

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

Nguyễn Hữu Thám¹, Nguyễn Thị Tân²

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

(2) Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đau thần kinh tọa tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thừa Thiên Huế; Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp thuốc y học cổ truyền. **Đối tượng và phương pháp:** 72 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán đau thần kinh tọa, điều trị nội trú tại bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thừa Thiên Huế. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng. Chia 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu: 36 BN: điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp dùng thuốc YHCT. Nhóm đối chứng: 36 BN: chỉ dùng thuốc YHCT. Thời gian điều trị 28 ngày. Đánh giá lúc mới vào (T0), sau 14 ngày (T14), sau 28 ngày (T28). **Kết quả:** Sau 28 ngày điều trị: không còn BN nặng cả 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu chỉ còn 8,3% đau vừa, hầu hết chỉ đau nhẹ (91,7%); nhóm đối chứng đau vừa còn 44,4%, nhẹ 55,6%. ($p < 0,01$). **Kết luận:** Tỷ lệ loại A và B ở nhóm nghiên cứu là 97,2%, lớn hơn nhóm đối chứng (69,4%), ($p < 0,01$). Phương pháp cấy chỉ không gây ra tác dụng phụ đáng kể trên lâm sàng.

Từ khóa: Thần kinh tọa thể phong hàn, phương pháp cấy chỉ

Abstract

STUDY ON THE EFFECT OF THE CATGUT-EMBEDDING METHOD COMBINING WITH HERBAL MEDICINE ON THE TREATMENT OF SCIATICA BY WIND-COLD-DAMP ARTHRALGIA

Nguyen Huu Thám¹, Nguyen Thi Tan²

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

(2) Faculty of Traditional Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy

Objectives: To investigate clinical characteristics of patients with sciatica in Traditional Medicine Hospital in Thua Thien Hue province; To evaluate the effectiveness of the catgut-embedding method combining with herbal medicine on the treatment of sciatica by wind-cold-damp arthralgia. **Subjects and Methods:** Patients diagnosed with sciatica by wind-cold-damp arthralgia in-patient treatment in Traditional Medicine Hospital in Thua Thien Hue province. Methods: Clinical and controlled trials, a survey of 72 patients, which were divided into 2 groups: The study group: 36 patients: receiving treatment by catgut-embedding and herbal medicine; The control group: 36 patients: only use herbal medicine. 28-day treatment period. Patients were assessed at admission (T0), after 14 days (T14), after 28 days of treatment (T28). **Results:** After 28 days of treatment: no severity both 2 groups. The study group fell to 8.3% moderate pain, mostly mild pain (91.7%); the control group was 44.4% moderate pain, mild 55.6%. The catgut-embedding method does not cause any side effects.

Key words: catgut-embedding method, sciatica by wind-cold-damp arthralgia

DOI: 10.34071/jmp.2014.4+5.28

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Hữu Thám, * Email: nguyenthitan_dhyk@yahoo.com.vn

- Ngày nhận bài: 15/10/2014 * Ngày đồng ý đăng: 8/11/2014 * Ngày xuất bản: 16/11/2014

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa (đau thần kinh hông to), hiện nay nhiều tác giả sử dụng cụm từ “Hội chứng thắt lưng hông” thay cho “Đau thần kinh tọa”, là một hội chứng thần kinh được Sigwald và Deroux mô tả từ năm 1764. Đau thần kinh tọa có đặc điểm là đau dọc theo lộ trình của dây thần kinh tọa. Đây là một bệnh lý thường gặp, theo Carlliet.R. thì 90% nhân loại phải chịu ít nhất một lần trong đời những đau đớn do hội chứng thắt lưng hông gây ra, bệnh nhân đau thần kinh tọa hàng năm đến bệnh viện Chăm cứu Trung ương điều trị chiếm khoảng 50% số bệnh nhân tổn thương dây thần kinh ngoại vi và khoảng 10% bệnh nhân thu dung điều trị, ở bệnh viện Y học cổ truyền TT- Huế trong 5 năm từ 2006-2010 số bệnh nhân “Bệnh thần kinh chi dưới – thần kinh tọa” (theo phân loại Quốc tế ICD -10, xếp vào mục G57) vào viện chiếm tỷ lệ 17,1% so bệnh nhân chung. Bệnh lý này thường gặp ở nhiều lứa tuổi, nhưng thường gặp ở độ tuổi lao động (từ 30-50 tuổi), nam nhiều hơn nữ. Nguyên nhân gây đau thần kinh tọa rất phức tạp, điều trị khó, nhất là các thể do nguyên nhân thoát vị đĩa đệm, hoặc các nguyên nhân thực thể chèn ép dây thần kinh tọa phải can thiệp phẫu thuật, hoặc phải sử dụng các kỹ thuật cao. Đau thần kinh tọa do tổn thương ở rễ chiếm đến 90-95%, rễ L5 và rễ S1 hay gặp nhất, còn lại do tổn thương dây và đám rối. Bệnh thường ảnh hưởng đến sinh hoạt, lao động của người bệnh. Bệnh viện YHCT.TT-Huế đã áp dụng phương pháp cấy chỉ kết hợp thuốc YHCT điều trị, bước đầu có hiệu quả. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đau thần kinh tọa tại Bệnh viện YHCT tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp thuốc y học cổ truyền.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. *Tiêu chuẩn chọn bệnh*: BN được chẩn đoán đau thần kinh tọa không phân biệt lứa tuổi,

giới tính, nghề nghiệp, điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT tỉnh TT- Huế từ tháng 3.2011 – tháng 6.2012.

2.1.1.1. *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ*

BN được chẩn đoán ĐTKT do THCS bao gồm các triệu chứng sau:

- Về lâm sàng có các dấu hiệu đặc trưng: Đau từ vùng TL lan xuống mông, đùi, cẳng chân, bàn chân theo đường đi của ĐTKT; Thổng điểm Valleix(+); Nghiệm pháp Lasègue(+). Ngoài ra có thể có: Điểm đau cạnh sống L4-L5, L5-S1; Nghiệm pháp Bonnet(+); Nghiệm pháp Neri(+); Teo cơ hoặc không.

- Cận lâm sàng: phim CSTL qui ước có hình ảnh THCS.

2.1.1.2. *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT*

+ Bệnh nhân ĐTKT: Tính chất đau, hướng lan như của YHHĐ. Đau theo kinh Bàng quang ($\approx$ kiểu rễ S1 của YHHĐ), hoặc theo kinh Đờm ($\approx$ kiểu rễ L5 của YHHĐ), hoặc phối hợp kinh BQ + Đờm.

+ Có triệu chứng của phong hàn thấp. Nếu lâu ngày ảnh hưởng đến tạng Can, Tỳ, Thận: kèm đau lưng, mỏi gối, ù tai, hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi, teo cơ, ăn ngủ kém, mạch trầm tế, hơi sắc....

2.1.2. *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Bệnh nhân ĐTKT không do THCS (như do lao cột sống, K cột sống, do chấn thương, viêm nhiễm...)

- ĐTKT do TVĐĐ; đang mắc các bệnh cấp tính; mắc các bệnh mạn tính kèm suy giảm chức năng gan thận nặng; Chống chỉ định điện châm, cấy chỉ; không chấp nhận tham gia NC; bỏ điều trị trên 3 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu & phương pháp nghiên cứu:*

Phương pháp NC thử nghiệm lâm sàng. Chia 2 nhóm:

- Nhóm nghiên cứu (NNC): 36 BN: điều trị bằng phương pháp cấy chỉ + dùng thuốc YHCT

- Nhóm đối chứng (NĐC): 36 BN: chỉ dùng thuốc YHCT

Thời gian điều trị 28 ngày. Đánh giá lúc mới vào (T0), sau 14 ngày (T14), sau 28 ngày (T28).

2.3. Các kỹ thuật thực hiện

2.3.1. Chất liệu nghiên cứu

2.3.1.1. Bệnh án khám điều trị của BN, Phiếu theo dõi đánh giá cho mỗi BN

2.3.1.2. Các phương tiện thăm khám BN: Ống nghe, máy đo HA, búa phản xạ, thước đo độ đau của hãng Astra- Zeneca, thước dây....

2.3.1.3. Phương tiện để cấy chỉ gồm:

- Phòng cấy chỉ: 1 phòng riêng, vô trùng. Có trang bị hộp chống sốc, bình Oxy....

- Kim cấy chỉ, chỉ: Kim tiêm số 23, cải tiến; Chỉ catgut số 0000 được cắt đoạn 0,3- 0,5cm.

- Y dụng cụ khác: khay chữ nhật, khay quả đậu, pince không máu, kéo cắt băng, kéo cắt chỉ, bông

khô, bông cồn 70 độ, cồn Iode 1%, băng dính, găng tay vô khuẩn...

2.3.1.4. Công thức huyết cấy chỉ

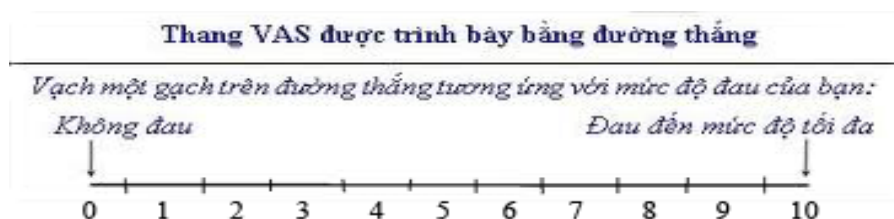
* Nhóm huyết chính: Giáp tích L4 – L5, L5 – S1, Thận du, Đại trường du, Trật biên, Hoàn khiêu, Ủy trung, Túc tam lý, Dương lăng tuyền, Côn lôn.

* Nhóm huyết phụ: ĐTKT thể S1 (≈ thể theo kinh BQ của YHCT): thêm Ân môn, Thừa sơn. ĐTKT thể L5 (≈ thể theo kinh Đờm của YHCT), hay phối hợp L5 + S1: thêm Phong thị, Huyền chung.

2.3.1.5. Thuốc YHCT: dùng bài “Độc hoạt tang ký sinh”. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng, tối.

2.3.2. Phương pháp đánh giá: Đánh giá trên 3 nhóm điểm:

* **Đánh giá cảm giác đau chủ quan của BN(a):** Theo thang nhìn VAS (Visual Analogue Scales) từ 0 đến 10 theo thước đo độ đau của hãng Astra-Zeneca:



Chia 3 mức độ: 0 đến < 4 điểm: Đau nhẹ; 4 đến < 7 điểm: Đau vừa; 7 đến 10 điểm: Đau nặng.

* **Hội chứng cột sống (b):** Cho điểm từ 0 -1, hay 0-3

* Hội chứng cột sống (b)	ĐIỂM			
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
- Nghiệm pháp Schöber	≥14cm	13 cm	12 cm	11 cm
- Dấu hiệu bấm chuông	(-)	(+)		
- Dấu hiệu co cơ cạnh sống thất lưng	(-)	(+)		

* **Hội chứng rễ thần kinh (c):** Cho điểm từ 0 -1, hay 0-3

* Hội chứng rễ thần kinh (c):	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
- Nghiệm pháp Lasègue	> 70°	60 - 70°	45- < 60°	< 45°
- Thống điểm Valleix (+)	0 điểm	1 điểm	2-3 điểm	4-5 điểm
- Dấu hiệu Bonnet	(-)	(+)		
- Dấu hiệu Néri	(-)	(+)		
- RLCG chi dưới	(-)	(+)		
- RLVD chi dưới: + Không đi được bằng gót chân + Không đi được bằng mũi chân	(-) (-)	(+) (+)		
- Rối loạn cơ tròn	(-)	(+)		
- RLPX chi dưới	(-)	(+)		
- Teo cơ chi dưới	(-), <1cm	>1cm		

• **Đánh giá mức độ bệnh nặng nhẹ: Tổng điểm = a + b + c** các thời điểm T0 (mới vào), T14 (sau 14 ngày), T28 (sau 28 ngày điều trị), được chia 4 mức độ:

+ 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

* Đánh giá kết quả điều trị căn cứ kết quả % tổng số điểm giảm sau điều trị, công thức:

$$\% \text{ Tổng số điểm giảm SĐT} = \frac{\text{Tổng số điểm TĐT} - \text{Tổng số điểm SĐT}}{\text{Tổng số điểm TĐT}} \times 100$$

* Tiêu chuẩn đánh giá chung

- Loại tốt (A): Tổng điểm SĐT giảm >80% so TĐT; - Loại Khá (B): Tổng điểm SĐT giảm 61 – 80%; - Loại TB (C): Tổng số điểm SĐT giảm 40 đến 60%; - Loại kém (D): Tổng số điểm SĐT giảm < 40%.

2.4. Thời gian đánh giá

Thời gian đánh giá: mới vào viện (T0), sau 2 tuần (T14), sau 4 tuần ĐT (T28).

2.5. Thu thập số liệu và xử lý kết quả

Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y

học, ứng dụng phần mềm SPSS 19.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về độ tuổi và giới tính bệnh nhân

- Độ tuổi từ ≥ 60 tuổi cao nhất (34,7%): NNC 30,6%, NĐC 38,9%. ($p > 0,05$)

- Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$): Chung: $53,6 \pm 14,3$; NNC: $50,3 \pm 14,8$; NĐC: $56,9 \pm 13,2$ ($p > 0,05$).

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới tính \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		Tổng		P
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
Nam	16	44,4	13	36,1	29	40,3	$p > 0,05$
Nữ	20	55,6	23	63,9	43	59,7	
Tổng cộng	36	100,0	36	100,0	72	100,0	

- Nữ > nam (59,7/40,3 %): NNC 55,6%/44,4%, và NĐC 63,9% /36,1%. ($p > 0,05$).

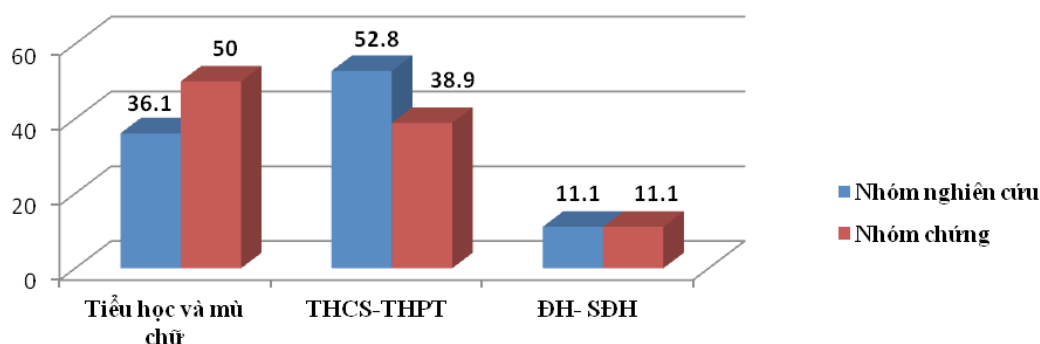
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo tính chất lao động:

- Lao động nặng chiếm 54,2%: NNC là 58,3%, NĐC 50,0% ($p > 0,05$).

3.1.3. Phân bố nơi cư trú của bệnh nhân

Cao nhất: nông thôn (37,6%): NNC 41,7%, và NĐC 33,3% ($p > 0,05$).

3.1.4. Phân bố về trình độ học vấn của bệnh nhân



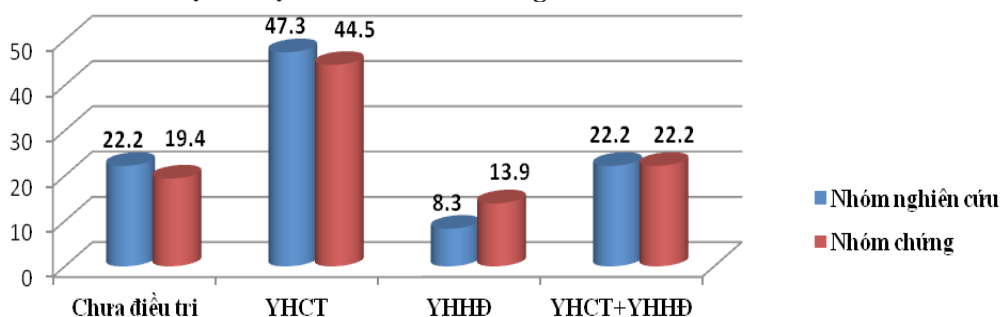
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm trình độ học vấn của bệnh nhân

BN trình độ THCS –THPT > các nhóm khác: NNC có 52,8%, NĐC có 38,9%; ĐH- SĐH chỉ 11,1% ($p > 0,05$).

3.1.5. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

TGMB > 6 tháng gặp nhiều nhất (40,3%), TGMB <3 tháng (38,9%) ($p>0,05$).

3.1.6. Tình hình điều trị của bệnh nhân trước khi nghiên cứu



Biểu đồ 3.2. Tình hình điều trị trước khi nghiên cứu

Số BN đã điều trị YHCT cao nhất: NNC có 47,3%, và NĐC có 44,5%. Chưa điều trị: NNC 22,2%, NĐC 19,4% ($p>0,05$).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đau thần kinh tọa

3.2.1. Mức độ đau theo cảm giác chủ quan (theo thang điểm VAS)

Bảng 3.2. Mức độ đau theo cảm giác chủ quan (theo thang điểm VAS)

Thang điểm VAS	Nhóm nghiên cứu		Nhóm Đối chứng		Tổng		p
	n (36)	Tỉ lệ (%)	n (36)	Tỉ lệ (%)	n (72)	Tỷ lệ (%)	
Đau nhẹ (0 đến < 4đ)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	> 0,05
Đau vừa (4 đến < 7đ)	9	25,0	7	19,4	16	22,2	
Đau nặng (7 đến 10đ)	27	75,0	29	80,6	56	77,8	
Tổng cộng	36	100,0	36	100,0	72	100,0	

BN mức độ đau nặng có tỉ lệ cao: NNC 75,0%, NĐC 80,6%. Không có BN đau nhẹ. ($p>0,05$).

3.2.2. Hội chứng cột sống trước điều trị của 2 nhóm

Bảng 3.3. Hội chứng cột sống trước điều trị

Dấu hiệu cột sống		Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		Tổng		p
		n (36)	Tỉ lệ (%)	n (36)	Tỉ lệ (%)	n (72)	Tỷ lệ (%)	
Schöber	0 điểm (≥ 14 cm)	6	16,7	4	11,1	10	13,9	>0,05
	1 điểm (13 cm)	15	41,7	14	38,9	29	40,3	
	2 điểm (12 cm)	14	38,9	12	33,3	26	36,1	
	3 điểm (11 cm)	1	2,8	6	16,7	7	9,7	
Dấu hiệu bấm chuông (+)		30	83,3	28	77,8	58	80,6	>0,05
Co cứng cơ cạnh sống (+)		34	94,4	33	91,7	67	93,1	>0,05

3.2.3. Hội chứng rể trước điều trị

Bảng 3.4. Hội chứng rể trước điều trị

Dấu hiệu rể		Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		Tổng		p
		n (36)	Tỉ lệ (%)	n (36)	Tỉ lệ (%)	n (72)	Tỉ lệ (%)	
Dấu hiệu Lasègue	0 điểm ($>70^0$)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$> 0,05$
	1 điểm ($60^0 - 70^0$)	8	22,2	9	25,0	17	23,6	
	2 điểm ($45 - <60^0$)	17	47,2	15	41,7	32	44,5	
	3 điểm ($<45^0$)	11	30,6	12	33,3	23	31,9	
Tổng		36	100,0	36	100,0	72	100,0	
Thống điểm Valleix	0 điểm (Valleix -)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$> 0,05$
	1 điểm (1 điểm +)	6	16,7	6	16,7	12	16,7	
	2 điểm (2-3 điểm +)	20	55,6	19	52,8	39	54,2	
	3 điểm (4-5 điểm +)	10	27,8	11	30,6	21	29,2	
Tổng		36	100,0	36	100,0	72	100,0	
Dấu hiệu Bonnet (+)		31	86,1	28	77,8	59	81,9	$> 0,05$
Dấu hiệu Neri (+)		33	91,7	31	86,1	64	88,9	$> 0,05$
Rối loạn cảm giác (+)		35	97,2	33	91,7	68	94,4	$> 0,05$
Rối loạn vận động								
-Không đi được bằng gót (+)		7	19,4	11	30,6	18	25,0	$> 0,05$
-Không đi được bằng mũi chân(+)		11	30,6	14	38,9	25	34,7	$> 0,05$
RLPXGX (+)		18	50,0	17	47,2	35	48,6	$> 0,05$
Teo cơ (+)		0	0,0	2	5,6	2	2,8	-

Cả 2 nhóm có triệu chứng của hội chứng rể (+) cao: 100% BN có Lasègue $\leq 70^0$, 100,0% BN có Valleix (+), ($p>0,05$); Dấu hiệu Bonet, Neri, RLCG ở NNC đều $> 80\%$, ở NĐC các dấu hiệu này(+)cao từ 77,8- 91,7%, ($p>0,05$). Phù hợp của Lại Đoàn

Hạnh: Lassègue $\leq 75^0$: 100%, Trương Minh Việt: (+) 89,2%; Valleix (+) Phù hợp của Trương Minh Việt: 100,0% Valleix (+); Các dấu hiệu khác: Phù hợp của Trương Minh Việt: Bonnet(+) có 83,1%, Neri(+) 90,8%, RLCG 93,8%, RLVĐ 67,0%)...

3.2.4. Mức độ nặng, nhẹ theo tổng điểm các thông số nghiên cứu trước điều trị của 2 nhóm bệnh nhân

Bảng 3.5. Mức độ nặng, nhẹ theo tổng điểm các thông số nghiên cứu

Mức độ	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		Tổng		p
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
Đau nhẹ (1-10 đ)	0	0,0	1	2,8	1	1,4	$> 0,05$
Trung bình (11-20 đ)	27	75,0	25	69,4	52	72,2	
Đau nặng (21-29 đ)	9	25,0	10	27,8	19	26,4	
Tổng cộng	36	100,0	36	100,0	72	100,0	

- Tính tổng điểm: phần lớn BN mới vào có mức độ đau TB: NNC 75,0%, NĐC 69,4%.

- Mức độ đau nặng: NNC có 25,0%, và NĐC có 27,8%. Chỉ 2,8% BN ở NĐC đau nhẹ.

3.2.5. Sự phân bố bệnh nhân theo vị trí đau

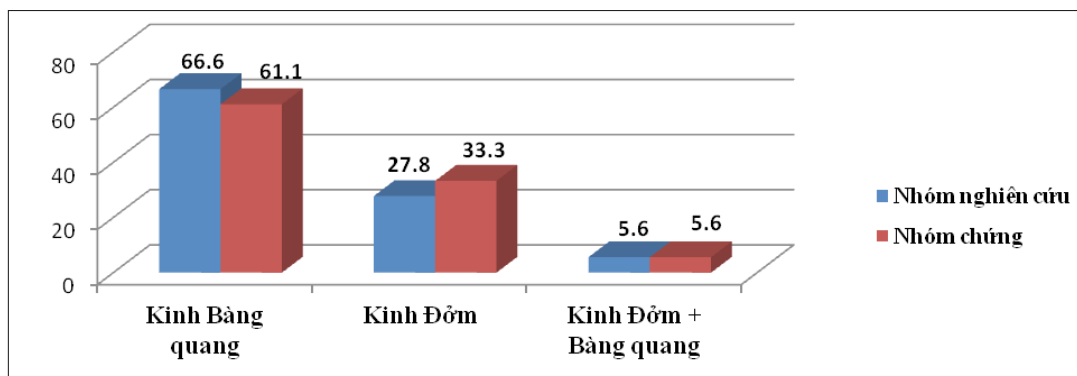
3.2.5.1. Sự phân bố bệnh nhân theo chân đau

Số BN đau chân (T) gặp nhiều nhất: NNC là 61,1%, NĐC là 52,7%. Đau chân (P): NNC 30,6%, NĐC là 41,7%. Đau cả 2 chân gặp ít: NNC 8,3% và NĐC 5,6%.

3.2.5.2. Sự phân bố bệnh nhân theo rễ thần kinh tổn thương

* Thở S1 cao nhất: NNC là 66,6%, NĐC là 61,1%. Thở L5: 27,8% NNC và 33,3% ở NĐC. Thở phối hợp 2 nhóm bằng nhau (5,6%) ($p>0,05$). và 58,1% ở NĐC).

3.2.5.3. Sự phân bố bệnh nhân theo đường kinh bị tổn thương



Biểu đồ 3.3. Sự phân bố bệnh nhân theo đường kinh bị đau

Số BN đau theo kinh BQ chiếm ưu thế: NNC 66,6%, và NĐC 61,1%. Theo kinh Đờm chỉ 27,8% ở NNC, và 33,3% ở NĐC. Thở phối hợp 2 đường kinh chỉ 5,6% ở 2 nhóm ($p>0,05$).

3.3. Hiệu quả điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp thuốc YHCT

3.3.1. Kết quả theo YHHĐ của 2 nhóm bệnh nhân

3.3.1.1. Kết quả sau khi điều trị theo thang điểm VAS

- Sau 28 ngày điều trị: Không còn BN nặng cả 2 nhóm. NNC chỉ còn 8,3% đau vừa, hầu hết chỉ đau nhẹ (91,7%); NĐC đau vừa còn 44,4%, nhẹ 55,6%. ($p<0,01$). Theo thang điểm VAS: hiệu quả điều trị cấy chỉ + thuốc YHCT cao hơn điều trị thuốc YHCT đơn thuần.

3.3.1.2. Hội chứng cột sống, hội chứng rễ thần kinh sau điều trị của 2 nhóm

* Hội chứng cột sống sau điều trị 28 ngày (T28):

Sau 28 ngày điều trị Schöber về bình thường tăng lên đáng kể: NNC là 94,4%, và NĐC là 61,1% ($p<0,01$).

- Dấu bấm chuông (+), và Cơ cơ cạnh sống (+) giảm rất rõ: tỉ lệ là 0,0% ở NNC và chỉ 2,8% ở NĐC.

* Hội chứng rễ thần kinh sau điều trị 28 ngày (T28):

- Lasègue $>70^0$ ban đầu 0% cả 2 nhóm, nay NNC lên 83,3%, và NĐC là 63,9% ($p<0,05$); Valleix (-) ban đầu 0% ở 2 nhóm, nay NNC đã lên 80,6%, NĐC 41,7%. ($p<0,01$).

- Dấu hiệu Bonnet(+), Dấu hiệu Neri(+), RLCG(+), RLVĐ, RLPXGX(+) cải thiện rất rõ, về 0% ở NNC (trước đó tỉ lệ từ 86,1% đến 97,2%).

3.3.1.3. Mức độ nặng nhẹ tính theo tổng điểm các thông số nghiên cứu (a+b+c) ở thời điểm sau 28 ngày điều trị (T28)

Gồm tổng điểm mức độ đau chủ quan (VAS) + điểm HCCS + điểm Hội chứng rễ ở T28.

Ở NNC đau nặng, TB không còn ca nào (0%), tất cả về loại nhẹ (100%); Ở NĐC đau TB còn 11,1%, đau nhẹ 88,9%. Sau 28 ngày so ban đầu có KQ rất rõ: NNC $>$ NĐC, ($p<0,05$).

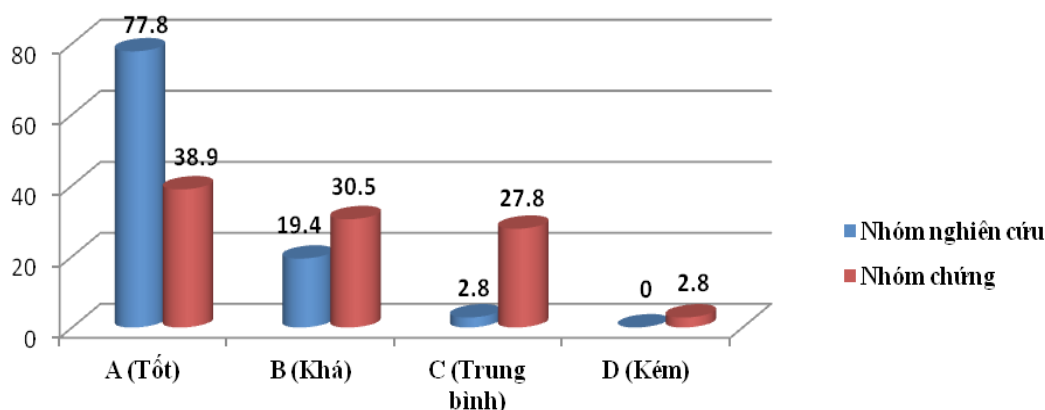
3.3.1.4. So sánh mức độ nặng nhẹ theo tổng điểm trung bình các thông số nghiên cứu các thời điểm ngày đầu với ngày thứ 14, 28 (T0, T14, T28)

+ NNC từ $18,7 \pm 2,2$, xuống $7,8 \pm 3,0$, và $2,9 \pm 1,3$ ($p<0,01$).

+ NĐC từ $18,6 \pm 3,3$ xuống còn $10,6 \pm 3,8$, và $5,8 \pm 3,2$ ($p<0,01$).

- Tổng điểm TB các thông số NC ở thời điểm T14, T28 giảm so T0: NNC giảm rõ hơn NĐC.

3.3.2. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.4. Kết quả điều trị chung sau 28 ngày điều trị

- NNC: Loại A (tốt): 77,8%, B (Khá): (19,4%), C (Trung bình): 2,8%, D (Kém): (0,0%).

- NĐC: Loại A (tốt): 38,9%, B (Khá): 30,5%, C (Trung bình) 27,8%, D (Kém): 2,8%

* NNC loại A + B (97,2%), và NĐC có 69,5% như vậy, Đơn thuốc cấy chỉ kết hợp thuốc YHCT tốt hơn ĐT thuốc YHCT đơn thuần ($p < 0,01$).

3.4. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ

Các tác dụng phụ: sốt, nhiễm trùng, chóng mặt, buồn nôn, mẫn ngứa không gặp trường hợp nào. Triệu chứng đau nhức tại huyết cấy chỉ 5,6%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy độ tuổi từ 60 trở lên chiếm cao nhất trong mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình chung cho cả 2 nhóm nghiên cứu là $53,6 \pm 14,3$. Kết quả này phù hợp với Trần Quang Đạt, Tarasenko Oleksandr: nhiều nhất lớn hơn 60 tuổi (40,0%), và Trần Thị Kiều Lan: nhiều nhất lớn hơn 60 tuổi (45,0%). Về giới, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Lao động nặng chiếm 58,3%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Hoàng Dũng: lao động nặng 54,5%; Trương Minh Việt: lao động nặng 61,5%.

Phân bố về nơi cư trú của bệnh nhân, cho thấy tỷ lệ cao nhất ở nông thôn (37,6%) ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với Huỳnh Ngọc Hằng và cộng sự: 54,1%, phù hợp phần lớn BN có nghề nghiệp nông dân.

Những người trình độ cao có kiến thức phòng

bệnh tốt hơn, đa số là lao động trí óc, lao động nhẹ, môi trường làm việc tốt hơn ít bị hơn.

Theo Lại Đoàn Hạnh, BN sử dụng YHHĐ, hoặc YHHĐ + YHCT cao: NNC 57,2%, NĐC 54,2%; BN dùng YHCT thấp (NNC có 17,1%, NĐC là 14,2%; Chưa ĐT khá cao (NNC 42,8%, NĐC là 45,7%). BN chúng tôi đã điều trị bằng YHCT cao hơn, điều này là hợp lý vì Thừa Thiên Huế địa bàn nhỏ, mạng lưới YHCT phát triển nhiều BN dễ tiếp cận với các dịch vụ y tế.

Về đặc điểm lâm sàng, kết quả chúng tôi phù hợp NC của Đỗ Hoàng Dũng: đau ở mức độ nặng tỉ lệ 100,0% ở NNC, và 97,0% ở NĐC; đau nhẹ 2 nhóm 0,0%; Theo Trương Minh Việt: BN ở mức độ nặng 60,0%, không đau là 0,0%, cho thấy đau nặng và vừa là lý do để BN đi khám và điều trị.

Các dấu hiệu của Hội chứng cột sống: Schöber <14 cm, Bấm chuông, Co cứng cơ cạnh sống (+) đều lớn hơn 80%, thấp hơn của Đỗ Hoàng Dũng: Schöber giảm 3 cm cả 2 nhóm chiếm tỉ lệ 93,9% và 96,8%. Dấu bấm chuông (+) của Đỗ Hoàng Dũng 68,7%. Co cứng cơ cạnh sống (+): Trương Minh Việt 98,5%.

Phân bố bệnh nhân theo rễ thần kinh bị tổn thương, kết quả phù hợp với nghiên cứu của Lại Đoàn Hạnh (thể S1 chiếm 65,71% ở NNC, và 60% ở NĐC); của Đỗ Hoàng Dũng (thể S1 chiếm 60,6% ở NNC).

Dấu bấm chuông (+), và Co cơ cạnh sống (+) giảm rất rõ: tỉ lệ là 0,0% ở NNC và chỉ 2,8% ở NĐC. Kết quả này cao hơn của Trương Minh Việt (60,0% xuống 7,7%), và (98,5% xuống 9,2%) ở các triệu chứng tương tự; của Lại Đoàn Hạnh: dấu

bấm chuông (+) từ 71,4% còn 8,5%.

* Hội chứng rễ thần kinh sau điều trị 28 ngày (T28): cho thấy dấu Lasègue >70° ban đầu 0% cả 2 nhóm, nay NNC lên 83,3%, và NĐC là 63,9% ($p < 0,05$); ($p < 0,01$). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Trương Minh Việt: Lasègue >70° từ 10,8% lên 83,1%; Valleix(-) từ 0,0% lên 64,6%.

- Dấu hiệu Bonnet(+), Dấu hiệu Neri(+), RLCG(+), RLVD, RLPXGX(+) cải thiện rất rõ, về 0% ở NNC (trước đó tỉ lệ từ 86,1% đến 97,2%). Kết quả của chúng tôi cao hơn các tác giả: Trương Minh Việt Bonet(+) ban đầu 83,1% về 0%, Neri(+) từ 90,8% trở về 0%; hay của Lại Đoàn Hạnh RLCG ban đầu 28,5% về 5,7%, hoặc RLVD từ 42,8% trở về 11,4%.

Như vậy, Hội chứng rễ cải thiện tốt. NNC > NĐC. Kết quả của chúng tôi là đáng khích lệ vì chúng tôi chọn thể Phong hàn thấp là thể mạn tính tương ứng thể có THCS của YHHĐ nên điều trị có khó khăn hơn.

Kết quả của chúng tôi cao hơn tác giả Lại Đoàn Hạnh, dùng Thủy châm điều trị HCTLH: loại A 57,1%, B 31,4%, C 2,8%, và D 8,5%; nghiên cứu của Chen Mei-ren và Cộng sự dùng “Ôn châm” điều trị ĐTKT: tỉ lệ tốt và khá chiếm 90%; kết quả của Trương Minh Việt, sử dụng xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh tọa: loại tốt đạt 50,8%, khá 30,8%, TB 16,9%, và kém 1,5%. Nghiên cứu chúng tôi tương đương với Đỗ Hoàng Dũng, sử dụng điện mãng châm điều trị ĐTKT thể phong hàn: kết quả loại tốt đạt 63,6%, khá 36,4%.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân đau thần kinh tọa điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thừa Thiên Huế

- Lứa tuổi ≥ 60 gặp nhiều nhất (34,7%). Độ tuổi TB: $53,6 \pm 14,3$. Nữ > nam: nữ 59,7%, nam 40,3%.

- Lao động nặng tỉ lệ 58,3% ở NNC, LĐ nặng và LĐ nhẹ bằng nhau (50%) ở NĐC

- BN nông thôn gặp cao nhất: 37,5%.

- BN trình độ THCS – THPT gặp nhiều nhất: 45,8%.

- BN mắc bệnh < 6 tháng nhiều hơn > 6 tháng: 59,7%, và 40,3%.

- BN đã điều trị trước bằng các phương pháp YHCT cao nhất: 45,8%.

- Vị trí chân đau, đường kinh đau: chân T gặp 56,9% (hơn chân P và cả 2 chân), kinh BQ gặp 63,9%

Phần lớn BN vào viện ở mức độ nặng (theo thang điểm VAS): NNC: 75,0%, và NĐC: 80,6%.

- Hội chứng cột sống và hội chứng rễ trước điều trị: những dấu hiệu (+) cao 80% đến 100% như Lasègue, Valleix, dấu bấm chuông, co cơ cạnh sống, Bonet, Neri...).

5.2. Hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp thuốc y học cổ truyền

- Sau 28 ngày điều trị hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS thì phương pháp cấy chỉ kết hợp thuốc YHCT lớn hơn điều trị thuốc YHCT đơn thuần:

- NNC 91,7% chỉ còn đau nhẹ, và 8,3% đau vừa; NĐC đau vừa còn 44,4%, nhẹ 55,6%, ($p < 0,01$).

- Điểm TB theo thang điểm VAS ở T0, T14, T28 giảm dần, NNC giảm nhiều hơn NĐC, ($p < 0,01$).

- Mức độ nặng nhẹ tính theo tổng điểm các thông số nghiên cứu (a+b+c) ở thời điểm T28:

+ Ở NNC đau nặng, TB không còn ca nào, tất cả về loại nhẹ; Ở NĐC đau TB còn 11,1%, đau nhẹ 88,9%

+ Tổng số điểm TB các thông số NC (a + b + c) giảm dần: NNC từ $18,7 \pm 2,2$, xuống $7,8 \pm 3,0$ và $2,9 \pm 1,3$ ($p < 0,01$); NĐC từ $18,6 \pm 3,2$, xuống $10,6 \pm 3,8$, và $5,8 \pm 3,2$ ($p < 0,01$).

- **Kết quả chung:** Tỉ lệ loại A và B ở NNC là 97,2%, lớn hơn NĐC (69,4%), ($p < 0,01$).

Các tác dụng phụ: sốt, nhiễm trùng, chóng mặt, buồn nôn, mẫn ngứa không gặp trường hợp nào. Triệu chứng đau nhức tại huyết cấy chỉ chỉ 5,6%.

6. KIẾN NGHỊ

6.1. Thủ thuật cấy chỉ cần thực hiện tốt công tác vô khuẩn, công tác phòng chống choáng.

6.2. Để tăng cường hiệu quả điều trị tùy theo tình trạng bệnh tật của bệnh nhân có thể phối hợp các phương pháp trị liệu khác như thuốc, VLTL như kéo giãn cột sống,....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Hoàng Dũng (2008), “Đánh giá tác dụng điều trị Đau dây thần kinh tọa thể phong hàn bằng điện mãng châm”, *Luận văn thạc sỹ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Quang Đạt, Tarasenko Oleksandr (2002), “Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to do lạnh và thoái hóa cột sống bằng ôn điện châm kết hợp xoa bóp”, *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 2002*, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội, tr. 336.
3. Lại Đoàn Hạnh (2008), “Đánh giá tác dụng điều trị Hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp thủy châm”, *Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II*, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Huỳnh Ngọc Hằng, Lê Thị Hồng Phi (2003), “Điều trị giảm đau do thoái hóa cột sống bằng phương pháp không dùng thuốc: Laser từ trường”, *Thông tin YHCT*, số 112, Viện YHCT Việt Nam, tr. 33-36.
5. Trần Thị Kiều Lan (2009), “Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp thủy châm trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống”, *Luận văn thạc sỹ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. 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 II*, Trường Đại học y Hà Nội.
7. 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*, Vol 29, No.1, pp.50-53.
8. Tang Yuxiu, Geng Enguang, Dang Yi (1999), *Acupuncture and Moxibustion*, Academy Press [Xue Yuan], pp. 29 – 30, 33 - 35.
9. Xu Hengze, Jin Huide, Ni Yitian, Tu Tianying, Liu Yaoguang, You Ben Lin, Wu Zhong Chao, Ding Xiaohong, Wang Zhaorong (1988), “Bi syndrome (Appendix: Sciatica)”, *Acupuncture treatment of common diseases based upon differentiation of syndromes*, The People’s Medical Publishing House Beijing, China, pp. 233 - 243.
10. Zhang Enqin (1990), “Sciatica”, *Chinese acupuncture and moxibustion*, Publishing House of Shanghai.