

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG BÀI THUỐC “TAM TÝ THANG” KẾT HỢP CÂY CHỈ HOẶC ĐIỆN CHÂM

Vy Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Tân²

(1) Học viên CKII Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đau thần kinh tọa (TKT) là bệnh lý thường gặp ở nhiều lứa tuổi, nữ giới nhiều hơn nam giới và hay gặp nhất ở độ tuổi lao động (từ 20-60 tuổi). Trong đó khoảng 80% trường hợp đau thần kinh tọa do thoái hóa ở cột sống vùng thắt lưng. Đau TKT làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống, hạn chế giao tiếp, tổn hại kinh tế của người bệnh. Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp cây chỉ hoặc điện châm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng, đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, chia thành 2 nhóm. + Nhóm I: Gồm 30 bệnh nhân, được điều trị bằng bài thuốc Tam tỷ thang dùng uống kết hợp cây chỉ; + Nhóm II: Gồm 30 bệnh nhân, được điều trị bằng bài thuốc Tam tỷ thang uống kết hợp điện châm. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang kết hợp với nghiên cứu dọc có can thiệp theo dõi trước và sau điều trị, so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Theo thang điểm VAS: Nhóm I (Tam tỷ thang + cây chỉ): Tốt 56,7%, khá 36,6%, Trung bình 6,7% không có loại kém. Nhóm II (Tam tỷ thang+ Điện châm): Tốt 53,3%, khá 36,7%, Trung bình 10,0% Kém không có loại kém. **Kết luận:** Phương pháp điều trị bằng Tam tỷ thang kết hợp cây chỉ hoặc điện châm có tác dụng điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng.

Từ khóa: thần kinh tọa, cột sống thắt lưng, thoái hóa cột sống, bài thuốc "tam tỷ thang"

Abstract

EVALUATING EFFICIENCY OF SCIATICA TREATMENT DUE TO DEGENERATIVE SPINE BY USING “TAM TY DECOCTION” REMEDY COMBINED WITH CATGUT-EMBEDDING OR ELECTRONIC ACUPUNCTURE

Vy Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Tân²

(1) Post – graduate Students of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Introduction: Sciatica is a common disease at many ages, more women than men, most commonly at working age (from 20-60 years). There are 80% of the pain is due to degenerative spine. Sciatica effects the quality of life, communication and economic damage of the patients. This study aimed to assess the therapeutic efficacy of “Tam ty decoction” remedy in combination with catgut-embedding or electronic acupuncture. **Subjects and methods:** 60 patients with primary catgut-embedding or electronic acupuncture, eligible for study, divided into 2 groups: + Group I: 30 patients, treated with “Tam ty decoction” remedy and catgut-embedding; + Group II: 30 patients, treated with “Tam ty decoction” remedy and electronic acupuncture. **Research Methods:** Cross-sectional description combined with longitudinal study with pre- and post-treatment follow-up, comparison between the two groups. **Results:** On the VAS Scale: Group I (“Tam ty decoction” remedy + Catgut-embedding): Good 56.7%, Rather good 36.6%, Average 6.7% and 0% poor. Group II (“Tam ty thang” remedy + electronic acupuncture): Good 53.3%, Rather good 36.7%, Average 10.0% and 0% poor. **Conclusions:** “Tam ty decoction” remedy combined with catgut-embedding or electronic acupuncture has effected for the treatment of sciaticadue to degenerative spine .

Key words: Sciatica, degenerative spine, “Tam ty decoction” remedy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa là Bệnh lý thường gặp, trong đó hay gặp nhất ở độ tuổi lao động (từ 20-60 tuổi), nữ giới nhiều hơn nam giới, khoảng 80% trường hợp đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống vùng thắt lưng. Đau TKT làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống, hạn chế giao tiếp, tổn hại kinh tế của người bệnh [37]. Theo Trần Ngọc Ân và cộng sự, đau thần kinh tọa chiếm tỷ lệ 41,45% trong nhóm bệnh cột sống và một trong 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất [1], [37].

Cấy chỉ catgut vào huyết là phương pháp châm cứu hiện đại. Đây là thành quả của sự kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại. Phương pháp này có xuất xứ từ Trung Quốc và đã được nghiên cứu, ứng dụng tại Việt Nam từ những năm 60, dùng điều trị các bệnh mạn tính như: Hen phế quản, viêm loét dạ dày tá tràng, viêm mũi dị ứng....[5].

Đau dây thần kinh tọa được mô tả trong phạm vi chứng tọa cốt phong của y học cổ truyền. Phương pháp chữa bệnh y học cổ truyền tùy thuộc vào nguyên nhân [26]. Cũng như y học hiện đại, Y học cổ truyền có nhiều phương pháp chữa đau thần kinh tọa như châm cứu, xoa bóp, bấm huyết [22], tác động cột sống, dùng thuốc thang, thuốc hoàn. Y học cổ truyền có nhiều bài thuốc được ứng dụng trong điều trị trong đó có bài Tam tỷ thang, là bài thuốc cổ phương được trích trong (Thiên kim yếu phương) có tác dụng vừa trị tiêu bản vừa phù chính khu tà, là một phương thuốc thường dùng đối với chứng phong, hàn, thấp.

Tuy nhiên, cho đến nay có rất ít các công trình nghiên cứu khoa học được tiến hành để đánh giá tác dụng của cấy chỉ trong điều trị các bệnh, đặc biệt tại tỉnh Lâm Đồng. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: “Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp cấy chỉ hoặc điện châm” với hai mục tiêu sau:

1. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bảo Lộc.

2. Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp cấy chỉ hoặc điện châm.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng, tại Khoa khám bệnh và các khoa nội trú, bệnh viện Y học cổ truyền Bảo Lộc, từ tháng 4 năm 2017- tháng

3 năm 2018 tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu theo Y học hiện đại

Bệnh nhân không phân biệt lứa tuổi, giới tính, nghề nghiệp, được chẩn đoán đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bao gồm các triệu chứng sau

Các triệu chứng [34], [54], [63].

+ 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: Thống 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

+ X- quang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng, chếch ¾ có hình ảnh:

Hẹp khe khớp: Hẹp không đồng đều, bờ không đều, biểu hiện bằng chiều cao của đĩa đệm giảm, hẹp nhưng không bao giờ thấy hình ảnh dính khớp.

Đặc xương: Phần đầu xương, hõm xương, mâm đốt sống có hình đặc xương.

Mọc gai xương: Ở rìa ngoài của thân đốt, gai xương có thể tạo thành những cầu xương, khớp tân tạo đặc biệt những gai xương ở gần lỗ gian đốt sống dễ chèn ép vào rễ thần kinh [3], [7].

Nứt đốt sống (gai đôi).

Cùng hóa, thắt lưng hóa.

+ Xét nghiệm máu: Công thức máu bình thường.

+ Xét nghiệm chức năng gan, thận: SGOT, SGPT, Ure, Creatinin bình thường.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu theo YHCT

- Bệnh nhân tọa cốt thống, thể Phong hàn thấp

- Đau theo dọc kinh Bàng quang hoặc đau theo dọc kinh Đờm hoặc phối hợp cả 2 đường kinh [24], [63]

- Có triệu chứng sau: Đau ê ẩm từ vùng thắt lưng, lan xuống chân và ngón chân. Bệnh âm ỉ lâu ngày hay tái phát, đau tăng khi trời lạnh, ẩm thấp, chân có cảm giác tê bì hoặc kiến bò, teo cơ, toàn thân sợ lạnh, nặng nề, đau lưng, mỏi gối, ù tai, người mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt ăn ngủ kém, thích uống ấm, ăn ẩm, ấn cạnh thắt lưng xuống cẳng chân đau, có thể sờ thấy khối cơ co cứng bên đau, chân tay lạnh và ẩm, mạch trầm nhược hoặc nhu hoãn [26], [54].

2.1.3. Tiêu chuẩn loại bệnh nhân khỏi nghiên cứu

- Bệnh nhân ĐTKT do các nguyên nhân khác (như do lao cột sống, ung thư cột sống, do chấn thương,

viêm nhiễm ...).

- Bệnh nhân ĐTKT do TVĐĐ.
- Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính.
- Bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính có kèm suy giảm chức năng gan thận nặng.
- Bệnh nhân quá yếu chống chỉ định điện châm, cấy chỉ.
- Bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang kết hợp với nghiên cứu dọc có can thiệp theo dõi trước và sau điều trị, so sánh giữa hai nhóm.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên bằng cách bốc số chẵn, số lẻ phân thành 2 nhóm như sau số lẻ vào nhóm 1, số chẵn vào nhóm 2

+ Nhóm 1: 30 bệnh nhân, được áp dụng phương pháp cấy chỉ + Dùng bài Tam tỷ thang uống 3 gói/ngày chia 3 lần, sáng, trưa, tối sau ăn.

+ Nhóm 2: 30 bệnh nhân, được sử dụng phương pháp điện châm + Dùng bài Tam tỷ thang uống 3 gói/ngày chia 3 lần sáng, trưa, tối sau ăn.

2.2.3. Cách điều trị

* **Cách dùng uống thuốc:** Tất cả các bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện của hai nhóm được uống thuốc sắc (Bài thuốc Tam tỷ thang) liều lượng là 120 ml/ túi x 3 lần sáng, trưa, chiều sau ăn 30 phút.

* **Nhóm I:** Ngoài uống thuốc sẽ được cấy chỉ

- Công thức huyết cấy chỉ: Xây dựng 2 nhóm công thức cho 2 thể ĐTKT:

+ Công thức 1: Áp dụng cho Đau theo kinh Bàng quang (tương đương với tổn thương rễ S1 theo YHHĐ) [25].

Lần 1: Giáp tích L4 - L5, Đại trường du (2 bên), Trật biên, Thừa sơn.

Lần 2: Giáp tích S1, Thận du (2 bên), Ân môn, Ủy trung, Côn lôn.

Lần 3: Cấy lại các huyết lần 1.

+ Công thức 2: Áp dụng cho Đau theo kinh Đờm (tương đương với tổn thương rễ L5 theo YHHĐ) đau ở kinh Đờm, kinh Bàng quang (tương ứng tổn thương rễ L5+S1 của YHHĐ [25].

Lần 1: Giáp tích L4 - L5, Thận du (2 bên), Phong thị, Túc tam lý.

Lần 2: Giáp tích S1, Đại trường du (2 bên) Hoàn khiêu, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Ủy trung.

Lần 3: Cấy lại các huyết lần 1.

*** Liều trình**

Cấy chỉ: 7 ngày cấy chỉ 1 lần, thời gian 21 ngày

* **Nhóm II:** Ngoài uống thuốc sắc sẽ được điện

châm

- Xây dựng 2 nhóm công thức cho 2 thể ĐTKT.

+ Công thức 1: Áp dụng cho Đau theo kinh Bàng quang (tương đương với tổn thương rễ S1 theo YHHĐ): Giáp tích L4 - L5, L5 - S1, Thận du, Đại trường du, Trật biên, Hoàn khiêu, Ân môn, Thừa phù, Ủy trung, Túc tam lý, Dương lăng tuyền, Thừa sơn, Côn lôn [25].

+ Công thức 2: Đau theo kinh Đờm (tương đương với tổn thương rễ L5 theo YHHĐ) và đau ở kinh Đờm, kinh Bàng quang (tương ứng tổn thương rễ L5+S1 của YHHĐ): Gồm Giáp tích L4 - L5, L5-S1, Thận du, Đại trường du (2 bên) Hoàn khiêu, Trật biên, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Thái xung, Ủy trung [25].

*** Liều trình**

Châm ngày 1 lần, thời gian 30 phút/lần châm 5 ngày nghỉ 2 ngày x 21 ngày

2.2.4. Phương pháp đánh giá kết quả điều trị

*Đánh giá mức độ bệnh nặng nhẹ (Theo tổng điểm các thông số trên)

Mức độ bình thường: 0 điểm

Mức độ nhẹ: 1 - 10 điểm

Mức độ trung bình: 11 - 20 điểm

Mức độ nặng: 21 - 29 điểm

Bệnh nhân được khám và đánh giá theo thang điểm trên từ ngày nhập viện, và sau 7 ngày, 14 ngày, 21 ngày.

* Đánh giá kết quả điều trị dựa theo công thức [24], [63].

% Tổng số điểm giảm SĐT

* Tiêu chuẩn đánh giá chung sau điều trị

- Loại tốt (A): Tổng số điểm sau điều trị giảm >80% so với trước điều trị.

- Loại khá (B): Tổng số điểm sau điều trị giảm từ 61 - 80% so với trước điều trị.

- Loại trung bình (C): Tổng số điểm sau điều trị giảm từ 40 đến 60% so với trước điều trị.

- Loại kém (D): Tổng số điểm sau điều trị giảm < 40% so với trước điều trị.

Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp cấy chỉ hoặc điện châm:

- Các tác dụng tại chỗ như: Đau nhức tại huyết, mẩn ngứa, chảy máu...

- Tác dụng toàn thân: Sốt, chóng mặt, buồn nôn tiêu chảy..

Trên cận lâm sàng

- Cách đánh giá kết quả: So sánh trước sau điều trị của từng nhóm và so sánh giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng về thay đổi xét nghiệm máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, máu lắng, Ure máu, creatinin máu, ALT, AST.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y sinh học với sự hỗ trợ của phần mềm chuyên dùng trong nghiên cứu Y học và chương trình SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu****3.1.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo tuổi của 2 nhóm nghiên cứu**

- Tuổi đau TKT do thoái hóa CSTL tập trung vào lứa tuổi trên 50, tuổi trung bình của nghiên cứu $54,75 \pm 11,60$, thấp nhất 30 tuổi, cao nhất 70 tuổi. Giữa hai nhóm bệnh nhân có sự tương đồng về sự phân bố nhóm tuổi nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.1.2. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo giới**3.2. Đánh giá kết quả nghiên cứu****Bảng 3.1.** So sánh mức độ giảm đau theo thang điểm VAS trước và sau nghiên cứu

Nhóm Mức độ Đau VAS	Nhóm I		Nhóm II		$P_{(I-II)}$
	Trước ĐT (n,%)	Sau ĐT (n,%)	Trước ĐT (n,%)	Sau ĐT (n,%)	
Không đau (<1)	(0) 0,0	17(56,7)	0 (0,0)	16 (53,3)	> 0,05
Đau nhẹ (1- < 2,5)	2(6,7)	11(36,6)	2 (6,7)	11 (36,7)	
Đau vừa (2,5 - < 5)	25(83,3)	2(6,7)	26 (86,6)	3 (10,0)	
Đau nặng (5- <7,5)	3(10,0)	0,0	2 (6,7)	0 (0,0)	

Như vậy sau nghiên cứu cả 2 nhóm không còn bệnh nhân nào ở mức độ đau nặng, đa số bệnh nhân ở mức độ không đau và đau nhẹ nhóm 1 chiếm tỷ lệ 83,3%, nhóm 2 chiếm tỷ lệ là 86,6% với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. So sánh hội chứng cột sống sau điều trị của 2 nhóm

Nhóm Hội chứng Cột sống		Nhóm I		Nhóm II		$P_{(I-II)}$
		Trước ĐT (n,%)	Sau ĐT (n,%)	Trước ĐT (n,%)	Sau ĐT (n,%)	
Schober	$\geq 14/10$ (0 điểm)	0 (0,0)	17 (56,7)	0 (0,0)	18 (60,0)	> 0,05
	$\geq 13,5/10$ (1 điểm)	1(3,3)	11 (36,6)	0 (0,0)	7 (23,3)	
	≥ 13 (2 điểm)	13 (43,3)	2 (6,7)	12 (40,0)	5 (16,7)	
	< 13 (3 điểm)	16 (53,4)	0 (0,0)	18 (60,0)	0 (0,0)	
p		<0,05		<0,05		
Co cứng cơ cạnh cột sống (+)		28 (93,3)	1 (3,3)	27 (90,0)	2 (6,7)	> 0,05
p		<0,05		<0,05		

Sau điều trị không còn bệnh nhân nào có độ giãn CSTL dưới 3cm, Co cứng cơ cạnh cột sống giảm đáng kể ở cả 2 nhóm và tỷ lệ bệnh nhân có các dấu hiệu này ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

của 2 nhóm nghiên cứu

Bệnh nhân nữ nhiều hơn nam (nữ 61,7% và nam 38,3%). Sự phân bố về giới giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Đặc điểm phân bố nghề nghiệp của hai nhóm nghiên cứu

Bệnh nhân thuộc cả 2 nhóm nhóm lao động chân tay. chiếm tỷ 65% lệ lao động trí óc chiếm 35%

3.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của hai nhóm nghiên cứu

Thời gian mắc bệnh 3-6 tháng chiếm tỷ lệ cao 55,0%, < 3 tháng chiếm tỷ lệ 26,6%, > 6 tháng 18,3%. Sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. So sánh hội chứng rể sau điều trị của 2 nhóm (Lasègue)

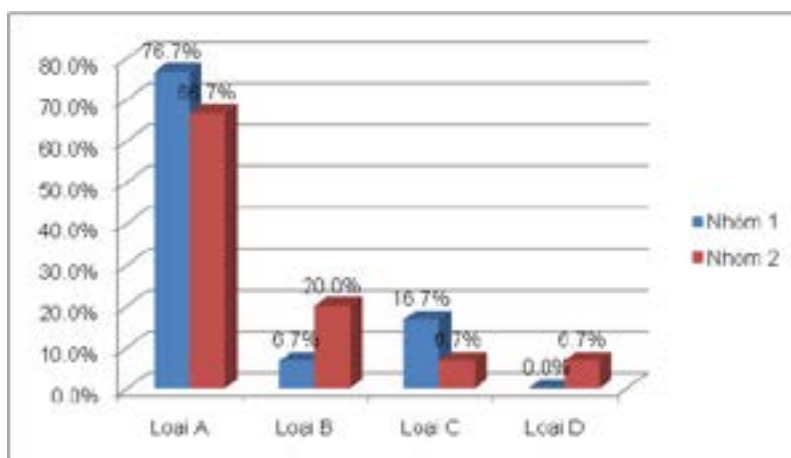
Hội chứng Rể		Nhóm I		Nhóm II		P _(I-II)
		Trước ĐT (n,%)	Sau ĐT (n,%)	Trước ĐT (n,%)	Sau ĐT (n,%)	
Lasègue	0 điểm $\geq 70^0$	0 (0,0)	21 (70,0)	0 (0,0)	17 (56,6)	> 0,05
	1 điểm $\geq 60^0 - 70^0$	1 (3,3)	5 (16,7)	2 (6,7)	8 (26,7)	
	2 điểm $\geq 45^0 - < 60^0$	13 (43,3)	4 (13,3)	13(43,3)	5 (16,7)	
	3 điểm $< 45^0$	16 (53,4)	0 (0,0)	15 (50,0)	0 (0,0)	
p		< 0,05		< 0,05		

Sau điều trị không còn bệnh nhân nào Lasègue $< 45^0$ ở cả 2 nhóm

Bảng 3.5. So sánh hội chứng rể sau điều trị của 2 nhóm (Valleix, các triệu chứng khác)

Hội chứng Rể		Nhóm I		Nhóm II		P _(I-II)
		Trước ĐT (n,%)	Sau ĐT (n,%)	Trước ĐT (n,%)	Sau ĐT (n,%)	
Valleix	0 điểm (Valleix +)	0 (0,0)	12 (40,0)	0 (0,0)	17 (56,6)	> 0,05
	1 điểm (Valleix +)	5 (16,7)	16 (56,3)	5 (16,7)	10 (33,3)	
	2 điểm (Valleix +)	17 (56,7)	2 (6,7)	16 (53,3)	3 (10,0)	
	3 điểm (Valleix +)	8 (26,6)	0 (0,0)	9(30,0)	0 (0,0)	
p		<0,05		<0,05		
DH bấm chuông (+)		24 (80,0)	1 (3,3)	22 (73,3)	2 (6,7)	>0,05
DH Bonnet (+)		25 (83,3)	4 (13,3)	26 (86,7)	4 (13,3)	>0,05
DH Neri (+)		27 (90,0)	3 (10,0)	28 (93,3)	4 (13,3)	>0,05
RLCG		26 (86,7)	3 (10,0)	19 (63,3)	1 (3,3)	>0,05
RLVĐ		7 (23,3)	5 (16,7)	10 (33,4)	3 (10,0)	
RLPXGX		9(30,0)	1 (3,3)	14 (46,7)	1 (3,3)	
Teo cơ		2 (6,7)	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Đa số bệnh nhân không còn điểm đau Valleix, tỷ lệ bệnh nhân ở cả 2 nhóm DH bấm chuông, dấu hiệu Bonnet, Neri, RLCG, RLVĐ, cũng giảm đáng kể. Sự khác biệt giữa nhóm I và nhóm II không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Riêng bệnh nhân teo cơ sau điều trị không thay đổi nhóm I là 6,7%.



Biểu đồ 3.10. Kết quả điều trị chung

- Nhóm I loại A (tốt) 23 bệnh nhân (76,7%), B (khá) 2 bệnh nhân (6,7%), C (trung bình) 5 bệnh nhân (16,6%).

- Nhóm II loại A (tốt) 20 bệnh nhân (66,7%), B (khá) 6 (20,0%), C (trung bình) 2 bệnh nhân (6,7%), D (kém) 2 bệnh nhân (6,7%).

- Tỷ lệ điều trị kết quả giữa hai nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

3.3. Theo dõi tác dụng không mong muốn

- Trong 21 ngày điều trị, tất cả bệnh nhân của nhóm I (dùng thuốc uống Tam tỷ thang kết hợp cấy chỉ) và nhóm II (dùng thuốc uống Tam tỷ thang kết hợp điện châm) nhóm I triệu chứng đau nhức tại huyết cấy chỉ (+), có 2 bệnh nhân tỷ lệ 6,7% tự khỏi không cần thiệp gì.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm về độ tuổi: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi là $54,75 \pm 11,60$, (tuổi). Bệnh nhân đau TKT do thoái CSTL trong nghiên cứu từ 60 tuổi trở lên chiếm tới 36,7%.

Độ tuổi > 60 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu của các tác giả về đau TKT do thoái CSTL. Nguyễn Hữu Thám là 34,7% [63].

Đặc điểm về giới tính: Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu thì tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm tới 61,7%.

Đặc điểm về nghề nghiệp: Bệnh nhân thuộc nhóm lao động chân tay chiếm tỷ lệ 65%, lao động trí óc, lao động khác là 35%. Nguyễn Thị Kim Oanh bệnh nhân thuộc nhóm nghề lao động chân tay chiếm tỷ lệ 60% [48].

Thời gian mắc bệnh 3-6 tháng chiếm tỷ lệ cao 55,0%, < 3 tháng chiếm tỷ lệ 26,6%, > 6 tháng 18,3%. Sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4.2. Về hiệu quả điều trị

4.2.1. Kết quả điều trị theo thang điểm VAS

Mức độ đau theo thang điểm VAS của chúng tôi 2 nhóm trước can thiệp chủ yếu ở mức độ đau vừa (nhóm I chiếm 83,3%, nhóm II là 86,6%), mức đau nặng cả 2 nhóm chiếm tỷ lệ (8,3%), đau nhẹ của 2 nhóm chiếm tỷ lệ bằng nhau là 6,7%, sau 21 ngày điều trị tỷ lệ tăng lên đáng kể ở mức không đau, đau nhẹ nhóm I chiếm 93,3%, nhóm II chiếm 90,0%, trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 21 ngày nhóm cấy chỉ và nhóm điện châm kết quả tương đương nhau với $p > 0,05$ Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Oanh [48], sau 30 ngày điều trị mức không đau và đau nhẹ là 100%.

4.2.2. Hội chứng cột sống sau điều trị

* Độ giãn cột sống thắt lưng (Schober): trước điều trị nhóm 1 tốt chiếm tỷ lệ 0,0% khá chiếm tỷ lệ 3,3%, nhóm 2 tốt khá bằng nhau chiếm tỷ lệ 0,0% sau điều trị 14 ngày nhìn chung độ dẫn CSTL ở cả 2 nhóm tăng lên rõ rệt nhóm 1 tốt chiếm tỷ lệ 16,7%, khá chiếm tỷ lệ 73,3%, nhóm 2 tốt chiếm tỷ lệ 10%, khá chiếm tỷ lệ 56,7%, sau 21 ngày điều trị nhóm 1 tốt chiếm 56%, khá chiếm 36,6%, nhóm 2 tốt chiếm tỷ lệ 60%, khá chiếm 23,3%, không còn bệnh nhân nào có độ giãn CSTL ở mức kém. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ như vậy hai phương pháp điều trị sau 14 ngày đã có tác dụng làm tăng độ dẫn CSTL, sau 21 kết quả cải thiện tốt, kết quả này phù hợp với kết quả giảm đau theo thang điểm VAS, bởi vì cảm giác đau giảm đi thì biên độ vận động cột sống tăng lên, vì vậy độ dẫn CSTL kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Oanh [48], nhóm NC mức tốt từ 0% lên 63,3%.

* Các triệu chứng khác như dấu hiệu cơ cứng cơ cạnh CS (+) ở cả 2 nhóm cũng giảm đáng kể.

4.2.3. Hội chứng rễ sau điều trị

* Lasègue: Trước điều trị nhóm 1 tốt chiếm tỷ lệ

0,0%, khá chiếm 3,3% nhóm 2 tốt chiếm tỷ lệ 0,0%, khá chiếm tỷ lệ 6,7%. Sau 14 ngày điều trị nhóm 1 bằng nhóm 2 tốt chiếm tỷ lệ 10%, khá chiếm 60% sau 21 ngày điều trị nhóm 1 tốt chiếm tỷ lệ 70%, khá chiếm 16,7% nhóm 2 tốt chiếm tỷ lệ 56,6%, khá chiếm tỷ lệ 26,7% với $p > 0,05$. Như vậy sau điều trị 21 ngày, không còn bệnh nhân nào có dấu hiệu Lasègue < 450 hầu hết đều trên > 700 đây là một trong dấu hiệu chính để chẩn đoán cũng như đánh giá mức độ đau TKT. Qua đó cho chúng tôi thấy rằng cả hai phương pháp điều trị đều có tác dụng giảm đau vì thế độ Lasègue tăng lên.

* Valleix: Trước điều trị nhóm 1 và nhóm 2 bằng nhau chiếm 100% Valleix (+) sau 21 ngày điều trị không còn bệnh nhân nào còn 3 điểm đau Valleix, tỷ lệ bệnh nhân không còn điểm đau Valleix nhóm I chiếm 40% nhóm II chiếm 56,7%. Như vậy dấu hiệu Valleix của 2 nhóm cải thiện tốt, nhóm cấy chỉ và nhóm điện châm có kết quả tương đương với $p > 0,05$.

* Các triệu chứng của hội chứng rễ sau điều trị như DH bấm chuông, Neri, Bonnet, RLCG, RLVĐ, RLPXGX cũng giảm đi đáng kể ở cả hai nhóm, tuy nhiên sau điều trị bệnh nhân teo cơ không giảm chúng tôi cho rằng khi bệnh nhân đau TKT ở giai đoạn có teo cơ là bệnh đã ảnh hưởng đến tạng tỳ vì vậy phải phối hợp nhiều phương pháp mới có tác dụng và hơn nữa thời gian điều trị của chúng tôi điều trị ngắn nên hiệu quả triệu chứng này còn hạn chế.

4.2.4. Kết quả điều trị theo phân loại

* **Kết quả chung:** Chúng tôi dựa vào sự thay đổi % tổng số điểm sau điều trị để phân loại kết quả

điều trị.

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy số lượng bệnh nhân có kết quả:

- Nhóm I loại A (tốt) 23 bệnh nhân (76,7%), B (khá) 2 bệnh nhân (6,7%), C (trung bình) 5 bệnh nhân (16,6%).

- Nhóm II loại A (tốt) 20 bệnh nhân (66,7%), B (khá) 6 (20,0%), C (trung bình) 2 bệnh nhân (6,7%), D (kém) 2 bệnh nhân (6,7%).

- Tỷ lệ điều trị kết quả giữa hai nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

5. KẾT LUẬN

Bài thuốc tam tỳ thang kết hợp cấy chỉ hoặc điện châm có tác dụng giảm đau trong điều trị đau dây thần kinh tọa và tác dụng giảm đau của hai nhóm là tương đương nhau.

6. KIẾN NGHỊ

1. Phương pháp cấy chỉ là một phương pháp điều trị kết hợp giữa y học hiện đại và y học cổ truyền, kỹ thuật áp dụng đơn giản, an toàn và có hiệu quả tốt trong điều trị bệnh đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng.

Từ những thuận lợi đó phương pháp cấy chỉ nên được áp dụng rộng rãi ở các cơ sở điều trị có chuyên khoa y học cổ truyền.

2. Nên có những nghiên cứu ứng dụng về phương pháp cấy chỉ trên những bệnh lý cơ xương khớp khác để có sự đánh giá một cách toàn diện về lợi ích của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương (2006), "Thực hành lâm sàng thần kinh học", Tập II-Triệu chứng học, Nxb Y học Hà Nội, tr. 218- 222.
2. Lê Đức Hình (2009), "Thần kinh học trong thực hành Đa khoa", Nxb Y học Hà Nội, tr. 116-126.
3. Nguyễn Trọng Hưng, Lê Quang Cường (2010), "Hội chứng đau thắt lưng hông, Triệu chứng học thần kinh - Sách đào tạo bác sĩ đa khoa", Nxb Y học Hà Nội, tr. 90 - 98.
4. Hoàng Khánh (2009), "Đau thần kinh tọa", Giáo trình nội thần kinh, Nxb Đại học Huế, tr.141 - 148.
5. Nguyễn Thị Kim Oanh (2013), "Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp bằng phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp với thuốc viên didice-ra". Luận án tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Thị Tân, Phạm Thị Xuân Mai (2016), "Đau thần kinh tọa", Điều trị học - Tài liệu giảng dạy sau Đại

học, tr.1 - 14.

7. Nguyễn Hữu Thám (2012), "Nghiên cứu hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp thuốc Y học cổ truyền" Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Dược Huế.

8. Basser Stephen (2008), "Acupuncture: A history", Norman Marcus Pain Institute, pp. 10 - 16.

9. Berman BM, Langevin HM, Witt CM et al (2010), "Acupuncture for chronic low back pain", *N Engl J Med*, 363, pp. 454 - 461.

10. Chen Mei-ren, Wang Ping, Cheng Gang, Guo Xiang, Wei Gao-wen, Cheng Xu-hui (2009), "The Warming Acupuncture for treatment of Sciatica in 30 cases", *Journal of Traditional Chinese Medicine*, March 2009, Vol 29, No.1, pp.50 - 53e.

11. Cheng - Ta Hsieh, Chih - Ju Chang, I - Chang Su, Li - Ying Lin (2016), "Clinical experiences of dynamic stabilizers:

Dynesys and Dynesys top loading system for lumber spine degenerative disease”, March 2016, pp.207 - 215.

12. Hsin - Yu Wang, Tsai - Sheng Fu, Shih - Chieh Hsu, Ching - I Hung (2016), “*Association of depression with sleep quality might be greater than that of pain intensity among outpatients with chronic low back pain*”, pp.1993 - 1998.

13. Jeremy Ross (1995), “*Acupuncture Point*

Combinations The Key to Clinical Success, Churchill Livingstone, Edinburgh Hongkong London Madrid Melbourne New York and Tokyo”, pp.195, 264.

14. Leila Ghadyani, Sedigheh Sadat Tavafian, Anishirvan Kazemnejad, Joan Wagner (2015), “*Work-Related Low Back Pain Treatment: A Randomized Controlled Trial from Tehran, Iran, Comparing Multidisciplinary Educational Program versus Physiotherapy Education*”, pp.691 - 696.