

KẾT QUẢ CỦA ĐIỆN CHÂM NHÓM HUYẾT "QT1" TRÊN BỆNH NHÂN BÍ TIỂU SAU PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG LƯNG - THẮT LƯNG

Nguyễn Tuyết Trang, Tạ Đăng Quang và Nguyễn Thị Thanh Tú✉

Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm mô tả kết quả của phương pháp điện châm nhóm huyết "QT1" trong điều trị bí tiểu ở bệnh nhân sau phẫu thuật cột sống lưng - thắt lưng do chấn thương và khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Nghiên cứu can thiệp, so sánh kết quả trước và sau điều trị. 32 bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật chấn thương cột sống lưng - thắt lưng được điện châm nhóm huyết "QT1" gồm các huyết Quan nguyên, Khí hải, Trung cực, Khúc cốt và Huyết hải hai bên, 20 phút/1 lần/ngày. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân rút sonde tiểu thành công là 87,5%. Số lần điện châm trung bình là $6,1 \pm 4$ (lần). Kết quả điều trị liên quan đến mức độ tổn thương thần kinh theo Frankel, kích thước cầu bàng quang và cảm giác có hoặc không có cảm giác buồn tiểu trước điện châm ($p < 0,05$).

Từ khóa: Bí tiểu, Phẫu thuật cột sống lưng - thắt lưng, Điện châm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cột sống lưng - thắt lưng được tính từ đốt sống ngực 11 (D11) tới đốt sống thắt lưng 2 (L2). Cột sống ngực tương đối bất động và gù trong khi cột sống thắt lưng vận động linh hoạt và uốn. Do đặc điểm giải phẫu này nên trong chấn thương cột sống (CTCS), chấn thương vùng cột sống ngực - thắt lưng là vị trí thường gặp nhất.¹ Tại Đông Á và Đông Nam Á, CTCS có tỷ lệ là 236 - 464 người trên một triệu dân trong đó CTCS vùng lưng - thắt lưng chiếm tỉ lệ 50 - 60% trong các loại CTCS.^{2,3} Phẫu thuật là phương pháp chủ yếu để điều trị CTCS lưng - thắt lưng có mất vững cột sống. Sau phẫu thuật có thể để lại nhiều biến chứng như: đau sau mổ, chảy máu, huyết khối tắc mạch, liệt hai chi dưới, táo bón và bí tiểu...^{4,5} Trong đó, bí tiểu là một trong những biến chứng thường gặp. Theo y học hiện đại (YHHĐ), bí tiểu là tình trạng không tiểu được mặc dù bàng quang

có chứa đầy nước tiểu, trong khi chức năng thận vẫn còn và tiếp tục sản xuất nước tiểu.⁶ Các phương pháp điều trị bí tiểu như chườm ấm, ép bàng quang, gõ trên xương mu và đặt sonde tiểu. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị của các phương pháp chườm ấm, ép bàng quang, gõ trên xương mu còn thấp. Trong khi đó, phương pháp đặt sonde tiểu có thể giải quyết triệt để vấn đề bí tiểu nhưng có thể để lại biến chứng tổn thương niệu đạo, bàng quang, nhiễm khuẩn tiết niệu ngược dòng.⁷ Theo Y học cổ truyền (YHCT), bí tiểu thuộc phạm vi chứng Long bế.⁸ Nguyên nhân chính gây bí tiểu sau phẫu thuật là do khí trệ huyết ứ. Để điều trị chứng Long bế, YHCT có thể sử dụng điện châm, cứu ngải, xoa bóp bấm huyết.⁹ Một số huyết được các tài liệu về YHCT đề cập đến trong điều trị bí đái cơ năng như Khúc cốt, Trung cực, Quan nguyên và Khí hải.^{9,10} Trên thực tế lâm sàng, bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật còn do nguyên nhân huyết ứ. Vậy, việc phối hợp các huyết trên với huyết Huyết hải (có tác dụng hoạt huyết hóa ứ) liệu có hiệu quả đối với những bệnh nhân bí tiểu sau mổ chấn thương cột sống lưng - thắt lưng không và các yếu tố nào có thể liên quan đến

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Tú

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 19/07/2022

Ngày được chấp nhận: 15/08/2022

kết quả điều trị? Để trả lời cho câu hỏi này, bệnh viện Đa khoa Saint Paul đã áp dụng nhóm huyết "QT1" gồm các huyết Khúc cốt, Trung cực, Quan nguyên, Khí hải, Huyết hải hai bên trong điều trị bí tiểu sau phẫu thuật CTCS lưng - thắt lưng với hai mục tiêu: 1) Mô tả kết quả của phương pháp điện châm nhóm huyết "QT1" trong điều trị bí tiểu ở bệnh nhân phẫu thuật cột sống lưng - thắt lưng do chấn thương. 2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: 32 bệnh nhân trên 18 tuổi, tự nguyện tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán Bí tiểu sau phẫu thuật CTCS lưng - thắt lưng 48h dựa vào các triệu chứng lâm sàng: cảm giác buồn tiểu nhưng không tiểu được, đau tức vùng hạ vị, có cầu bàng quang vượt quá xương mu. Bệnh nhân được chẩn đoán Long bế thể khí trệ huyết ứ theo YHCT.⁸

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có đa chấn thương hoặc chấn thương ở vùng cột sống khác (ngoài vị trí cột sống D11 đến L2); bí tiểu trước phẫu thuật; bí tiểu do các bệnh lý thực thể (u tiền liệt tuyến, u bàng quang, hẹp niệu đạo, u niệu đạo, dị vật bàng quang...); kèm theo các bệnh khác như: suy tim, suy gan, suy thận, bệnh tâm thần, rối loạn đông máu.

2. Chất liệu nghiên cứu

Phác đồ huyết điện châm: châm tả các huyết Quan nguyên, Khí hải, Trung cực, Khúc cốt và Huyết hải hai bên. Liệu trình: 20 phút/lần/ngày cho đến khi bệnh nhân tự tiểu được.

3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành từ tháng 7/2016 đến tháng 7/2018 tại Khoa Phẫu thuật thần kinh cột sống - Bệnh viện Đa khoa Saint Paul.

4. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp can thiệp lâm sàng, so sánh kết quả trước sau điều trị.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: cỡ mẫu được tính theo công thức mô tả tỷ lệ thành công của điều trị:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó n là cỡ mẫu tối thiểu; Z là hằng số biến thiên theo độ tin cậy 1- α . Chọn $\alpha = 5\%$, vậy $z = 1,96$; p là tỉ lệ mong muốn can thiệp thành công 98% ($p = 0,02$); d là số sai lệch so với nghiên cứu khác chấp nhận là 5%. Áp dụng vào công thức ta có $n = 30,12$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 31 bệnh nhân.

Quy trình nghiên cứu

+ Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu. Tiến hành châm tả các huyết: Khúc cốt, Trung cực, Quan nguyên, Khí hải và Huyết hải hai bên. Sau đó nối cặp dây của máy điện châm theo các cặp Quan nguyên - Khí hải, Trung cực - Khúc cốt, hai huyết Huyết hải với nhau. Đặt tần số từ 5 - 10Hz, cường độ nâng dần cường độ từ 0 - 150microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của người bệnh). Thời gian lưu kim 20 phút/lần. Ngày điện châm 1 lần cho đến khi bệnh nhân tiểu tiện tự chủ.

+ Theo dõi kết quả điều trị sau mỗi lần điện châm. Sau lần điện châm đầu tiên nếu bệnh nhân không tự tiểu được sẽ tiến hành đặt sonde tiểu và tiếp tục được điều trị điện châm vào ngày hôm sau. Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà kẹp sonde tiểu ngắt quãng 3 - 4 h/lần, tất cả các lần xả nước tiểu nếu bệnh nhân có cảm giác buồn tiểu rõ có thể xét chỉ định rút sonde tiểu. Sau rút sonde tiểu nếu bệnh nhân tiểu bình thường \rightarrow ngừng châm cứu. Sau rút sonde tiểu bệnh nhân còn bí tiểu \rightarrow đặt lưu sonde, tiếp tục điện châm như phác đồ.

Các biến số/chỉ số theo dõi

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới, vị trí tổn thương cột sống.

+ Kết quả: tỷ lệ bệnh nhân tự tiểu được, số lần điện châm, sự cải thiện các triệu chứng

cơ năng.

+ Các yếu tố liên quan: mức độ tổn thương cột sống theo Frankel (A: Liệt hoàn toàn, mất vận động, cảm giác dưới tổn thương; B: Liệt không hoàn toàn, còn cảm giác, mất vận động dưới vùng tổn thương; C: Liệt không hoàn toàn, còn cảm giác, vận động giảm (cơ lực chi 2/5 - 3/5); D: Liệt không hoàn toàn, còn cảm giác, vận động giảm (cơ lực 4/5); E: Vận động và cảm giác bình thường, kích thích cầu bàng quang, triệu chứng cơ năng trước điều trị (cảm giác buồn tiểu, đau tức hạ vị khi ấn)).¹¹

Đánh giá kết quả điều trị

+ Kết quả sau điện châm: tiểu được, không tiểu được. Số lần điện châm. Sự cải thiện triệu chứng cơ năng: cảm giác buồn tiểu, đau tức hạ vị khi ấn. Sự liên quan giữa các đặc điểm của bệnh nhân với kết quả điều trị.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phương pháp và thuật toán thống kê y sinh học trên phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng khoa học của Bệnh viện Saint Paul. Các bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân

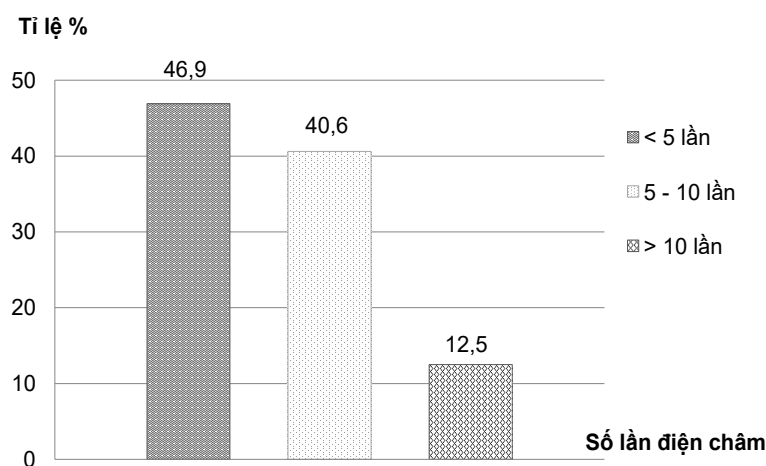
Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật chấn thương cột sống lưng - thắt lưng, tuổi trung bình của các bệnh nhân là $46,8 \pm 13,9$ (tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Vị trí tổn thương gặp nhiều nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là vị trí L1 - L2 (chiếm 65,6% trong đó 43,8% gặp là vị trí đốt sống L1), 6,2% bệnh nhân tổn thương D12, 28,1% bệnh nhân tổn thương đa tầng.

2. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị bí tiểu sau điện châm

Sau điều trị, tỉ lệ bệnh nhân tự tiểu được chiếm 87,5%, tỉ lệ bệnh nhân không tự tiểu được chiếm 12,5%.

Số lần điện châm



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo số lần điện châm (n = 32)

Tỉ lệ bệnh nhân điều trị điện châm dưới 5 lần chiếm tỉ lệ cao nhất 46,9%, bệnh nhân điện châm từ 5 - 10 lần chiếm 40,6%. Số lần điều trị điện châm ít nhất là 1 lần, dài nhất là 17 lần, trung bình $6,1 \pm 4$ lần.

Cải thiện triệu chứng cơ năng**Bảng 1. Hiệu quả điều trị thông qua cải thiện triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng cơ năng	Trước điều trị		Sau điều trị		p	
	n	%	n	%		
Cảm giác buồn tiểu	Có	24	75	29	90,6	< 0,05
	Không	8	25	3	9,4	
	Tổng	32	100	32	100	
Đau tức hạ vị khi ấn	Có	24	75	29	90,6	< 0,05
	Không	8	25	3	9,4	
	Tổng	32	100	32	100	

Tỉ lệ bệnh nhân có cảm giác buồn tiểu và đau tức hạ vị khi ấn sau khi điện châm tăng so với trước khi điện châm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3. Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị**Triệu chứng lâm sàng và hiệu quả điều trị****Bảng 2. Liên quan giữa cảm giác buồn tiểu trước điện châm với hiệu quả điều trị**

Hiệu quả điều trị	Cảm giác buồn tiểu trước điện châm		p		
	Có	Không	n	%	
Kết quả điều trị	Tiểu được	5	23	62,5	< 0,05
	Không tiểu được	3	1	37,5	
	Tổng	8	24	100	
Thời gian điều trị	< 5 ngày	1	14	12,5	< 0,05
	≥ 5 ngày	7	10	87,5	
	Tổng	8	24	100	

Tỉ lệ bệnh nhân tiểu được và thời gian điều trị dưới 5 ngày của nhóm bệnh nhân có cảm giác buồn tiểu trước điện châm cao hơn nhóm không có cảm giác buồn tiểu trước điện châm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kích thước cầu bàng quang và hiệu quả điều trị

Nhóm bệnh nhân có kích thước cầu bàng quang dưới 5cm có tỉ lệ tiểu được và thời gian châm cứu dưới 5 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất ($p < 0,05$).

Bảng 3. Liên quan giữa kích thước cầu bàng quang và kết quả điều trị

Hiệu quả điều trị	Kích thước cầu bàng quang		5 - 10cm		> 10cm		p
	< 5cm		n	%	n	%	
Kết quả điều trị							
Tiểu được	7	100	20	95,2	1	25,0	< 0,05
Không tiểu được	0	0	1	4,8	3	75,0	
Tổng	7	100	21	100	4	100	
Thời gian điều trị							
< 5 ngày	6	85,7	9	42,9	0	0	< 0,05
≥ 5 ngày	1	14,3	12	57,1	4	100	
Tổng	7	100	21	100	4	100	

Mức độ tổn thương thần kinh theo Frankel và hiệu quả điều trị**Bảng 4. Liên quan giữa mức độ tổn thương thần kinh theo Frankel và hiệu quả điều trị**

Hiệu quả điều trị	Mức độ tổn thương								p
	Frankel B		Frankel C		Frankel D		Frankel E		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tiểu được	1	25,0	4	80,0	15	100	8	100	< 0,05
Không tiểu được	3	75,0	1	20,0	0	0	0	0	
Tổng	4	100	5	100	15	100	8	100	

Bệnh nhân có mức tổn thương thần kinh theo Frankel càng nặng thì tỉ lệ bệnh nhân tiểu được càng thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

CTCS lưng - thắt lưng gặp ở cả hai giới, trong đó tỷ lệ nam nhiều hơn nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân CTCS lưng - thắt lưng ở lứa tuổi lao động. Tỷ lệ chấn thương ở nam giới nhiều hơn có thể do yêu cầu công việc hoặc nam giới dễ có hành vi sử dụng các chất kích thích khi tham gia giao thông và có nguy cơ gây tai nạn. Vị trí L1 - L2 là vị trí tổn thương chiếm tỉ lệ cao nhất

65,6%. Trong đó 43,8% gặp là vị trí đốt sống L1 phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Vũ (2014) tỉ lệ tổn thương ở L1 chiếm 50%.¹² Kết quả này có thể giải thích do thân L1 nằm ở vị trí bản lề vùng cột sống lưng và thắt lưng. Đây là vùng chuyển tiếp giữa cột sống lưng có biên độ cử động rất ít vì có xương sườn của lồng ngực giới hạn với cột sống thắt lưng mềm mại hơn và có biên độ vận động lớn hơn. Chính đặc điểm giải phẫu học đặc biệt này khiến cho vùng này dễ bị tổn thương nhiều hơn so với các vùng khác.

Nhóm huyết "QT1" bao gồm các huyết Quan nguyên, Khí hải, Trung cực, Khúc cốt và Huyết hải có tác dụng tại chỗ và toàn thân để điều trị

bí tiểu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân tự tiểu được chiếm 87,5%. Theo Liu Z và cộng sự (2011), nghiên cứu trên 15 bệnh nhân bị bí tiểu thứ phát do chấn thương đuôi ngựa được điện châm bằng các huyệt Thứ liêu, Trung liêu và Hội dương. Sau 6 tuần điều trị có 66,67% bệnh nhân tự tiểu được.¹³ Theo Xu Dong Gu và cộng sự (2015), nghiên cứu trên nhóm huyệt Bát liêu cho thấy điện châm có tác dụng giảm lượng nước tiểu tồn dư và tăng số lượng nước tiểu trên bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật chấn thương tủy sống.¹⁴ Theo Bùi Tiến Hưng (2012), điện châm nhóm huyệt BĐ1 (gồm các huyệt Trung cực, Khúc cốt, Quy lai, Khí hải, Quan nguyên, Huyết hải, Tam âm giao) điều trị bí tiểu sau phẫu thuật trĩ cho 45 bệnh nhân tại Khoa Ngoại - Bệnh viện YHCT Trung ương, hiệu quả điều trị đạt 81,8%.¹⁵

Theo YHCT, sự bài tiết nước tiểu nhờ công năng túc giáng của phế, nạp khí của thận, sơ tiết của can, vận hóa của tỳ, khí hóa của tam tiêu và bàng quang. Sau phẫu thuật, kinh mạch bị tổn hại, khí cơ nghịch loạn, khí trệ huyết ứ dẫn đến bàng quang khí hóa rối loạn mà dẫn đến bí tiểu.⁹ Huyệt Khúc cốt là huyệt hội của mạch Nhâm với kinh túc quyết âm Can cùng Quan nguyên, Khí hải, Trung cực, Huyết hải đều có tác dụng chữa bí tiểu thông qua tác dụng thông khí bàng quang, hồi phục chức năng thông lợi tiểu tiện. Theo vị trí giải phẫu, các huyệt Khúc cốt, Quan nguyên, Khí hải, Trung cực tương ứng với vị trí cầu bàng quang nên khi điện châm sẽ tác động lên bàng quang, làm tăng co bóp thành bàng quang để đẩy nước tiểu ra ngoài.¹⁶ Theo Nghiên cứu Hữu Thành (2012), sau điện châm có sự tăng hàm lượng các chất trung gian như Cortisol, Adrenalin, Noradrenalin, Endorphin. Thông qua các chất trung gian hóa học như Acetylcholine được giải phóng ở đầu mút dây thần kinh thuộc hệ phó giao cảm (vòm bàng quang) đảm bảo chức

năng co cơ bàng quang để khởi động quá trình đi tiểu và Noradrenalin được giải phóng ở đầu mút thần kinh giao cảm gây co cơ trơn bàng quang.¹⁷ Sự kích thích co cơ thành bàng quang góp phần làm áp suất trong bàng quang tăng cao, giảm sức cản đường ra để đẩy nước tiểu ra ngoài. Hoạt động bình thường của quá trình đi tiểu đòi hỏi phải có sự toàn vẹn của vỏ não, cầu não, tủy sống, cơ bàng quang, cơ vòng niệu đạo, các dây thần kinh dẫn truyền. Đối với bệnh nhân phẫu thuật cột sống, có thể sự toàn vẹn của hệ thống bàng quang thần kinh bị gián đoạn tạm thời, gây nên những rối loạn tiểu tiện nhất thời, thường gặp trên lâm sàng như bí tiểu và tiểu không tự chủ. Đám rối thần kinh bàng quang là tiếp tục phần trước của đám rối hạ vị dưới và chứa đựng cả các sợi sau hạch giao cảm (từ các dây thần kinh D11, D12, L1, L2). Do đó khi thành bàng quang căng tạo nên cảm giác đau. Các sợi đối giao cảm là các nhánh của các dây thần kinh tạng chậu (S2, S3, S4) có tác dụng gây co các cơ thành bàng quang gây phản xạ đi tiểu.¹⁸ Điện châm thông qua kích thích có chu kỳ giúp cơ thành bàng quang co bóp lại từng đợt kích thích thần kinh trung ương, trung khu bài niệu và thần kinh chậu hông khôi phục lại phản xạ tiểu tiện. Sau điện châm, cảm giác buồn tiểu và đau hạ vị khi ấn cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Qua đó thấy rằng cảm giác buồn tiểu trước điện châm có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân có cảm giác buồn tiểu trước điện châm thì tỉ lệ tiểu được sau điện châm cao hơn và số lần điện châm cũng ít hơn. Điều này có thể giải thích là khi bệnh nhân có cảm giác buồn tiểu sau phẫu thuật thì ít bị tổn thương đến sinh lý hệ bàng quang thần kinh.

Kích thước cầu bàng quang trước điện châm có ảnh hưởng tới kết quả điều trị và thời gian điều trị. Bệnh nhân có cầu bàng quang dưới 5cm có tỉ lệ tiểu được và tỉ lệ điện châm dưới 5

lần cao, nhóm bệnh nhân có cầu bàng quang 5 - 10cm cũng có tỉ lệ tiểu được cao nhưng số lần điện châm trên 5 lần lại chiếm tỉ lệ cao, nhóm bệnh nhân có cầu bàng quang trên 10cm thì tỉ lệ tiểu được thấp hơn và số lần điện châm cũng kéo dài hơn. Bình thường bàng quang chứa khoảng 200 - 250ml nước tiểu thì có cảm giác buồn đi tiểu, có thể chứa tới 500ml nước tiểu mà không quá căng, khi bàng quang căng ở mức độ trung bình nó vượt lên trên khớp mu khoảng 5cm, khi quá căng nó có thể lên tới rốn. Với những bệnh nhân có cầu bàng quang trên 10cm lúc này áp lực trong bàng quang rất lớn khiến cơ bàng quang quá giãn dẫn đến bàng quang co bóp không hiệu quả, bệnh nhân vẫn không có cảm giác buồn tiểu thì chứng tỏ sự kiểm soát của thần kinh tự động của tủy sống trong phần xạ tiểu tiện bị tổn thương.

Với mức Frankel D và Frankel E, tỉ lệ bệnh nhân tiểu được sau điện châm là 100%, cao hơn so với các mức tổn thương khác. Với mức tổn thương thần kinh Frankel E, bệnh nhân vận động và cảm giác bình thường. Trong khi Frankel D, bệnh nhân còn cảm giác và vận động giảm nhưng vẫn có cơ lực 4/5 nên mức độ tổn thương cột sống không nặng nề như các mức tổn thương còn lại, thời gian phẫu thuật sẽ ngắn hơn, lượng thuốc gây mê sử dụng ít hơn, đồng thời quá trình phẫu thuật không quá phức tạp nên nguy cơ tổn thương tủy sống sau mổ sẽ thấp hơn các mức tổn thương còn lại.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật cột sống lưng - thắt lưng do chấn thương, chúng tôi rút ra kết luận:

Điện châm nhóm huyết "QT1" điều trị bí tiểu sau phẫu thuật CTCS lưng - thắt lưng có tỉ lệ bệnh nhân tự tiểu được là 87,5%; số lần điện châm trung bình là $6,1 \pm 4$ lần. Tỉ lệ bệnh nhân điện châm dưới 5 lần chiếm tỉ lệ cao nhất (46,9%). Tỉ lệ bệnh nhân có cảm giác buồn tiểu

và đau tức hạ vị khi ấn sau điện châm cao hơn trước khi điện châm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhóm bệnh nhân có cảm giác buồn tiểu trước điện châm, cầu bàng quang < 5 cm và mức độ tổn thương thần kinh theo thần kinh Frankel D và Frankel E đạt kết quả điều trị cao hơn so với nhóm bệnh nhân còn lại ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Xuân Trung, và cs. Chấn thương cột sống - tùy sống lưng thắt lưng. *Bệnh học Phẫu thuật Thần kinh*. Nhà xuất bản Y học; 2010.
2. Lee BB, Cripps RA, Fitzharris M, Wing PC. The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: Update 2011, global incidence rate. *Spinal Cord*. 2014;52(2):110-116. doi: 10.1038/sc.2012.158.
3. Rajasekaran S, Kanna RM, Shetty AP. Management of thoracolumbar spine trauma: An overview. *Indian J Orthop*. 2015;49(1):72-82. doi: 10.4103/0019-5413.143914.
4. El Banna S, Catano A. Complications of spine surgery and litigations? Managing malpractice risk. *Journal of Clinical & Experimental Orthopaedics*. 2015;01(01). doi: 10.4172/2471-8416.100003.
5. Proietti L, Scaramuzza L, Schiro' GR, Sessa S, Logroscino CA. Complications in lumbar spine surgery: A retrospective analysis. *Indian J Orthop*. 2013;47(4):340-345. doi: 10.4103/0019-5413.114909.
6. Các Bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội. *Nội khoa cơ sở - Triệu chứng học Nội khoa*. Vol 1. Nhà xuất Y học; 2004.
7. Meas Sokavary. Nghiên cứu các thể bàng quang thần kinh và hướng điều trị sau chấn thương cột sống thắt lưng có liệt tủy tại Bệnh viện Việt Đức. Published online 2006.
8. Nguyễn Thiên Quyên, Đào Trọng Cường. *"Chứng tiểu tiện không thông"*. Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong đông y. Viện nghiên cứu

Trung y. Nhà Xuất bản Văn hóa dân tộc

9. Bộ Y tế. *Châm cứu và các phương pháp không dùng thuốc*. Nhà xuất bản Y học; 2013.

10. Bộ Y tế. Quyết định 792/QĐ-BYT Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu. Accessed August 12, 2022. <https://luatvietnam.vn/y-te/quyet-dinh-792-qd-byt-quy-trinh-ky-thuat-kham-chua-benh-chuyen-nganh-cham-cuu-198277-d1.html>.

11. Frankel HL, Hancock DO, Hyslop G, et al. The value of postural reduction in the initial management of closed injuries of the spine with paraplegia and tetraplegia. I. *Paraplegia*. 1969;7(3):179-192. doi: 10.1038/sc.1969.30.

12. Nguyễn Vũ. Đặc điểm lâm sàng chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật chấn thương ngực - thắt lưng có liệt tủy tại Khoa Phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt nam*. 2014;1:71-74.

13. Yinqiu Gao, Xinyao Zhou, Xichen Dong, Qing Jia, Shen Xie, Ran Pang. Electroacupuncture for bladder function recovery in patients undergoing spinal Anesthesia.

Evid Based Complement Alternat Med. 2014;2014:892619. doi: 10.1155/2014/892619.

14. Gu XD, Wang J, Yu P, et al. Effects of electroacupuncture combined with clean intermittent catheterization on urinary retention after spinal cord injury: A single blind randomized controlled clinical trial. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(10):19757-19763.

15. Bùi Tiến Hưng. Đánh giá tác dụng của điện châm nhóm huyết "BĐ1" trên bệnh nhân bí đái sau mổ trĩ. *Tạp chí nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*. 2012;34:45-50.

16. Bộ Y tế. *Bệnh học Ngoại - Phụ Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học; 2008.

17. Nghiêm Hữu Thành. Nghiên cứu cơ sở khoa học của điện châm trong điều trị một số chứng đau. Hội nghị khoa học kỉ niệm 55 năm ngày thành lập Bệnh viện YHCT Trung ương. Published online 2012:31.

18. Jean J W, Apichana K. Urodynamic testing after spinal cord injury. *A Practical Guide*. Accessed July 19, 2022. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-54900-2>.

Summary

RESULTS OF ELECTRO-ACUPUNCTURE AT THE "QT1" GROUP OF ACUPOINTS ON THE PATIENTS SUFFERING FROM URINARY RETENTION AFTER THORACOLUMBAR SPINE TRAUMA SURGERY

This study aimed to describe the results of electro-acupuncture therapy at the "QT1" group of acupoints in the treatment of urinary retention after thoracolumbar spine trauma surgery and surveys some factors related to the treatment outcome. The study was designed as an interventional clinical study, comparing results before and after treatment. 32 patients diagnosed with urinary retention after surgery for thoracolumbar spine trauma were administered electro-acupuncture at the "QT1" group of acupoints including bilateral CV6, CV4, CV3, CV2, SP10 for 20 minutes/time/day. The study results showed that the proportion of patients having successful urinary catheter withdrawal was 87.5%. The average number of electroacupuncture sessions was 6.1 ± 4 (times). The severity of neurological

injury according to Frankel grade, the size of distended bladder and the sensation/no sensation to pass urine before the procedure all significantly affected the results of the electroacupuncture ($p < 0.05$).

Keywords: Urinary retention, Thoracolumbar spine trauma surgery, Electroacupuncture.