

Đánh giá hiệu quả lâm sàng của thủy châm lên điểm Trigger point trên bệnh nhân đau thần kinh tọa

Nguyễn Huỳnh Nhân^{1*}, Nguyễn Tấn Hưng¹, Nguyễn Quang Vinh¹, Lê Văn Sen¹,
Huỳnh Anh Kiệt¹, Nguyễn Minh Thiện², Nguyễn Vy Thư²

¹Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau thần kinh tọa (ĐTKT) là một bệnh rất thường gặp, là một vấn đề y học ảnh hưởng nhiều đến năng suất lao động, đến chất lượng cuộc sống, và chi phí tốn kém. Để làm sáng tỏ vấn đề và khẳng định hiệu quả của hai phương pháp thủy châm có sự khác biệt, chúng tôi tiến hành đề tài này. **Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện vận động của thủy châm kích thích lên các điểm Trigger point trong điều trị ĐTKT tại Khoa Y học cổ truyền (YHCT) Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp, có nhóm chứng, phân nhóm ngẫu nhiên trên 95 bệnh nhân chẩn đoán bệnh lý đau thần kinh tọa tại Khoa YHCT, Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp được chia vào 2 nhóm sử dụng phương pháp thủy châm lên các điểm Trigger point và nhóm chứng thủy châm theo công thức huyết thông thường, cả hai nhóm đều được theo dõi trong 1 tuần, từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024. **Kết quả:** Sau 1 tuần nhóm can thiệp mức độ giảm đau 75% so với ban đầu, tỷ lệ mức đau nặng từ 100% ở tuần đầu tiên, đến tuần thứ 1 không ghi nhận còn NB nào đau nặng. Sau 1 tuần nhóm can thiệp mức độ cải thiện khả năng vận động khớp tỷ lệ 64.48%.

Từ khóa: đau thần kinh tọa, Trigger point, can thiệp mức độ giảm đau, cải thiện khả năng vận động

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tỷ lệ người cao tuổi trên toàn thế giới đang gia tăng nhanh chóng. Tại Việt Nam, theo thống kê của Tổng cục Thống kê năm 2023, cả nước có khoảng 16 triệu người từ 60 tuổi trở lên, chiếm gần 16% dân số [1]. Do đó, nhu cầu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho nhóm đối tượng này ngày càng lớn [2]. Trong số các bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi, đau thần kinh tọa (ĐTKT) là một trong những bệnh chiếm tỷ lệ cao, chủ yếu do thoát vị đĩa đệm và thoái hóa cột sống thắt lưng.

Y học cổ truyền (YHCT) Việt Nam đã đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân qua hàng ngàn năm, đặc biệt mang lại hiệu quả trong điều trị các bệnh lý mạn tính của người cao tuổi. Trong điều trị ĐTKT, YHCT thường sử dụng nhiều phương pháp như châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, cứu ngải và thủy châm, các phương pháp này đã cho thấy hiệu quả lâm sàng rõ rệt trong giảm đau và phục hồi vận động [3, 4].

Bên cạnh đó, các điểm Trigger point được xác định là những vùng gây đau khu trú trong mô mềm [5]. Chúng thường hình thành do căng cơ, stress, sai tư thế kéo dài, rối loạn chuyển hóa hoặc chấn thương cấp và mạn tính. Trong YHCT, thủy châm là phương pháp điều trị kết hợp giữa châm cứu và tiêm thuốc vào huyết vị, đã được chứng minh có hiệu quả trong điều trị ĐTKT. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn còn thiếu các nghiên cứu so sánh hiệu quả giữa thủy châm thông thường và thủy châm tác động trực tiếp vào các điểm Trigger point.

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động của thủy châm lên các điểm Trigger point trên bệnh nhân đau thần kinh tọa”.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh (NB) đã được chẩn đoán xác định bệnh lý đau thần kinh tọa tại Khoa YHCT, Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp từ tháng 3/2023 đến tháng

Tác giả liên hệ: Nguyễn Huỳnh Nhân

Email: nh.nhan@codytdt.edu.vn

9/2024.

Tiêu chuẩn đưa vào

Được chẩn đoán mắc các bệnh lý đau thần kinh tọa, theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp Bộ Y tế trên 18 tuổi [6] gồm: Đau dọc đường đi của dây thần kinh tọa, các nghiệm pháp căng dây thần kinh tọa (+)....

Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu (NC).

Tiêu chuẩn loại trừ

NB được chẩn đoán các bệnh lý nội khoa suy kiệt như: Suy tim, suy thận.

NB được chẩn đoán các bệnh lý cơ xương khớp nhập viện nhiều lần trong năm.

NB không đồng ý tham gia NC.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp, có nhóm chứng, phân nhóm ngẫu nhiên theo phần mềm Stata.

2.2.2. Mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu

Tính cỡ mẫu nhằm ước lượng khác biệt thực sự giữa hai tỷ lệ, được ước tính theo công thức sau:

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó

$Z = 1.96$ (độ tin cậy 95%).

$P_1 = 0.33$ tỷ lệ giảm đau nhóm chứng (tỷ lệ giảm đau điện châm của Nguyễn Thị Tân là 33%) [7].

$P_2 = 0.55$ tỷ lệ giảm đau dự kiến (tỷ lệ giảm đau của điện châm trên các điểm Trigger point là 55%). Cỡ mẫu tối thiểu được tính là 80 NB với 40 NB trong mỗi nhóm.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian từ tháng 3/2023 đến 9/2024, chúng tôi chọn được 95 bệnh nhân chia làm 2 nhóm:

+ Nhóm can thiệp: Thủy châm thuốc Milgamma kích thích lên các điểm Trigger point (Khi sờ nắn trên cơ thấy một dải cơ cứng, có một điểm cực kỳ nhạy cảm, bệnh nhân cảm thấy đau chói khi ấn, cảm giác đau lan theo hướng đặc trưng của từng cơ) [8], vùng lưng và chân, 2 mL/1 lần/ngày, huyết cơ bản là các điểm kích hoạt Trigger point.

Theo quy trình kỹ thuật thủy châm trên bệnh ĐTKT của Bộ Y tế. Theo dõi liên tục trong 1 tuần.

+ Nhóm chứng: Thủy châm thuốc Milgamma điều trị đau thần kinh tọa 2 mL/1 lần/ngày. Theo quy trình kỹ thuật thủy châm trên bệnh ĐTKT của Bộ Y tế [9], gồm các huyết bên đau, Đại trường du, Trật biên, Dương lăng tuyền, Thừa phủ, theo dõi liên tục trong 1 tuần.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Đánh giá mức độ giảm đau theo VAS theo các thời điểm T0, T1, sử dụng giá trị trung bình của điểm đau trước can thiệp và sau can thiệp theo tỷ lệ %. Cường độ đau tính theo VAS được đánh giá theo 4 mức sau: Không đau: 0 - 0.4 cm; Đau nhẹ: 0.5 - 4.4 cm; Đau vừa: 4.5 - 7.4 cm; Đau nặng: 7.5 - 10 cm, theo các thời điểm T0, T1. Xác định mức độ NB hết đau: Chia 2 mức độ theo các thời điểm T1. Đánh giá khả năng vận động cột sống thắt lưng theo thang điểm WOMAC gồm có 24 chỉ số đánh giá ở 3 mục: Đau, cứng khớp và hạn chế vận động. Trong đó:

- + Điểm đau WOMAC tối thiểu: 0, điểm đau WOMAC tối đa: 20.
- + Điểm cứng khớp WOMAC tối thiểu: 0, điểm cứng khớp WOMAC tối đa: 8.
- + Điểm vận động WOMAC tối thiểu: 0, điểm vận động WOMAC tối đa: 68.
- + Điểm WOMAC tổng tối thiểu: 0; điểm tổng tối đa: 96.

2.2.4. Phương pháp thu thập dữ liệu

Các số liệu được thu thập dựa vào phiếu điều tra theo mẫu đã được soạn sẵn. Sau đó, dữ liệu từ phiếu điều tra được nhập bằng phần mềm Epidata (phiên bản 3.1 EpiData Association, Denmark). Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học công nghệ Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp.

2.2.5. Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu

Các phân tích thống kê trên dữ liệu đã nhập được thực hiện bằng phần mềm Stata (phiên bản 13.0, College Station, Texas 77845 USA). So sánh đơn biến giữa hai nhóm điều trị được thực hiện bằng phép kiểm Mann-Whitney U test đối với biến số định lượng, và phép kiểm Chi bình phương (χ^2). Fisher's exact test đối với biến số phân nhóm. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê được chọn là 0.05.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của NB trước nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố NB theo tuổi, giới tính (n = 95)

		Nhóm can thiệp (n = 43)		Nhóm chứng (n = 52)		Tổng mẫu (n = 95)		So sánh
		Trung bình (± ĐLC)		Trung bình (± ĐLC)		Trung bình (± ĐLC)		
Tuổi	Trung bình	60.48		64.42		62.64		0.090
	Cao nhất	83		86		86		
	Thấp nhất	39		36		36		
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	So sánh
Giới	Nam	9	20.93	14	26.92	23	24.21	0.4607
	Nữ	34	79.07	38	73.08	72	75.79	
	Tổng	43	100.00	52	100.00	95	100.00	

Nhận xét: NB tham gia NC có tuổi trung bình là 62.64 tuổi, tuổi thấp nhất là 36 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm can thiệp là 60.48 tuổi, thấp hơn nhóm chứng là 64.42 tuổi. Như vậy

không sự khác biệt về tuổi trung bình của 2 nhóm NC $p > 0.05$. NB tham gia NC là nữ chiếm tỷ lệ vượt trội 75.79% và không có sự khác biệt về giới tính giữa hai nhóm NC.

Bảng 2. Phân bố NB theo chỉ số BMI (n = 95)

BMI		Nhóm can thiệp (n = 43)		Nhóm chứng (n = 52)		Tổng mẫu (n = 95)		So sánh
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
	< 23	21	48.84	33	63.46	54	56.84	0.152
	≥ 23	22	51.16	19	36.54	41	43.16	
	Tổng	43	100	52	100	95	100	
	Trung bình	22.86		24.10		23.54		0.7524
	Cao nhất	27.34		34.18		34.18		
	Thấp nhất	17.85		20.40		17.85		

Nhận xét: NB tham gia NC có mức BMI trung bình 23.54 trong đó BMI thấp nhất là 17.85 và cao nhất là 34.18 tỷ lệ thừa cân chiếm 43.16%. Không có sự khác biệt về BMI trung bình và phân nhóm BMI giữa hai nhóm NC.

Bảng 3. Phân bố NB bệnh lý kèm theo (n = 95)

Bệnh lý kèm theo	Nhóm can thiệp (n = 43)		Nhóm chứng (n = 52)		Tổng mẫu (n = 95)		So sánh
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Tăng huyết áp	32	74.42	43	82.69	75	78.95	0.325
THK	11	25.58	8	15.38	19	20.00	0.216
Đái tháo đường	8	18.60	14	26.92	22	23.16	0.339
TBMMN	1	2.33	5	9.62	6	6.32	0.217
Bệnh khác	7	16.28	7	13.46	14	14.74	0.700
Không có bệnh	1	2.33	2	3.85	3	3.16	0.673

Nhận xét: NB tham gia NC không có bệnh lý kèm theo chiếm tỷ lệ là 3.16%. NB tham gia NC có bệnh lý kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh tăng huyết áp 78.95%. Nhóm can thiệp có số NB tăng huyết áp

là 74.42% thấp hơn so với nhóm chứng là 82.69%. Không có sự khác biệt về các bệnh lý kèm theo giữa hai nhóm NC ở bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý khác và không có bệnh.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 4. Phân bố NB theo dấu hiệu lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng		Nhóm can thiệp (n = 43)		Nhóm chứng (n = 52)		Tổng mẫu (n = 95)		So sánh
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Đau thần kinh tọa	Bên T	11	25.58	12	23.08	23	24.21	0.755
	Bên P	8	18.60	13	25.00	21	22.11	
	Hai bên	24	55.81	27	51.92	51	53.68	
	Tổng	43	100	52	100	95	100	
Lasègue	Trung bình	48.37		53.84		51.36		0.965
	Cao nhất	60		70		70		
	Thấp nhất	30		30		30		
	Tổng	43		52		95		
Valleix	0	0	0	0	0	0	0	0.085
	1	0	0	0	0	0	0	
	2	1	2.33	2	3.85	3	3.16	
	3	3	6.98	12	23.08	15	15.79	
	4	39	90.70	38	73.08	77	81.05	
	Tổng	43	100	52	100	95	100	
XQ	Có	18	41.86	20	38.46	38	40.00	0.736
	Không	25	58.14	32	61.54	57	60.00	
	Tổng	43	100	52	100	95	100	
MRI	Có	2	4.65	5	9.62	7	7.37	0.357
	Không	41	95.35	47	90.38	88	92.63	
	Tổng	43	100	52	100	95	100	

Nhận xét: NB tham gia NC có vị trí đau hai bên chiếm đa số với tỷ lệ 53.68%, không có sự khác biệt về vị trí đau giữa hai nhóm NC. NB tham gia NC có điểm Lasegue trung bình là 51.36 độ, không có sự khác biệt giữa hai nhóm NC. NB tham gia NC có dấu Valleix dương tính 4/4 điểm

chiếm tỷ lệ 81.05%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm NC. NB tham gia NC có chụp X Quang chiếm tỷ lệ 40%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm NC. NB tham gia NC có chụp MRI chiếm tỷ lệ 7.37%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm NC.

3.3. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS và cải thiện khả năng vận động theo thang điểm WOMAC

Bảng 5. Mức độ giảm đau sau 1 tuần của 2 nhóm (n = 95)

Giảm đau sau 1 tuần	Nhóm can thiệp (n = 43)	Nhóm chứng (n = 52)
	Trung bình (± ĐLC)	Trung bình (± ĐLC)
Trước điều trị (T0)	9.20	8.86
Sau 1 tuần điều trị (T1)	2.30	4.03
Thay đổi trước sau (T0 - T1)	6.9	4.83
% Thay đổi	75	54.51
So sánh trước sau	0.001	

Nhận xét: Mức độ giảm đau sau 1 tuần của nhóm can thiệp là 2.30 cm với tỷ lệ giảm đau đạt 75% so với trước NC, mức độ thay đổi có ý nghĩa thống kê. Mức độ giảm đau sau 1 tuần của nhóm chứng là

4.03 cm với tỷ lệ giảm đau đạt 54.51% so với trước NC, mức độ thay đổi có ý nghĩa thống kê. Mức độ giảm đau sau 1 tuần của nhóm can thiệp nhiều hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê

Bảng 6. Mức độ cải thiện khả năng vận động của 2 nhóm sau một tuần dựa vào thang điểm WOMAC chung (n = 95)

Thang điểm WOMAC chung	Nhóm can thiệp (n = 43)		Nhóm chứng (n = 52)		So sánh 2 nhóm (một tuần)
	Trung bình	Mức độ giảm %	Trung bình	Mức độ giảm %	
Trước điều trị (T0)	87.86	0	84.46	0	0.0631
Sau 1 tuần (T1)	31.20	64.48	41.44	50.93	0.001

Nhận xét: Mức độ cải thiện khả năng vận động dựa vào thang điểm WOMAC chung, giảm giới hạn vận động cột sống thắt lưng của nhóm can thiệp tại thời điểm sau 1 tuần giảm 64.48%, so với trước NC, mức độ thay đổi giảm xuống có ý nghĩa thống kê. Nhóm chứng cũng có cải thiện khả năng vận động sống thắt lưng liên tục. Nhóm chứng có cải thiện chức năng vận động sống thắt lưng tốt hơn nhóm can thiệp ở từng tuần.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của NB trước nghiên cứu

4.1.1. Về tuổi

NB trong NC có tuổi trung bình 62.64 (tuổi thấp nhất là 36 tuổi, cao nhất là 86 tuổi). Tuổi trung bình trong mẫu NC của chúng tôi: Nhóm NC can thiệp 60.48 tuổi, thấp hơn nhóm chứng 64.42 tuổi, tuổi trung bình chung là 62.64 tuổi. Như vậy không có sự khác biệt về tuổi trung bình của 2 nhóm NC với $p > 0.05$. So sánh độ tuổi trung bình với một số tài liệu y văn và một số NC khác cho thấy tuổi trung bình của NC chúng tôi tương đồng so với tác giả Vũ Hải Sơn [5]. Nguyễn Thị Tân [7] và cao hơn tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan [10]. Điều này cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân đau thần kinh tọa trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với xu hướng chung trong y văn, phản ánh đặc điểm bệnh thường gặp ở người trung niên và cao tuổi.

4.1.2. Về giới tính

Trong NC của chúng tôi, đa số NB là nữ chiếm tỷ lệ 75.79%, nam chiếm tỷ lệ 24.21%, không có sự khác biệt về giới tính của 2 nhóm NC với $p > 0.05$. Như vậy tỷ lệ nam/nữ là khoảng 1/3. Nhận xét này cũng tương tự với nhiều tác giả khác là tỷ lệ đau thần kinh tọa ở phụ nữ cao hơn nam giới như tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan [11], Vũ Hải Sơn [12], Nguyễn Thị Tân [7]. Điều này cho thấy, giới tính có thể là một yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc đau thần kinh tọa, trong đó nữ giới thường gặp nhiều hơn, có thể do đặc điểm lao động, sinh hoạt và yếu tố sinh lý.

4.1.3. Về chỉ số BMI

Cùng với tuổi tác và yếu tố nghề nghiệp thì chỉ số

khối cơ thể (BMI) cũng là yếu tố thúc đẩy ĐTKT, đặc biệt là các khớp chịu lực như khớp gối, khớp háng. Theo cơ chế bệnh sinh ĐTKT thì yếu tố cơ học (trong đó có béo phì) góp phần khởi phát cũng như làm gia tăng tốc độ thoái hóa của sụn khớp nhất là khớp gối và cột sống thắt lưng. Nguyễn Thị Ngọc Lan [11]. Nhóm NC của chúng tôi có BMI ≥ 23 (thừa cân) chiếm 43.16%. Như vậy, kết quả nghiên cứu phần nào cho thấy mối liên quan giữa thừa cân - béo phì và nguy cơ mắc ĐTKT, đồng thời cũng phản ánh đặc điểm dịch tễ học tại khu vực nghiên cứu.

4.1.4. Về bệnh lý kèm theo

Bệnh ĐTKT là bệnh lý liên quan đến tư thế và sự tích tuổi, thường gặp ở người già nên NB cũng có mắc các bệnh lý kèm theo. Trong NC này chúng tôi thấy bệnh lý kèm theo có tần suất mắc cao là bệnh tăng huyết áp chiếm 78.95%, ngoài ra còn có bệnh lý thoái hóa các khớp khác như THK cột sống lưng, cột sống cổ, khớp vai với tỷ lệ 20%, bệnh đái tháo đường chiếm 23.16%. Số tỷ lệ NB không có bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ là 14.74 %. Sự khác biệt về bệnh lý kèm theo của 2 nhóm NC không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). So sánh giữa hai nhóm nghiên cứu, sự khác biệt về bệnh lý kèm theo không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan [11], cho thấy các bệnh lý tim mạch, chuyển hóa và thoái hóa khớp thường đồng hành với đau thần kinh tọa, phản ánh đặc điểm lão hóa sinh học ở người cao tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Đau cột sống thắt lưng là triệu chứng cơ năng đầu tiên và quan trọng nhất của bệnh ĐTKT, là nguyên nhân thúc đẩy NB đi khám bệnh. Trong NC của chúng tôi 100% NB có dấu hiệu đau cột sống thắt lưng. Điều này dễ hiểu vì tiêu chuẩn lựa chọn điều trị bệnh của chúng tôi là đau cột sống thắt lưng mạn tính kéo dài. Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ ĐTKT cả hai bên gặp nhiều nhất tương ứng là 53.68%, bên trái nhiều hơn bên phải lần lượt chiếm tỷ lệ 24.21% và 22.11%. Sự khác biệt về vị

trí đau của cột sống thắt lưng của 2 nhóm NC không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Trong khi đó NC của tác giả Nguyễn Thị Tân [7], vị trí đau chủ yếu là bên trái chiếm 42.4%. Như vậy NC của chúng tôi không có sự khác biệt về vị trí tổn thương. Đau kiểu cơ học là kiểu đau đặc trưng của bệnh ĐTKT: NB đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi. Tuy nhiên, gần đây cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật có những thay đổi về cơ chế bệnh sinh của bệnh cho thấy bệnh sinh ĐTKT còn có sự tham gia của các yếu tố viêm như các cytokin, TNF α , IL1.... Vì vậy, NB không chỉ có đau kiểu cơ học mà còn đau kiểu viêm: Đau cả khi nghỉ ngơi, đau tăng về đêm. Những NB này thường liên quan đến có tình trạng viêm [11].

Trong NC của chúng tôi đa số thực hiện nghiệm pháp làm căng dây thần kinh tọa như Lasegue có độ trung bình khoảng 51.36 độ cao nhất 70 độ, thấp nhất 30 độ phù hợp với tài liệu của y văn [6, 11]. NC này chúng tôi cũng thực hiện nghiệm pháp áp thống điểm Valleix, tỷ lệ dương tính trước khi điều trị 4/4 điểm chiếm 81.05%, điều này cũng phù hợp với thực tế lâm sàng và các tài liệu chuyên môn [6, 11].

Chẩn đoán hình ảnh, chúng tôi dựa vào phim chụp XQ quy ước chiếm tỷ lệ 40%. Ngoài ra chẩn đoán hình ảnh, chúng tôi dựa vào phim chụp MRI chiếm tỷ lệ 7.37% tỷ lệ này không cao, do đó việc chẩn đoán ĐTKT chủ yếu dựa vào lâm sàng là chính. Việc xác định nguyên nhân gây bệnh ĐTKT sẽ khó, từ đó cũng ảnh hưởng đến việc đưa ra y lệnh điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau cột sống thắt lưng - biểu hiện cơ năng điển hình và quan trọng nhất của bệnh đau thần kinh tọa. Chẩn đoán hình ảnh chủ yếu dựa vào X-quang quy ước, trong khi MRI ít được chỉ định. Nhìn chung, chẩn đoán bệnh vẫn dựa chủ yếu vào lâm sàng.

4. 3. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS và cải thiện khả năng vận động theo thang điểm WOMAC

4.3.1. Tác dụng giảm đau của thủy châm kích thích lên các điểm Trigger point

Sau 1 tuần điều trị (T1), điểm đau VAS của nhóm can thiệp giảm từ 9.20 cm xuống còn 2.30 cm, mức giảm trung bình 6.9 điểm, tương ứng với tỷ lệ giảm 75%. Trong khi đó, nhóm chứng chỉ giảm 54.51%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$).

Diễn tiến theo dõi cho thấy, trong suốt 1 tuần (T0 -

T1), mức độ giảm đau ở nhóm can thiệp luôn cao hơn nhóm chứng và duy trì ổn định ($p < 0.001$).

Kết quả này chứng tỏ, thủy châm kích thích trực tiếp vào các điểm Trigger point mang lại hiệu quả giảm đau rõ rệt và vượt trội so với thủy châm theo công thức huyết thông thường. Cần phân biệt A thị huyết được xác định chủ yếu qua kinh nghiệm lâm sàng và nguyên lý “đau đâu, châm đó”, còn Trigger point được xác định dựa trên cơ chế sinh lý bệnh học của sợi cơ, có tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể. Do đó có thể coi Trigger point là một dạng A thị huyết được chuẩn hóa bằng y học hiện đại.

4.3.2. Tác dụng cải thiện khả năng vận động của thủy châm kích thích lên các điểm Trigger point

Sau 1 tuần điều trị (T1), điểm WOMAC chung của nhóm can thiệp giảm từ 87.86% xuống còn 31.2%, mức giảm trung bình 64.48%. Trong khi đó, nhóm chứng giảm 50.93%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Diễn tiến trong tuần cho thấy khả năng vận động của nhóm can thiệp cải thiện rõ rệt và duy trì ổn định hơn so với nhóm chứng. Kết quả này chứng minh rằng thủy châm tại các điểm Trigger point không chỉ giảm đau mà còn cải thiện đáng kể tình trạng cứng cột sống thắt lưng và khả năng vận động, vượt trội so với thủy châm công thức huyết đơn thuần.

Hạn chế của nghiên cứu: Thời gian theo dõi ngắn (1 tuần), chưa đánh giá được hiệu quả lâu dài. Cỡ mẫu còn hạn chế, thực hiện tại một trung tâm nên tính khái quát chưa cao. Chẩn đoán hình ảnh chủ yếu dựa vào X-quang, MRI ít được áp dụng nên chưa phân tích sâu nguyên nhân bệnh. Chưa xem xét các yếu tố nguy cơ khác (nghề nghiệp, mức độ lao động, thói quen sinh hoạt...) ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Trên BN ĐTKT (43 BN nhóm can thiệp và 52 BN nhóm chứng), điều trị trong 1 tuần, ghi nhận được kết quả như sau: Sau 1 tuần nhóm can thiệp mức độ giảm đau đạt 75 % so với ban đầu, tỷ lệ mức đau nặng từ 100% ở tuần đầu tiên, đến tuần thứ 1 không ghi nhận còn BN nào đau nặng. Hiệu quả giảm đau của nhóm can thiệp tốt hơn so với nhóm chứng. Sau 1 tuần nhóm can thiệp mức độ cải thiện khả năng vận động khớp tỷ lệ 64.48%.

Phương pháp thủy châm tại Trigger point giúp

giảm đau nhanh và cải thiện vận động rõ rệt ở bệnh nhân đau thần kinh tọa, vượt trội so với thủy châm công thức huyết.

Nên xem xét áp dụng phương pháp này trong thực hành lâm sàng và tiếp tục nghiên cứu mở rộng để đánh giá kết quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Tổng cục Thống kê, *Niên giám thống kê Việt Nam năm 2023*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội, 2023.
- [2] Courage UU1, Stephen DP2, Lucius IC3, Ani C4, Oche AO5, Emmanuel AI5, Olufemi AO, "Prevalence of musculoskeletal diseases in a semi-urban Nigerian community", 36(11):2509-2516, 2017. doi: 10.1007/s10067-017-3648-z. Epub 2017 Apr 26
- [3] Qiu X. H., Xie X. K., Liu X. N., "Clinical observation on pricking blood along meridians combined with elctroacupuncture for treatment of prolapse of lumbar interverbral disc," *Zhongguo Zhen Jui*, 30(12):958-8, 2010.
- [4] N. T. Sơn, "Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động và khả năng cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoái hóa cột sống điều trị tại phòng khám khoa y học cổ truyền Bệnh viện Vũng Tàu năm 2021 - 2022", *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, Số 53, tr. 105-112, 2022.
- [5] Amber Davies and Maria Worley, "The Trigger Point Therapy Workbook" third edition, p 215-244, 2013.
- [6] Bộ Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các*

- bệnh cơ xương khớp*, NXB Y học, 2016.
- [7] N. T. Tân, "Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bằng Y học cổ truyền," *Tạp chí Y học thực hành* (973), số 6/2013, 2011.
- [8] Travell J.G., Simons D.G. Myofascial Pain and Dysfunction, *The Trigger Point Manual*. 2nd edition, Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
- [9] Bộ Y tế, *Quyết định 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013 về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*, 2013.
- [10] N. T. N. Lan, Đ. X. Thành, Đ. V. Anh, T. T. Giang, N. T. N. Mai, "Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp tiêm corticosteroid ngoài màng cứng", *Tạp chí Nội khoa Việt Nam*, số 16 tháng 04/2016, 2016.
- [11] N. T. N. Lan, *Bệnh học Cơ xương khớp Nội khoa*, NXB Giáo dục Việt Nam, 2012.
- [12] V. T. Sơn, "Nghiên cứu một số đặc điểm huyết ủy trung và ảnh hưởng của điện châm huyết này đối với bệnh nhân yếu cơ tứ chi thể thận hư," *Luận án tiến sĩ y học*, Đại học Y Hà Nội, 2018.

Evaluation of the clinical effectiveness of aquapuncture at Trigger points in patients with sciatica

Nguyen Huynh Nhan, Nguyen Tan Hung, Nguyen Quang Vinh, Le Van Sen, Huynh Anh Kiet, Nguyen Minh Thien, Nguyen Vy Thu

ABSTRACT

Background: Sciatica is a common condition and a significant medical concern that adversely affects work productivity, quality of life, and leads to substantial healthcare costs. To clarify this issue and to determine whether there is a difference in effectiveness between two therapeutic approaches using aquapuncture, we conducted this study. Objective: To evaluate the analgesic effect and improvement in mobility of aquapuncture stimulation at trigger points in the treatment of sciatica at the Traditional Medicine Department of Dong Thap General Hospital in 2023. Subjects and Methods: This was a prospective, interventional, controlled study with randomized group allocation involving 95 patients diagnosed with sciatica at the Traditional Medicine Department of Dong Thap General Hospital. Participants were randomly assigned into two groups: an intervention group receiving aquapuncture at trigger points, and a control group treated with acupuncture using standard acupoint formulas. Both groups were monitored over a one-week period, from March 2023 to September 2024. Results: After one week of treatment, the intervention group showed a 75% reduction in pain compared to baseline. The proportion

of patients with severe pain decreased from 100% at baseline to 0% by the end of the first week. Additionally, 64.48% of patients in the intervention group demonstrated improvement in joint mobility after one week of treatment.

Keywords: *sciatica, trigger point, pain reduction intervention, improvement in joint mobility*

Received: 16/7/2025

Revised: 15/10/2025

Accepted for publication: 01/12/2025