

TỔNG QUAN VỀ HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI VÀ Y HỌC CỔ TRUYỀN

BÙI TIẾN HƯNG^{1,2}, NGUYỄN HOÀI THU², NGUYỄN TUYẾT TRANG²,
NGUYỄN PHƯƠNG ANH², NGUYỄN THU HƯƠNG²

¹Trường Đại học Y Hà Nội, Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Số 12 Chu Văn An, Ba Đình, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: **Bùi Tiến Hưng**

Email: buitienhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài báo: 24/04/2024

Ngày nhận phản biện khoa học: 12/05/2024

Ngày duyệt đăng: 15/06/2024

Tóm tắt:

Hội chứng thắt lưng hông là một bệnh lý phổ biến gây ra bởi tổn thương hoặc viêm nhiễm ở khu vực thắt lưng và hông. Trong y học hiện đại, nguyên nhân thường được liên kết với các vấn đề về cột sống, thoát vị đĩa đệm, hoặc bệnh lý thần kinh. Phương pháp điều trị chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh, sử dụng thuốc giảm đau, kháng viêm, vật lý trị liệu, và phẫu thuật nếu cần thiết.

Trong khi đó, y học cổ truyền lại nhìn nhận hội chứng thắt lưng hông dưới góc độ cân bằng khí huyết và năng lượng cơ thể. Nguyên nhân có thể là do phong, hàn, thấp xâm nhập, hoặc sự suy yếu của các tạng phủ. Phương pháp điều trị chủ yếu sử dụng các biện pháp như châm cứu, xoa bóp, sử dụng các bài thuốc thảo dược, và điều chỉnh lối sống.

Mặc dù có những khác biệt cơ bản, cả hai phương pháp đều có giá trị riêng và có thể được kết hợp một cách bổ trợ để tối ưu hóa hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. Sự phối hợp giữa y học hiện đại và y học cổ truyền có thể mang lại lợi ích toàn diện hơn trong việc điều trị hội chứng thắt lưng hông, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Hội chứng thắt lưng hông, y học cổ truyền, đau

OVERVIEW OF LUMBAR SYNDROME ACCORDING TO MODERN MEDICINE AND TRADITIONAL MEDICINE

Abstract:

Lumbosacral syndrome is a prevalent condition characterized by injury or inflammation in the lumbar and hip regions. In modern medicine, the etiology is often associated with spinal issues, such as disc herniation, or neurological disorders. Treatment approaches in modern medicine predominantly involve the use of diagnostic imaging, analgesics, anti-inflammatory medications, physical therapy, and surgical intervention when necessary.

Conversely, traditional medicine approaches lumbosacral syndrome through the lens of restoring balance in the body's qi, blood, and energy. The syndrome is attributed to external factors such as wind, cold, and dampness, or internal organ deficiencies. Treatment modalities in traditional medicine include acupuncture, massage, herbal remedies, and lifestyle modifications aimed at rebalancing the body's internal environment.

Despite the fundamental differences in their perspectives and approaches, both modern and traditional medicine offer valuable insights and treatment strategies. Their integration can be mutually beneficial, potentially enhancing the overall therapeutic outcomes for patients with lumbosacral syndrome. The synergy between modern and traditional medical practices may provide more holistic care, ultimately improving the quality of life for affected individuals.

Keywords: Lumbar syndrome, traditional medicine, pain

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thắt lưng hông (HCTLH) là hội chứng bệnh phổ biến, trên lâm sàng biểu hiện triệu chứng bệnh lý đồng thời của cột sống thắt lưng và bệnh lý của rễ thần kinh tạo thành dây thần kinh hông to.

Theo Cailliet. R, nhân loại phải chịu ít nhất một lần trong đời những cơn đau đớn do HCTLH gây nên. Bệnh gặp ở cả nam và nữ, chủ yếu ở độ tuổi lao động với tỷ lệ ngày càng tăng do thói quen sinh hoạt trong cuộc sống hiện đại. Tại Việt Nam theo thống kê của Trần Ngọc Ân, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Nguyễn

Thu Hiền, HCTLH chiếm 2% dân số và chiếm 17% số người trên 60 tuổi, bệnh chiếm tỉ lệ 41,45% trong nhóm bệnh cột sống và là một trong 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất. Chính vì vậy, chẩn đoán và điều trị HCTLH sao cho hiệu quả và tiết kiệm chi phí đang trở thành vấn đề quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới.

Theo quan điểm của Y học cổ truyền (YHCT), HCTLH được miêu tả trong phạm vi chứng Yêu cước thống, Toạ cốt phong, Yêu thống... với các phương pháp điều trị như dùng thuốc, châm cứu, xoa bóp bấm

huyệt, nhĩ châm, cấy chỉ...cũng đem lại hiệu quả điều trị nhất định và ít tác dụng không mong muốn cho người bệnh. Hiện nay nhằm nâng cao tính an toàn và hiệu quả trong điều trị HCTLH, việc kết hợp một số phương pháp không dùng thuốc của YHCT đang được nhiều thầy thuốc lâm sàng quan tâm.

II. HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

2.1. Khái niệm chung về hội chứng thắt lưng hông

Hội chứng thắt lưng hông là một khái niệm lâm sàng, bệnh cảnh bao gồm bệnh lý của

CSTL và bệnh lý của dây thần kinh hông to với đặc trưng đau lan theo đường đi của dây thần kinh hông to (từ thắt lưng xuống hông), lan dọc theo mặt sau đùi xuống cẳng chân, lan dọc ra ngón cái hoặc ngón chân út (tùy theo rễ bị đau).

2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

2.2.1. Nguyên nhân của Hội chứng thắt lưng hông

Các nguyên nhân gây nên HCTLH được chia thành hai nhóm chính: Do nguyên nhân cơ học hoặc là triệu chứng của một bệnh toàn thể.

a. Hội chứng thắt lưng hông do nguyên nhân cơ học

HCTLH do nguyên nhân cơ học có thể biểu hiện dưới ba dạng: Đau cấp tính (khi thời gian xuất hiện triệu chứng < 1 tháng), bán cấp (từ 1 - 3 tháng), và đau mạn tính (> 3 tháng).

Các nguyên nhân cơ học thường gặp trên lâm sàng dẫn đến HCTLH là: Chấn thương gân, dây chằng, cơ vùng CSTL (co cứng cơ hay bong gân, căng cơ quá mức) và đặc biệt hay xuất hiện đau trong khi hoặc sau khi mang vác nặng. Các yếu tố nguy cơ khác là: tuổi tác, hoạt động thể lực quá mức, béo phì, lối sống tĩnh tại, làm việc trong tư thế xấu... đóng vai trò nhất định trong việc thúc đẩy bệnh xuất hiện hoặc hay tái phát.

➤ Bệnh lý đĩa đệm

Ở người có tuổi, thoái hoá đĩa đệm là nguyên nhân hay gây HCTLH mạn tính và tái phát, lúc này nhân nhầy và vòng xơ

thoái hoá tăng theo tuổi. Hay gặp là lõi đĩa đệm hoặc thoát vị đĩa đệm.

Ở người trẻ, đang trong độ tuổi lao động, tổn thương lõi đĩa đệm hoặc thoát vị đĩa đệm thường gặp cấp tính sau các động tác vận động sai tư thế của cột sống (nhấc vật nặng sai tư thế...) gây HCTLH cấp tính.

TVĐĐ CSTL là nguyên nhân phổ biến của HCTLH, chiếm tỷ lệ 63-73% tổng số ca đau CSTL và chiếm 72% trường hợp đau thần kinh hông to.

➤ Thoái hoá CSTL gây chèn ép rễ thần kinh khi hình thành các gai xương hay phì đại mỏm khớp sau ở vị trí lỗ liên hợp.

Các nguyên nhân khác là dị dạng cột sống bẩm sinh (quá phát mỏm ngang, gai đôi L5-S1) hay do mắc phải như: thoái hoá khớp liên mấu, trượt đốt sống, hẹp ống sống, gù vẹo cột sống.

a. Hội chứng thắt lưng hông do nguyên nhân khác

Đau thắt lưng “triệu chứng” là đau vùng CSTL do bệnh lý khác hoặc của CSTL hoặc của các cơ quan lân cận. Thường đau kiểu viêm, có biểu hiện của một số triệu chứng của bệnh là nguyên nhân gây đau (viêm, ung thư) được chia thành các nhóm nguyên nhân sau: *Các bệnh do thấp*: Viêm cột sống dính khớp, viêm khớp cùng chậu vô khuẩn, viêm khớp cột sống phản ứng... *Nhiễm khuẩn*: Viêm đĩa đệm hoặc viêm cột sống do lao, do vi khuẩn, nấm...; áp xe cạnh

cột sống, áp xe ngoài màng cứng, viêm khớp cùng chậu do vi khuẩn... *Ung thư nguyên phát hoặc thứ phát*: U nguyên phát: tại cột sống thường là u màng tuỷ, u đốt sống, u thần kinh... U di căn vào cột sống: thường xuất hiện sau các ung thư biểu mô (tuyến tiền liệt, vú, phổi, thận, đường tiêu hoá), bệnh đa u tuỷ xương, u lympho Hodgkin và không Hodgkin. *Bệnh lý nội tiết*: nhuyễn xương, cường cận giáp trạng... *Nguyên nhân nội tạng*: đau phóng chiếu: Hệ tiết niệu (sỏi thận, viêm quanh thận, ú nước đài bể thận...), sinh dục (viêm phần phụ ở nữ, lạc nội mạc tử cung, nang buồng trứng, viêm tuyến tiền liệt...), hệ tiêu hoá (viêm loét dạ dày tá tràng, viêm tuy cấp hoặc mạn, áp xe cạnh trực tràng, viêm ruột...). *Nguyên nhân khác*: Phình tách động mạch chủ, bệnh lý tâm thần.

2.2.2. Cơ chế bệnh sinh Hội chứng thắt lưng hông

Thoái hoá cột sống (THCS) là sự kết hợp của hai quá trình thoái hoá sinh lý theo lứa tuổi và thoái hoá bệnh lý mắc phải (chấn thương, rối loạn chuyển hoá, miễn dịch, nhiễm khuẩn...). Các tác nhân cơ học (sức nặng cơ thể, mang vác vật nặng, các chấn thương, vi chấn thương) gây suy yếu các chất cơ bản của tổ chức sụn. Khi đó các tế bào giải phóng ra các enzym tiêu protein làm huỷ hoại dần các chất căn bản. Đến nay nhiều nghiên cứu đã chứng minh trong bệnh lý thoái

hoá vẫn có các đợt viêm với sự tham gia của các cytokin, interleukin.

Khi tình trạng lão hoá kết hợp với tình trạng chịu áp lực quá tải lên sụn khớp và đĩa đệm lặp đi lặp lại trong thời gian dài dẫn tới tổn thương sụn khớp, phần xương dưới sụn, mất dần tính đàn hồi của đĩa đệm, xơ cứng dây chằng bao khớp tạo nên những triệu chứng và biến chứng của thoái hoá cột sống trong đó có HCTLH.

2.3. Lâm sàng và cận lâm sàng hội chứng thắt lưng hông

2.3.1. Lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của HCTLH do các nguyên nhân khác nhau thường được biểu hiện bằng hai hội chứng: Hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh.

a. Hội chứng cột sống

➤ *Đau cột sống thắt lưng*: xuất hiện đột ngột cấp tính tự phát hoặc sau chấn thương, nhưng cũng có thể xuất hiện theo kiểu bán cấp hoặc mạn tính. Đau thường khu trú ở những đốt sống nhất định. Cường độ đau nếu cấp có thể dữ dội, nếu bán cấp và mạn tính có thể chỉ đau âm ỉ, đau lan dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to xuống dưới hông, đây là đặc điểm đặc trưng của HCTLH.

➤ *Biến dạng cột sống*: Biến dạng cột sống biểu hiện thay đổi đường cong sinh lý CSTL và lệch vẹo cột sống do tư thế chống đau.

➤ *Cơ cứng cơ cạnh sống*

➤ *Điểm đau cột sống và cạnh sống thắt lưng*

➤ *Giảm biên độ hoạt động cột sống thắt lưng*: Cúi, ngửa, nghiêng, xoay cột sống đều bị hạn chế.

➤ *Đo độ giãn CSTL giảm (chỉ số Schöber < 4 cm)*: Độ giãn CSTL là hiệu số độ dài đo được sau cúi và độ dài ban đầu, bình thường độ giãn là 4 - 5 cm.

➤ Khoảng cách tay đất tăng (> 0 cm).

b. Hội chứng rễ thần kinh

Theo Mumentheler và Schl-iack (1973), hội chứng rễ thần tuỷ có những đặc điểm sau:

- Đau lan dọc theo đường đi của rễ thần kinh cho phổi.

- Rối loạn cảm giác lan dọc theo các dải cảm giác.

- Teo cơ do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép.

- Giảm hoặc mất phản xạ gân xương.

➤ Đặc điểm đau rễ: Đau dọc theo vị trí tương ứng rễ thần kinh bị chèn ép chi phối, đau có tính chất cơ học và xuất hiện sau đau thắt lưng cục bộ, cường độ đau không đều giữa các vùng ở chân. Có thể gặp đau cả hai chi dưới kiểu rễ, cần nghĩ tới thoát vị ở trung tâm nhất là khi có kèm theo ống sống có hẹp dù ít.

➤ *Các dấu hiệu kích thích rễ*: có giá trị chẩn đoán cao

- Dấu hiệu Lasègue: Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, tư thế thoải mái. Thầy thuốc một tay của mình cầm cổ chân, tay còn lại đặt ở đầu gối người bệnh giữ cho chân thẳng, thao tác theo hai thì: Thì 1: Từ từ nâng cao chân người bệnh

(luôn ở tư thế duỗi thẳng) lên khỏi giường (hướng tới 90°) đến mức người bệnh kêu đau dọc theo đường đi của thần kinh hông to thì dừng. Tính góc tạo thành giữa chân người bệnh và mặt giường, bình thường $\geq 70^\circ$. Thì 2: Giữ nguyên góc đó và gấp chân người bệnh lại tại khớp gối. Người bệnh không còn đau dọc mặt sau chân nữa.

Dấu hiệu Lasègue dương tính phải biểu hiện đồng thời hai yếu tố: Thì 1 người bệnh thấy đau khi chân chưa vuông góc với mặt giường, thì 2 khi gấp chân người bệnh hết đau.

- Dấu hiệu Neri (+)

- Dấu hiệu Bonnet dương tính (+)

- Dấu hiệu “Bấm chuông”: Khi ấn điểm đau cạnh cột sống thắt lưng (cách cột sống khoảng 2 cm) xuất hiện đau lan dọc xuống chân theo khu vực phân bố của rễ thần kinh tương ứng.

➤ Các điểm đau Valleix: Ấn trên một số điểm dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, người bệnh đau. Các điểm chính giữa ụ ngồi mấu chuyển, chính giữa nếp lằn mông, chính giữa mặt sau đùi, chính giữa khoeo chân, chính giữa cẳng chân sau.

➤ Có thể gặp các dấu hiệu tổn thương rễ:

- Rối loạn cảm giác: Giảm hoặc mất cảm giác kiểu rễ hoặc dị cảm (kiến bò, tê bì, nóng rát...) ở da theo khu vực rễ thần kinh chi phối.

- Rối loạn vận động: Khi chèn ép rễ L5 lâu ngày các cơ khu trước ngoài cẳng chân bị

liệt làm người bệnh không thể đi bằng gót chân được (gấp bàn chân), còn rễ S1 thì các cơ khu sau cẳng chân sẽ bị liệt làm người bệnh không thể kiễng chân được (đuỗi bàn chân).

- Rối loạn phản xạ gân xương: giảm phản xạ gân cơ tứ đầu đùi của rễ L4 và gân gót của rễ S1.

- Teo cơ và rối loạn cơ tròn: Bí đại tiểu tiện, đại tiểu tiện không tự chủ, hoặc rối loạn chức năng sinh dục khi có tổn thương nặng, có chèn ép đuôi ngựa.

2.3.2. Cận lâm sàng

a. Chụp X-quang thường quy cột sống thắt lưng

Chụp X-quang CSTL ít đặc hiệu và thường ít có giá trị trong đa số các trường hợp HCTLH do nguyên nhân cơ học hoặc bệnh lý đĩa đệm. Có thể gặp một số hình ảnh dưới đây: Hình ảnh thoái hoá CSTL: Hẹp khe khớp đĩa đệm, kết đặc xương dưới sụn, xẹp các diện khớp dưới sụn, gai xương tại thân đốt sống... Hình ảnh trượt đốt sống ra trước đốt sống, hình ảnh loãng xương...

b. Chụp cộng hưởng từ hạt nhân và chụp cắt lớp vi tính

Chụp MRI là phương pháp chẩn đoán hình ảnh mang tính phổ biến để xác định nguyên nhân gây nên HCTLH như: thoát vị đĩa đệm, thoái hoá đĩa đệm, thoái hoá CSTL... Chụp CT scanner CSTL là phương pháp có giá trị loại trừ một số bệnh lý khác nhau như: hẹp ống sống, u tủy, phình tách động mạch chủ bụng, sỏi niệu quản...

c. Điện cơ đồ (EMG) và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh (NCV)

Điện cơ đồ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh giúp phát hiện và đánh giá tổn thương của rễ thần kinh trong HCTLH. Phương pháp điện cơ đồ bằng điện cực kim thường hay được áp dụng hơn đo tốc độ dẫn truyền thần kinh trong định khu và tiên lượng.

d. Siêu âm

Có thể cần thiết để chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý nằm trong ổ bụng như: viêm ruột thừa, tổn thương khung chậu, phình tách động mạch chủ bụng...

e. Các xét nghiệm sinh hoá - tế bào- miễn dịch

Hội chứng viêm sinh học và bilan phospho-calcium âm tính là triệu chứng âm tính quan trọng và là điều kiện chẩn đoán HCTLH do nguyên nhân cơ học. Trường hợp có hội chứng viêm sinh học hoặc có rối loạn bilan phospho-calcium, thầy thuốc cần phải tìm nguyên nhân.

2.4. Chẩn đoán xác định

2.4.1. Lâm sàng

- Dựa vào triệu chứng cơ năng và thực thể

- Cơ năng: Đau vùng thắt lưng, lan dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to.

- Thực thể: Có hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ thần kinh.

2.4.2. Cận lâm sàng

Trên phim X-quang CSTL có hình ảnh thoái hoá CSTL (hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, gai xương...).

2.5. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp cùng chậu: Ấn khớp cùng chậu bệnh nhân đau, nghiệm pháp ép giãn cánh chậu dương tính, chụp X-quang cùng chậu mờ.

- Viêm cơ vùng thắt lưng chậu: Người bệnh nằm tư thế co, không đuỗi thẳng chân được, có hội chứng nhiễm trùng.

- Viêm khớp háng: Nghiệm pháp Patrick dương tính, chụp X-quang khớp háng mờ, hẹp khe khớp.

2.6. Điều trị

2.6.1. Nội khoa

a. Chế độ vận động và thể dục điều trị:

Trong thời kỳ cấp tính người bệnh phải nằm bất động tại giường là nguyên tắc quan trọng đầu tiên của điều trị nội khoa. Thời gian điều trị từ 5 đến 7 ngày hoặc lâu hơn. Sau thời gian cấp tính, cần thiết phải tiến hành thể dục điều trị. Mục đích nhằm cải thiện chức năng các khối cơ giữ tư thế cho CSTL, chống teo cơ, và phục hồi sự dẫn truyền thần kinh cơ ở chi dưới.

b. Dùng thuốc

Thường dùng các thuốc chống viêm, giảm đau không steroid đường uống được chỉ định trong thời kỳ cấp và trong các đợt tái phát. Các thuốc giảm đau nên dùng theo bậc. Trường hợp đau nặng có thể kết hợp thêm nhóm thuốc giảm đau thần kinh: Neurontin, Lyrica, Tegretol... Có thể kết hợp các thuốc giãn cơ nhẹ: Myonal, Mydocalm, Decontractyl... Các vitamin nhóm B liều cao: Vitamin (B1,

B6, B12), Methylcoban...Phong bế tại chỗ bằng các thuốc tê như: Novocain 2%, Lidocain 3%... Ngoài ra có thể dùng corticoid trong trường hợp thuốc giảm đau thông thường không có hiệu quả, tiêm ngoài màng cứng Hydrocortisol.

c. Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng

Các phương pháp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng HCTLH bao gồm các phương thức nhiệt trị liệu, di động khớp, sử dụng áo nẹp cột sống, kéo giãn cột sống, kích thích điện, điều trị bằng các bài tập McKenzie, William, kèm theo giáo dục, hướng dẫn người bệnh về tư thế đúng trong sinh hoạt, lao động, tập luyện.

2.6.2. Ngoại khoa

- Chỉ định tuyệt đối: Hội chứng đuôi ngựa hoặc hội chứng chèn ép rễ thần kinh một hoặc hai bên gây liệt hoặc gây đau nhiều.

- Chỉ định tương đối: Sau điều trị nội khoa 3 tháng không hiệu quả, biểu hiện đau kiểu rễ hoặc thoát vị đĩa đệm mạn tính tái phát kèm theo đau kiểu rễ.

III. HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

3.1. Bệnh danh

Trong Y học cổ truyền (YHCT) không có bệnh danh của hội chứng thắt lưng hông. Tuy vậy, khi đối chiếu các triệu chứng với Y văn cổ của YHCT như Hoàng đế nội kinh Tố vấn, Kim quỹ yếu lược, Tuệ Tĩnh toàn tập... chứng bệnh có triệu chứng

lâm sàng giống như HCTLH của YHHĐ với bệnh danh: Yêu cước thống (đau lưng- hông).

3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

3.2.1. Ngoại nhân

Do tà khí bên ngoài cơ thể thừa lúc tấu lý sơ hở xâm nhập kinh túc thái dương bàng quang và kinh túc thiếu dương gây nên bệnh. Phong tà: Bệnh xuất hiện đột ngột, diễn biến nhanh, đau lan theo đường đi của kinh bàng quang và kinh đờm. Hàn tà: Có tính chất ngưng trệ, làm cho khí huyết kinh lạc bị bế tắc, không lưu thông, gây co rút gân cơ, cảm giác đau buốt. Thấp tà: Gây nên một số triệu chứng có tính chất đặc trưng: cảm giác tê bì, nặng nề, chát lưỡi bệu, rêu lưỡi nhờn dính...Nhiệt tà (thấp nhiệt): Gây ra các triệu chứng đau, có sốt, thường tương ứng với viêm cột sống của YHHĐ.

3.2.2. Nội nhân

Do chính khí cơ thể bị hư yếu, rối loạn chức năng của các tạng phủ nhất là tạng can và tạng thận. Chức năng của hai tạng can và thận bị rối loạn sẽ ảnh hưởng tới hai phủ đờm và bàng quang, làm ảnh hưởng tới sự lưu thông khí huyết (kinh khí) của các kinh túc thái dương bàng quang, túc quyết âm can, và túc thiếu âm thận. Bệnh lâu ngày, chính khí càng hư yếu không đủ sức chống đỡ lại sự tấn công của tà khí, kết quả là tà khí càng làm tổn thương chính khí nhiều hơn.

3.2.3. Bất nội ngoại nhân

Do bê vác nặng sai tư thế, do bị sang chấn (bị đánh, va đập, bị ngã...) làm huyết ứ, khí trệ, dẫn đến bế tắc kinh khí của các kinh bàng quang, đờm...gây nên đau, hạn chế vận động.

3.3. Các thể lâm sàng và phương pháp điều trị theo Y học cổ truyền

Theo YHCT, chứng “Yêu cước thống” được phân loại thành 4 thể.

➤ Thể phong hàn thấp (HCTLH do lạnh).

➤ Thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp tý hoặc can thận hư kết hợp huyết ứ (HCTLH do thoái hoá cột sống gây chèn ép).

➤ Thể huyết ứ (HCTLH do sang chấn).

➤ Thể phong thấp nhiệt (HCTLH do viêm nhiễm).

Trên lâm sàng, HCTLH do thoái hoá CSTL tương ứng với hai thể của YHCT là huyết ứ kèm can thận hư và thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư.

3.3.1. Thể phong hàn thấp tý kết hợp can thận hư

➤ *Lâm sàng*: Đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây thần kinh hông to. Đau có cảm giác tê bì, nặng nề, 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, nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược. Nếu thiên về dương hư: Chân tay lạnh, sắc mặt trắng nhợt, lưỡi nhợt, mạch trầm tế. Nếu thiên về âm hư: Tâm phiền, mất ngủ,

miệng họng khô, sắc mặt đỏ từng lúc, lòng bàn tay chân nóng, đại tiện táo, tiểu tiện vàng, lưỡi đỏ, ít rêu, mạch huyền tế sắc.

➤ *Chẩn đoán bát cương:* Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực.

➤ *Pháp điều trị:* Khu phong, tán hàn, trừ thấp, hoạt huyết, bổ can thận.

Nếu có teo cơ thì thêm các vị bổ khí huyết.

➤ *Phương:* Độc hoạt ký sinh thang gia giảm

3.3.2. Thở huyết ứ kết hợp can thận hư

➤ *Lâm sàng:* Đau thắt lưng lan xuống chân dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, xảy ra sau vận động sai tư thế, lao động nặng hay mang vác nặng, đau tăng khi vận động, xoa bóp thì dễ chịu kèm theo triệu chứng của can thận hư có hoa mắt chóng mặt, ù tai, môi gôi, ngủ ít, tiểu đêm nhiều, chất lưỡi tím, có điểm ứ huyết, mạch trầm tế hoặc nhu sáp.

➤ *Chẩn đoán bát cương:* Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực.

➤ *Pháp điều trị:* Hành khí hoạt huyết khứ ứ, thông kinh hoạt lạc, bổ can thận

➤ *Phương:* Độc hoạt ký sinh thang gia giảm

3.3.3. Phương pháp không dùng thuốc

➤ Xoa bóp bấm huyết: Dùng các thủ thuật xát, day, lăn, bóp, bấm huyết, vận động hai bên cột sống từ L1 đến mông và chân.

➤ Châm cứu: Điện châm các huyết:

+ Nếu theo đường đi của kinh bàng quang (đau kiểu rẽ S1): Giáp tích L4-L5, L5-S1, Thận du, Đại trường du, Yêu dương quan, Thượng liêu, Trật biên, Ân môn, Thừa phù, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn.

+ Nếu đau dọc theo đường đi của kinh đờm (đau kiểu rẽ L5): Giáp tích L4-L5, L5-S1, Đại trường du, Thận du, Thượng liêu, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Giải khê. Nếu sau mặt sau đùi châm thêm Thừa phù, Ân môn.

+ Nếu đau cả hai kinh bàng quang và kinh đờm thì châm các huyết cả hai kinh.

+ Với thở huyết ứ thêm huyết Huyết hải, Cách du

➤ Thủy châm vitamin B12 vào các huyết trên.

➤ Nhĩ châm: Châm các điểm Thần kinh toạ, Thận, Thần môn, Giao cảm.

3.4. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị

Tuổi: Một số nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi dưới 60 cho kết quả điều trị tốt hơn nhóm tuổi trên 60. Nguyên nhân có thể do tuổi càng cao thì cơ thể có nhiều chuyển biến quan trọng về sức khỏe, quá trình lão hoá tăng lên và các khớp trở nên kém linh động hơn, gân, dây chằng kém bền bỉ, kém co giãn... nên phục hồi tổn thương chậm hơn. Tuy nhiên ở các nghiên cứu này sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Giới: Hiện nay đã có nhiều nghiên cứu đưa ra các kết luận

khác nhau về sự ảnh hưởng của giới tính tới kết quả điều trị của HCTLH. Theo nghiên cứu của Wilco C Peul, nữ giới có tốc độ hồi phục chậm hơn, và có tỉ lệ không hài lòng sau điều trị HCTLH nhiều hơn so với nam giới. Sự khác biệt này có thể do ảnh hưởng của cảm xúc và phản ứng với đau khác nhau giữa nam và nữ. Tuy nhiên một nghiên cứu hệ thống của Julie Ashworth (2011) dựa trên 7 nghiên cứu khác nhau chỉ ra rằng giới tính không ảnh hưởng tới kết quả điều trị HCTLH. Một số nghiên cứu ở Việt Nam cũng cho thấy không có sự khác biệt về kết quả điều trị ở cả hai giới.

Thời gian mắc bệnh: Một nghiên cứu của Kika Konstantinou và cs (2018), tiên lượng điều trị HCTLH ở cơ sở chăm sóc ban đầu trên 609 người bệnh, cho thấy thời gian đau thần kinh hông to kéo dài là một trong những yếu tố độc lập ảnh hưởng tới sự cải thiện kém của người bệnh ($OR = 0,41$; $CI = 0,19 - 0,9$). Những người bệnh có thời gian mắc bệnh kéo dài thường có tình trạng bệnh nặng hoặc khó khăn trong việc tuân thủ điều trị, bệnh dai dẳng tái phát, khả năng đáp ứng của người bệnh sẽ kém hơn.

IV KẾT LUẬN

So sánh giữa y học hiện đại và y học cổ truyền về hội chứng thắt lưng hông cho thấy cả hai hệ thống y học đều có những quan điểm và phương pháp điều trị đặc thù. Y học hiện đại tập trung vào

các nguyên nhân cơ học và sinh lý, với các biện pháp can thiệp trực tiếp vào các tổn thương cơ thể. Y học cổ truyền lại tập trung vào sự cân bằng tổng thể của cơ thể, với các phương pháp điều trị dựa trên việc điều hòa khí huyết

và loại trừ các yếu tố gây bệnh từ bên ngoài.

Mặc dù có những khác biệt cơ bản, cả hai phương pháp đều có giá trị riêng và có thể được kết hợp một cách bổ trợ để tối ưu hóa hiệu quả điều trị cho

bệnh nhân. Sự phối hợp giữa y học hiện đại và y học cổ truyền có thể mang lại lợi ích toàn diện hơn trong việc điều trị hội chứng thắt lưng hông, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chương (2026).** *Thực hành lâm sàng thần kinh học tập 2*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2006:218-223.
2. **Hartvigsen L, Hestbaek L, Lebouef-Yde C, Vach W, Kongsted A. (2017).** Leg pain location and neurological signs relate to outcomes in primary care patients with low back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):133. doi:10.1186/s12891-017-1495-3
3. **Dimitroulas T, Lambe T, Raphael Jon H, et al. (2019).** Biologic Drugs as Analgesics for the Management of Low Back Pain and Sciatica. *Pain medicine (Malden, Mass)*. 2019;20:1678-86.
4. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2012).** *Bài giảng Y học cổ truyền tập 1*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2012:62-69.
5. **Bộ môn giải phẫu, Trường Đại học Y Hà Nội (1998).** *Giải phẫu người*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 1998:272-276.
6. **Trường Đại học Y Hà Nội (2012).** *Bệnh học nội khoa tập 2*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2012:252-267.
7. **Bộ môn thần kinh, Trường Đại học Y Hà Nội (2014).** *Triệu chứng học thần kinh*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2014:90-99.
8. **Hồ Hữu Lương (2008).** *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2008:76-217.
9. **Nguyễn Văn Chương (2015).** *Thực hành lâm sàng thần kinh học tập 1*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2015:147-159.
10. **Trần Trung (2008).** *Nghiên cứu giá trị của hình ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2008.
11. **Nguyễn Vũ (2004).** *Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, thắt lưng cùng*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2004.
12. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2002).** *Bài giảng Y học cổ truyền tập 2*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2002:155-157,166-168,491-500.
13. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2012).** *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2012:177-179.
14. **Phạm Vũ Khánh (2009).** *Lão khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2009:24,187-195.