, bằng các phép ôn châm, hoặc điện châm kết hợp điện xung nhằm thông khí hoạt huyết. Khi khí huyết được lưu thông, kinh mạch được ôn ấm thì các triệu chứng đau gần như biến chuyển rõ rệt, do đó ở nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm nghiên cứu (Nhóm NC) còn 3 bệnh nhân chiếm 10%, nói còn đau những đã có cải thiện rất nhiều so với lúc trước điều trị, 3 bệnh nhân nay đều thuộc nhóm mắc bệnh từ 3 - 6 tháng và trên 6 tháng, ở nhóm chứng (Nhóm ĐC) thì số lượng bệnh nhân còn đau lưng là 7 (23,33%) và đau chân là 11 bệnh nhân chiếm (36,67%), về cơ bản thì bệnh nhân có đỡ đau hơn so với trước điều trị, và nhóm bệnh nhân này đều là những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh lâu từ 3-6 tháng và trên 6 tháng, từ kết quả trên cho thấy vai trò của điện xung trong việc kết hợp với điện châm trong việc điều trị đau thần kinh tọa do can thận hư kết hợp phong hàn thấp, hiệu quả giảm đau cũng phụ thuộc nhiều vào thời gian mắc bệnh của bệnh nhân, khi có biểu hiện bệnh được điều trị sớm sẽ cho kết quả tốt hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các triệu chứng ăn kém, ngủ ít, mạch, lưỡi, cảm giác tê bì không có chuyển biến rõ ràng có thể do số lượng cỡ mẫu chưa đủ lớn, thời gian nghiên cứu chưa đủ dài.

4.3.6. Kết quả điều trị chung.

Sau 15 ngày điều trị, kết quả bảng 3.17. cho thấy nhóm nghiên cứu đạt kết quả khá là 70 % cao hơn so với nhóm chứng (6,7%), có 9 bệnh nhân (30%) nhóm nghiên cứu có kết quả trung bình thấp hơn so với 83,3% của nhóm chứng. Kết quả điều trị sau 15 ngày của nhóm nghiên cứu tốt hơn rõ ràng so với nhóm chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp xoa bóp bấm huyết điện châm kết hợp điện xung trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thấp hơn nghiên cứu của Trương Minh Việt, loại tốt 50,8 %, loại khá

30,8% [58], sự khác biệt này có thể là do có sự khác biệt về lựa chọn đối tượng nghiên cứu cũng như thời gian nghiên cứu khác nhau, dẫn đến kết quả khác nhau.

4.4. Tác dụng không mong muốn của phương pháp.

4.4.1. Trên lâm sàng.

Tác dụng không mong muốn của xoa bóp bấm huyệt: đau tăng sau XBBH, bầm tím.

+ Đau tăng hoặc bầm tím: Do quá trình điều trị cho Bn tác động lực làm quá mạnh, Trong lúc làm cần hỏi bệnh nhân về cảm giác như thế nào để đạt hiệu quả tốt nhất trong lúc điều trị cũng như quá trình điều trị cho người bệnh.

Tác dụng không mong muốn của điện châm là: Choáng, ngất (vùng châm); chảy máu, cong kim, gãy kim, nhiễm trùng, châm phải tạng phủ.

+ Choáng, ngất (vùng châm): Do tâm lý sợ hãi; do sức khỏe yếu; thể trạng cơ thể không bình thường (đói; vừa lao động nặng; vừa đi xa tới...), thiếu máu...

+ Chảy máu: Do châm kim vào khu vực có nhiều mạch máu; châm phải tĩnh mạch, do bệnh nhân giãy giụa hoặc cử động mạnh làm thay đổi hướng kim khi châm.

+ Cong kim, gãy kim: Do sử dụng các kim không đảm bảo kỹ thuật như bị cong, gỉ hoặc khi châm bệnh nhân giãy giụa, cử động mạnh hay thủ thuật châm quá thô bạo.

+ Nhiễm trùng: Do khâu vệ sinh kim và dụng cụ không đảm bảo tốt; thao tác sát trùng kém... do cơ địa bệnh nhân dễ nhiễm trùng (nhiễm tụ cầu da, tiểu đường)

+ Châm phải tạng phủ: Do châm quá sâu ở những vùng có lớp da và cơ mỏng hoặc do bệnh nhân cử động mạnh làm thay đổi hướng châm.

+ Đau: Máy điện châm sử dụng hiện nay trong điều trị dùng hiệu thế 6v, tuy không ảnh hưởng tới tính mạng bệnh nhân, nhưng khi vận cường độ quá mạnh gây cảm giác đau chói. Đề phòng điều chỉnh nút chỉnh cường độ tăng từ từ, theo ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân, trước khi mắc máy điện châm phải vận tất cả các nút chỉnh cường độ về 0.

Tác dụng không mong muốn của điện xung là: Điện giật; cảm giác bị điện giật; Dị ứng với dòng điện; Bỏng.

+ Điện giật: Thường do máy hỏng làm chập điện nguồn ra điện cực điều trị.

+ Cảm giác bị điện giật: Thường do triết áp bị lỏng hoặc thao tác điều trị không đúng làm thay đổi nhanh cường độ điều trị; gây co cơ mạnh đột ngột làm cho bệnh nhân sợ hãi. Cách khắc phục: Phải thực hiện đúng qui trình kỹ thuật, kiểm tra máy trước khi điều trị để đảm bảo an toàn. Dẫn dò bệnh nhân cảm giác khi điều trị và không chạm vào vật dẫn điện.

+ Dị ứng với dòng điện: da tại vùng đặt điện cực đỏ, nổi mẩn phải ngừng điều trị, đôi khi dị ứng do điện cực vải quá bẩn. Khắc phục: giặt sạch, luộc hấp khử khuẩn điện cực vải.

+ Bỏng: thường ít xảy ra, chỉ gặp với dòng điện xung một chiều, thời gian có xung dài mà điện cực kim loại tiếp xúc trực tiếp với da bệnh nhân.

Qua theo dõi điều trị cho 60 BN thuộc hai nhóm chúng tôi thấy có duy nhất 01 trường hợp trong nhóm nghiên cứu (Nhóm NC), ngày đầu tiên sau khi điện xung có xuất hiện mẩn ngứa, ngày tiếp theo chúng tôi hạ thấp tần số 1 chút so với tần số hôm trước thì không thấy hiện tượng mẩn ngứa nữa, những ngày tiếp theo thì chúng tôi đưa về tần số điều trị ban đầu thì bệnh nhân thấy hoàn toàn thối mái và không có kích ứng gì ngoài da, các biện pháp điều trị khác cũng không thấy có tác dụng không mong muốn nào, có thể do cỡ mẫu và thời gian chưa đủ lớn để có thể xuất hiện các tác dụng phụ không mong muốn.

Việc áp dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm kết hợp điện xung điều trị đau thần kinh tọa tuy ít tai biến nhưng cần chú ý, đòi hỏi có kỹ thuật khéo léo và phối hợp với bệnh nhân hợp lý.

4.4.2. Trên cận lâm sàng.

Theo kết quả nghiên cứu chúng tôi đánh giá công thức máu; chức năng gan thận thông qua chỉ số cận lâm sàng ure, creatinin, ALT, AST. Qua theo dõi, chúng tôi thấy sự thay đổi trước và sau điều trị của công thức máu, lượng ure, creatinin, ALT, AST biến đổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

KẾT LUẬN

Chúng tôi rút ra được một số kết luận:

1. Đánh giá kết quả trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng của phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm kết hợp điện xung điều trị đau dây thần kinh tọa thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư.

Tác dụng giảm đau sau 15 ngày điều trị ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng Điện xung kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điện châm, điểm VAS trung bình giảm từ $4,43 \pm 1,22$ trước nghiên cứu xuống còn $1,43 \pm 0,81$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Mức độ cải thiện hạn chế tâm vận động tốt.
- + Gấp CSTL tăng từ $38,93 \pm 10,16$ lên $56,13 \pm 8,04$.
- + Duỗi CSTL tăng từ $12,60 \pm 3,47$ lên $22,13 \pm 2,93$.
- + Nghiêng CSTL tăng từ $19,13 \pm 2,38$ lên $28,27 \pm 2,44$.
- + Xoay CSTL tăng từ $12,63 \pm 3,12$ lên $22,20 \pm 2,78$.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự cải thiện độ giãn CSTL. Tăng từ $11,17 \pm 0,79$ lên $13,13 \pm 0,73$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày, tốt 63,3%, khá 36,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Kết quả điều trị sau 15 ngày đạt mức độ Khá đạt 70% Trung bình 30%. Không có mức độ kém.

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp trên.

- Kết hợp phương pháp điều trị xoa bóp bấm huyệt, điện châm kết hợp điện xung cho kết quả tốt và an toàn cho bệnh nhân.

- Một trường hợp khi điện xung có thể xuất hiện các triệu chứng mẩn ngứa, kích ứng da sau lần đầu tiên điều trị. Nhưng đến hôm sau chúng tôi đặt ở vị trí khác thì không thấy xuất hiện triệu chứng như vậy.

KHUYẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu 60 bệnh đau thần kinh tọa được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm: 1 nhóm sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm kết hợp điện xung, trong thời gian 15 ngày tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh viện Châm cứu Trung Ương cho hiệu quả điều trị tương đối khả quan (70,0% bệnh nhân đạt kết quả, Trung bình 30% không có mức độ kém), qua đó chúng tôi xin kiến nghị:

1. Sử dụng phối hợp phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm kết hợp điện xung trên lâm sàng điều trị cho các bệnh nhân đau thần kinh tọa thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp.
2. Nghiên cứu nên được triển khai trên số lượng bệnh nhân lớn hơn, thời gian dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Netter Frank H (2012), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Hà Nội.
2. Lê Thị Kiều Hoa (2001), Nghiên cứu hiệu quả phục hồi vận động ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng- cùng bằng máy Eltrac 471, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Quyết định 792/2013/QĐ-BYT, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, NXb Y học 2015.
4. Điều trị kết hợp YHCT và YHHĐ (2012), NXb Y học, tr 159-164.
5. Trường Đại học Y Hà Nội, Châm cứu học (2005), NXB Y học, tr 180-190.
6. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1997), Châm cứu Sau đại học , NXB Y học, tr 145-348.
7. Nguyễn Tài Thu (2013), “Tân Châm”, NXb Thế giới, tr (197-204).
8. Nguyễn Tài Thu (2016), “Mãng châm chữa bệnh”, NXb Từ Điển Bách khoa, tr 44-60.
9. Hồ Hữu Lượng (2015), “Khám lâm sàng hệ thần kinh”, Nhà xuất bản Y học tr 380-381.
10. Trường Đại học Y Hà nội, Bài giảng Y học cổ truyền Tập 2, NXb Y học - 2016
11. Giáo trình châm cứu (2018), Bộ môn Châm cứu Học Viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam tr. 129-130
12. Trần Thúy (2012). Bài giảng y học cổ truyền tập II, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 345 – 470.
13. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản y học, Hà Nội 2016, tr 140-144.
14. Phạm Tiến Dũng và cộng sự (2011),Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoát vị đĩa đệm tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên, *Tạp chí khoa học công nghệ*, 89(01)/1: 54 – 58

15. Nguyễn Đình Toàn (2013), Đánh giá kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng đặt dụng cụ liên gai sau (Intraspine) tại Bệnh viện Việt Đức, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
16. Nguyễn Vũ, Hà Kim Trung, Dương Chạm Uyên (2004), Chẩn đoán và kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, thắt lưng cùng tại Bệnh viện Việt Đức (8/1998-8/2003), *Tạp chí Y học thực hành*, số 7, trang 60-62.
17. Đỗ Thị Phương (2010), “Nghiên cứu tác dụng Cốt Thoái Vương trong điều trị đau thần kinh tọa” *Tạp chí nghiên cứu Y học – ĐHY Hà Nội*, trang 74 – 78. *Tập 69 - Số 4 tháng 8 năm 2010*.
18. Vũ Thái Sơn (2013), Nghiên cứu tác dụng điều trị của phương pháp châm tê nhóm huyết Hoa Đà giáp tích trên hội chứng đau thần kinh tọa, *Tạp chí Y học thực hành* (876)- Số 7/2013, 140-142.
19. Nguyễn Thị Thu Hà và CS (2009), Tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng vận động cột sống thắt lưng của điện châm kết hợp với xông thuốc YHCT trên bệnh nhân đau lưng cấp, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, số 103 (5) - 2016, 64 – 70.
20. Phạm Thị Thương Huyền (2011), *Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoát vị đĩa đệm tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.
21. Nguyễn Tử Siêu (2009), *Hoàng Đế Nội Kinh Tố Vấn*, Sách dịch, Nhà xuất bản Lao Động, Hà Nội.
22. 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*, trường Đại học Y Hà Nội.

23. Phạm Thị Hạnh (2009), *Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*, Trường Đại Học Y Hà Nội.
24. Đặng Thị Xuân Liễu (2005), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân đau thần kinh tọa*, Đại học Y Hà Nội.
25. 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 vật lý trị liệu*, Đại Học Y Hà Nội.
26. Bộ môn Y học cổ truyền Trường Đại học y dược Huế (2009), *Giáo trình y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Đại học Huế. tr. 209- 310
27. Bộ môn Phục hồi chức năng - Trường Đại học y Hà Nội (2016), *Phục hồi chức năng đau dây thần kinh tọa*. tr. 303 -311
28. Bộ môn vật lý trị liệu và phục hồi chức năng (2003), *Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng*, Học Viện Quân Y.
29. Bùi Việt Hùng (2014), *Đánh giá tác dụng của điện trường châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
30. Dương Thôi Phương, Tôn Á Man (2013). Vận dụng hoàn tam châm điều trị đau thần kinh tọa. *Tạp chí châm cứu lâm sàng*.tr. 123- 127
31. Đinh Đăng Tuệ (2013), *Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to bằng phương pháp vật lý trị liệu phục hồi chức năng kết hợp xoa bóp bấm huyệt*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
32. Đỗ Đức Nhân (2001). Áp dụng xoa bóp trong điều trị đau lưng - Yêu thống . *Tạp chí Đông Y Việt Nam*.
33. Hồ Hữu Lương (2001), “Đau dây thần kinh hông”, *Lâm sàng thần kinh.*, Nhà xuất bản Y học.

34. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Bài giảng Y học cổ truyền tập II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. tr.18,69-70.
35. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2016), *Bài giảng Y học cổ truyền*, Tập I.
36. Lương Thị Dung (2008), *Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
37. Lương Xuân Hưng (2017), *Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh tọa của bài thuốc TK1 kết hợp với xoa bóp bấm huyệt*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y- Dược học cổ truyền Việt Nam.
38. Nguyễn Kim Ngọc (2010), *Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị đau dây thần kinh hông to của viên cốt thoái vương*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
39. Nguyễn Nhược Kim (2015), *Vai trò của y học cổ truyền và kết hợp y học hiện đại trong điều trị một số bệnh xương khớp mạn tính*, Nhà xuất bản Y học.
40. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học.
41. Nguyễn Quang Quyền (2007), *Bài giảng giải phẫu*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
42. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục.
43. Nguyễn Thị Thanh Tú (2009), *So sánh hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to bằng điện châm kết hợp cao dán Thiên hương với điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt*, Đại học Y Hà Nội.

44. Nguyễn Thị Thúy (2016), *Đánh giá tác dụng của liệu pháp kinh cân bằng điện châm, xoa bóp kết hợp với bài thuốc độc hoạt ký sinh thang trong điều trị đau thần kinh hông to.*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
45. Nguyễn Tiên Hưng (2012), *Đánh giá tác dụng của đại trường châm kết hợp laser châm trong điều trị đau do thoái hóa cột sống thắt lưng.*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Viện Y học cổ truyền quân đội.
46. Nguyễn Trọng Lưu (1998), *Điều trị bằng các dòng điện xung*, Nhà xuất bản Quân đội.
47. Nguyễn Văn Đăng (1991), “Đau thần kinh hông”, *Bách khoa toàn thư bệnh học tập 1*, Nhà xuất bản Y học.
48. Nguyễn Văn Đăng (2007), *Thực hành thần kinh các bệnh và hội chứng thường gặp.*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
49. Nguyễn Văn Huy (2011), “Thần kinh chi dưới”. *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học.
50. Nguyễn Văn Lực (2015), *Đánh giá hiệu quả của xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc “ Thân thống trục ú thang” trong điều trị đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm.*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y- Dược học cổ truyền Việt Nam.
51. Phạm Thúc Hạnh (2009). *Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh tọa bằng điện châm các huyết trên kinh thận và bàng quang. Tạp chí Y học thực hành*, 21–23.
52. *Tạp chí Y học Việt Nam* (2010). Số 376, 75–80.
53. Thư Lê Vĩ, Vương Thục (2004). *Thể châm kết hợp nhĩ châm điều trị đau thần kinh tọa. Tạp chí châm cứu lâm sàng*, 47–48.
54. Trần Ngọc Ân (1999), “Đau thắt lưng”, *Bệnh thấp khớp.*, Nhà xuất bản Y học.

55. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2004), Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. *Bệnh học nội khoa*, tái bản lần thứ 2, Nhà xuất bản Y học.
56. Trần Ngọc Trường (2007), *Xoa bóp bấm huyệt chữa các bệnh vùng cột sống*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
57. Trần Thị Minh Quyên (2011), *Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống.*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
58. Trương Minh Việt (2005), *Nghiên cứu tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt.*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
59. Vũ Thị Thanh Thủy (2012), *Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản Y học.
60. Quyết định 26/2008/QĐ-BYT Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền.
61. Nguyễn Hữu Công (2013), *Chẩn đoán điện và ứng dụng lâm sàng*, Nhà xuất bản đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.
62. Khoa cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai (2012); *Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội tr.56.
63. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 8, số 6 - tháng 11/2018.
64. Lê Quý Ngưu (1992), *Danh từ huyệt vị châm cứu*, Hội Y học cổ truyền Thành Phố Hồ Chí Minh.
65. Trường Đại học Y Hà nội, *châm cứu học* (2005), NXB Y học, tr 180-190.

TIẾNG ANH

66. Amir HB (2005), *Lumbar stabilizing exercises improve activities of daily living in patient with lumbar disc herniation*.PP 751-754
67. Emile Hil Siger, Marian Betan Court (2004), *Say Goodbye to back pain*. PP 325- 333.
68. Gault WR, Gaten PF (1976), Use of low intensity direct current. *Phys Ther PP 221-223*.
69. Wu Guang-Wei, Yang Xiang - Yu (2007). Chinese accupuncture and moxibustion.*Clinical report treatment of 89 cases of lumbar intervertebral dis herniation with acupuncture*, vol.4, No. 4, pp 230-247.
70. Fairbank JC, Davis JB (1980), The Oswestry lowback pain disability question physiotherapy, 66, pp 271-273.
71. Trinh K, Graham N, Gros A (2007). Acupunture for neck disorders. spine (phila Pa 1976), 32: 236 – 243
72. Chen F, Wu S, Zhang Y (2007), Effect of acupoint catgut embedding on TNF-alpha and insulin resistance in simple obesity patients, *Zhen Ci Yan Yiu*; 32(1): pp. 49-52.
73. Chen GZ, Xu YX, Zhang JW (2010), Effect of acupoint catgut-embedding on the quality of life, reproductive endocrine and bone metabolism of postmenopausal women, *Chin J Integr Med*, Dec; 16(6): pp. 498-503.

PHỤ LỤC 1

BỆNH VIỆN TUỆ TĨNH- BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “Đánh giá kết quả của Phương pháp xoa bóp bấm huyệt , điện châm kết hợp điện xung điều trị đau dây thần kinh tọa”

A. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên bệnh nhân: Tuổi:..... Giới:

2. Địa chỉ:.....

3. Điện thoại liên hệ:.....

4. Nghề nghiệp:

Tính chất lao động: LD trí óc LD chân tay

5. Ngày vào viện:6. Ngày ra viện:.....

B. CHUYÊN MÔN

1.Lý do vào viện:

Đau lưng lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân

Đau lưng lan xuống mặt trước ngoài đùi và cẳng chân

2. Quá trình bệnh lý:.....

a. Thời gian bị bệnh:

b. Khởi phát: Từ từ: Đột ngột :

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

Nằm 1 tư thế kéo dài : Khác:

3. Tiền sử:

- Mắc bệnh cột sống:.....

- Tiền sử các bệnh khác:.....

A. Khám YHHD:

1. Khám toàn thân:

Mạch:..... Huyết áp:..... Nhiệt độ:.....

2. Khám bộ phận:

a. Cơ Xương khớp:.....

Điểm đau cạnh cột sống và cột sống:

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

Cơ cứng cơ cạnh sống:

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

Rối loạn vận động khúc chi (không đi bằng gót hoặc mũi):

Rối loạn cảm giác:

Rối loạn phản xạ gân xương:

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

Đánh giá các chỉ số lâm sàng:

Chỉ số	Thời điểm	D₀	D₇	D₁₅
Mức độ đau theo VAS (điểm) 1 Không cảm thấy đau (< 1): 1đ 2 Hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, vật vã, các HĐ khác bình thường (1- <2,5): 2đ 3 Đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, không dám cử động hoặc có PX kêu rên (2,5-<5): 3đ Đau nhiều, liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên (5-< 7,5); hoặc Đau liên tục, toát mồ hôi, có thể choáng ngất (7,5-10): 4đ				
NP Lasegue (độ) ≥ 75 độ: 4 điểm; ≥ 45 độ: 2 điểm; ≥ 60 độ: 3 điểm; < 45 độ: 1 điểm.				
+ Độ giãn CSTL NP Schöber (cm) ≥ 14/10 cm: 1 điểm ; ≥ 13,5/10 cm: 2 điểm; ≥ 13/10 cm: 3 điểm; < 13/10 cm: 4 điểm.				
Gấp cột sống (độ) + Độ gấp: ≥ 70°: 1đ; ≥ 60°: 2đ; ≥ 40°: 3đ; < 40°: 4đ				
Duỗi cột sống (độ) + Độ duỗi cột sống: ≥ 25°: 1đ; ≥ 15°: 3đ; ≥ 20°: 2đ; < 15°: 4đ				
Nghiêng bên đầu (độ) + Độ nghiêng bên đầu (phải/trái): ≥ 30°: 1đ; ≥ 20°: 2đ; ≥ 25°: 3đ; < 20°: 4đ				
Xoay bên đầu (độ) + Độ xoay: ≥ 25°: 1đ; ≥ 20°: 2đ; ≥ 15°: 3đ ; < 15°: 1đ				
Chức năng SHHN (điểm)				

Chức năng hoạt động CSTL theo OSWESTRY DISABILITY (4 chỉ số và tổng điểm)

Chỉ số	Mức điểm		
	D ₀	D ₇	D ₁₅
Phần II: Ngồi.			
Phần IV: Đi bộ.			
Phần V: Nhấc đồ vật.			
Phần VII: Vệ sinh cá nhân.			
Tổng điểm của 10 chỉ số (hỏi theo bảng 10 chỉ số)			

b. Tim mạch:.....

c. Hô hấp:.....

d. Tiêu hóa:.....

e. Thận tiết niệu:.....

f. Thần kinh:.....

g. Các bộ phận khác:

2.3. Cận lâm sàng:.....

Thời điểm Cận lâm sàng	D ₀	D ₁₅
<ul style="list-style-type: none"> • Công thức máu Hồng cầu (T/L) Hb(g/l) Bạch cầu (G/L) • Chức năng gan AST(U/L) ALT(U/L) • Chức năng thận Ure(mmol/L) Creatinin(μmol/L) • X quang CSTL • MRI CSTL (nếu có) 		

2.4. Chẩn đoán theo YHHD:.....

B. KHÁM YHCT

2.4.2. Tứ chẩn

Tứ Chẩn		D ₀	D ₁₅
Vọng chẩn	Thần		
	Sắc		
	Hình thái		
	Dáng đi, tư thế		
	Mắt, môi, mũi, miệng		
	Lưỡi: Chất lưỡi Rêu lưỡi		
	Bộ phận bị bệnh		
Văn Chẩn	Tiếng nói		
	Hơi thở		
	Ho, nôn, nấc		
	Chất thải		
Vấn Chẩn	Hàn nhiệt		
	Mồ hôi		
	Âm thực		
	Đầu thân, các khớp xương		
	Ngực bụng		
	Ngủ		
	Cựu bệnh		
Thiết chẩn	Xúc chẩn		
	Phúc chẩn		
	Mạch chẩn		

2.4.3. Chẩn đoán YHCT

- Bệnh danh:.....
- Bát cương:.....
- Tạng phủ:.....
- Nguyên nhân:.....
- Thể bệnh:.....

C. THEO DÕI TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN TRÊN LÂM SÀNG.

Các chỉ số theo dõi	Do		D ₁₅	
	Có	Không	Có	Không
Xoa bóp bấm huyệt				
Đau tăng tại vị trí XBBH				
Bầm tím tại vị trí XBBH				
Điện châm				
Vụng châm				
Gãy kim				
Nhiễm trùng tại chỗ				
Điện xung				
Bỏng da				
Mẫn ngứa				
Đau đầu, chóng mặt				

IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

- A. Rất tốt
- B. Tốt
- C. Trung bình
- D. Kém

Hà nội, ngày tháng năm 20

BS. ĐIỀU TRỊ

PHỤ LỤC 2
PHIẾU THEO DÕI QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ
ĐAU DÂY THẦN KINH TOẠ

Họ tên BN:

Số bệnh án:

1. CHỈ SỐ TÀN TẬT OSWESTRY
(oswestry disability index) (10 chỉ số)

Chỉ số	Thời điểm	D ₀	D ₇	D ₁₅
Phần I: Chăm sóc cá nhân				
1. Tự chăm sóc được bản thân bình thường: 4đ				
2. Tự chăm sóc được bản thân nhưng gây đau nhiều hơn: 3đ				
3. Tự chăm sóc được bản thân nhưng phải chậm và cẩn thận hơn vì đau: 2đ				
4. Cần sự trợ giúp hàng ngày trong hầu hết các công việc chăm sóc bản thân: 1đ				
5. Không tự chăm sóc bản thân được: 0đ				
Phần II: Ngồi.				
1. Có thể ngồi trên ghế bao nhiêu lâu tùy thích mà không gây đau thêm: 4đ				
2. Có thể đứng bao nhiêu lâu cũng được nhưng hơi gây đau thêm: 3đ				
3. Chỉ có thể ngồi khoảng 1/2 giờ vì đau: 2đ				
4. Chỉ có thể ngồi 25 phút vì đau: 1đ				
5. Không thể ngồi được vì đau: 0đ				
Phần III: Đi bộ.				
1. Có thể đi được một đoạn dài mà không gây đau thêm: 4đ				
2. Chỉ có thể đi được khoảng 1km vì đau: 3đ				
3. Chỉ có thể đi được khoảng 1/2 km vì đau: 2đ				
4. Phải sử dụng gậy hoặc ba toong khi đi bộ: 1đ				
5. Không thể đi bộ được vì đau: 0đ				
Phần IV: Nhấc đồ vật.				
1. Có thể nhấc vật nặng mà không gây đau thêm: 4đ				
2. Có thể nhấc vật nặng mà hơi gây đau thêm: 3đ				
3. Chỉ có thể nhấc được vật nặng nếu vật đó để ở vị trí thuận lợi, như trên bàn: 2đ				
4. Chỉ nhấc được vật nhẹ: 1đ				
5. Không thể nhấc hoặc mang được bất kỳ đồ vật nào: 0đ				
Tổng điểm				

2. TRIỆU CHỨNG ĐAU VÀ TÂM VẬN ĐỘNG CSTL:

Chỉ Số	Thời điểm		
	D ₀	D ₇	D ₁₅
<p>1. Mức độ đau thắt lưng theo VAS</p> <p>a. Không cảm thấy đau (< 1): 1đ</p> <p>b. Hoi đau, khó chịu, không mất ngủ, vật vã, các HĐ khác bình thường (1- <2,5): 2đ</p> <p>c. Đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, không dám cử động hoặc có PX kêu rên (2,5-<5): 3đ</p> <p>d. Đau nhiều, liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên (5-< 7,5); hoặc Đau liên tục, toát mồ hôi, có thể choáng ngất (7,5-10): 4đ</p>			
<p>3. Nghiệm pháp Lasègue</p> <p>≥ 75 độ: 4 điểm ; ≥ 45 độ: 2 điểm</p> <p>≥ 60 độ: 3 điểm ; < 45 độ: 1 điểm</p>			
<p>4. Dấu hiệu Schöber</p> <p>≥ 14/10 cm: 1 điểm; ≥ 13,5/10 cm: 2 điểm;</p> <p>≥ 13/10 cm: 3 điểm; < 13/10 cm: 4 điểm.</p>			
<p>5. Tâm vận động CSTL</p>			
+ Độ gập: ≥ 70°: 1đ; ≥ 60°: 2đ; ≥ 40°: 3đ; < 40°: 4đ			
+ Độ uốn cột sống: ≥ 25°: 1đ; ≥ 15°: 3đ; ≥ 20°: 2đ; < 15°: 4đ			
+ Độ nghiêng bên đau (phải/trái): ≥ 30°: 1đ; ≥ 20°: 2đ; ≥ 25°: 3đ; < 20°: 4đ			
+ Độ xoay: ≥ 25°: 1đ; ≥ 20°: 2đ; ≥ 15°: 3đ ; < 15°: 1đ			

1.3.3 ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN TRÊN LÂM SÀNG:

3.1 Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

Chỉ số	D ₀	D ₇	D ₁₅
Mạch (lần/ phút)			
Nhiệt độ (t°C)			
HATT (mmHg)			
HATT (mmHg)			

3.2. Tác dụng không mong muốn:

Tác dụng không mong muốn	D₀	D₇	D₁₅
Xoa bóp bấm huyết			
Đau tăng tại vị trí XBBH			
Bầm tím tại vị trí XBBH			
Điện châm			
Vụng châm			
Gãy kim			
Nhiễm trùng tại chỗ			
Điện xung			
Bỏng da			
Mẫn ngứa			
Đau đầu, chóng mặt			

* Kết quả điều trị:

Tốt:

Khá:

Trung bình:

Kém:

PHỤ LỤC 4
TÊN VÀ VỊ TRÍ, TÁC DỤNG CÁC HUYỆT

STT	Tên huyệt	Vị trí	Tác dụng
1	Giáp tích(L3,L5,S1)	Cách chính giữa cột sống 0,5 thốn , ngang L3,L5,S1	Điều trị: Chứng nhiệt, liệt, các bệnh của tạng phủ mà đường kinh đi qua.
2	Thứ liêu (B32)	Ở trong cổ sau xương cùng 2 (S2), điểm giữa gai chấu sau trên của mạch đốc.	Điều trị: Đau lưng, khí hư, kinh nguyệt không đều,sa sinh dục, liệt chi dưới, đau TK tọa.
3	Hoàn Khiêu(G30)	1/3 ngoài và 2/3 trong đoạn nối điểm cao nhất mấu chuyển lớn xương đùi và mỏm gai đốt sống cùng 4	Điều trị: Đau Tk tọa, Liệt nửa người, đau khớp háng.
4	Ủy trung(B40)	Chính giữa nếp lằn khoeo chân	Điều trị: đau lưng, đau khớp gối, đau thần kinh tọa
5	Côn lân(B60)	Sau mắt cá ngoài 0,5 thốn	Điều trị: Viêm khớp cổ chân, đau đầu do thần kinh, đau thắt lưng, đau TK tọa, khó đẻ.
6	Đại trường du (B25)	Giữa đốt sống lưng L4-L5 đo ra 2 bên, mỗi bên 1,5 thốn	Điều Trị: Đau lưng, các cơ vùng lưng co giật, tiêu chảy, tiêu hóa kém, táo bón, chi dưới liệt, thần kinh tọa đau.
7	Trật biên(B54)	Đốt xương cùng thứ 4 đo ra 3 thốn	Điều trị: đau Tk tọa, liệt cơ mông, liệt chi dưới, trĩ, liệt dương, kinh nguyệt không đều.
8	Thừa phù(B36)	Điểm chính giữa nếp lằn mông	Điều trị: Đau lưng, đau TK tọa, trĩ.
9	Thừa son(B57)	Ở giữa bắp chân, nơi hợp lại của hai cơ sinh đôi	Điều trị: Đau TK tọa, chuột rút.
10	Dương lăng tuyền	Chỗ lõm giữa đầu trên xương chày và xương mác.	Điều trị: Đau TK tọa, Liệt chi dưới, liệt nửa người, tê đại nửa người, đau khớp gối, Đau thần kinh liên sườn, Miệng khô đắng, nôn mửa.

Phụ lục 5

PHIẾU TỰ NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “Đánh giá kết quả của Phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm kết hợp điện xung điều trị đau dây thần kinh tọa”

Tôi (Họ và tên): **Tuổi:** **Giới**

Địa chỉ:

Điện thoại liên hệ:.....

Xác nhận rằng:

- Tôi đã đọc bản cung cấp thông tin về nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp điện xung kết hợp với xoa bóp bấm huyệt, điện châm và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.

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

- Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm ngẫu nhiên, tôi hoàn toàn được cho biết về điều trị được chỉ định cho tôi.

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

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

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

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

- Tôi có toàn quyền quyết định về việc sử dụng trong tương lai, tiếp tục

lưu giữ hay hủy các mẫu xét nghiệm đã thu thập.

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

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

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

Hà Nội, ngày.....tháng..... năm 20

Người làm đơn

(ký, ghi rõ họ tên)