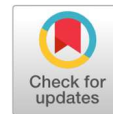




ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(6):147-154
<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.06.18>



Khảo sát sự phối hợp mạng lưới của các nhóm thuốc trong đơn thuốc sắc y học cổ truyền điều trị đau thần kinh tọa dựa trên dữ liệu lâm sàng tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh

Vương Thị Thanh Vân¹, Nguyễn Thị Tuyết Ly², Kiều Quốc Việt³, Phạm Đức Thắng¹,
Trần Hoà An^{1,4,*}

¹Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Phục hồi chức năng - Y học cổ truyền, Bệnh viện Ung bướu, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Khoa học Sức khỏe - Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁴Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 3, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đau thần kinh tọa (TKT) gây suy giảm chức năng và ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống. Điều trị bằng Y học cổ truyền (YHCT) cho thấy hiệu quả tích cực, tuy nhiên quy luật phối hợp các nhóm thuốc trong thực hành vẫn chưa được biết.

Mục tiêu: Khảo sát mạng lưới phối hợp các nhóm thuốc trong các bài thuốc sắc điều trị đau TKT dựa trên dữ liệu lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả 506 đơn thuốc sắc điều trị đau TKT tại bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM). Sử dụng thống kê mô tả và phân tích mạng lưới để xác định sự phối hợp các nhóm thuốc.

Kết quả: Có 23/29 nhóm thuốc được sử dụng; phổ biến nhất là bổ dương bổ khí (97,4%), hoạt huyết khứ ứ (78,3%) và bổ âm bổ huyết (70,8%). Phân tích mạng lưới cho thấy bổ dương bổ khí và hoạt huyết khứ ứ là hai nhóm trung tâm, có độ trung tâm bậc và trung tâm trung gian cao nhất, đồng thời là cặp phối hợp thường xuyên nhất (75,9%). Các nhóm thuốc khác đóng vai trò vệ tinh, hỗ trợ theo triệu chứng.

Kết luận: Phác đồ nhóm thuốc chủ đạo tập trung vào chiến lược bồi bổ chính khí và hoạt huyết thông lạc. Thực hành kê đơn thể hiện tính linh hoạt và cá thể hóa cao.

Từ khóa: đau thần kinh tọa; y học cổ truyền; thuốc sắc

Ngày nhận bài: 29-03-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 08-05-2026 / Ngày đăng bài: 14-05-2026

*Tác giả liên hệ: Trần Hoà An. Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: tranhoaan@ump.edu.vn

© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

INVESTIGATING THE COMBINATION NETWORK OF HERBAL MEDICINE CATEGORIES IN TRADITIONAL MEDICINE DECOCTIONS FOR TREATING SCIATICA BASED ON CLINICAL DATA AT THE TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL OF HO CHI MINH CITY

Vuong Thi Thanh Van, Nguyen Thi Tuyet Ly, Kieu Quoc Viet, Pham Duc Thang, Tran Hoa An

Background: Sciatica causes functional impairment and significantly affects the quality of life. Traditional Medicine (TM) treatment has shown positive efficacy; however, the formulary for combining herbal medicine categories in clinical practice remain unknown.

Objectives: To investigate the combination network of herbal medicine categories in TM decoctions for treating sciatica based on clinical data.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 506 TM decoction prescriptions for sciatica at the Traditional Medicine Hospital of Ho Chi Minh City. Descriptive statistics and network analysis were utilized to determine the combinations of herbal medicine categories.

Results: A total of 23 out of 29 herbal medicine categories were used; the most common being qi and Yang-tonifying (97.4%), blood-activating and stasis-resolving (78.3%), and yin and blood-tonifying (70.8%). Network analysis revealed that the qi and yang-tonifying category and the blood-activating and stasis-resolving category were the two central nodes, possessing the highest degree centrality and betweenness centrality. They were also the most frequently combined pair (75.9%). Other medicine categories played satellite roles, providing symptomatic support.

Conclusions: The core herbal regimen focuses on the strategy of tonifying the healthy qi (Zheng qi) and activating blood to unblock the collaterals. Prescribing practices demonstrate high flexibility and individualization.

Keywords: sciatica; traditional medicine; decoction

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa (TKT) là một hội chứng lâm sàng phổ biến đặc trưng bởi cơn đau lan dọc theo đường đi của thần kinh tọa, thường bắt đầu từ vùng thắt lưng và lan dài xuống chi dưới [1]. Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm được ước tính dao động từ 1% đến 5%, khiến đau thần kinh tọa trở thành nguyên nhân phổ biến gây suy giảm chức năng, ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất, tinh thần và chất lượng cuộc sống của người bệnh [2].

Dưới góc độ Y học hiện đại (YHHĐ), cơ chế bệnh sinh chủ yếu liên quan đến tình trạng chèn ép rễ thần kinh do thoát vị đĩa đệm hoặc thoái hóa cột sống, kết hợp cùng các yếu tố nguy cơ về tuổi tác, giới tính, béo phì và thói quen sinh hoạt ít vận

động [3,4]. Mục tiêu điều trị chủ yếu tập trung vào việc giải quyết nguyên nhân gây bệnh và kiểm soát các triệu chứng, nhằm mục đích giảm đau, phục hồi khả năng vận động và ngăn ngừa tái phát [5]. Các phương pháp điều trị bảo tồn được ưu tiên. Mặc dù thuốc tân dược vẫn là lựa chọn điều trị chính. Tuy nhiên việc sử dụng thuốc kháng viêm giảm đau kéo dài luôn tiềm ẩn nhiều nguy cơ tác dụng phụ. Do đó thúc đẩy nhu cầu tìm kiếm các liệu pháp điều trị thay thế hoặc bổ sung an toàn, hiệu quả hơn [6,7].

Trong bối cảnh đó, điều trị bằng Y học cổ truyền (YHCT) ngày càng cho thấy tiềm năng lớn trong việc kiểm soát cơn đau và cải thiện chức năng cho người bệnh đau thần kinh tọa, đặc biệt thông qua phương pháp điều trị chủ đạo là sử dụng các bài thuốc sắc YHCT [8]. Mặc dù nhiều nghiên cứu đã đánh giá hiệu quả của các bài thuốc sắc YHCT trong điều trị

đau thần kinh tọa [9], hiện trạng hệ thống hóa các quy luật phối ngũ thuốc vẫn còn nhiều hạn chế. Xuất phát từ khoảng trống đó và yêu cầu thực tiễn nêu trên, nghiên cứu này được tiến hành để điều tra mạng lưới phối hợp của các nhóm thuốc trong các bài thuốc sắc YHCT điều trị đau thần kinh tọa dựa trên tần suất sử dụng từ dữ liệu lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các hồ sơ bệnh án của người bệnh được chẩn đoán chính là đau thần kinh tọa, xác định theo mã phân loại bệnh tật quốc tế ICD-10 (M54.3, M54.4). Các trường hợp này đồng thời được kê đơn thuốc sắc YHCT và được bác sĩ điều trị xác nhận rằng mục tiêu chính của đơn thuốc là điều trị đau thần kinh tọa. Đối với mỗi người bệnh, nghiên cứu chỉ lựa chọn đơn thuốc đầu tiên được kê nhằm tránh trùng lặp dữ liệu, với việc kiểm soát dựa trên mã hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2025 đến tháng 04/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn loại trừ

Những hồ sơ không đáp ứng tiêu chí đầy đủ thông tin về thành phần của đơn thuốc sẽ bị loại trừ khỏi phân tích.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính toán dựa trên công thức ước lượng một tỷ lệ $n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1 - p)/d^2$

Với độ tin cậy 95% ($Z = 1,96$), tỷ lệ dự kiến $p = 0,5$ để đạt cỡ mẫu tối đa và sai số cho phép $d = 0,05$, cỡ mẫu tối thiểu tính được là 384 hồ sơ.

Nghiên cứu áp dụng phương pháp lấy mẫu hệ thống. Cụ thể, từ danh sách các hồ sơ bệnh án có chẩn đoán đau thần kinh tọa hằng ngày, nghiên cứu áp dụng khoảng cách chọn mẫu là $k = 2$, cứ cách một hồ sơ thì chọn một hồ sơ để tiến

hành sàng lọc. Hồ sơ được chọn nếu thỏa mãn tiêu chuẩn nhận vào và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu. Kết quả thu thập được tổng cộng 506 hồ sơ bệnh án đủ điều kiện đưa vào phân tích, vượt mức cỡ mẫu tối thiểu.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Tiến hành trích xuất dữ liệu từ các hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chọn mẫu. Ghi nhận chi tiết toàn bộ các vị thuốc có mặt trong đơn thuốc sắc YHCT đầu tiên của mỗi người bệnh. Tiếp đó, đối chiếu và phân loại các vị thuốc vào các nhóm thuốc YHCT dựa trên danh mục được quy định tại Thông tư 19/2018/TT-BYT do Bộ Y tế ban hành [10].

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Biến số khảo sát là các nhóm thuốc YHCT. Để tính toán tần suất và phục vụ phân tích mạng lưới, mỗi nhóm thuốc được thiết lập thành một biến nhị phân độc lập. Biến này được mã hóa nhận một trong hai giá trị gồm: 1 (nếu có sử dụng nhóm thuốc đó trong đơn) hoặc 0 (nếu không sử dụng).

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ liệu thu thập từ các mẫu khảo sát hiện có được nhập và lưu trữ bằng phần mềm Excel 365. Dựa trên dữ liệu đã thu thập, tần suất sử dụng và sự phối hợp của các nhóm thuốc trong đơn thuốc được phân tích. Sự phối hợp của các nhóm thuốc được phân tích thống kê bằng phần mềm R phiên bản 4.3.3 và được trình bày bằng sơ đồ mạng lưới. Để trực quan hóa các trục cốt lõi giữa các nhóm thuốc, mạng lưới sẽ được tinh chỉnh bằng cách loại bỏ các liên kết yếu và chỉ giữ lại những cặp nhóm thuốc có tần suất cùng xuất hiện bằng hoặc trên phân vị thứ 75 của toàn bộ phân phối tần suất. Ngoài ra, các chỉ số mạng lưới chính bao gồm độ trung tâm bậc (degree centrality), độ trung tâm trung gian (betweenness centrality) và số lượng các kết nối chung cũng được thể hiện.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tần suất sử dụng các nhóm thuốc

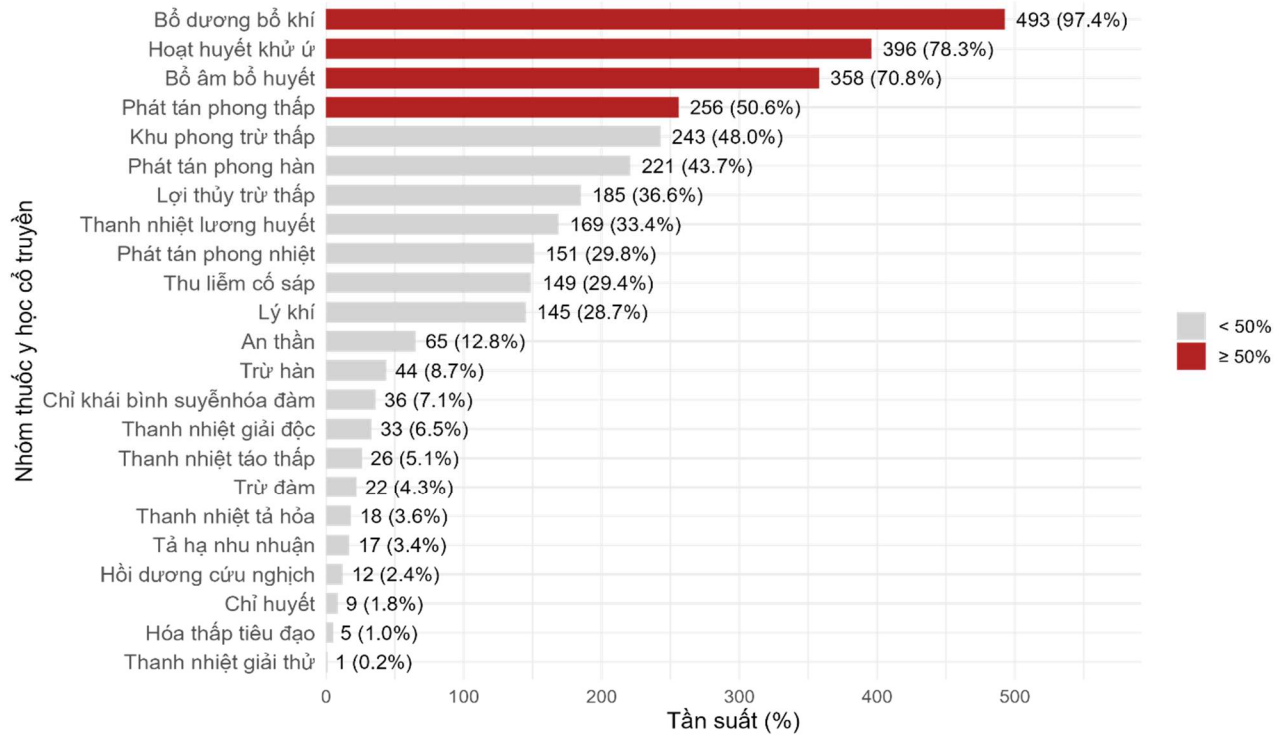
Sau khi phân loại, có 23 nhóm thuốc đã được sử dụng trên tổng số 29 nhóm được quy định trong Thông tư 19/2018/TT-BYT (Hình 1). Kết quả chỉ ra rằng các nhóm được sử dụng phổ biến nhất là nhóm thuốc bổ dương bổ khí, hoạt huyết khứ ứ và

bổ âm bổ huyết, với tỷ lệ sử dụng lần lượt là 97,4%, 78,3% và 70,8%.

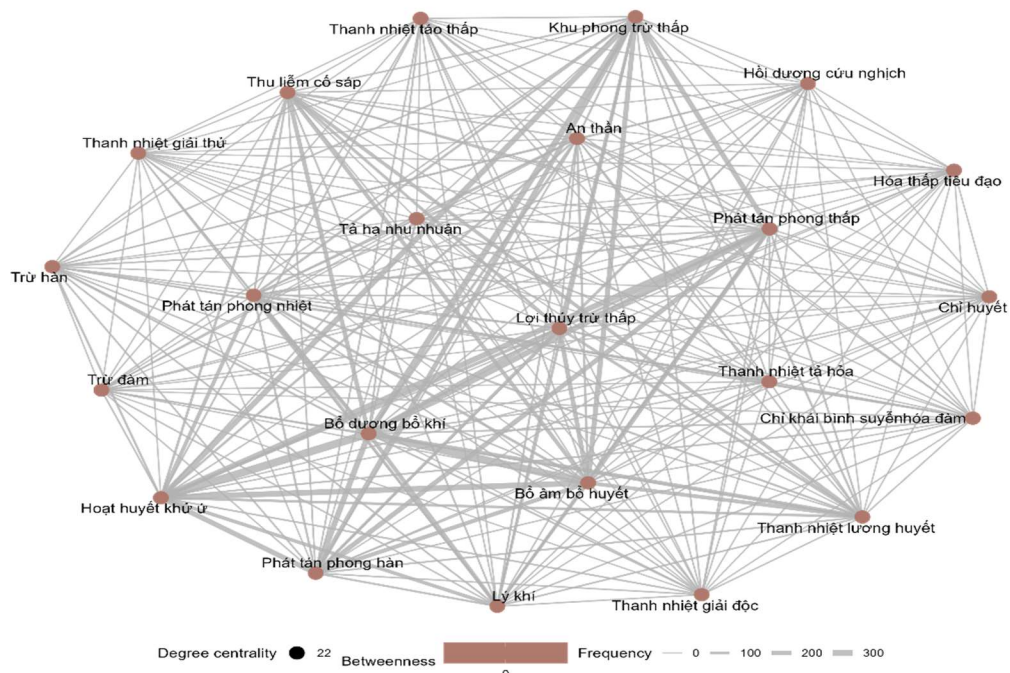
3.2. Sự phối hợp của các nhóm thuốc

Hình 2, 3 minh họa mạng lưới phối hợp giữa các nhóm thuốc, thể hiện mức độ kết nối và tần suất cùng sử dụng trong cùng

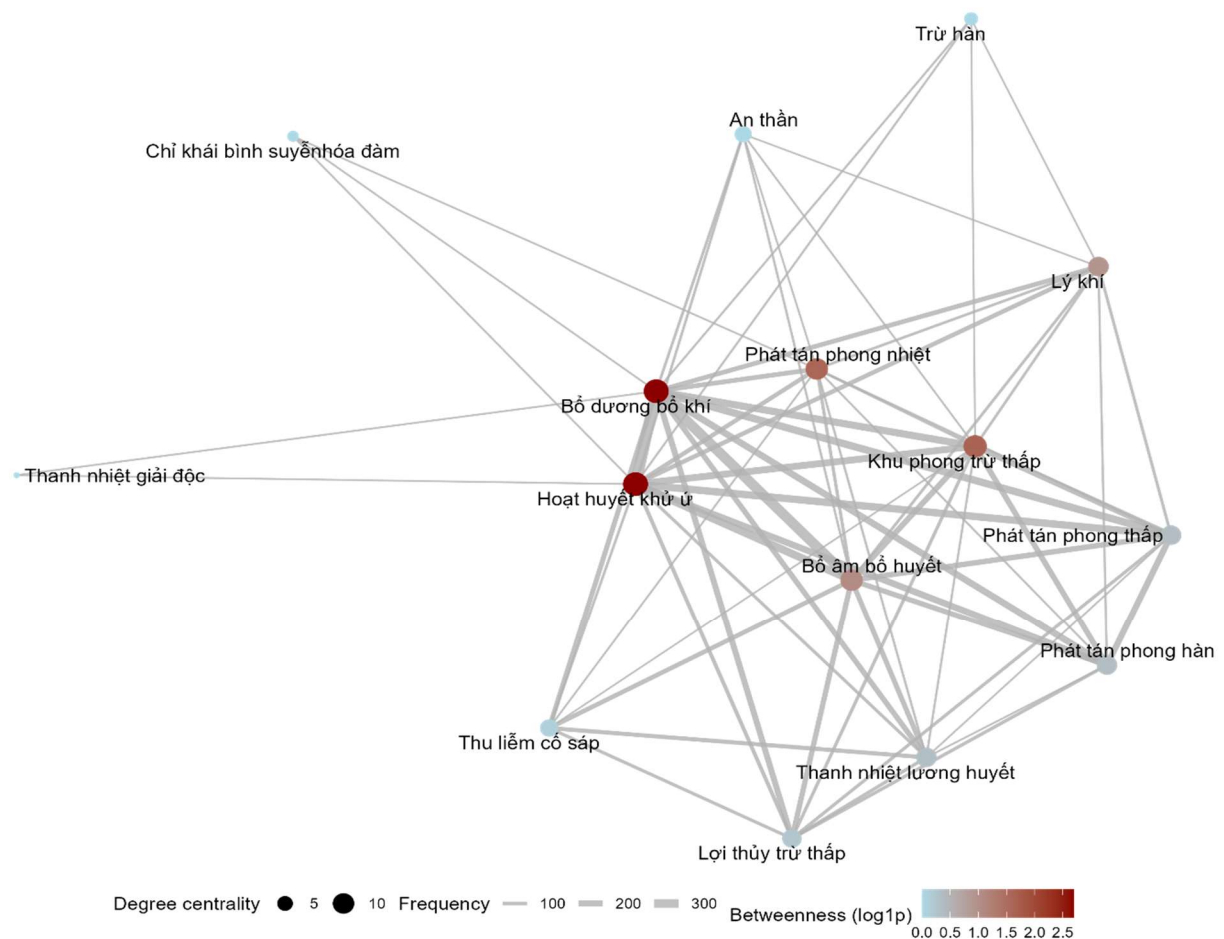
một đơn thuốc. Hình 2 trình bày một mạng lưới toàn diện liên kết của tất cả các nhóm thuốc, cho thấy rằng hầu hết các nhóm thuốc đều được phối hợp với nhau. Điều này phản ánh sự đa dạng và linh hoạt trong việc phối hợp các nhóm thuốc để điều trị bệnh.



Hình 1. Tần suất sử dụng các nhóm thuốc (n=506)



Hình 2. Mạng lưới phối hợp giữa tất cả các nhóm thuốc (n=506)



Hình 3. Mạng lưới phối hợp giữa các cặp nhóm thuốc chính (n=506)

Hình 3 cung cấp sự nhận diện chi tiết, tập trung vào các cặp thuốc chính (15 nhóm thuốc), làm nổi bật tính trung tâm và các kết nối mạnh. Thuốc bổ dương bổ khí cùng với thuốc hoạt huyết khứ ứ là hai nhóm thuốc nằm ở trung tâm của mạng lưới, có độ trung tâm bậc và độ trung tâm trung gian cao nhất (Bảng 1). Điều này chỉ ra rằng hai nhóm này không chỉ đóng vai trò chủ đạo mà còn là các điểm kết nối quan trọng, thường xuyên được phối hợp với nhiều nhóm thuốc khác. Tương tự, các nhóm thuốc khu phong trừ thấp, phát tán phong nhiệt và bổ âm bổ huyết có độ trung tâm bậc cao nhưng độ trung tâm trung gian thấp. Điều này có nghĩa chúng là những nhóm được sử dụng phổ biến nhưng không phải là các điểm kết nối chính và có thể được xem là các nhóm phối hợp hỗ trợ hoặc đặc hiệu theo hội chứng. Các nhóm thuốc an thần, trừ hàn, chỉ khái bình suyễn hóa đàm và thanh nhiệt giải độc có độ trung tâm bậc thấp và độ trung tâm trung gian bằng không. Những nhóm này có phạm vi ứng dụng hẹp hơn và chuyên biệt.

Bảng 1. Độ trung tâm bậc và trung tâm trung gian của các nhóm thuốc chính trong mạng lưới

Nhóm thuốc	Độ trung tâm bậc	Độ trung tâm trung gian
Bổ dương bổ khí	14	13,82
Hoạt huyết khứ ứ	14	13,82
Khu phong trừ thấp	12	4,15
Phát tán phong nhiệt	11	4,03
Bổ âm bổ huyết	11	1,90
Lý khí	9	1,58
Phát tán phong hàn	9	0,43
Phát tán phong thấp	9	0,43
Thanh nhiệt lương huyết	9	0,41
Lợi thủy trừ thấp	8	0,29
Thu liễm cố sáp	7	0,13
An thần	6	0
Trừ hàn	4	0
Chỉ khái bình suyễn hoá đàm	3	0
Thanh nhiệt giải độc	2	0

Bảng 2 trình bày 10 cặp nhóm thuốc cùng được sử dụng thường xuyên nhất. Các cặp này bao gồm các nhóm thuốc bổ dương bổ khí, hoạt huyết khử ứ, bổ âm bổ huyết, phát tán phong thấp, khu phong trừ thấp và phát tán phong hàn. Trong đó, cặp nhóm thuốc bổ dương bổ khí với nhóm thuốc hoạt huyết khử ứ được phối hợp phổ biến nhất, với tỷ lệ 75,9%, tiếp theo là nhóm thuốc bổ âm bổ huyết với nhóm thuốc bổ dương bổ khí (69,8%) và nhóm thuốc bổ âm bổ huyết với nhóm thuốc hoạt huyết khử ứ (52,4%).

Bảng 2. Mười cặp nhóm thuốc thường được sử dụng cùng nhau (n=506)

STT	Nhóm thuốc 1	Nhóm thuốc 2	Tần số	Tỷ lệ
1	Bổ dương bổ khí	Hoạt huyết khử ứ	384	75,9%
2	Bổ âm bổ huyết	Bổ dương bổ khí	353	69,8%
3	Bổ âm bổ huyết	Hoạt huyết khử ứ	265	52,4%
4	Bổ dương bổ khí	Phát tán phong thấp	249	49,2%
5	Hoạt huyết khử ứ	Phát tán phong thấp	249	49,2%
6	Bổ dương bổ khí	Khu phong trừ thấp	241	47,6%
7	Hoạt huyết khử ứ	Khu phong trừ thấp	229	45,3%
8	Bổ dương bổ khí	Phát tán phong hàn	216	42,7%
9	Hoạt huyết khử ứ	Phát tán phong hàn	213	42,1%
10	Phát tán phong hàn	Phát tán phong thấp	196	38,7%

4. BÀN LUẬN

Đau thần kinh tọa là một trong những bệnh lý thường gặp, gây ảnh hưởng đáng kể đến khả năng vận động, tinh thần và chất lượng sống của người bệnh [2]. YHCT có nhiều bài thuốc được sử dụng để điều trị bệnh lý này, tuy nhiên cần kê đơn dựa trên biện chứng luận trị cá thể hóa để đưa ra phương pháp điều trị phù hợp nhất cho người bệnh [11]. Do đó, quy luật phối hợp các nhóm thuốc trong đơn thuốc điều trị thường rất linh hoạt, khiến việc hệ thống hóa các mô hình phối ngũ trở nên thách thức. Nghiên cứu này đã phát hiện một chiến lược điều trị có hệ thống và nhất quán đối với đau thần kinh tọa.

Về tần suất sử dụng, các nhóm thuốc thường gặp nhất là nhóm thuốc bổ dương bổ khí (97,4%), hoạt huyết khử ứ

(78,3%) và bổ âm bổ huyết (70,8%). Kết quả này có sự phân bố tần suất sử dụng các nhóm thuốc tương tự như phát hiện của chúng tôi tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 [12]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Vòng Thị Thanh Xuân (2024) cũng ghi nhận tại bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh, người bệnh với hội chứng lâm sàng phong hàn thấp hoặc phong hàn thấp kết hợp Can Thận âm hư được sử dụng bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh với tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 59,57% và 69,39% [13]. Bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh là một bài thuốc phổ biến trong thực hành lâm sàng, bao gồm sự phối hợp giữa các vị thuốc nhóm khu phong trừ thấp, hoạt huyết khử ứ và bổ khí huyết. Điều này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm lâm sàng của đau thần kinh tọa theo lý luận YHCT và phù hợp với kết quả nghiên cứu này. Bệnh thường khởi phát trên nền tảng suy giảm chức năng tạng Can, Thận hoặc khí huyết bất túc, tạo điều kiện cho các ngoại tà như phong, hàn, thấp xâm nhập gây tắc nghẽn kinh lạc [14,15]. Việc thường xuyên sử dụng các nhóm thuốc bổ và hoạt huyết cho thấy mục tiêu điều trị không chỉ dừng lại ở việc giảm đau mà còn chú trọng vào việc bồi bổ chính khí, cải thiện tổng trạng và giải quyết nguyên nhân gây bệnh.

Kết quả phân tích mạng lưới cho thấy hầu hết các nhóm thuốc đều có liên kết tương tác, phản ánh sự đa dạng và linh hoạt khi kê đơn thuốc. Đáng chú ý, nhóm thuốc bổ dương bổ khí và hoạt huyết khử ứ là hai nhóm thuốc có chỉ số độ trung tâm bậc và độ trung tâm trung gian cao nhất, đóng vai trò làm nút trung tâm chính trong mạng lưới. Trong cấu trúc đơn thuốc, hai nhóm này đóng vai trò là trục điều phối chính, có khả năng liên kết với hầu hết các nhóm thuốc khác để tạo thành một đơn thuốc điều trị hoàn chỉnh. Đặc biệt, việc hai nhóm này thường phối hợp với nhau ở mức độ cao nhất cho thấy việc ứng dụng linh hoạt nguyên lý “khí hành thì huyết hành” trong thực hành lâm sàng [16]. Khí đủ thì huyết mới lưu thông, huyết lưu thông thì kinh lạc mới thông suốt, từ đó giúp đẩy lùi các triệu chứng đau tê dọc theo đường đi của thần kinh tọa. Kết quả này cũng khá tương đồng với phát hiện của chúng tôi tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 [12].

Ngoài ra, các kết quả trên cũng cho thấy những nhóm thuốc vệ tinh và nhóm thuốc điều trị triệu chứng. Cụ thể, nhóm khu phong trừ thấp và phát tán phong nhiệt có độ trung tâm thứ bậc cao nhưng độ trung gian trung tâm thấp, nghĩa là chúng

xuất hiện phổ biến để hỗ trợ các hội chứng bệnh chuyên biệt như phong thấp tý, phong nhiệt tý nhưng không đóng vai trò kết nối chính trong mạng lưới. Ngược lại, các nhóm thuốc có độ trung tâm trung gian bằng không như an thần, trừ hàn, chỉ khái bình suyễn, thanh nhiệt giải độc phản ánh tính cá thể hóa cao trong kê đơn. Điều này xuất phát từ thực tế lâm sàng khi người bệnh có thể có nhiều bệnh lý kèm theo, làm ảnh hưởng đến thành phần toa thuốc. Tùy từng trường hợp, bác sĩ gia giảm linh hoạt, bổ sung các nhóm thuốc phù hợp nhằm xử lý triệu chứng đi kèm và nâng cao hiệu quả điều trị. Mặc dù sự hiện diện của các nhóm thuốc vệ tinh làm đa dạng mạng lưới phối ngũ, hai nhóm bổ dương bổ khí và hoạt huyết khứ ứ vẫn giữ vai trò trung tâm, cho thấy đau thần kinh tọa là mục tiêu điều trị chính, còn các nhóm thuốc khác chủ yếu mang tính hỗ trợ.

Hạn chế trong nghiên cứu

Dữ liệu được thu thập tại một bệnh viện trong khoảng thời gian ngắn có thể khiến kết quả thiếu tính bao quát, phản ánh thói quen kê đơn riêng biệt của các bác sĩ tại đây. Bên cạnh đó, các nghiên cứu trong tương lai nên thực hiện đánh giá mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng bệnh khác nhau với đặc điểm kê toa.

5. KẾT LUẬN

Tổng cộng có 23/29 nhóm thuốc theo phân loại của Bộ Y tế được sử dụng trong thực hành lâm sàng điều trị người bệnh đau thần kinh tọa. Kết quả phân tích mạng lưới cho thấy nhóm bổ dương bổ khí và hoạt huyết khứ ứ là hai nhóm thuốc giữ vai trò trung tâm, có độ trung tâm bậc và độ trung tâm trung gian cao nhất, đồng thời là cặp phối hợp phổ biến nhất. Cấu trúc này phản ánh chiến lược điều trị kết hợp bồi bổ chính khí và hoạt huyết thông lạc. Các nhóm thuốc khác chủ yếu đóng vai trò hỗ trợ theo hội chứng bệnh và biểu hiện lâm sàng cụ thể, cho thấy tính linh hoạt và cá thể hóa trong kê đơn. Trong tương lai, cần thực hiện các nghiên cứu quy mô lớn, đánh giá tương quan giữa việc kê đơn và đặc điểm bệnh để tìm ra quy luật kê đơn trên thực tế lâm sàng.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Y học cổ truyền

Thành phố Hồ Chí Minh đã tạo điều kiện và hỗ trợ chúng tôi trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Vương Thị Thanh Vân

<https://orcid.org/0009-0000-7122-1837>

Nguyễn Thị Tuyết Ly

<https://orcid.org/0009-0000-6690-844X>

Kiều Quốc Việt

<https://orcid.org/0009-0009-5607-327X>

Phạm Đức Thắng

<https://orcid.org/0000-0002-8197-8662>

Trần Hoà An

<https://orcid.org/0000-0002-0534-9936>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Vương Thị Thanh Vân, Trần Hoà An

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Vương Thị Thanh Vân, Nguyễn Thị Tuyết Ly, Kiều Quốc Việt, Phạm Đức Thắng, Trần Hoà An

Thu thập dữ liệu: Vương Thị Thanh Vân, Trần Hoà An

Giám sát nghiên cứu: Trần Hoà An

Nhập dữ liệu: Vương Thị Thanh Vân

Quản lý dữ liệu: Vương Thị Thanh Vân, Trần Hoà An

Phân tích dữ liệu: Trần Hoà An

Viết bản thảo đầu tiên: Vương Thị Thanh Vân

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Tất cả các tác giả

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 4171/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 19/12/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jensen RK, Kongsted A, Kjaer P, Koes B. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ*. 2019;367:l6273.
2. Zhang Z, Hu T, Huang P, Yang M, Huang Z, Xia Y, et al. The efficacy and safety of acupuncture therapy for sciatica: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Neurosci*. 2023 Feb 9;17:1097830.
3. Fairag M, Kurdi R, Alkathiry A, Alghamdi N, Alshehri R, Alturkistany FO, et al. Risk Factors, Prevention, and Primary and Secondary Management of Sciatica: An Updated Overview. *Cureus*. 2022 Nov 12;14(11):e31405.
4. Zhou J, Mi J, Peng Y, Han H, Liu Z. Causal Associations of Obesity With the Intervertebral Degeneration, Low Back Pain, and Sciatica: A Two-Sample Mendelian Randomization Study. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:740200.
5. Aguilar-Shea AL, Gallardo-Mayo C, Sanz-González R, Paredes I. Sciatica. Management for family physicians. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(8):4174-4179.
6. Xia JC, Huang YC, Wu K, Pang J, Shi Y. Efficacy of Electroacupuncture Combined with Chinese Herbal Medicine on Pain Intensity for Chronic Sciatica Secondary to Lumbar Disc Herniation: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. *J Pain Res*. 2024;17:1381-1391.
7. Price MR, Mead KE, Cowell DM, Troutner AM, Barton TE, Walters SA, Daniels CJ. Medication recommendations for treatment of lumbosacral radiculopathy: A systematic review of clinical practice guidelines. *PM R*. 2024;16(10):1128-1142.
8. Zhang B, Xu H, Wang J, Liu B, Sun G. A narrative review of non-operative treatment, especially traditional Chinese medicine therapy, for lumbar intervertebral disc herniation. *Biosci Trends*. 2017;11(4):406-417.
9. Kim T, Kim H, Shin WC, Cho JH, Song MY, Chung WS. Multiple traditional Chinese medicinal approaches in collaboration with conservative conventional medicine for lumbar herniated intervertebral discs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(12):e33353.
10. Bộ Y tế. Thông tư Ban hành danh mục thuốc thiết yếu. Bộ Y tế; Hà Nội. 2018.
11. Matos LC, Machado JP, Monteiro FJ, Greten HJ. Understanding Traditional Chinese Medicine Therapeutics: An Overview of the Basics and Clinical Applications. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(3):257.
12. Thắng Đức Phạm, Hằng Thanh Lê, An Hoà Trần. Khảo sát sự phối hợp các nhóm thuốc Y học cổ truyền trong các đơn thuốc sắc điều trị đau thần kinh tọa tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 3. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025;66(CĐ19-HNKH Bệnh viện Thủ Đức):206-212.
13. Thanh-Xuân Thị Vòng, Liêng Ngọc Hồ, Huy Khánh Tăng, Lưu Bảo Lê. Tình hình sử dụng các phương pháp điều trị Y học cổ truyền trên người bệnh đau thần kinh tọa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;535(1):329-334.
14. Diệu-Thường Thị Trịnh, Đan Văn Nguyễn. Bệnh học và Điều trị Thần kinh kết hợp Đông Tây y. Nhà xuất bản Y học; Hà Nội. 2024.
15. Deng XQ, Wu SX. A comprehensive meta-analysis of traditional Chinese and Western medicine for neck and low back pain. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023;27(21):10284-10300.
16. Lưu Bảo Lê. Y học cổ truyền cơ sở, giáo trình sau đại học. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia TP.HCM; TP. Hồ Chí Minh. 2023.