

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



HOÀNG VĂN VỊNH

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA VIÊN KHỚP VINTONG
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



HOÀNG VĂN VỊNH

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA VIÊN KHỚP VINTONG
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ**

Chuyên ngành Y học cổ truyền

Mã số: 872 0115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS. TRẦN ĐỨC HỮU

HÀ NỘI – 2020

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
ALT	Chỉ số enzyme gan	Alanine Aminotransferase
AST	Chỉ số enzyme gan	Aspartate Aminotransferase
CRP	Protein C phản ứng	Protein C reactive
NDI	Bộ câu hỏi NDI đánh giá hạn chế sinh hoạt hàng ngày do đau cổ	Neck Disability Index
NĐC	Nhóm đối chứng	
NNC	Nhóm nghiên cứu	
TB	Trung bình	
VAS	Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau	Visual Analogue Scale
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới	World Health Organization

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin được gửi lời cảm ơn đến TS. Trần Đức Hữu, người thầy hướng dẫn đã cho tôi những ý kiến, kinh nghiệm quý báu và sát thực trong quá trình học tập và nghiên cứu để hoàn thiện luận văn này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới Ban giám đốc, Phòng Đào tạo Sau đại học và các Bộ môn, khoa phòng chức năng của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, nơi tôi đang theo học, đã tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong quá trình học tập tại trường.

Tôi xin được gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, tập thể cán bộ y bác sỹ, điều dưỡng Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã giúp đỡ và tạo mọi điều kiện để tôi có thể được thu thập số liệu, làm việc và học tập tại Bệnh viện một cách thuận lợi nhất.

Tôi xin được bày tỏ lòng kính trọng và tri ân sâu sắc đến các nhà khoa học trong Hội đồng đề cương đã hướng dẫn, chỉ bảo chuyên môn cũng như góp ý, nhận xét, sửa chữa để luận văn được hoàn thiện như ngày hôm nay.

Xin được bày tỏ sự biết ơn sâu sắc tới 60 bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu và đóng góp một phần không nhỏ vào luận văn báo cáo.

Xin được gửi lời cảm ơn sâu sắc đến anh chị em đồng nghiệp Khoa Châm cứu và khoa Ung bướu - nơi tôi đang công tác, gia đình, bạn bè, đã giúp đỡ, tạo mọi điều kiện tốt nhất để tôi có cơ hội được học tập và trau dồi chuyên môn.

Xin trân trọng cảm ơn.

Hoàng Văn Vịnh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Hoàng Văn Vịnh, Học viên lớp Cao học 11 chuyên ngành Y học cổ truyền Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của TS. Trần Đức Hữu.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Người viết cam đoan

Hoàng Văn Vịnh

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo y học hiện đại.....	3
1.1.1. Khái niệm.....	3
1.1.2. Sơ lược về cấu tạo giải phẫu và chức năng của cột sống cổ	3
1.1.3. Yếu tố thuận lợi và cơ chế bệnh sinh của đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ	4
1.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng	5
1.1.5. Chẩn đoán đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ	8
1.1.6. Điều trị và phòng bệnh đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo Y học hiện đại	9
1.2. Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo Y học cổ truyền.....	10
1.2.1. Bệnh danh	10
1.2.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ và thể bệnh.....	11
1.3. Tổng quan về viên khớp Vintong sử dụng trong nghiên cứu.....	14
1.3.1. Xuất xứ	14
1.3.2. Thành phần	14
1.3.3. Dạng thuốc.....	15
1.3.4. Tác dụng	15
1.3.5. Chỉ định	15
1.3.6. Liều dùng	15
1.3.7. Chống chỉ định.....	15

1.3.8. Cơ chế tác dụng của viên khớp Vintong	15
1.3.9. Tính an toàn	18
1.4. Tổng quan về điện châm	18
1.4.1. Định nghĩa	18
1.4.2. Chỉ định và chống chỉ định.....	18
1.4.3. Cách tiến hành điện châm.....	19
1.4.4. Liệu trình điện châm.....	19
1.4.5. Phác đồ huyết thường sử dụng trong điều trị chứng Tý ở vai gáy	20
1.5. Các nghiên cứu có liên quan	22
1.5.1. Nghiên cứu trên thế giới	22
1.5.2. Nghiên cứu tại Việt Nam.....	22
Chương 2 CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	24
2.1. Chất liệu nghiên cứu.....	24
2.1.1. Viên khớp Vintong	24
2.1.2. Phác đồ huyết điện châm	25
2.2. Đối tượng nghiên cứu	25
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	25
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu	26
2.3. Thời gian, Địa điểm nghiên cứu.....	26
2.4. Phương pháp nghiên cứu	26
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	26
2.4.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu	27

2.4.3. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu.....	28
2.4.4. Công cụ và kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu.....	29
2.4.5. Các bước tiến hành nghiên cứu.....	30
2.4.6. Phương pháp đánh giá kết quả.....	31
2.5. Phương pháp xử lý số liệu.....	35
2.5.1. Thuật toán.....	35
2.5.2. Phương pháp không chế sai số.....	36
2.5.3. Phương pháp hạn chế nhiễu.....	36
2.6. Đạo đức nghiên cứu.....	37
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	39
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	39
3.1.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu.....	39
3.1.2. Đặc điểm giới của bệnh nhân nghiên cứu.....	39
3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu.....	40
3.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu.....	40
3.2. Tác dụng của viên khớp Vintong kết hợp điện châm trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ trên một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng.....	41
3.2.1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng.....	41
3.2.2. Sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng.....	48
3.3. Kết quả điều trị chung.....	49
3.4. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.....	50
3.4.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	50

Chương 4 BÀN LUẬN	52
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	52
4.1.1. Tuổi.....	52
4.1.2. Giới	53
4.1.3. Nghề nghiệp.....	54
4.1.4. Thời gian mắc bệnh	54
4.2. Tác dụng của viên khớp Vintong kết hợp điện châm điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ trên một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng	55
4.2.1. Tác dụng giảm co cứng cơ.....	55
4.2.2. Kết quả giảm đau sau điều trị	56
4.2.3. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống cổ.....	58
4.2.4. Tác dụng giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày của vùng cổ gáy	59
4.2.5. Tác dụng của viên khớp Vintong trên một số chỉ số cận lâm sàng.....	60
4.2.6. Kết quả điều trị chung của hai nhóm.....	60
4.3. Tác dụng không mong muốn.....	63
KẾT LUẬN	65
KIẾN NGHỊ	67
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Thành phần viên khớp Vintong	14
Bảng 2.1. Phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS	32
Bảng 2.2. Tâm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý	34
Bảng 2.3. Mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ	34
Bảng 2.4. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI)	35
Bảng 2.5. Đánh giá kết quả điều trị chung	35
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	40
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo mức độ co cứng cơ sau 14 ngày điều trị .	41
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau cơ cơ sau 21 ngày điều trị ...	42
Bảng 3.4. Sự thay đổi điểm đau VAS sau 14 ngày điều trị	43
Bảng 3.5. Sự thay đổi điểm đau VAS sau 21 ngày điều trị	43
Bảng 3.6. Sự thay đổi tâm vận động cột sống cổ sau 14 ngày điều trị.....	44
Bảng 3.7. Sự thay đổi tâm vận động cột sống cổ sau 21 ngày điều trị.....	45
Bảng 3.8. Phân loại hạn chế tâm vận động cột sống cổ sau 14 ngày điều trị.	46
Bảng 3.9. Phân loại hạn chế tâm vận động cột sống cổ sau 21 ngày điều trị.	46
Bảng 3.10. Sự thay đổi phân loại NDI sau 14 ngày điều trị	47
Bảng 3.11. Sự thay đổi phân loại NDI sau 21 ngày điều trị	47
Bảng 3.12. Sự thay đổi số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu	48
Bảng 3.13. Sự thay đổi chỉ số ure, creatinin, AST, ALT.....	49
Bảng 3.14. Tác dụng không mong muốn của điện châm.....	50
Bảng 3.15. Tác dụng không mong muốn của viên khớp Vintong	51
Bảng 3.16. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn	51

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu	39
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm giới của bệnh nhân nghiên cứu	39
Biểu đồ 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu	40
Biểu đồ 3.4. Hiệu quả chung sau 14 ngày điều trị	49
Biểu đồ 3.5. Hiệu quả chung sau 21 ngày điều trị	50

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ tác động của yếu tố nhiễu	37
Sơ đồ 2.2. Sơ đồ nghiên cứu	38

DANH MỤC HÌNH VẼ

Hình 1.1. Các đốt sống cổ	3
Hình 1.2. Các động tác vận động của cột sống cổ	4
Hình 1.3. Những biến đổi thoái hóa ở cột sống cổ	5
Hình 1.4. X-quang cột sống cổ bình thường	7
Hình 1.5. X-quang cột sống cổ bị thoái hóa	8
Hình 2.1. Viên khớp Vintong sử dụng trong nghiên cứu	24
Hình 2.2. Thang điểm đánh giá đau VAS	31

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống cổ là bệnh lý thường gặp với các triệu chứng đau và biến dạng, không có biểu hiện viêm [1]. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa và những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch [12],[32]. Thoái hóa cột sống cổ (Cervical spondylosis) đứng hàng thứ hai (sau thoái hóa cột sống thắt lưng 31%) và chiếm 14% trong các bệnh thoái hóa khớp [68]. Biểu hiện lâm sàng của thoái hóa cột sống cổ rất đa dạng do cấu tạo giải phẫu liên quan tới nhiều mạch máu, thần kinh; trong đó đau vùng cổ gáy là một trong những nguyên nhân chính khiến bệnh nhân phải nhập viện [46].

Hiện nay, đau vùng cổ vai gáy do thoái hóa cột sống cổ không chỉ phổ biến ở những người cao tuổi mà còn hay gặp ở người trong độ tuổi lao động [46]. Nguyên nhân là do cuộc sống tĩnh tại và liên quan tới tư thế lao động như: ngồi, cúi cổ lâu hoặc động tác đơn điệu lặp đi lặp lại của đầu, đòi hỏi sự thích nghi và chịu đựng của cột sống cổ [35],[48]. Việc điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng; kết hợp điều trị nội khoa và vật lý trị liệu bằng các nhóm thuốc giảm đau chống viêm không steroid, giãn cơ; kết hợp chiếu tia hồng ngoại, sóng siêu âm, sóng điện từ, kéo giãn cột sống cổ... [68]. Phẫu thuật chỉ được cân nhắc khi điều trị nội khoa không có kết quả hoặc chèn ép thần kinh nhiều thể hiện trên lâm sàng và/hoặc chẩn đoán hình ảnh [32],[35].

Trong Y học cổ truyền (YHCT), thoái hóa khớp được xếp vào chứng Tý, đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ thuộc chứng Tý ở cổ gáy (Lạc chẩm) [23]. Bệnh phát sinh do vệ khí của cơ thể không đầy đủ, tà khí từ bên ngoài như phong, hàn, thấp thừa cơ xâm phạm vào gân, cơ, khớp, xương, kinh lạc hoặc do người cao tuổi chức năng các tạng phủ suy yếu, thận hư không chủ được cốt tủy, can huyết hư không nuôi dưỡng được gân mà gây ra xương khớp đau nhức, sưng nề, cơ bắp co cứng, vận động khó khăn... [24]. Y học cổ truyền điều trị chứng Tý vùng cổ gáy (Lạc chẩm) thường dùng các pháp: khu phong, tán hàn,

trừ thấp, thông kinh hoạt lạc, tư bổ can thận nhằm khôi phục lại sự thăng bằng âm dương, phù chính khu tà, giảm đau và khôi phục lại hoạt động sinh lý bình thường của vùng cổ gáy. Dựa trên pháp điều trị đó, có thể lựa chọn các phương pháp thuộc hai nhóm dùng thuốc và không dùng thuốc [28] hoặc phối hợp cả hai phương pháp trên.

Điện châm vốn từ lâu được biết đến là một phương pháp mang lại hiệu quả giảm đau do cơ chế phản ứng tiết đoạn, tại chỗ và toàn thân [49], khi được phối hợp cùng thuốc y học cổ truyền từ nhiều năm nay vốn đã chứng minh được nhiều ưu điểm (cơ chế đa tác dụng). Với mong muốn tìm ra một phương pháp mới giúp bệnh nhân đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ có thêm sự lựa chọn và nâng cao hiệu quả điều trị, dựa trên cơ sở phát triển các bài thuốc kinh nghiệm được sử dụng có tác dụng tốt tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh – Bệnh viện thực hành của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, chúng tôi đã tiến hành chuyển dạng cao đặc KNC – một bài thuốc được xây dựng dựa trên nền tảng bài cổ phương “Độc hoạt tang kí sinh gia giảm” thành Viên khớp Vintong (dạng hoàn cứng) nhằm giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn. Để có thêm bằng chứng khoa học về hiệu quả của phương pháp điều trị phối hợp này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Đánh giá tác dụng của viên khớp Vintong kết hợp điện châm điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ”** với 2 mục tiêu sau:

1. Đánh giá tác dụng của viên khớp Vintong kết hợp điện châm điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ trên một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

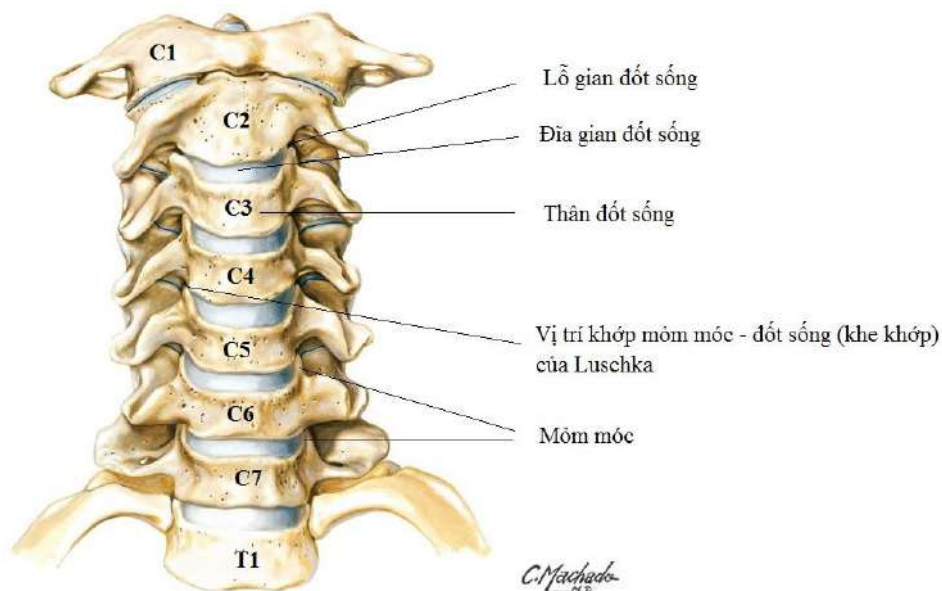
1.1. Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo y học hiện đại

1.1.1. Khái niệm

Thoái hóa cột sống cổ được định nghĩa là tổn thương toàn bộ khớp, bao gồm tổn thương sụn là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch [1]. Đó là bệnh được đặc trưng các rối loạn về cấu trúc và chức năng của một hoặc nhiều khớp (và cột sống) [12]. Tổn thương diễn biến chậm tại sụn kèm theo các biến đổi hình thái, biểu hiện bởi hiện tượng hẹp khe khớp, tân tạo xương và xơ xương dưới sụn [32].

1.1.2. Sơ lược về cấu tạo giải phẫu và chức năng của cột sống cổ

1.1.2.1. Cấu tạo giải phẫu



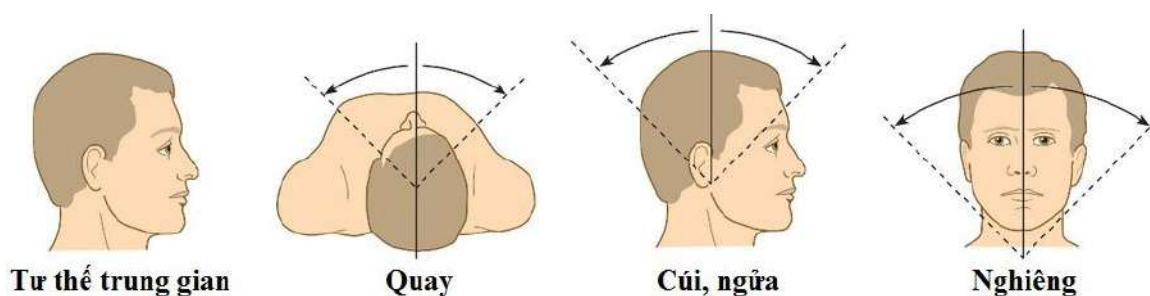
Hình 1.1. Các đốt sống cổ [19]

Cột sống cổ cấu tạo bởi 7 đốt sống cổ kí hiệu từ C1 – C7, 5 đĩa đệm và 1 đĩa đệm chuyển đoạn (đĩa đệm cổ – lưng C7 – D1), lỗ gian đốt sống, khớp đốt sống và dây chằng. Cột sống cổ thường được chia thành hai vùng: cột sống

cổ trên (C1 – C2) và cột sống cổ dưới (C3 – C7), tổn thương ở từng vùng sẽ có biểu hiện lâm sàng khác nhau.

1.1.2.2. Chức năng cột sống cổ

Cột sống cổ tham gia vào sự phối hợp của mắt, đầu, thân mình; đồng thời tham gia vào việc định hướng trong không gian và điều khiển tư thế [35]. Cột sống cổ là nơi chịu sức nặng của đầu và bảo vệ tủy sống nằm trong ống sống [48]. Các đĩa đệm vùng cột sống cổ có nhiệm vụ nối các đốt sống, nhờ khả năng biến dạng và tính chịu nén ép mà phục vụ cho sự vận động của cột sống, giảm các chấn động lên cột sống, não và tủy [74].



Hình 1.2. Các động tác vận động của cột sống cổ [60]

1.1.3. Yếu tố thuận lợi và cơ chế bệnh sinh của đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ

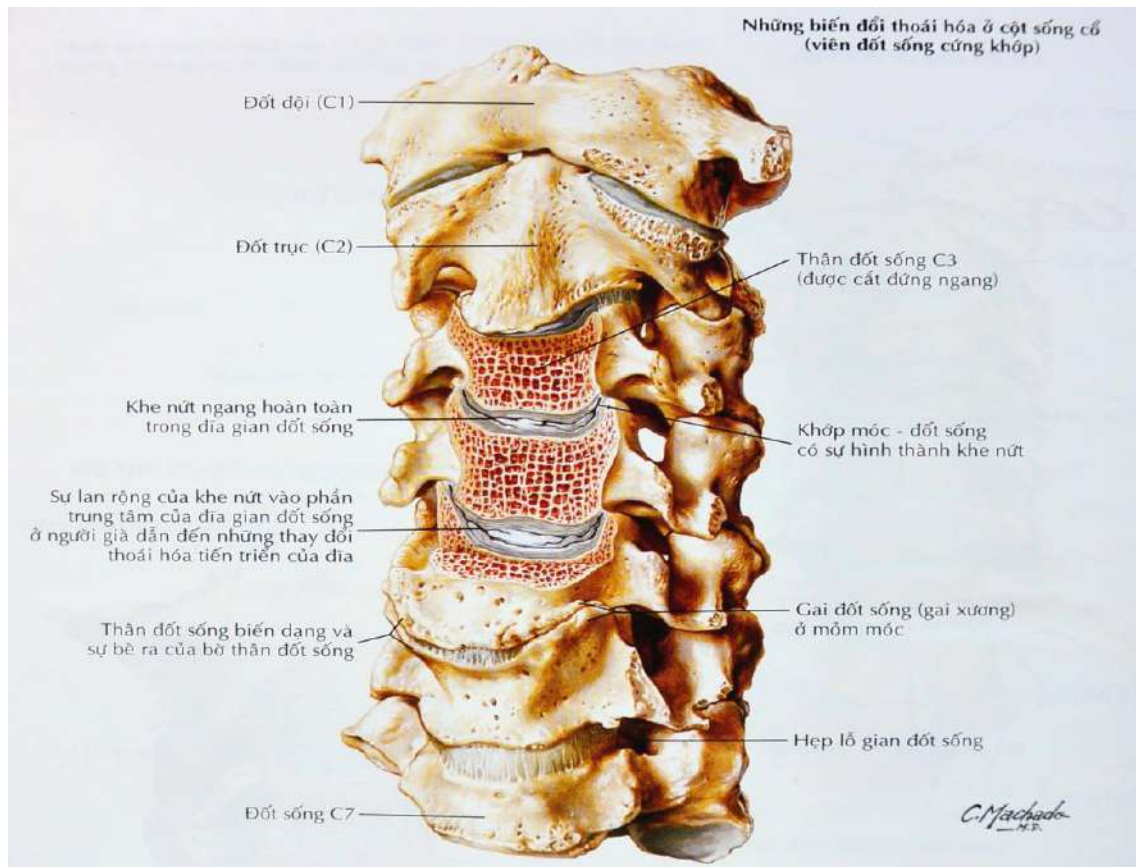
1.1.3.1. Yếu tố thuận lợi

Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ thường xuất hiện ở những người tuổi cao hoặc có công việc gây tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của cột sống cổ. Ngoài ra, đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ còn có các yếu tố nguy cơ như di truyền, rối loạn chuyển hóa, rối loạn nội tiết, bệnh tự miễn... [71],[72].

1.1.3.2. Cơ chế bệnh sinh

Hai lý thuyết chính được nhiều tác giả ủng hộ trong cơ chế bệnh sinh của đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ là lý thuyết cơ học và lý thuyết tế bào. Lý thuyết cơ học mô tả các vi gãy xương do suy yếu các sợi collagen dẫn

đến việc hư hỏng các chất Proteoglycan. Lý thuyết tế bào nêu lên cơ chế tăng áp lực làm tế bào sụn cứng lại, giải phóng các enzym tiêu protein làm hủy hoại dần dần các chất cơ bản [71],[72].



Hình 1.3. Những biến đổi thoái hóa ở cột sống cổ [19]

1.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ phụ thuộc vào vị trí, mức độ và biến chứng của bệnh (chèn ép thần kinh, mạch máu...).

Hội chứng cột sống cổ:

Triệu chứng thường gặp nhất trong hội chứng cột sống cổ là đau vùng cột sống cổ, thường xuất hiện sau khi cúi lâu, nằm gối cao, làm việc căng thẳng kéo dài, hay đột ngột sau khi vận động cột sống cổ. Bệnh nhân có điểm đau tại

cột sống cổ hoặc hai bên cột sống cổ; co cứng cơ cạnh sống cổ và có thể có tư thế chống đau: nghiêng đầu về bên đau và vai bên đau nâng cao hơn bên lành. Bệnh nhân hạn chế vận động cột sống cổ [32].

Hội chứng rễ thần kinh:

Khi có hội chứng rễ, bệnh nhân thường có các rối loạn cảm giác kiểu rễ như đau âm ỉ lan dọc theo đường đi của rễ thần kinh, đau tăng khi ho, hắt hơi, rặn (dấu hiệu Dèjerine), đau tăng khi trọng tải trên cột sống cổ tăng (khi đi, đứng, ngồi lâu) và khi vận động. Bệnh nhân có thể có các dị cảm vùng da do rễ thần kinh bị chèn ép chi phối như tê bì, kiến bò, nóng rát... Nặng hơn, bệnh nhân có thể có rối loạn vận động kiểu rễ gây giảm vận động một số cơ chi trên (thường ít khi liệt) hoặc giảm hay mất phản xạ gân xương do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép. Triệu chứng teo cơ chi trên ít gặp [18],[32].

Hội chứng động mạch đốt sống (Hội chứng giao cảm cổ sau Barré Liéou):

Bệnh nhân có hội chứng động mạch đốt sống thường có các triệu chứng nhức đầu hoặc đau đầu vùng chẩm từng cơn; chóng mặt; hoa mắt, giảm thị lực thoáng qua; rung giật nhãn cầu; ù tai, tiếng ve kêu trong tai, đau tai; loạn cảm thành sau họng, bệnh nhân nuốt vướng hoặc đau [35],[68].

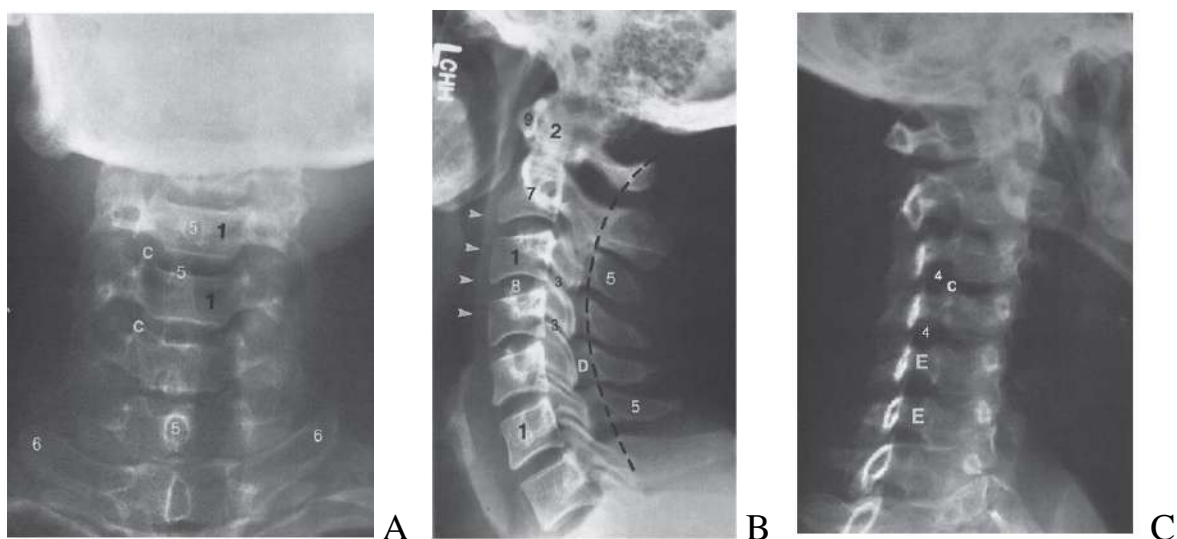
Trên lâm sàng, nếu khám bệnh nhân không có dấu hiệu Spurling và Lhermitte có thể chẩn đoán cho bệnh nhân không phải thoát vị đĩa đệm cột sống cổ hoặc đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ có hội chứng tủy cổ.

- *Dấu hiệu Spurling:* khi ấn đầu xuống trong tư thế ngửa cổ và nghiêng đầu về bên đau, tạo ra đau nặng từ vùng cổ lan xuống vai, cánh tay, cẳng tay và bàn tay. Đây là dấu hiệu quan trọng đánh giá đau kiểu rễ. Đau ở đây xuất hiện do động tác làm hẹp lỗ gian đốt sống và tăng thể tích phần đĩa đệm lòi ra [51].

- *Dấu hiệu Lhermitte:* cảm giác như điện giật đột ngột lan từ cột sống cổ xuống cột sống lưng khi cúi cổ. Trong đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ, dấu hiệu này chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân có hội chứng tủy cổ [75].

1.1.4.2. Triệu chứng cận lâm sàng

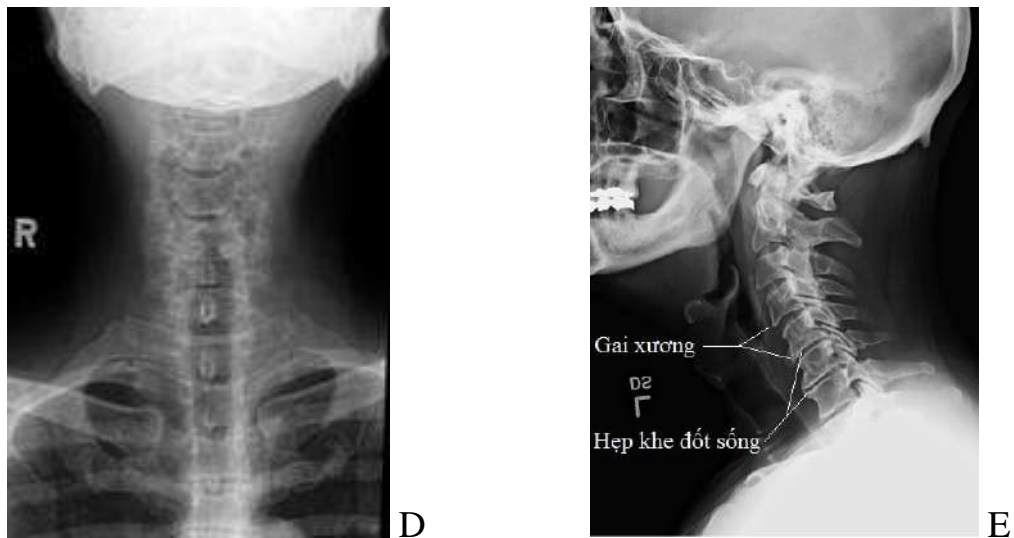
X-quang cột sống cổ trong đau vùng cổ gáy là tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa đốt sống cổ với các hình ảnh: gai xương ở thân đốt sống, mặt khớp đốt sống, lỗ gian đốt sống; hẹp khoang gian đốt sống, hẹp lỗ tiếp hợp (tư thế chếch $\frac{3}{4}$); đặc xương dưới sụn, phì đại mấu bán nguyệt và mất đường cong sinh lý cột sống cổ [14],[68].



Hình 1.4. X-quang cột sống cổ bình thường [59]

Tư thế chụp trước sau (A), tư thế chụp nghiêng (B), tư thế chụp chếch (C)

- | | | | |
|----------------------------|-------------|-----------------------|----------------------|
| 1. Thân đốt sống | 2. Mỏ răng | 3. Diện khớp | 4. Lỗ gian đốt sống |
| 5. Mỏ gai | 6. Mỏ ngang | 7. Thân đốt trục (C2) | 8. Khe gian đốt sống |
| 9. Cung trước đốt đội (C1) | C. Mỏ móc | D. Mảnh | E. Cuồng |



Hình 1.5. X-quang cột sống cổ bị thoái hóa [61]

Tư thế chụp trước sau (D), tư thế chụp nghiêng (E)

Chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ trong đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ cho thấy các hình ảnh tổn thương như phim X-quang và có thể có hình ảnh phì đại dây chằng dọc [61].

1.1.5. Chẩn đoán đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ

1.1.5.1. Chẩn đoán xác định

- Hội chứng cột sống cổ: đau, có thể kèm theo co cứng vùng cơ cạnh cột sống cổ cấp hoặc mạn tính; triệu chứng đau tăng lên ở tư thế cổ thẳng hoặc cúi đầu kéo dài, mệt mỏi, căng thẳng, lao động nặng, thay đổi thời tiết đặc biệt bị nhiễm lạnh; có điểm đau cột sống cổ; hạn chế vận động cột sống cổ

- X-quang cột sống cổ thường quy với các tư thế sau: thẳng, nghiêng, chéch ¾ trái và phải. Trên phim X-quang có thể phát hiện các bất thường: mất đường cong sinh lí, gai xương ở thân đốt sống, giảm chiều cao đốt sống, đĩa đệm, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp... [57], [58],[62].

1.1.5.2. Chẩn đoán phân biệt

Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ cần được chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý cột sống cổ như khối u cột sống cổ, viêm cột sống cổ nhiễm

khuẩn, chấn thương cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ; các bệnh lý trong ống sống cổ như u tủy, xơ cứng cột bên teo cơ, xơ cứng rải rác; bệnh lý ngoài cột sống cổ như viêm đám rối thần kinh cánh tay... [32].

1.1.6. Điều trị và phòng bệnh đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo Y học hiện đại

1.1.6.1. Điều trị

Điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ bao gồm điều trị bảo tồn và phẫu thuật, trong đó điều trị bảo tồn là chủ yếu. Điều trị bảo tồn có thể kết hợp dùng thuốc (nội khoa) và các biện pháp vật lý trị liệu, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng [42].

Điều trị bảo tồn

Về nội khoa, đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ được điều trị bằng các nhóm thuốc sau:

- Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh như thuốc chống viêm không steroid (Diclofenac, Meloxicam...); Corticoid (không dùng đường toàn thân, chỉ dùng đường nội khớp); thuốc giãn cơ vân (Mydocalm, Myonal...); Thuốc giảm đau sử dụng theo bậc thang giảm đau của tổ chức y tế thế giới (WHO – World Health Organization). Khi dùng các nhóm thuốc này cần lưu ý các chống chỉ định và tác dụng không mong muốn.
- Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm bao gồm thuốc ức chế men tiêu sụn (Chondroitin sulfate), tăng cường tổng hợp proteoglycan và tăng sản xuất chất nhầy dịch khớp (Glucosamin sulfate)...

Các vitamin nhóm B (Neurobion, Methylcoban...) đặc biệt hay được sử dụng khi có tổn thương thần kinh.

Phương pháp vật lý trị liệu bao gồm tập vận động cột sống cổ; chiếu đèn hồng ngoại, đắp bùn nóng; tắm nước khoáng, bơi và kéo giãn cột sống cổ... [7],[13].

Điều trị phẫu thuật

Được chỉ định khi các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng hoặc đã điều trị bảo tồn tại cơ sở chuyên khoa không kết quả; các dấu hiệu X-quang chứng tỏ có sự chèn ép thần kinh phù hợp với thăm khám lâm sàng hoặc trường hợp nặng có chỉ định phẫu thuật nói rộng khớp móm móm - đốt sống [51],[57].

1.1.6.2. Phòng bệnh

Những người có đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ cần lưu ý chống các tư thế xấu trong sinh hoạt và lao động; tránh các động tác quá mạnh, đột ngột, sai tư thế khi mang vác, xách, nâng các đồ vật...; giữ ấm vùng cổ vai, tránh nhiễm mưa, gió, lạnh... và tránh giữ lâu cổ ở tư thế cúi cổ ra trước, uốn ra sau hay nghiêng về một bên. Khi ngồi làm việc lâu hoặc ngồi xe đường dài, bệnh nhân cần dùng ghế có tấm đỡ cổ và lưng hoặc đeo đai cổ để giữ tư thế sinh lý thích hợp và tránh các vận động quá mức của cột sống cổ [32].

Đối với những người làm việc có liên quan tới tư thế bất lợi của cột sống cổ, cần có chế độ nghỉ ngơi thích hợp để thư giãn cột sống cổ, xoa bóp và tập vận động cột sống cổ nhẹ nhàng; kiểm tra định kỳ phát hiện sớm các biểu hiện bệnh lý và điều trị kịp thời [68].

Để tránh thoái hóa khớp thứ phát, cần phát hiện sớm các dị dạng cột sống cổ để có biện pháp chỉnh hình phù hợp [57].

1.2. Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Trong Y học cổ truyền, đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ được xếp vào chứng Tý, vị trí bệnh ở vùng cổ vai gáy, bệnh danh Lạc châm hay Lạc châm thống [23],[24].

Tý là sự bế tắc kinh mạch, khí huyết. Chứng Tý phát sinh trên cơ sở khí huyết suy kém, âm dương không điều hòa, các tà khí từ bên ngoài thừa cơ xâm phạm vào cân, cơ, khớp, xương, kinh lạc... làm bế tắc kinh mạch, khí huyết

không lưu thông gây đau; hoặc do người cao tuổi chức năng các tạng phủ suy yếu, thận hư không chủ được cốt tủy, can huyết hư không nuôi dưỡng được gân, tỳ hư cơ nhục yếu mà gây ra xương khớp đau nhức, sưng nề, gân cơ cứng, teo cơ, vận động khó khăn [15],[25].

1.2.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ và thể bệnh

1.2.2.1. Bệnh nguyên

Nguyên nhân gây chứng Tý rất đa dạng bao gồm ngoại nhân, nội nhân và bất nội ngoại nhân [23],[25]. Các yếu tố bên ngoài như phong, hàn, thấp, nhiệt tà có thể đơn độc hoặc cùng kết hợp xâm nhập vào cơ thể. Bệnh cũng có thể do nội nhân như rối loạn tình chí, tiên thiên bất túc hoặc sau kinh nguyệt, sinh đẻ làm khí huyết suy kém, âm dương không điều hòa [15],[25]. Các yếu tố bất nội ngoại nhân như lao động vất vả, ăn uống, tình dục không điều độ làm khí huyết suy hoặc do đàm ẩm, huyết ứ mà gây bế tắc kinh lạc cũng có thể gây chứng Tý [64].

1.2.2.2. Các thể lâm sàng

Theo YHCT chứng Tý vùng vai gáy được chia thành các thể [23],[25],[64]:

➤ Thể phong hàn tà gây bế tắc kinh lạc

Thể bệnh này có triệu chứng chính là đau nhức vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, có điểm đau cố định ở cổ, có thể sờ thấy cơ cơ ở cổ vai gáy, cứng cổ hạn chế vận động. Đau, tê và nhức tứ chi, có thể có cảm giác nặng và yếu hai chi trên, đau nặng đầu. Người thích nóng, sợ lạnh, lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng, mạch phù hoãn hoặc sáp.

Pháp điều trị là khu phong tán hàn, thông kinh hoạt lạc.

Sử dụng bài thuốc “Quế chi gia Cát căn thang” gia giảm để điều trị.

Châm các huyệt Hậu Khê (VI.3), Phong trì (XI.20), Đại chùy (XIII.14), Liệt khuyết (I.7) [23],[25].

➤ ***Thể đàm thấp làm bế tắc kinh lạc***

Triệu chứng chính của thể đàm thấp là đau nhức vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, đau đầu chóng mặt; đau cảm giác nặng đầu, cơ thể nặng nề, không có sức lực; buồn nôn; ngực sườn đầy tức. Lưỡi nhợt, rêu trắng nhớt, mạch huyền hoạt. Trên lâm sàng, thể đàm thấp thường kết hợp với các thể khác của chứng Tý vùng vai gáy.

Pháp điều trị là hóa đàm trừ thấp, hoạt huyết thông mạch.

Phương dược hay dùng là “Phục linh hoàn” gia giảm.

Châm cứu sử dụng các huyệt Hậu Khê (VI.3), Phong trì (XI.20), Đại chùy (XIII.14), Âm lăng tuyền (IV.9), Phong long (III.40) [23],[25]

➤ ***Thể khí trệ huyết ứ***

Thể khí trệ huyết ứ có triệu chứng chính là đau nhức, tê vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng; tê, đau nhói cổ định, đau tăng về đêm, ban ngày đỡ đau, đau cự án, co cứng cơ tại chỗ và tứ chi, kích thích khó chịu. Miệng khô, lưỡi tím, có thể có điểm ứ huyết, mạch huyền hoặc sáp. Thể khí trệ huyết ứ thường ít xuất hiện đơn thuần mà kết hợp với các thể lâm sàng khác của chứng Tý vùng vai gáy.

Pháp điều trị là hoạt huyết hóa ứ, thông kinh hoạt lạc chỉ thống.

Sử dụng bài “Đào hồng âm” gia giảm.

Châm cứu các huyệt Hậu Khê (VI.3), Thân mạch (VII.62), Hợp cốc (II.4), Tam âm giao (IV.6), A thị huyết [23],[25].

➤ ***Thể khí huyết hư kèm huyết ứ***

Thể khí huyết hư kèm huyết ứ thường có triệu chứng đau đầu và cổ, hạn chế vận động vùng cổ và yếu tứ chi đặc biệt hai chi trên, tê vùng vai và cánh tay. Mệt mỏi, mất ngủ, hay mơ, ra mồ hôi trộm, hoa mắt chóng mặt, hồi hộp trống ngực, hơi thở ngắn; sắc mặt xanh. Rối loạn kinh nguyệt ở nữ. Lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng, mạch tế nhược.

Pháp điều trị: bổ khí dưỡng huyết, thông kinh hóa ứ.

Phương dược hay dùng là bài “Hoàng kỳ Quế chi Ngũ vật thang” gia vị.

Châm các huyệt Túc tam lý (III.36), Đại chùy (XIII.14), Cách du (VII.17), Can du (VII.18), Tỳ du (VII.20), Tam âm giao (IV.6), Hợp cốc (II.4) [23],[25].

➤ ***Thể can thận âm hư***

Thể can thận âm hư có triệu chứng chính là đau nhức vai gáy và ngực lưng, đau căng đầu, tê và yếu tứ chi, đau mỏi lưng gối, hoa mắt chóng mặt, nhìn mờ. Triệu nhiệt, ra mồ hôi trộm. Miệng họng khô, lưỡi đỏ ít rêu; mạch tế sác.

Pháp điều trị: tư dưỡng can thận, hoạt huyết thông kinh lạc; sử dụng bài thuốc “Hổ tiềm hoàn” gia vị.

Châm các huyệt Thái khê (VIII.3), Đại trử (VII.11), Huyền chung (XI.39) [23],[25].

Do các thể đàm thấp và khí trệ huyết ứ đơn thuần ít gặp mà thường phối hợp với các thể khác nên trên lâm sàng thường chia thành các thể:

- ***Thể Phong hàn thấp tý***: đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ giai đoạn đầu chủ yếu biểu hiện vùng cổ gáy đau nhức, cứng khó vận động; đau tăng lên khi gặp lạnh, gió, mưa, ẩm; đau giảm khi chườm ấm hoặc xoa bóp [2],[3]. Ngoài ra có các triệu chứng đau đầu, đau lan xuống vai, tay; vận động nặng nề, khó khăn, không sưng nóng đỏ các khớp. Rêu lưỡi trắng mỏng hoặc hơi nhớt, mạch phù hoạt [23],[25].

- ***Thể Phong hàn thấp tý kèm can thận hư***: Bệnh lâu ngày, thể chất hư yếu, tà khí làm tổn thương tạng phủ [2],[3]. Can thận hư gây cân cơ co rút, xương khớp nhức đau, biến dạng, vận động khó khăn [23],[25].

1.3. Tổng quan về viên khớp Vintong sử dụng trong nghiên cứu

1.3.1. Xuất xứ

Viên khớp Vintong có nguồn gốc từ bài thuốc kinh nghiệm KNC của PGS.TS. Đậu Xuân Cảnh, bài thuốc được sử dụng để điều trị các chứng đau do bệnh lý xương khớp nói chung tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh có hiệu quả tốt.

1.3.2. Thành phần

Mỗi gói 5 gam hoạt chất có chứa:

Bảng 1.1. Thành phần viên khớp Vintong

Tên thuốc	Tên khoa học [10]	Hàm lượng đùng (gam)
Độc hoạt	<i>Radix Angelicae Pubescentis</i>	05
Phòng phong	<i>Radix Saposhnikoviae divaricatae</i>	05
Tần giao	<i>Radix Gentianae</i>	05
Tang kí sinh	<i>Herrba Loranthe Gracifilolii</i>	05
Ngưu tất	<i>Radix Achyranthis bidentatae</i>	05
Bạch thược	<i>Radix Paeoniae lactiflorae</i>	2,5
Thục địa	<i>Radix Rehmanniae glutinosae praeparata</i>	2,5
Khương hoạt	<i>Rhizoma et radix Notopterygii</i>	2,5
Tế tân	<i>Radix et Rhizoma Asari</i>	2,5
Đảng sâm	<i>Radix Codonopsis</i>	05
Đương quy	<i>Radix Angelicae sinensis</i>	2,5
Đỗ trọng	<i>Eucommia ulmoides</i>	2,5
Xuyên khung	<i>Ligusticum wallichii Franch</i>	2,5
Cam thảo	<i>Radix Glycyrrhizae</i>	01
Tá dược		Vừa đủ 05

1.3.3. Dạng thuốc

Viên hoàn cứng, màu nâu, hình tròn.

1.3.4. Tác dụng

Khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh lạc, bổ can thận, bổ khí huyết.

1.3.5. Chỉ định

Dùng điều trị các chứng đau nhức xương khớp, tê bì tay chân, đau mỏi cơ, thoái hóa cột sống cổ, thoái hóa khớp gối, cột sống thắt lưng, thoát vị đĩa đệm, viêm quanh khớp vai, hạn chế vận động khớp, đi lại khó khăn, viêm đa khớp, đau dây thần kinh tọa, phòng ngừa và làm chậm quá trình thoái hóa xương khớp, phục hồi chức năng xương khớp sau chấn thương.

1.3.6. Liều dùng

Mỗi lần uống 1 gói sau ăn 30 phút, bệnh cấp tính và nặng uống 3 gói/ngày, bệnh mạn tính duy trì uống 2 gói/ngày.

1.3.7. Chống chỉ định

Dị ứng với một trong các thành phần của thuốc.

1.3.8. Cơ chế tác dụng của viên khớp Vintong

1.3.8.1. Theo dược lý học hiện đại

Độc hoạt có tác dụng giảm đau, an thần và kháng viêm rõ rệt. Thuốc có thành phần chống loét dạ dày. Đối với hội tràng thỏ, thuốc có tác dụng co thắt [36].

Tần giao có tác dụng kháng viêm rõ rệt, do thành phần Gentianine A tác động lên hệ thần kinh làm hưng phấn chức năng tuyến yên - vỏ thượng thận. Thuốc còn có tác dụng an thần, giảm đau, giải nhiệt, kháng histamin, chống choáng do dị ứng [5].

Ngưu tất có tác dụng thúc đẩy quá trình tổng hợp protein. Glucozit Bạch thược ức chế trung khu thần kinh nên có tác dụng an thần, giảm đau, ức chế cơ trơn của tử cung và dạ dày, ruột, ức chế tiết vị toan phòng được loét ở chuột

công thực nghiệm, chống viêm và hạ nhiệt, có tác dụng bảo vệ gan, làm hạ men Transaminaza [31].

Thục địa có tác dụng kháng viêm. Đối với chuột cống, thực nghiệm gây sưng tấy bằng Formalin vùng chân đùi, thuốc làm giảm sưng rõ; không ảnh hưởng đến đường huyết bình thường của thỏ, cường tim, hạ áp, cầm máu, bảo vệ gan, lợi tiểu, chống chất phóng xạ, chống nấm. Thuốc có tác dụng ức chế miễn dịch kiểu corticoid nhưng không làm ức chế hoặc teo vỏ thượng thận [9].

Thực nghiệm trên súc vật chứng minh Đảng sâm có tác dụng trên cả hai mặt hưng phấn và ức chế của vỏ não đồng thời làm tăng khả năng miễn dịch của cơ thể [45].

Đương quy có tác dụng làm giãn huyết quản ngoại vi, làm dịu co thắt cơ trơn của huyết quản ngoại vi, tăng lưu lượng máu; vì thế mà Đương quy có tác dụng giảm đau [36].

Đỗ trọng có tác dụng chống viêm, tăng cường chức năng vỏ tuyến thượng thận, tác dụng hưng phấn hệ thống tuyến yên, vỏ tuyến thượng thận, an thần giảm đau (trần kinh, trần thống), tăng tính miễn dịch của cơ thể [9].

1.3.8.2. Theo phối ngũ lập phương y học cổ truyền

Độc hoạt, Tang ký sinh khu phong trừ thấp, dưỡng huyết hòa vinh, hoạt lạc thông tý làm chủ dược; Ngưu tất, Đỗ trọng, Thục địa bổ ích can thận, cường cân tráng cốt; Xuyên khung, Đương quy, bổ huyết, hoạt huyết; Đảng sâm, Cam thảo ích khí kiện tỳ, đều có tác dụng trợ lực trừ phong thấp; Tần giao, Phòng phong phát tán phong hàn thấp. Các vị thuốc hợp lại thành một bài thuốc có tác dụng vừa trị tiêu bản, vừa phù chính khu tà [30].

1.3.8.3. Theo tính vị quy kinh

Độc hoạt vị cay, đắng, ôn, quy kinh Can, Thận, Bàng quang có tác dụng trừ phong thấp chỉ thống, giải biểu. Chủ trị chứng phong thấp tý thống, thiếu âm đầu thống, phong hàn biểu chứng kiêm thấp [4].

Phòng phong vị cay ngọt, tính âm, quy kinh Bàng Quang, Can, có tác dụng tán hàn giải biểu, trừ phong thấp, giải kinh phong [36].

Tần giao vị đắng cay, hơi hàn, qui kinh Vị Can Đờm, có tác dụng trừ phong thấp thư cân hoạt lạc, thanh hư nhiệt, trị các chứng phong thấp tý thống, cốt chùng triệu nhiệt [5].

Tang kí sinh vị đắng tính bình quy kinh Can Thận, có tác dụng chữa đau xương khớp, đau dây thần kinh ngoại biên, đau lưng ở người già [6].

Ngưu tất đắng, chua, bình, quy kinh Can Thận, có tác dụng hoạt huyết khu ú, bổ can thận dưỡng gân cốt, lợi niệu thông lâm, làm sứ dược dẫn huyết và hỏa xuống phần dưới cơ thể, chủ trị các chứng lưng gối nhức mỏi [29].

Bạch thược vị đắng, chua, hơi hàn, quy kinh Can Tỳ, có tác dụng dưỡng huyết, liễm âm, hòa can chỉ thống, chủ trị các chứng can huyết hư, cơ thể hư nhược, nhiều mồ hôi, các chứng âm huyết hư, can dương thịnh, can phong động, các chứng đau do bệnh của can [31].

Thục địa ngọt hơi ôn, quy kinh Can thận, có tác dụng dưỡng huyết tư âm, bổ tinh ích tủy, chủ trị các can thận âm hư, tinh huyết hư.

Tế tân vị cay tính ấm, quy kinh Tâm, Phế, Thận, có tác dụng phát hãn, tán hàn, trấn thống, khu đàm, chỉ khái [31].

Đảng sâm vị ngọt bình, quy kinh Tỳ Phế, có tác dụng bổ trung ích khí, sinh tân, dưỡng huyết, chủ trị chứng trung khí bất túc, phế khí hư nhược, huyết hư hoặc khí huyết lưỡng hư [45].

Đương quy vị ngọt cay ôn, quy kinh Can Tâm Tỳ, có tác dụng bổ huyết, hoạt huyết, chỉ huyết. Chủ trị chứng tâm can huyết hư, kinh nguyệt không đều,

đau kinh, tắt kinh, các bệnh thai tiền sản hậu, tổn thương do té ngã, đau tê chân tay (tý thông ma mộc), nhọt lở loét (ung thư sang thương), chứng huyết hư trường táo kiêm trị khái suyễn [36].

Xuyên khung vị cay tính ôn, quy kinh Can Đờm, Tâm bào, có tác dụng hoạt huyết hành khí, khu phong chỉ thống. Chủ trị các chứng chân tay tê dại, chứng phong thấp tý [36].

Đỗ trọng ngọt, ôn, quy kinh Can thận, có tác dụng bổ can thận, cường gân cốt, chủ trị chứng thận hư, đau lưng, liệt dương (dương nuy), thai động, thai lậu, truy thai [36].

Cam thảo vị ngọt, tính bình, quy kinh Tỳ Vị Phế Tâm, có tác dụng bổ trung ích khí, nhuận phế chỉ khát, hoãn cấp chỉ thống, thanh nhiệt giải độc, chủ trị các chứng tỳ vị hư nhược [5].

1.3.9. Tính an toàn

Viên khớp Vintong đã được thử độc tính cấp và bán trường diễn (phụ lục) chứng minh an toàn trên thực nghiệm.

1.4. Tổng quan về điện châm

1.4.1. Định nghĩa

Điện châm (châm điện) là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm [28].

Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức; tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức; giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ [23].

1.4.2. Chỉ định và chống chỉ định

1.4.2.1. Chỉ định

Điện châm được dùng để cắt chứng đau trong một số bệnh: đau khớp, đau răng, đau dây thần kinh...; chữa tê liệt, teo cơ trong các chứng liệt như liệt

nửa người, liệt các dây thần kinh ngoại biên; châm tê để tiến hành phẫu thuật [26].

1.4.2.2. Chống chỉ định

Điện châm không được sử dụng trong các trường hợp bệnh lý thuộc cấp cứu; người có sức khỏe yếu, thiếu máu, có tiền sử hoặc đang mắc bệnh tim, phụ nữ đang có thai hoặc hành kinh; cơ thể ở trạng thái không thuận lợi: vừa lao động xong, mệt mỏi, đói...; một số huyết không có chỉ định châm hoặc châm châm sâu như Phong phủ, Nhũ trung...[23],[28].

1.4.3. Cách tiến hành điện châm

Sau khi đã chẩn đoán xác định bệnh, chọn phương huyết và tiến hành châm kim đạt tới đắc khí, các huyết cần được kích thích bằng xung điện được nối tới máy điện châm [49]. Trước khi điện châm cần lưu ý kiểm tra lại máy điện châm trước khi vận hành để đảm bảo an toàn; tránh mọi động tác vội vàng khiến cường độ kích thích quá ngưỡng gây cơn co giật mạnh khiến bệnh nhân hoảng sợ. Thời gian kích thích điện tùy thuộc yêu cầu chữa bệnh, có thể từ 15 phút đến 1 tiếng (như trong châm tê để mổ) [26].

1.4.4. Liệu trình điện châm

Thông thường điện châm 1 lần/ngày, mỗi lần 20 – 25 phút, một liệu trình điều trị từ 10 – 15 ngày hoặc dài hơn tùy yêu cầu điều trị [28],[69].

Tần số của dòng điện điện châm theo pháp bổ là 1 - 3 Hz, theo pháp tả là 4 - 10 Hz.

Tùy theo ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân mà điều chỉnh cường độ điện châm cho phù hợp [8],[79].

1.4.5. Phác đồ huyết thường sử dụng trong điều trị chứng Tý ở vai gáy

Bảng 1.1. Các huyết thường sử dụng trong điều trị chứng Tý ở vai gáy
[25],[26],[49]

Tên huyết	Đường kinh	Vị trí	Cách châm
Phong trì	Túc thiếu dương Đờm	Từ giữa xương chằm (C1) đo ngang ra 2 thốn, huyết ở chỗ trũng phía ngoài cơ thang, phía trong cơ ức đòn chũm.	Châm hướng mũi kim về nhãn cầu bên đối diện 0,5 – 0,8 thốn
Giáp tích C4 – C7	Huyệt ngoài kinh	Từ khe đốt sống đo ngang ra 0,5 thốn.	Châm chéch 0,3 – 0,5 thốn
Kiên tĩnh	Túc thiếu dương Đờm	Ở trên vai, nằm giữa đường nối từ Đại chùy (XIII.14) đến đỉnh vai.	Châm thẳng 0,5 thốn
Thiên tông	Thủ thái dương tiểu trường	Dưới hố giữa xương gai bả vai hoặc kéo đường ngang qua mỏm gai đốt sống lưng 4 gặp chỗ kéo đường dày nhất của gai sống vai	Châm thẳng hoặc xiên ra 4 phía, sâu 0,5 - 1 thốn
Ngoại quan	Thủ thiếu dương tam tiêu	Trên lằn chỉ cổ tay 2 thốn, giữa xương quay và xương trụ, ở mặt giữa sau cánh tay.	Châm thẳng 0,5 - 1 thốn, hoặc xiên qua Nội Quan
Phong phủ	Mạch Đốc	Giữa mép tóc sau gáy lên 1 thốn, chỗ lõm dưới lồi chằm	Châm đứng kim, sâu 0,5 – 0,8 thốn

Tên huyết	Đường kinh	Vị trí	Cách châm
Đại chùy	Mạch Đốc	Chỗ lõm dưới mòm gai đốt sống cổ 7 hay trên mòm gai đốt sống lưng 1.	Châm chếch, hướng kim lên trên 0,5 – 1 thốn
Kiên ngưng	Thủ dương minh Đại trường	Ở giữa mòm cùng vai và mấu chuyển lớn xương cánh tay, ngay chính giữa phần trên cơ delta.	Châm thẳng 0,5 – 1 thốn
Kiên trinh	Thủ thái dương tiểu trường	Huyệt ở mặt sau vai, từ đầu chỉ nếp nách thẳng lên 1 thốn	Châm thẳng sâu 1 - 1, 5 thốn
Khúc trì	Thủ dương minh đại trường	Co khuỷ tay vào ngực, huyệt ở đầu lần chỉ nếp gấp khuỷ, nơi bám của cơ ngừaa dài, cơ quay 1, cơ ngừa ngắn khớp khuỷ	Châm thẳng 1 - 1, 5 thốn
Hợp cốc	Thủ dương minh Đại trường	Ở kẽ xương đốt bàn tay 1 và 2, trên cơ liên đốt mu tay 1 và phía dưới trong xương đốt bàn tay 2.	Châm thẳng 0,5 – 0,8 thốn
A thị huyết	Huyệt ngoài kinh	Là các điểm đau xuất hiện khi có bệnh, mà thầy thuốc phát hiện ra trong thăm khám hoặc bệnh nhân chỉ ra. Chọn huyệt ở điểm ấn đau nhất của vùng bị bệnh.	Tùy theo vị trí huyết

1.5. Các nghiên cứu có liên quan

1.5.1. Nghiên cứu trên thế giới

Yi G.Q. và cộng sự (2010), đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa cột sống cổ (động mạch đốt sống) bằng kết hợp châm và cứu. Hiệu quả điều trị ở nhóm nghiên cứu là 93,3% (28/30), ở nhóm chứng là 73,3% (22/30) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [73].

Aslan Telci E., Karaduman A. (2012), đánh giá ảnh hưởng của ba phương pháp điều trị khác nhau về đau, tàn tật, chất lượng cuộc sống và tâm trạng ở những bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ. Các bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành ba nhóm. Nhóm 1 (n = 20) được điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu chủ động và thụ động, nhóm thứ 2 (n = 20) với các phương pháp điều trị tích cực, và nhóm thứ 3 (n = 20) với thuốc, bao gồm chống viêm non-steroid và thuốc giãn cơ. Kết quả có nhiều cải thiện trong hai nhóm được điều trị tập thể dục hơn so với nhóm được điều trị y tế [63].

Trương Hỷ Thu và cộng sự (2013), điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng xoa bóp kết hợp uống Độc hoạt tang ký sinh và xông hơi thảo dược. Kết quả 95,1% bệnh nhân giảm đau cổ, vai và tê chi trên, 41,3% bệnh nhân thuyên giảm hoàn toàn triệu chứng, có thể lao động và làm việc bình thường [80].

1.5.2. Nghiên cứu tại Việt Nam

Năm 2014, Nguyễn Tuyết Trang và cộng sự thực hiện đề tài “Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ của phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết”. Kết quả sau 30 ngày can thiệp, 100% bệnh nhân rất đau và đau vừa chuyển về mức đau ít và không đau; tầm vận động cột sống cổ từ hạn chế nhiều giảm về hạn chế vừa (6,7%), ít (70%) hoặc không hạn chế (23,3%); mức độ hạn chế sinh hoạt từ ảnh hưởng nhiều giảm xuống còn 66,7% mức ảnh hưởng nhẹ và 33,3% mức ảnh hưởng TB ($p < 0,05$) [53].

Năm 2015, Đặng Trúc Quỳnh và cộng sự thực hiện đề tài “Tác dụng giảm co cứng cơ và giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày của bài thuốc Cát căn thang kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy do đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ”. Kết quả nghiên cứu cho thấy, NNC giảm co cứng cơ vị trí vùng cổ và vai nhiều hơn NĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu suất giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo điểm NDI của NNC sau 1 tuần và sau 3 tuần điều trị cao hơn NĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu kết luận: Bài thuốc Cát căn thang kết hợp với điện châm mang lại hiệu quả tốt trong giãn cơ vùng cổ gáy và phục hồi các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cho bệnh nhân đau vai gáy do đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ [43].

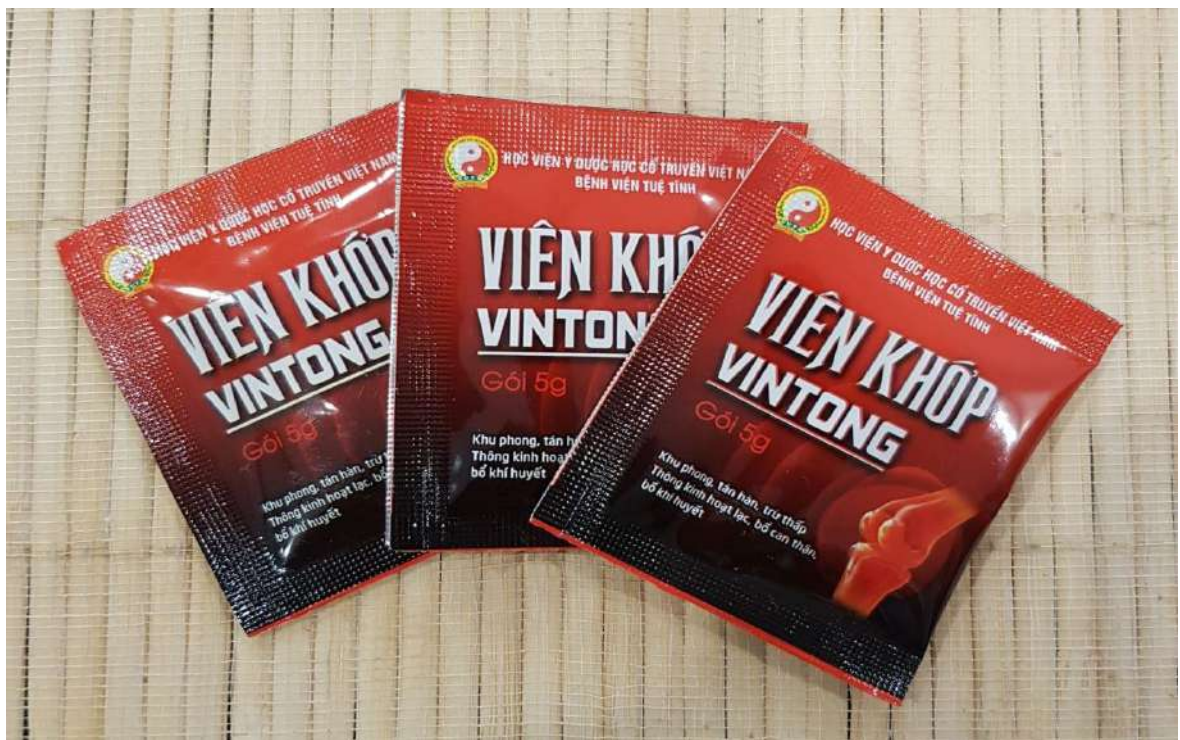
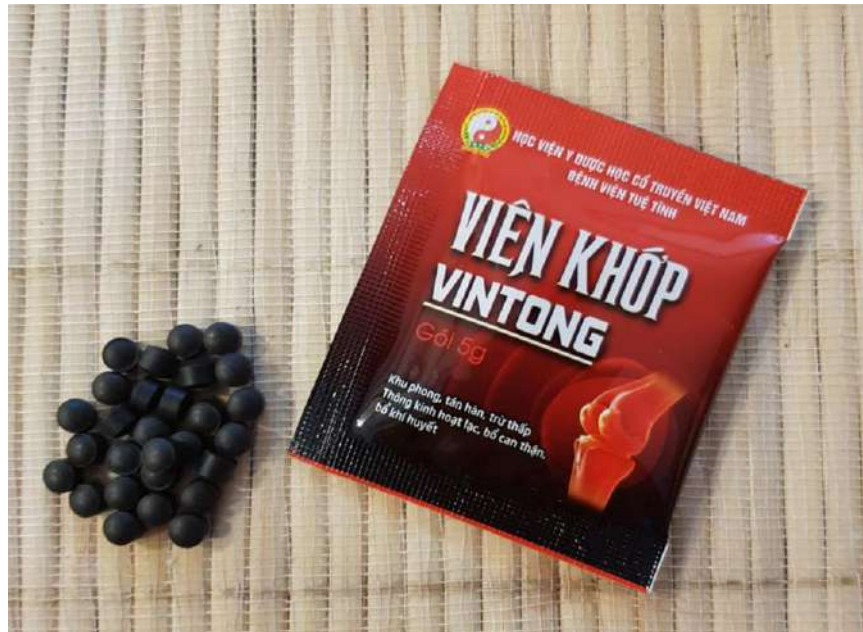
Năm 2018, Nguyễn Đức Minh thực hiện đề tài “Đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm kết hợp Đại hội Ngải cứu Việt trong điều trị đau vai gáy thể phong hàn” cho kết quả: Sau 7 ngày điều trị, điểm đau VAS giảm từ đau nặng, nhẹ hoặc TB xuống không đau ở NNC là 83,33% và NĐC là 66,66% ($p < 0,05$). Điểm chất lượng cuộc sống ở NNC mức độ tốt tăng từ 0 lên 86,66%; NĐC tăng từ 0 lên 70% ($p < 0,05$). Tầm vận động cột sống cổ của bệnh nhân NNC đạt tốt và khá sau can thiệp 100%; NĐC đạt 63,33%. Về mức độ đau vùng cổ vai, bệnh nhân NNC không còn biểu hiện này sau 7 ngày can thiệp, NĐC mức độ co cơ còn 13,33%. Hiệu quả điều trị chung như sau: NNC đạt tốt từ 0% lên 83,33%; NĐC tăng từ 0% lên 63,33%. Phương pháp cứu bằng Đại hội Ngải cứu Việt không ghi nhận được tác dụng không mong muốn trên lâm sàng [39].

Chương 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Viên khớp Vintong



Hình 2.1. Viên khớp Vintong sử dụng trong nghiên cứu

Thành phần viên khớp gồm: Độc hoạt 05g; Phòng phong 05g; Tần giao 05g; Tang ký sinh 05g; Ngưu tất 05g; Bạch thược 2,5g; Thục địa 2,5g; Khương hoạt 2,5g; Tế tân 2,5g; Đảng sâm 05g; Đương quy 2,5g; Đỗ trọng 2,5g; Xuyên khung 2,5g; Cam thảo 01g.

Các vị thuốc sử dụng trong nghiên cứu được bào chế theo đúng tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V [9]. Thuốc được bào chế dưới dạng viên hoàn cứng. Bệnh nhân uống ngày 3 gói chia 3 lần sau ăn 30 phút.

2.1.2. Phác đồ huyết điện châm

Phác đồ huyết điện châm được sử dụng trong nghiên cứu là phác đồ của Bộ y tế được ban hành trong cuốn “Quy trình kỹ thuật chuyên ngành châm cứu” (Kèm theo quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế), bao gồm các huyết [11]:

Giáp tích C4-C7; Kiên ngưng; Tý nhu; Kiên trinh; Kiên trung du; Kiên tĩnh; Thủ tam lý; Phong phủ; Ngoại quan; Kiên ngoại du; Hợp cốc; Thiên trụ; Chi câu; Khúc trì; Lao cung.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân trên 18 tuổi, không phân biệt giới và nghề nghiệp, tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị.
- Những bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu sẽ được kí cam kết tình nguyện (Phụ lục 2).
- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo các tiêu chuẩn của y học hiện đại và y học cổ truyền bao gồm:

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học hiện đại: khi đạt 3/3 tiêu chí:

- + Đau vùng cổ gáy: lâm sàng biểu hiện bằng đau vùng cổ gáy

+ Thoái hóa cột sống cổ: Chẩn đoán dựa trên hình ảnh chụp X-quang quy ước cột sống cổ thẳng, nghiêng hoặc chếch $\frac{3}{4}$ có một hoặc nhiều hình ảnh: đặc xương dưới sụn, hẹp khe khớp, tân tạo xương mới (câu xương, gai xương).

+ Mức độ đau theo thang nhìn VAS ≤ 6 điểm.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền

+ Chứng Tý ở cổ gáy thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp: vùng cổ gáy đau nhức, cứng khó vận động; đau tăng lên khi gặp lạnh, gió, mưa, ẩm; sợ lạnh, cảm giác lạnh vùng cổ gáy, đau giảm khi chườm ấm hoặc xoa bóp. Rêu lưỡi trắng mỏng hoặc hơi nhớt, mạch phù hoạt.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu

- Bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ kèm theo hình đĩa đệm/thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.
- Phụ nữ có thai và đang cho con bú.
- Bệnh nhân mắc các bệnh lý mạn tính nặng (suy gan, suy thận, bệnh lý ác tính).
- Bệnh nhân không thuộc thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư theo Y học cổ truyền.

2.3. Thời gian nghiên cứu

- Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 1/2020 đến hết tháng 8/2020.

2.4. Địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh – Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam

2.5. Phương pháp nghiên cứu

2.5.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị đồng thời so sánh với nhóm chứng.

2.5.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Đối tượng được chọn vào nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau vùng cổ gáy do đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh trong thời gian nghiên cứu diễn ra.

Sử dụng công thức cỡ mẫu cho trường hợp thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên cho hai nhóm đối tượng (một nhóm sử dụng viên khớp Vintong kết hợp điện châm; một nhóm chỉ điện châm để điều trị đau vùng cổ gáy) và mục tiêu nghiên cứu là so sánh tỷ lệ hiệu quả sau can thiệp (theo các mức Tốt, Khá, Trung bình và Không thay đổi), áp dụng công thức:

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

Trong đó:

n Cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ Với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z = 1,96$

Z_{β} Với $\beta = 0,2 \rightarrow Z = 0,842$

P_1 ước lượng tỷ lệ bệnh nhân sử dụng viên khớp Vintong kết hợp điện châm điều trị đau cổ gáy do thoái hóa có hiệu quả tốt \rightarrow Do chưa có nghiên cứu từ trước, giả định $P_1 = 0,5$.

P_2 ước lượng tỷ lệ bệnh nhân điều trị đau cổ gáy do thoái hóa bằng điện châm có hiệu quả tốt. Dựa trên các nghiên cứu trước, chọn $P_2 = 0,8$.

\bar{P} Là giá trị trung bình của P_1 và P_2 . Áp dụng công thức

$$\bar{P} = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{0,5 + 0,8}{2} = 0,65$$

Ước lượng 10% bệnh nhân bỏ cuộc, như vậy, cỡ mẫu ước tính cho nghiên cứu này là:

$$n = \frac{1,96 \times \sqrt{2 \times 0,65 \times (1-0,65)} + 0,842 \times \sqrt{0,5 \times (1-0,5) + 0,8 \times (1-0,8)}}{(0,5-0,8) \times (0,5-0,8)} + 0,1n \approx 23$$

Như vậy, cỡ mẫu cần thiết tối thiểu là 23 bệnh nhân đau cổ gáy do thoái hóa cho mỗi nhóm bệnh nhân, nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

Thực tế trong quá trình lấy số liệu chúng tôi thập thập được 30 bệnh nhân cho mỗi nhóm. Vậy tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 60 bệnh nhân.

2.5.3. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu

2.5.3.1. Biến số về đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

- Đặc điểm chung:

- + Tuổi: 30-39; 40-49; 50-59 và trên 60 tuổi
- + Giới: nam, nữ
- + Nghề nghiệp: nhóm nghề nguy cơ cao (lao động chân tay, bê vác nặng...), nhóm nghề nguy cơ thấp (nội trợ)

- Đặc điểm thời gian mắc bệnh: < 1 tháng, 1-3 tháng, 3-6 tháng; trên 6 tháng

2.5.3.2. Biến số về kết quả của viên khớp Vitong kết hợp điện châm trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ

- Sự thay đổi điểm đau VAS
- Sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ:
 - + Cúi
 - + Ngửa
 - + Nghiêng
 - + Xoay
- Sự thay đổi điểm NDI.
- Sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm
 - + Sinh hóa máu (ure, creatinin, AST, ALT)
 - + Huyết học (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu)

2.5.3.3. *Biến số về tác dụng không mong muốn của viên khớp Vintong kết hợp điện châm trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ*

- Tác dụng không mong muốn của viên khớp Vintong: nôn, ỉa chảy, nổi mẩn ngứa ngoài da...

- Tác dụng không mong muốn của điện châm: vụng châm, chảy máu, bầm tím nơi châm...

- Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp trung bình

2.5.4. *Công cụ và kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu*

2.5.4.1. *Máy móc sử dụng trong nghiên cứu*

- Máy xét nghiệm sinh hóa
- Máy xét nghiệm huyết học
- Máy chụp X-quang
- Máy đo huyết áp

2.5.4.2. *Công cụ và kỹ thuật điện châm*

- Công cụ: Máy điện châm, kim châm cứu dùng 1 lần, bông, cồn 70 độ, pank có máu, khay quả đậu.

- Kỹ thuật thực hiện điện châm:

Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết

Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau:

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết

Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết

Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mót chặt vị trí huyết)

Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số
bỏ-tả của máy điện châm

- Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5-10Hz; Tần số bỏ từ 1-3Hz

- Cường độ: Nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microampe (tùy theo mức
chịu đựng của người bệnh)

- Thời gian: 30 phút, liệu trình 21 ngày liên tục

2.5.5. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Khám sàng lọc

Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh với tình trạng vùng cổ gáy
được khám sàng lọc.

Bước 2: Chẩn đoán xác định

Nghiên cứu viên tiến hành chẩn đoán xác định nhằm lựa chọn bệnh nhân
vào nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau vùng cổ gáy do thoái
hóa cột sống cổ theo các tiêu chuẩn của YHHĐ và YHCT thỏa mãn các tiêu
chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

**Bước 3: Chọn bệnh nhân vào nghiên cứu (Điền vào bệnh án nghiên cứu
- phụ lục 1)**

Khám lâm sàng, hỏi tiền sử.

Ghi các xét nghiệm cơ bản.

Thông báo về đề tài và mời những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia
nghiên cứu, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được kí cam kết theo
phụ lục 2, lập danh sách bệnh nhân tình nguyện tham gia.

Bước 4: Mã hóa

Bệnh nhân được mã hóa, sắp xếp bệnh nhân vào 2 nhóm: Nhóm nghiên
cứu, nhóm đối chứng (mỗi nhóm 30 bệnh nhân) theo phương pháp ghép cặp,
đảm bảo tính tương đồng giữa 2 nhóm về tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc
bệnh.

Bước 5: Tiến hành điều trị theo phác đồ

Liệu trình điều trị và theo dõi 21 ngày liên tục tính từ ngày nhập viện.

Nhóm nghiên cứu (30 bệnh nhân):

Viên khớp Vintong dạng viên hoàn cứng, ngày 3 gói (5gam hoạt chất) chia 3 lần, uống sau ăn 30 phút.

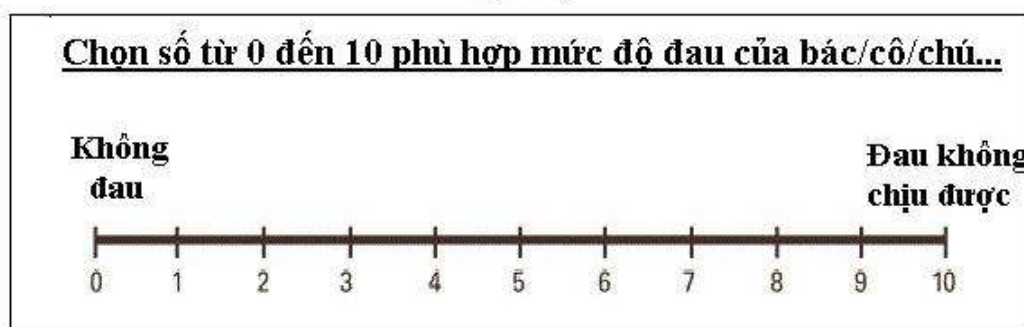
Điện châm theo phác đồ nghiên cứu \times 30 phút/lần/ngày \times 21 ngày.

Nhóm đối chứng (30 bệnh nhân):

Điện châm theo phác đồ nghiên cứu \times 30 phút/lần/ngày \times 21 ngày.

2.5.6. Phương pháp đánh giá kết quả**2.5.6.1. Điểm đau VAS**

Mức độ đau chủ quan của bệnh nhân được lượng giá bằng thang VAS (Visual Analogue Scale). Thang VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 (hoàn toàn không đau) đến 10 (đau nghiêm trọng, không thể chịu được, có thể choáng ngất). Thang VAS được chia thành 6 mức độ sau:

VISUAL ANALOGUE SCALE (VAS)

Hình 2.2. Thang điểm đánh giá đau VAS [76]

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chủ động lựa chọn các bệnh nhân có điểm VAS \leq 6. Do đó, phân loại và đánh giá cho điểm mức độ đau được mô tả theo bảng 2.4 dưới đây.

Bảng 2.1. Phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS [76]

Điểm VAS	Mức độ	Điểm đánh giá
VAS = 0 điểm	Hoàn toàn không đau	0 điểm
$0 < \text{VAS} \leq 2$ điểm	Đau nhẹ	1 điểm
$2 < \text{VAS} \leq 4$ điểm	Đau vừa	2 điểm
$4 < \text{VAS} \leq 6$ điểm	Đau nặng	3 điểm

Đánh giá và so sánh mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị của từng nhóm và giữa hai nhóm ở các thời điểm D_0 ; D_{14} ; D_{21}

2.5.6.2. Tầm vận động cột sống cổ

Phương pháp đo tầm vận động cột sống cổ dựa trên phương pháp đo tầm vận động khớp do Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình của Mỹ đề ra. Phương pháp này quy định mọi cử động khớp đều được đo từ vị trí khởi đầu Zero, trong đó vị trí Zero là tư thế thẳng của người được khám, gồm đầu thẳng, mắt nhìn ra phía trước, hai chân thẳng, đầu gối không gập, hai bàn chân song song với nhau, bờ trong hai bàn chân áp sát vào nhau. Vị trí giải phẫu duỗi của chi và thân thể được quy ước là 0^0 .

Tầm vận động khớp được đo chủ động hoặc thụ động. Vận động chủ động là chuyển động khớp của bệnh nhân qua tầm vận động góc quy định của khớp. Vận động thụ động là chuyển động khớp của người khám qua tầm vận động quy định của khớp.

Tầm vận động khớp được đo bằng thước có góc là mặt phẳng hình tròn, chia độ từ 0^0 - 360^0 , một cạnh di động và một cạnh cố định, dài 30cm. Bệnh nhân được ngồi thẳng, tựa lưng ngang vai, khớp gối và háng gập vuông góc, hai bàn chân đặt trên sàn nhà, hai tay xuôi khép sát dọc thân người. Tầm vận động của cột sống cổ được đo ở các động tác gập duỗi (cúi ngửa), nghiêng bên và quay.

Đo độ gấp duỗi: người đo đứng phía bên bệnh nhân, hai cánh của thước đi qua đỉnh đầu, người bệnh ở tư thế thẳng góc với mặt đất (đứng hay ngồi), lần lượt cúi ngửa cổ, cánh cố định ở vị trí khởi điểm, cánh di động theo hướng đi của đỉnh đầu. Bình thường gấp có thể đạt đến cảm chạm vào ngực, duỗi đến mức ụ cằm nằm ngang.

Đo độ nghiêng bên: người đo đứng phía sau bệnh nhân, gốc thước đặt ở mỏm gai C7, cánh cố định nằm ngang song song với mặt đất, cánh di động trùng với trục đứng của thân. Góc đo được là góc tạo giữa cánh cố định và cánh di động đặt theo hướng đường nối từ điểm gốc C7 đến đỉnh đầu bệnh nhân.

Đo cử động quay: người đo đứng ở phía sau, gốc thước là giao điểm của đường nối đỉnh vành tai hai bên cắt đường giữa thân. Hai cánh của thước chập lại đặt theo hướng nối đỉnh đầu đi qua đỉnh mũi. Khi bệnh nhân xoay đầu lần lượt sang từng bên, cánh di động của thước xoay theo hướng đỉnh mũi trong khi cánh cố định ở lại vị trí cũ.

Mức độ chính xác và yếu tố ảnh hưởng phụ thuộc vào trình độ và sự thận trọng của người đo, hiểu biết và sự hợp tác của đối tượng [42],[47].

Bảng các giá trị tầm vận động bình thường của các động tác cột sống cổ được trình bày trong bảng 2.5. Điểm vận động của 1 động tác bằng 0 khi tầm vận động trong giới hạn bình thường; hạn chế từ $1^0 - 5^0$ được tính 1 điểm, $6^0 - 10^0$ được tính 2 điểm, $11^0 - 15^0$ được tính 3 điểm, trên 15^0 được tính 4 điểm.

Cách cho điểm chi tiết của từng động tác trong nghiên cứu của chúng tôi được trình bày trong bảng 2.2 và 2.3. Điểm tầm vận động chung được tính bằng tổng các điểm vận động cả 6 động tác cúi, ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái, quay phải, quay trái.

Bảng 2.2. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý [47]

Tầm vận động Động tác	Bình thường	Bệnh lý			
		0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Cúi	45 ⁰ – 55 ⁰	40 ⁰ – 44 ⁰	35 ⁰ – 39 ⁰	30 ⁰ - 34 ⁰	< 30 ⁰
Ngửa	60 ⁰ – 70 ⁰	55 ⁰ – 59 ⁰	50 ⁰ – 54 ⁰	45 ⁰ - 49 ⁰	< 45 ⁰
Nghiêng phải	40 ⁰ - 50 ⁰	35 ⁰ – 39 ⁰	30 ⁰ – 34 ⁰	25 ⁰ - 39 ⁰	< 25 ⁰
Nghiêng trái	40 ⁰ - 50 ⁰	35 ⁰ – 39 ⁰	30 ⁰ – 34 ⁰	25 ⁰ - 39 ⁰	< 25 ⁰
Quay phải	60 ⁰ - 70 ⁰	55 ⁰ – 59 ⁰	50 ⁰ – 54 ⁰	45 ⁰ - 49 ⁰	< 45 ⁰
Quay trái	60 ⁰ - 70 ⁰	55 ⁰ – 59 ⁰	50 ⁰ – 54 ⁰	45 ⁰ - 49 ⁰	< 45 ⁰

Bảng 2.3. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ [43]

Mức độ	Điểm tầm vận động chung	Điểm đánh giá
Không hạn chế	0 điểm	0 điểm
Hạn chế ít	1 - 6 điểm	1 điểm
Hạn chế vừa	7 - 12 điểm	2 điểm
Hạn chế nhiều	13 - 18 điểm	3 điểm
Hạn chế rất nhiều	19 - 24 điểm	4 điểm

2.5.6.3. Đánh giá mức độ cải thiện hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo Bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI)

Bộ câu hỏi Neck Disability Index của tác giả Howard Vernon là một công cụ dùng để tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy hoặc các bệnh lý chấn thương cổ. Bộ câu hỏi NDI được công bố lần đầu vào năm 1991 và là bộ câu hỏi đầu tiên cho việc tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy, đã được dịch ra hơn 20 ngôn ngữ và được sử dụng rộng rãi trong nghiên

cứu điều trị. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục, điểm tối đa là 50 điểm và được đánh giá như sau:

Bảng 2.4. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI) [57]

Điểm thô	Mức hạn chế	Điểm quy đổi
0 – 4	Không hạn chế	0 điểm
5 – 14	Hạn chế nhẹ	1 điểm
15 – 24	Hạn chế trung bình	2 điểm
25 – 34	Hạn chế nghiêm trọng	3 điểm
≥ 35	Hoàn toàn hạn chế	4 điểm

Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của từng nhóm và so sánh hai nhóm ở các thời điểm D_0 ; D_{14} ; D_{21}

2.5.6.4. Đánh giá kết quả điều trị chung

Thang đánh giá kết quả điều trị chung dựa vào tổng điểm của 3 chỉ số: Mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ hạn chế vận động cột sống cổ và mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo bộ câu hỏi NDI [43].

Bảng 2.5. Đánh giá kết quả điều trị chung [43]

Điểm	Kết quả điều trị chung
0 - 8 điểm	Tốt
9 - 17 điểm	Khá
18 - 26 điểm	Trung bình
26 - 32 điểm	Kém

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

2.6.1. Thuật toán

Số liệu được nhập bằng phần mềm SPSS 20.0. Thuật toán sử dụng trong nghiên cứu gồm: khi bình phương, tính tỷ lệ phần trăm, T-Test. Với độ tin cậy 95%, kiểm định có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.6.2. Phương pháp không chế sai số

Sai lệch lựa chọn: Hạn chế bằng cách đặt ra tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu rõ ràng cho tất cả người bệnh. Người bệnh đau cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ được định nghĩa rõ ràng trong nghiên cứu.

Sai lệch đo lường: Chuẩn hóa và hiệu chỉnh cân, thước đo, thang đo trước khi điều tra. Học viên là người trực tiếp đo đạc, phỏng vấn.

Sai lệch hồi tưởng/nhớ lại: Giảm thiểu bằng cách chủ yếu hỏi các câu hỏi liên quan đến quá khứ gần hoặc các thói quen của đối tượng để đối tượng được điều tra có thể dễ dàng nhớ lại.

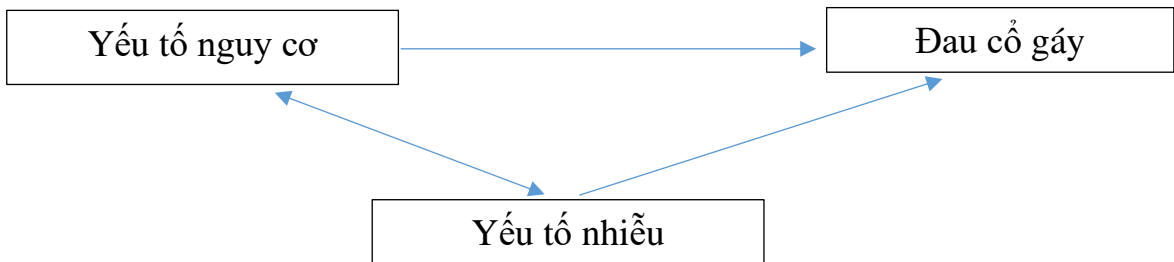
Sai lệch đo lường: Chuẩn hóa và hiệu chỉnh máy đo huyết trước khi điều tra, chọn máy đo huyết áp ALPK2, hãng sản xuất Tanaka Sangyo của Nhật Bản, có mức sai số 3mmHg. Ống nghe Littmann Classic II Infant 2114, xuất xứ Mỹ, cân Omron xuất xứ Nhật Bản, sai số 100gram, thước đo tầm vận động, sai số 5 độ, thang đau VAS

Sai lệch hệ thống khác: Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất cho tất cả các đối tượng trong nghiên cứu.

Sai lệch trong quá trình thu thập số liệu: Nghiên cứu viên là người trực tiếp phỏng vấn và tiến hành đo các thông số. Thầy hướng dẫn khoa học sẽ kiểm tra ngẫu nhiên các đối tượng trong nghiên cứu để kiểm tra tính chuẩn xác của thông tin thu được.

2.6.3. Phương pháp hạn chế nhiễu

Các yếu tố nguy cơ được đánh giá là có liên quan trực tiếp đến nguy cơ mắc bệnh/làm nặng bệnh và không nằm trong cơ chế tác động hoặc tiến trình tiến triển của đau cổ gáy do thoái hóa đốt sống cổ (yếu tố nhiễu) được phân tích một cách rõ ràng theo sơ đồ sau để loại khỏi nghiên cứu.



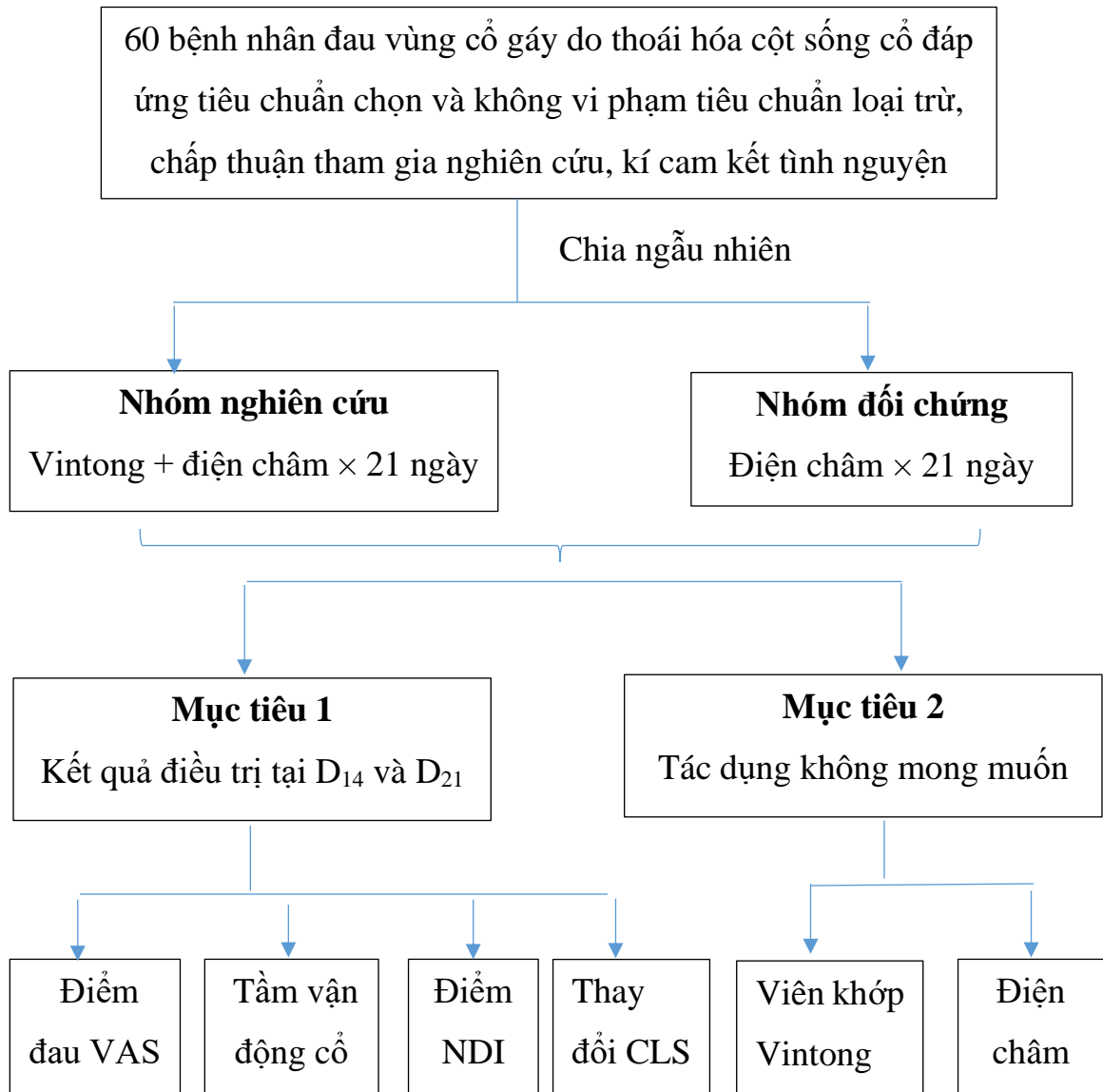
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ tác động của yếu tố nhiễu

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích tìm ra thêm một phương pháp điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ mà không nhằm một mục đích nào khác.

Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo sự tham gia của bệnh nhân trong nghiên cứu này là tự nguyện, tất cả bệnh nhân đều được ký cam kết tự nguyện tham gia nghiên cứu, bệnh nhân có quyền rời khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào vì bất cứ lý do gì.

Nghiên cứu được thông qua hội đồng Khoa học của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và Hội đồng Đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam trước khi được tiến hành nghiên cứu; được sự cho phép của Ban giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh cho phép tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện.



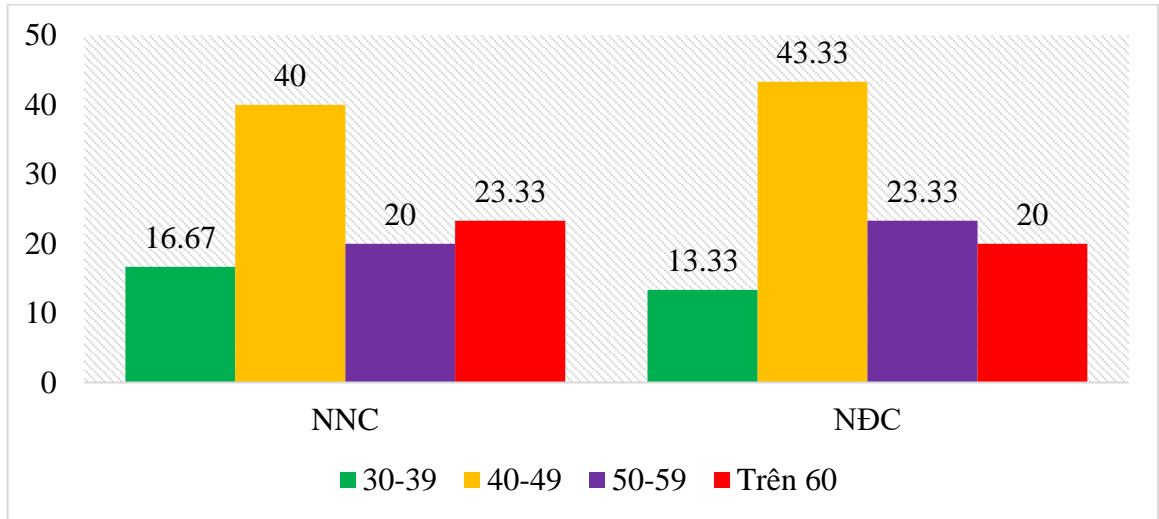
Sơ đồ 2.2. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

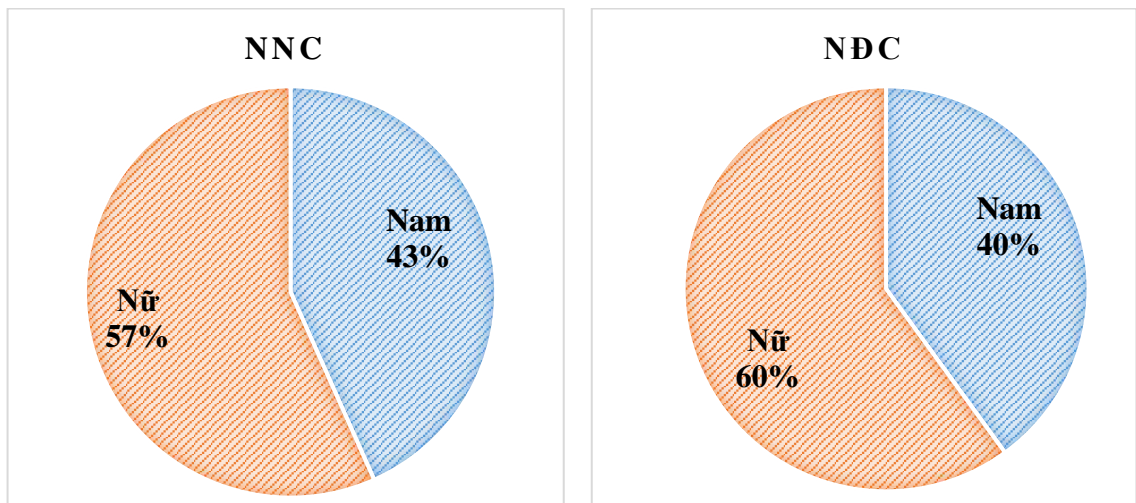
3.1.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Bệnh nhân NNC và NĐC có sự tương đồng về nhóm tuổi, tập trung cao nhất ở đối tượng bệnh nhân từ 40-49 tuổi (40% ở NNC và 43,33% ở NĐC), thấp nhất ở nhóm bệnh nhân từ 30-39 tuổi.

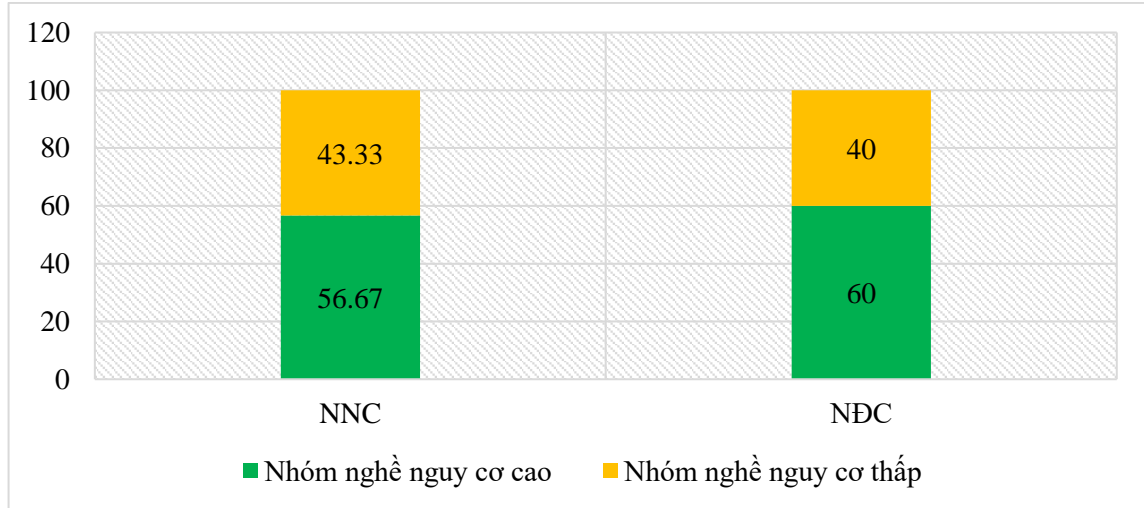
3.1.2. Đặc điểm giới của bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm giới của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam giới ở cả NNC và NĐC.

3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm nghề có nguy cơ cao mắc đau vùng vai gáy (tĩnh tại, văn phòng, bê vác nặng ...) chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu ở cả hai nhóm bệnh nhân.

3.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Nhóm	NNC (n=30)		NĐC (n=30)	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
< 1 tháng		5	16,67	3	10,00
1 - 3 tháng		10	33,33	10	33,33
3 - 6 tháng		11	36,67	12	40,00
Trên 6 tháng		4	13,33	5	16,67
$P_{NNC-NĐC}$		$> 0,05$			

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 3-6 tháng chiếm tỷ lệ cao hơn các nhóm còn lại với 36,67% ở NNC và 40% ở NĐC. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm thời gian mắc bệnh.

3.2. Tác dụng của viên khớp Vintong kết hợp điện châm trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ trên một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng

3.2.1.1. Sự thay đổi mức độ cơ cơ

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo mức độ co cứng cơ sau 14 ngày điều trị

Đánh giá co cứng cơ	NNC (n=30)				NĐC (n=30)				p _{NNC-NĐC}
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cổ	30	100	17	56,67	28	93,33	24	80	p _{D0} >0,05 p _{D14} >0,05
Gáy	15	50	9	30	18	60	15	50	p _{D0} >0,05 p _{D14} <0,05
Xung quanh vùng cổ gáy	16	53,33	9	30	15	50	12	40	p _{D0} >0,05 p _{D14} >0,05
Tổng số bệnh nhân co cứng cơ	30	100	19	63,33	30	100	20	66,67	p _{D0} >0,05 p _{D14} >0,05
p _{D0-D14}	Cổ: p<0,05 Gáy: p<0,05 Xung quanh cổ gáy: p<0,05				Cổ: p>0,05 Gáy: p>0,05 Xung quanh cổ gáy: p>0,05				

Nhận xét: Trước điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có co cứng vùng cổ là trên 90% ở cả NNC và NĐC, co cứng gáy là 50% ở NNC và 60% ở NĐC. Tổng số bệnh nhân có co cứng xung quanh vùng cổ gáy là 50% - 53,33%. Sau 14 ngày điều trị, tỷ lệ có co cứng cơ giảm từ 100% xuống còn 63,33% ở NNC và 66,67% ở NĐC.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau cơ cơ sau 21 ngày điều trị

Đánh giá cơ cứng cơ	NNC (n=30)				NĐC (n=30)				p _{NNC-NĐC}
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cổ	30	100	0	0	28	93,33	12	40	p _{D0} >0,05 p _{D21} <0,05
Gáy	15	50	3	6,67	18	60	8	26,67	p _{D0} >0,05 p _{D21} <0,05
Xung quanh vùng cổ gáy	16	53,33	2	6,67	15	30	5	16,67	p _{D0} >0,05 p _{D21} >0,05
Tổng số bệnh nhân cơ cứng cơ	30	100	4	13,33	30	100	14	46,67	p _{D0} >0,05 p _{D21} <0,05
p _{D0-D21}	Cổ: p<0,05 Gáy: p<0,05 Xung quanh cổ gáy: p<0,05				Cổ: p<0,05 Gáy: p<0,05 Xung quanh cổ gáy: p<0,05				

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, mức độ cơ cứng cơ có sự cải thiện rõ rệt, NNC tốt hơn NĐC (p<0,05). Cụ thể ở NNC không còn bệnh nhân nào cơ cứng cổ, cơ cứng gáy giảm còn 6,67% - khác biệt có ý nghĩa so với NĐC: còn 40% cơ cứng cổ và 26,67% cơ cứng gáy. Tổng số bệnh nhân có cơ cứng cơ giảm thấp (NNC là 13,33%, trong khi đó NĐC là 46,67%).

3.2.1.2. Sự thay đổi điểm đau VAS

Bảng 3.4. Sự thay đổi điểm đau VAS sau 14 ngày điều trị

VAS	NNC (n=30)				NĐC (n=30)				p _{NNC-NĐC}
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
0 điểm	0	0	1	3,33	0	0	1	3,33	>0,05
0 < VAS ≤ 2	0	0	17	56,67	0	0	2	6,67	
2 < VAS ≤ 4	8	26,67	10	33,33	4	13,33	19	63,33	
4 < VAS ≤ 6	22	73,33	2	6,67	26	86,67	8	26,67	
p _{D0-D14}	<0,05				<0,05				

Nhận xét: sau 14 ngày điều trị, có sự cải thiện rõ rệt ở cả NNC và NĐC khi so sánh trước và sau điều trị ($p < 0,05$), sự cải thiện ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Sự thay đổi điểm đau VAS sau 21 ngày điều trị

VAS	NNC (n=30)				NĐC (n=30)				p _{NNC-NĐC}
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
0	0	0	27	90	0	0	20	66,67	<0,05
0 < VAS ≤ 2	0	0	3	10	0	0	6	20	
2 < VAS ≤ 4	7	23,33	0	0	4	13,33	4	13,33	
4 < VAS ≤ 6	23	76,67	0	0	26	86,67	0	0	
p _{D0-D30}	<0,01				<0,05				

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, điểm đau VAS có sự cải thiện rõ rệt ở NNC và NĐC, trong đó, NNC có mức giảm đau tốt hơn NĐC. Có 90% bệnh nhân NNC về mức không đau, trong khi tỷ lệ này ở NĐC chỉ là 66,67%.

3.2.1.3. Sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ

Bảng 3.6. Sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ sau 14 ngày điều trị

Nhóm Tầm vận động (độ)	NNC $\bar{X} \pm SD$ (n=30)		NĐC $\bar{X} \pm SD$ (n=30)		$p_{NNC-NĐC}$
	D ₀	D ₁₄	D ₀	D ₁₄	
Cúi	27 ± 7,8	35,1 ± 3,1	26,9 ± 8,4	38,1 ± 2,2	$p_{D0} > 0,05$ $p_{D14} > 0,05$
Ngửa	37,5 ± 8,9	43,2 ± 3,8	38 ± 8,8	45,4 ± 4,3	$p_{D0} > 0,05$ $p_{D14} > 0,05$
Nghiêng trái	30,2 ± 6	34,8 ± 2,4	31,3 ± 6,6	35,3 ± 2,6	$p_{D0} > 0,05$ $p_{D14} > 0,05$
Nghiêng phải	32 ± 8,1	34,8 ± 2,3	32 ± 5,5	35,6 ± 2,5	$p_{D0} > 0,05$ $p_{D14} > 0,05$
Quay trái	43,6 ± 5,3	52,4 ± 3,0	47,7 ± 5,7	50,8 ± 3,8	$p_{D0} > 0,05$ $p_{D14} > 0,05$
Quay phải	43,6 ± 10,2	52,6 ± 3,0	45,5 ± 7,5	50,03 ± 4,4	$p_{D0} > 0,05$ $p_{D14} > 0,05$
p_{D0-D14}	$p_{cúi} > 0,05$ $p_{ngửa} > 0,05$ $p_{ngiêng\ trái} > 0,05$ $p_{ngiêng\ phải} > 0,05$ $p_{quay\ trái} > 0,05$ $p_{quay\ phải} > 0,05$		$p_{cúi} > 0,05$ $p_{ngửa} > 0,05$ $p_{ngiêng\ trái} > 0,05$ $p_{ngiêng\ phải} > 0,05$ $p_{quay\ trái} > 0,05$ $p_{quay\ phải} > 0,05$		

Nhận xét: Tầm vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng trái/phải, quay trái/phải) có sự cải thiện, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê sau 14 ngày điều trị giữa NNC và NĐC.

Bảng 3.7. Sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ sau 21 ngày điều trị

Nhóm Tầm vận động (độ)	NNC $\bar{X} \pm SD$ (n=30)		NĐC $\bar{X} \pm SD$ (n=30)		$p_{NNC-NĐC}$
	D ₀	D ₂₁	D ₀	D ₂₁	
Cúi	27 ± 7,8	45,10 ± 3,19	26,9 ± 8,4	40,10 ± 2,42	$p_{D21} < 0,05$
Ngửa	37,5 ± 8,9	55,23 ± 3,79	38 ± 8,8	50,52 ± 2,41	$p_{D21} < 0,05$
Nghiêng trái	30,2 ± 6	43,43 ± 2,47	31,3 ± 6,6	40,31 ± 2,40	$p_{D21} < 0,05$
Nghiêng phải	32 ± 8,1	43,77 ± 2,34	32 ± 5,5	40,13 ± 2,31	$p_{D21} < 0,05$
Quay trái	43,6 ± 5,3	60,8 ± 3,95	47,7 ± 5,07	55,63 ± 3,56	$p_{D21} < 0,05$
Quay phải	43,6 ± 10,2	60,0 ± 4,04	45,5 ± 7,5	55,13 ± 3,67	$p_{D21} < 0,05$
p_{D0-D21}	$p_{\text{cúi}} < 0,05$ $p_{\text{ngửa}} < 0,05$ $p_{\text{nghiêng trái}} < 0,05$ $p_{\text{nghiêng phải}} < 0,05$ $p_{\text{quay trái}} < 0,05$ $p_{\text{quay phải}} < 0,05$		$p_{\text{cúi}} < 0,05$ $p_{\text{ngửa}} < 0,05$ $p_{\text{nghiêng trái}} < 0,05$ $p_{\text{nghiêng phải}} < 0,05$ $p_{\text{quay trái}} < 0,05$ $p_{\text{quay phải}} < 0,05$		

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, cả NNC và NĐC đều có sự cải thiện tốt tầm vận động cột sống cổ, trong đó NNC tốt hơn NĐC, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Phân loại hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 14 ngày điều trị

Mức độ	NNC (n=30)				NĐC (n=30)				p _{NNC-NĐC}
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không hạn chế	0	0	0	0	0	0	0	0	>0,05
Hạn chế ít	0	0	20	66,67	0	0	18	60	
Hạn chế vừa	4	13,33	8	26,66	3	10,00	11	36,67	
Hạn chế nhiều	23	76,67	2	6,67	26	86,67	1	3,33	
Hạn chế rất nhiều	3	10	0	0	1	3,33	0	0	
p _{D0-D14}	>0,05				>0,05				

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ giữa NNC và NĐC sau 14 ngày điều trị (p>0,05).

Bảng 3.9. Phân loại hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 21 ngày điều trị

Mức độ	NNC (n=30)				NĐC (n=30)				p _{NNC-NĐC}
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không hạn chế	0	0	28	93,33	0	0	19	63,33	<0,05
Hạn chế ít	0	0	2	6,67	0	0	6	20	
Hạn chế vừa	4	13,33	0	0	3	10,00	5	16,67	
Hạn chế nhiều	23	76,67	0	0	26	86,67	0	0	
Hạn chế rất nhiều	3	10	0	0	1	3,33	0	0	
p _{D0-D21}	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, nhóm bệnh nhân dùng viên khớp Vintong và điện châm có hiệu quả rõ rệt trong sự cải thiện tầm vận động cột sống cổ, có

93,33% bệnh nhân không còn hạn chế vận động; tỷ lệ này ở nhóm điện châm đơn thuần chỉ đạt 63,33% ($p < 0,05$).

3.2.1.4. Sự thay đổi mức độ hạn chế vận động cổ theo thang NDI

Bảng 3.10. Sự thay đổi phân loại NDI sau 14 ngày điều trị

Mức độ	NNC (n=30)				NĐC (n=30)				p _{NNC-NĐC}
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không ảnh hưởng	0	0	0	0	0	0	0	0	>0,05
Ảnh hưởng ít	0	0	11	36,67	0	0	8	26,67	
Ảnh hưởng TB	17	46,67	17	56,67	14	46,67	19	63,33	
Ảnh hưởng nhiều	13	53,33	2	6,67	16	53,33	3	10	
p _{D0-D14}	>0,05				>0,05				

Nhận xét: Không có sự khác biệt về phân loại điểm NDI tại thời điểm 14 ngày điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.11. Sự thay đổi phân loại NDI sau 21 ngày điều trị

Mức độ	NNC (n=30)				NĐC (n=30)				p _{NNC-NĐC}
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không ảnh hưởng	0	0	28	93,33	0	0	12	40	<0,01
Ảnh hưởng ít	0	0	2	6,67	0	0	13	43,33	
Ảnh hưởng TB	17	46,67	0	0	14	46,67	5	16,67	
Ảnh hưởng nhiều	13	53,33	0	0	16	53,33	0	0	
p _{D0-D30}	<0,01				<0,05				

Nhận xét: Bệnh nhân được điều trị bằng viên khớp Vintong kết hợp điện châm có sự thay đổi điểm NDI về mức không ảnh hưởng chiếm 93,33% (so với nhóm điện châm thông thường chỉ đạt 40%), tốt hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.2. Sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng

Bảng 3.12. Sự thay đổi số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu

Chỉ số	NNC (n=30)			NĐC (n=30)		
	D ₀	D ₂₁	p	D ₀	D ₂₁	p
Số lượng hồng cầu (T/l)	4,6 ± 0,6	4,6 ± 0,6	>0,05	4,6 ± 0,5	4,6 ± 0,4	>0,05
Số lượng bạch cầu (G/l)	6,4 ± 1,5	6,1 ± 1,9	>0,05	6,0 ± 1,2	6,1 ± 1,2	>0,05
Số lượng tiểu cầu (T/l)	265,2 ± 12,6	266,1 ± 11,7	>0,05	257,4 ± 11,2	256,2 ± 11,1	>0,05

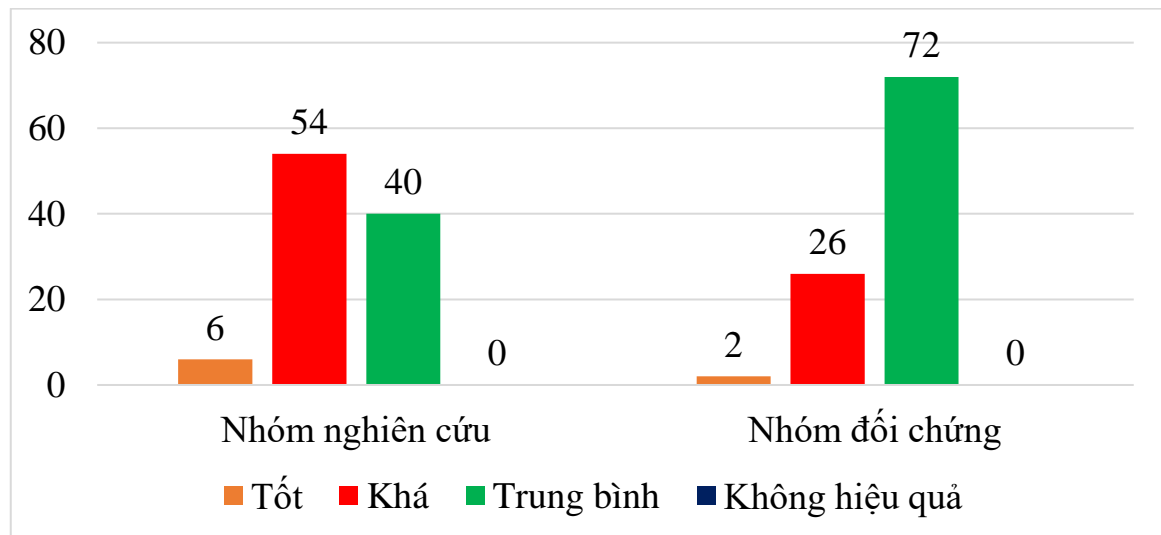
Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu trước và sau điều trị.

Bảng 3.13. Sự thay đổi chỉ số ure, creatinin, AST, ALT

Chỉ số	NNC (n=30)			NĐC (n=30)		
	D ₀	D ₂₁	p	D ₀	D ₃₀	p
Ure (mmol/l)	5,2 ± 1,2	5,0 ± 1,1	>0,05	4,7 ± 1,4	4,4 ± 1,3	>0,05
Creatinin (mol/l)	76,5 ± 6,3	75,1 ± 6,8	>0,05	71,3 ± 5,6	70,2 ± 5,4	>0,05
ALT (U/1-37 ⁰)	22,2 ± 4,0	23,3 ± 3,9	>0,05	25,9 ± 4,6	26,7 ± 4,9	>0,05
AST (U/1-37 ⁰)	24,2 ± 4,14	24,2 ± 4,1	>0,05	27,8 ± 4,5	28,9 ± 4,8	>0,05

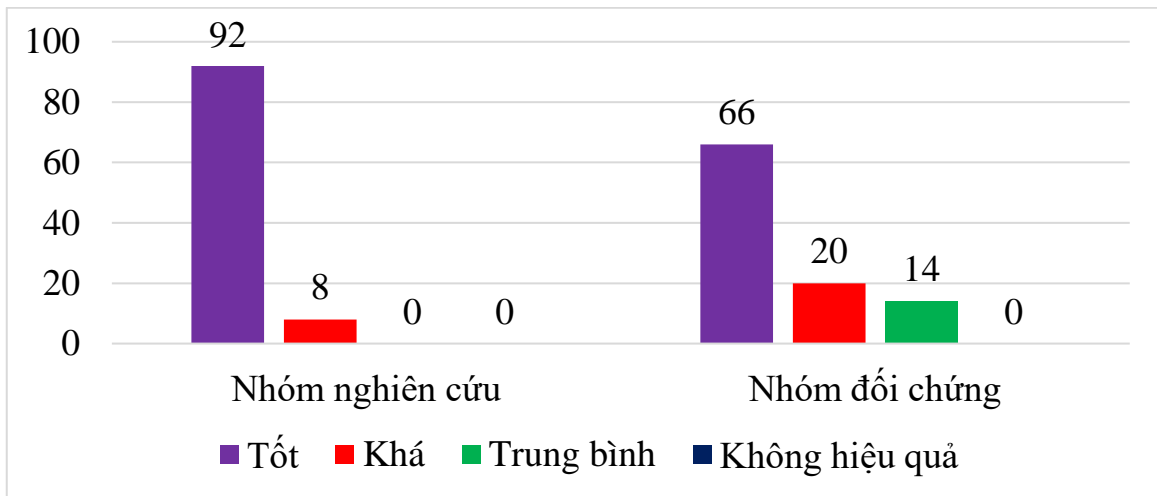
Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số ure, creatinin, ALT, AST trước và sau điều trị giữa NNC và NĐC.

3.3. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.4. Hiệu quả chung sau 14 ngày điều trị

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đạt mức khá và tốt ở NNC là 60%, NĐC là 28% sau 14 ngày điều trị.



Biểu đồ 3.5. Hiệu quả chung sau 21 ngày điều trị

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp

3.4.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.14. Tác dụng không mong muốn của điện châm

Triệu chứng	Ngày xuất hiện	Xử trí	Sau xử trí
Vụng châm	0	0	0
Chảy máu nơi châm	0	0	0
Bầm tím nơi châm	0	0	0
Abces nơi châm	0	0	0
Khác	0	0	0

Nhận xét: Trong quá trình 21 ngày điều trị, chúng tôi không quan sát được các biểu hiện bất thường/không mong muốn của điện châm

Bảng 3.15. Tác dụng không mong muốn của viên khớp Vintong

Triệu chứng	Ngày xuất hiện	Xử trí	Sau xử trí
Đau đầu	0	0	0
Buồn nôn/nôn	0	0	0
Mệt mỏi	0	0	0
Hoa mắt chóng mặt	0	0	0
Đi ngoài phân lỏng	0	0	0
Khác	0	0	0

Nhận xét: Không quan sát được các tác dụng không mong muốn của viên khớp Vintong trong quá trình 21 ngày dùng thuốc.

Bảng 3.16. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn

Dấu hiệu sinh tồn	NNC (n=30)			NĐC (n=30)		
	D ₀	D ₂₁	p	D ₀	D ₂₁	p
Tần số mạch (lần/phút)	74,1±3,2	74,1±3,2	>0,05	74,3 ± 3,1	74,4±3,4	>0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)	118,1±4,8	118,4±4,4	>0,05	118,6± 4,7	119,7±4,8	>0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	71,5±3,8	72,2±3,4	>0,05	71,9±3,6	72,4±3,5	>0,05

Nhận xét: Các chỉ số dấu hiệu sinh tồn đều nằm trong giới hạn bình thường tại thời điểm trước và sau điều trị.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân phân bố ở nhóm 40-49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (40% ở NNC và 43,33% ở NĐC) (biểu đồ 3.1), thấp nhất ở nhóm bệnh nhân từ 30-39 tuổi. Kết quả này của chúng tôi cho thấy, độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu này thấp hơn một số tác giả như Nguyễn Hoài Linh (2016) đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $62,67 \pm 11,39$ tuổi, của nhóm chứng là $57,87 \pm 13,62$ tuổi, của cả hai nhóm là $60,27 \pm 12,68$ tuổi [34]; Đặng Trúc Quỳnh (2015) về tác dụng của bài thuốc Cát căn thang trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ: tuổi trung bình của nhóm chứng là $60,33 \pm 9,23$ và của nhóm nghiên cứu là $60,47 \pm 10,72$, của cả hai nhóm là $60,40 \pm 9,92$. Bệnh nhân lớn hơn 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất [54]. Tuy nhiên, kết quả này của chúng tôi lại có sự tương đồng về độ tuổi với một số tác giả như Nguyễn Ngọc Mậu [38] (2017) “Đánh giá tác dụng của bài thuốc khớp TK1 kết hợp điện châm trong điều trị hội chứng cổ vai tay”, tuổi trung bình của cả 2 nhóm là $46,03 \pm 9,08$ tuổi, Phạm Gia Nhân và Lưu Thị Hiệp [41] thấy lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 30-59 tuổi, nghiên cứu của Blossfeld P tuổi trung bình là 50 tuổi, nghiên cứu của Aslan Telci E và cộng sự tuổi trung bình là $50,45 \pm 7,78$ tuổi.

Phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân mắc đau vùng vai gáy do thoái hóa cột sống cổ trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên cao hơn nghiên cứu của Trương Văn Lợi (bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm 22,2%), của Phương Việt Nga (10,7%) [40], Nguyễn Thị Phương Lan (10%) [33], nhưng thấp hơn của Chuanling Wang và cộng sự

(24,5%), tuy nhiên, nhóm bệnh nhân dưới 40 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi lại tương đồng với tác giả này (16,8%).

Như vậy, các nghiên cứu trên đều cho thấy, 100% bệnh nhân đều có tuổi từ 30 trở lên. Điều này hoàn toàn phù hợp với lý thuyết, vì thoái hóa bản chất là quá trình tự nhiên của cơ thể và tăng dần theo tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân thoái hóa cột sống nói chung và thoái hóa cột sống cổ nói riêng tăng cao ở người trên 40 tuổi, đạt đỉnh ở 50 tuổi, sau đó, biểu hiện triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ khiến bệnh nhân phải nhập viện giảm dần.

4.1.2. Giới

Phân bố giới tính ở biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ ở nữ cao hơn nam giới. Tuy nhiên, do nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trên một địa bàn nhỏ ở khu vực quận Hà Đông, do đó có thể chưa thực sự đại diện cho cả quần thể bệnh nhân nghiên cứu.

Kết quả này của chúng tôi có sự phù hợp với nghiên cứu về đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ của Đặng Trúc Quỳnh (nam 33,3%, nữ 66,7%) [44], Trương Văn Lợi (nữ 72,2%, nam 27,8%) [37], Nguyễn Hoài Linh (2016) (nữ 73,3%, nam 26,7%)[34], Blossfeldt (nữ 74%, nam 26%), Nguyễn Thị Thắm (nữ 69%, nam 31%) [47], Nguyễn Ngọc Mậu (nữ 56,67%, nam 43,33%) [38]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho tỷ lệ nam/nữ ở bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ tương đương nhau như nghiên cứu của Kurupath Radhakrishnan và cộng sự tỷ lệ bệnh nhân nam là 51,2 % bệnh nhân nữ là 48,8%.

Theo y học cổ truyền, nữ giới ứng với số 7, 7x7 bằng 49, người nam ứng với số 8, 8x8 bằng 64. Đến 49 tuổi ở nữ và 64 tuổi ở nam, thiên quý kiệt. Thận hư không dưỡng được cốt tủy gây đau mỏi xương khớp, can huyết hư không dưỡng được gân cơ gây cứng cơ, chính khí suy giảm, tà khí xâm phạm gây chứng tý. Tuổi thiên quý kiệt ở phụ nữ sớm hơn, phần nào giải thích cho tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc thoái hóa cột sống cổ cao hơn so với nam giới. Bên cạnh đó,

sau 50 tuổi, phụ nữ bước vào thời kỳ mãn kinh, các hormon sinh dục nữ giảm sút gây tăng nguy cơ mắc bệnh cơ xương khớp. Vì vậy, nữ giới mắc thoái hóa khớp nói chung và thoái hóa cột sống cổ nói riêng nhiều hơn và sớm hơn so với nam giới, đây cũng có thể là một trong những nguyên nhân gây ra chênh lệch về phân bố giới tính.

4.1.3. Nghề nghiệp

Để đánh giá ảnh hưởng của nghề nghiệp đối với nguy cơ mắc đau vùng vai gáy, chúng tôi tiến hành phân chia bệnh nhân thành hai nhóm nghề. Nhóm nghề thứ nhất là nhóm nghề có ảnh hưởng trực tiếp và khiến bệnh nhân có nguy cơ cao với bệnh như tĩnh tại, văn phòng, ngồi nhiều máy tính hoặc bê vác nặng, lái xe đường dài ... và nhóm thứ hai là những bệnh nhân thuộc nhóm nghề có nguy cơ thấp. Kết quả ở biểu đồ 3.3 cho thấy, có hơn 50% bệnh nhân ở cả NNC và NĐC thuộc nhóm nghề có nguy cơ cao. Đây cũng là lý do chính lý giải cho nguyên nhân hay yếu tố nguy cơ mắc bệnh/làm bệnh nặng thêm của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt trong phân bố nghề nghiệp này phù hợp với một số nghiên cứu như của Đặng Trúc Quỳnh (66,7%) [44], Hồ Đăng Khoa (55%) [40], khác biệt với Nguyễn Hoài Linh (nhóm lao động trí óc chiếm 71,7%, nhóm lao động chân tay chiếm 28,3%) [34], Nguyễn Thị Thắm là 58,6% [47], Nguyễn Ngọc Mậu là 56,6% [38].

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 3-6 tháng chiếm lớn nhất ở cả NNC và NĐC. Sau đó là bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 1-3 tháng và thấp nhất ở nhóm mắc bệnh dưới 1 tháng hoặc trên 6 tháng. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Linh (2016) “Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ” đau cổ gáy cấp tính trước điều trị (thời gian đau ít hơn

hoặc bằng 3 tháng) chiếm 86,7 %, đau mạn tính chiếm 13,3% [34] hay Allan I Binder bệnh nhân đau mạn tính vùng cổ gáy chỉ chiếm 10% hoặc Gore DR và cộng sự (tỷ lệ bệnh nhân đau cổ gáy mạn tính chiếm 21%).

4.2. Tác dụng của viên khớp Vintong kết hợp điện châm điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ trên một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng

4.2.1. Tác dụng giảm co cứng cơ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước điều trị, 100% bệnh nhân NNC và NDC đều có co cứng cơ ở các mức độ khác nhau, một số bệnh nhân co cứng nhiều, tuy nhiên, một số bệnh nhân chỉ co cứng ở mức độ nhẹ. Do cách đánh giá khác nhau, do đó kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoài Linh (2016) 10% nhóm nghiên cứu có co cứng cơ vùng cổ (co cứng kèm đau, hạn chế vận động vùng cột sống cổ), Song Wei, Zhi-Huang và cộng sự. Vị trí co cứng cơ thường tương ứng với các điểm cân kết. Vùng cổ, điểm cân kết thường gặp là ngang mỏm gai C3 – C6, điểm bám gân cơ thang, cơ nâng vai, dọc cơ dài cổ, cơ ức đòn chũm. Vùng vai, điểm cân kết tương ứng với huyết Thiên liêu hay điểm co cứng của cơ trên gai, huyết Kiên tinh hay điểm co cứng của cơ thang, Kiên trung du, Kiên ngoại du hay nguyên ủy cơ nâng vai. Co cứng ngang D6 có điểm cân kết tương ứng với điểm co cứng cơ trám lớn. Các cơ co cứng xung quanh xương vai tương ứng với điểm co cứng của cơ trên gai, cơ dưới gai, cơ tròn lớn, cơ tròn nhỏ, cơ nhị đầu. Điện châm tác động trực tiếp lên điểm cân kết. Dưới tác dụng của liệu pháp, các cơ bị co cứng được giãn ra, trở về trạng thái sinh lý, gây giãn cơ. Kết hợp cùng viên khớp Vintong với thành phần là những vị thuốc có tính chất hoạt huyết, hành khí mạnh nên làm tăng hiệu quả thư cân, giãn cơ, giúp bệnh nhân giảm co cứng cơ vùng cổ gáy.

4.2.2. *Kết quả giảm đau sau điều trị*

Trước điều trị, bệnh nhân của chúng tôi hầu hết đều có ngưỡng đau ở mức đau vừa hoặc đau nặng (26,67% điểm đau từ 2-4 điểm và 73,33% điểm đau từ 4-6 điểm) (bảng 3.4). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Mậu (2017) điểm đau VAS trung bình nhóm nghiên cứu là $7,43 \pm 1,12$ điểm [38], Trương Văn Lợi là $6,81 \pm 1,2$ [37], Nguyễn Tuyết Trang là $6,06 \pm 1,24$ điểm [54] và tương đồng với Đặng Trúc Quỳnh là $5,93 \pm 1,41$ [44], do chúng tôi chủ động chọn các bệnh nhân có điểm đau VAS nhỏ hơn hoặc bằng 6 điểm. Lý do đưa ra ở nghiên cứu này là khi sử dụng viên khớp Vintong kết hợp điện châm trong điều trị, chúng tôi đã ước tính đến việc chỉ ưu tiên dùng thuốc và điện châm đối với những trường hợp bệnh nhân có mức độ đau không quá nặng nề, một mặt để đánh giá được đúng đối tượng đích của thuốc sau này, một phần tránh được tình trạng bệnh nhân bỏ cuộc do hiệu quả giảm đau của các thuốc y học cổ truyền thường chậm hơn so với các thuốc giảm đau chống viêm khác. Cũng trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn công cụ đánh giá ngưỡng đau là thang điểm VAS bởi thang điểm này đơn giản, dễ thực hiện, có thể lặp đi lặp lại nhiều lần để so sánh. Bởi cảm giác đau dựa trên quan sát nét mặt thường phụ thuộc khá nhiều vào cảm giác đau chủ quan của bệnh nhân, do đó, để khách quan trong đánh giá, chúng tôi tiến hành chia mốc quan sát tại 3 thời điểm là ngày D_0 ; D_{14} và ngày D_{21} .

Tại thời điểm 14 ngày sau điều trị, tỷ lệ phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS như sau: 3,33% không đau; 6,67% đau ít; 63,33% đau vừa và 26,67% đau nặng (NĐC). Kết quả sau 14 ngày ở NNC tốt hơn với 3,33% không đau; 56,67% đau ít; 33,33% đau vừa và 6,67% đau nặng (bảng 3.4). Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm 21 ngày sau điều trị: có sự khác biệt rõ ràng giữa NNC và NĐC với 90% bệnh nhân NNC không còn biểu hiện đau, ở NĐC là 66,67%

(bảng 3.5). Điều này cho thấy, đau vùng vai gáy do thoái hóa cột sống cổ thường nguyên nhân do phong hàn thấp kết hợp với can thận hư thường đạt được hiệu quả nhanh, tức thì (đặc biệt trong giảm đau) khi sử dụng phối hợp liệu pháp tại chỗ (điện châm) và toàn thân (dùng thuốc), do kết hợp được việc hành khí, điều khí để thông mạch, giảm đau. Kết quả của chúng tôi tốt hơn nghiên cứu của Liang và cộng sự: VAS trước điều trị là $5,30 \pm 1,91$ điểm (nhóm nghiên cứu), $5,49 \pm 1,56$ điểm (nhóm chứng). Sau điều trị 1 tháng $2,89 \pm 1,59$ điểm (nhóm nghiên cứu) và $3,49 \pm 1,41$ điểm (nhóm đối chứng), $p < 0,05$.

Đau vùng cổ gáy thường kết hợp đau đầu vùng đỉnh chẩm do có nguyên nhân mạch máu, thần kinh và cơ. Vùng đỉnh chẩm được cấp máu bởi hai động mạch đốt sống. Hai động mạch này đi qua các lỗ ghép, vị trí có thể hẹp trong thoái hóa cột sống cổ. Thần kinh cảm giác vùng đỉnh chẩm là các thần kinh chẩm lớn và chẩm bé, nguyên ủy từ các rễ C1, C2, C3. Thoái hóa cổ cao gây chèn ép các thần kinh này cũng là nguyên nhân gây đau đầu đỉnh chẩm, gáy cổ. Ngoài ra, các căng thẳng tâm lý, co cứng cơ, tác nhân vật lý như tư thế, nhiệt tạo ra vi chấn thương cho sợi cơ, hình thành các điểm co cứng cơ (điểm cân kết trong liệu pháp kinh cân). Các điểm co cứng cơ chẩm, cơ trán và mạc trên sọ gây đau đầu đỉnh chẩm, cổ gáy, các điểm co cứng cơ của cơ gối đầu, gối cổ, điểm bám gân của cơ thang, cơ cổ dài, cơ nâng vai thường xuất hiện trong đau đầu vùng chẩm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Chen YM1 về phân bố các điểm cân kết vùng cổ. Theo đó, 75% bệnh nhân có điểm cân kết dọc theo kinh thái dương trong đau cổ gáy. Nguyễn Hoài Linh (2016) bệnh nhân đau đầu vùng đỉnh chiếm 51,66%, bệnh nhân đau đầu vùng chẩm chiếm 85% [34]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có đau đỉnh chẩm thấp và các biểu hiện thường không rõ ràng, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác, do đó, chúng tôi đã tiến hành loại trừ những trường hợp bệnh nhân này ra khỏi

nghiên cứu. Đau vùng cổ gáy xuất hiện ở các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có kèm theo đau đầu, nhưng với tỷ lệ rất nhỏ.

Bệnh nhân đau cổ vai gáy có co cứng cơ chiếm 100% nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Đây là tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu. Theo Chen YM và cộng sự, các vị trí có điểm cân kết hay gặp nhất thường lân cận với các huyết Kiên trung du, Kiên ngoại du, Đại trùy, Thiên liêu, Thiên song, cạnh mỏm ngang C3-C6.

Theo y học cổ truyền, “chứng tý” là do nguyên khí, tinh khí bên trong trống rỗng, cho nên ba khí tà phong, hàn, thấp xâm nhập, không biết giải trừ đi, thì nó sẽ lưu trú tại kinh lạc, lâu ngày thành chứng tê thấp. Do kinh lạc bị tắc trở khiến khí huyết không thông lợi gây đau. Thoái hóa cột sống cổ thể phong hàn thấp xuất hiện đau là do ngoại tà xâm nhập vào kinh lạc tạng phủ mà gây khí huyết ứ trệ, bất thông ất thông. Viên khớp Vintong được cấu thành từ các vị thuốc có tác dụng hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc do vậy có tác dụng giảm đau. Điện châm tác động vào huyết và kinh lạc có thể điều hòa dinh vệ, thông kinh lạc do đó có tác dụng giảm đau. Cơ chế tác dụng của điện châm theo y học hiện đại là làm tăng nồng độ beta – endorphin trong máu, đồng thời cũng làm tăng ngưỡng chịu đau ở bệnh nhân.

4.2.3. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống cổ

Tầm vận động cột sống cổ có sự cải thiện tốt sau điều trị. Hầu hết bệnh nhân đều có tầm vận động trở về bình thường sau liệu trình 21 ngày. Kết quả này của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Mậu [38] (2017) “Đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động cột sống cổ của bài thuốc khớp TK1 kết hợp điện châm trong điện trị hội chứng cổ vai tay”, trước điều trị, các bệnh nhân đều có tầm vận động ở mức độ hạn chế. Sau điều trị, tầm vận động cúi, ngửa, nghiêng, xoay của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu đều cải thiện so với điều trị ($p < 0,05$); Nguyễn Hoài Linh (2016) [34],

Trương Văn Lợi, Nguyễn Ngọc Mậu (2017) [38] về việc sử dụng các phương pháp không dùng thuốc với dùng thuốc trong điều trị thường mang lại hiệu quả tốt hơn so với chỉ dùng một phương pháp can thiệp đơn thuần.

4.2.4. Tác dụng giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày của vùng cổ gáy

Mục tiêu điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ, bên cạnh việc giảm đau, tăng tầm vận động cột sống, một mục tiêu nữa cần hướng tới là nâng chất lượng cuộc sống, tăng cường hòa nhập lại với sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân, thông qua việc giảm, hạn chế các hoạt động cá nhân không thực hiện được do đau. Do đau và hạn chế tầm vận động cột sống ở bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ nên việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như: tắm, mặc quần áo, đọc sách báo, lái xe, ngủ, làm việc... bị ảnh hưởng. Để đánh giá mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) của tác giả Howard Vernon [66]. Bộ câu hỏi NDI được công bố lần đầu vào năm 1991 và là bộ câu hỏi đầu tiên cho việc tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy, đã được dịch ra 20 ngôn ngữ và sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu điều trị. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục: cường độ đau, sinh hoạt cá nhân (tắm, mặc quần áo...), nâng đồ vật, đọc (sách, báo...), đau đầu, khả năng tập trung chú ý, làm việc, lái xe, ngủ và các hoạt động giải trí. Mỗi mục tối đa 5 điểm và tối thiểu 0 điểm, bệnh nhân được hướng dẫn trả lời theo bảng câu hỏi có sẵn. Điểm NDI là tổng điểm của 10 mục trên và được phân thành các mức độ từ không hạn chế đến hạn chế nặng. Phương pháp này đơn giản, thuận tiện cho quá trình nghiên cứu, tuy nhiên nó phụ thuộc vào tính chủ quan của mỗi bệnh nhân.

Kết quả sự cải thiện điểm NDI cho thấy, sau 21 ngày điều trị, có tới 93,33% bệnh nhân hài lòng và đánh giá không còn bị ảnh hưởng bởi đau vùng vai gáy gây hạn chế vận động cột sống cổ và chức năng sinh hoạt hàng ngày (bảng 3.11). Kết quả này của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của

Nguyễn Ngọc Mậu [38] (2017), Nguyễn Hoài Linh [34]; Nguyễn Thị Thắm. Mức độ cải thiện trong hạn chế sinh hoạt hàng ngày tốt lên sẽ tương ứng với mức độ giảm triệu chứng bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

4.2.5. Tác dụng của viên khớp Vintong trên một số chỉ số cận lâm sàng

Xét nghiệm cận lâm sàng là các công cụ, phương thức y tế được thực hiện rất phổ biến trong quá trình thăm khám, điều trị và theo dõi bệnh tật. Đối với bác sĩ trực tiếp điều trị, xét nghiệm cận lâm sàng được xem là cách thức hỗ trợ đắc lực cho khám lâm sàng, nhất là trong các bệnh cảnh triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể không rõ ràng hoặc không đặc hiệu. Xét nghiệm cận lâm sàng còn hỗ trợ đánh giá ảnh hưởng của thuốc đến các chức năng của cơ thể sau khi dùng thuốc trên lâm sàng. Do đó trong bất kỳ nghiên cứu dùng thuốc nào đều đánh giá những chỉ số cơ bản để đánh giá ảnh hưởng của thuốc lên các chức năng cơ bản của cơ thể.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành đánh giá ảnh hưởng của sản phẩm nghiên cứu đến chức công thức máu và sinh hóa máu của bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy, viên khớp Vintong không làm thay đổi các chỉ số công thức máu, sinh hóa máu trong thời gian điều trị ($p > 0,05$). Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Linh (2016) [34], Nguyễn Ngọc Mậu (2017) [38]. Điều này cho thấy thuốc y học cổ truyền nói chung an toàn, có hiệu quả.

4.2.6. Kết quả điều trị chung của hai nhóm

Hiệu quả chung sau 14 ngày và 21 ngày điều trị thể hiện ở biểu đồ 3.4 và 3.5 cho thấy có tới 92% bệnh nhân NNC có hiệu quả Tốt sau 21 ngày điều trị (cao hơn so với NĐC là 66%).

Kết quả này của chúng tôi có sự tương đồng với một số các nghiên cứu trong và ngoài nước về hiệu quả của điện châm kết hợp dùng thuốc:

Vương Cảnh và cộng sự ở bệnh viện Trung y Quảng Châu, Trung quốc: Phân tích hiệu quả điều trị bằng châm cứu các hội chứng khác nhau của thoái hóa cột sống cổ. Nhóm nghiên cứu (59 bệnh nhân) điều trị bằng châm cứu, nhóm chứng (58 bệnh nhân) điều trị bằng giả châm. Kết quả thang điểm VAS và chức năng sinh hoạt NPQ giảm ở cả hai nhóm sau điều trị và sau một tháng theo dõi, nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn so với nhóm chứng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên có sự khác biệt giữa các hội chứng trong thoái hóa cột sống cổ theo thang điểm VAS ở mỗi nhóm, không có sự khác biệt giữa các hội chứng trong thoái hóa cột sống cổ khi đánh giá bằng bảng câu hỏi NPQ ($p > 0,05$) ở mỗi nhóm.

Nabeta T. và cộng sự: so sánh hiệu quả giảm đau vai và cổ của châm A thị huyết với giả châm (nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên), 34 bệnh nhân, một nhóm thực sự, một nhóm giả châm. Đánh giá theo thang điểm VAS, trong nhóm châm thực sự, điểm VAS giảm sau điều trị và có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Lê Thị Diệu Hằng [20] sử dụng bài thuốc Quyên tỵ thang kết hợp mẫn điện châm cho kết quả sau 30 ngày điều trị, cả hai nhóm đều đạt kết quả cao, kết quả tốt 71,9% ở nhóm nghiên cứu, kết quả tốt 65,6% ở nhóm chứng và sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nguyễn Ngọc Mậu [38] sử dụng bài thuốc khớp TK1 kết hợp điện châm cho kết quả cả hai nhóm đều đạt kết quả cao, kết quả tốt 76,67% và khá 23,33% ở nhóm nghiên cứu, kết quả tốt 63,33%, khá 30% và kết quả trung bình 6,67% nhóm chứng. Tác giả nhận thấy kết quả điều trị ở nhóm nghiên cứu cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điện châm là dùng một máy điện tử tạo xung điện ở tần số thấp, kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết, sự hoạt động của các cơ, các dây thần kinh, các tổ chức, làm tăng cường dinh dưỡng của các tổ chức, đưa trạng

thái của cơ thể về thăng bằng ổn định qua các kim đã châm trên huyết [21],[22]. Điện châm thông qua cơ chế thần kinh và thể dịch mang lại hiệu quả giảm đau cho bệnh nhân. Y học hiện đại đã chứng minh được rằng có sự tăng β -endorphin, enkephalin, serotonin và endomorphin-1 trong não và trong huyết tương trong quá trình châm cứu. Các chất này tham gia vào hệ thống giảm đau (analgia system) và điều biến miễn dịch làm tăng interleukin-2, interferon... có tác dụng giảm đau, chống trầm cảm, lo âu, tạo cảm giác dễ chịu, cân bằng vận động [77],[67]. Theo cơ chế thần kinh, điện châm có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Điện châm cũng như tác động khác lên huyết sẽ hoạt hóa theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân [77],[67]. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại A δ type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ tủy sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các phủ tạng... Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hóa khi tác động vào huyết có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này [77],[67]. Theo YHCT, “Thông tắc bất thông, thống tắc bất thông” có nghĩa là đau do hiện tượng khí huyết, kinh lạc bị ứ trệ không thông. Châm vào huyết làm khai thông khí huyết, kinh lạc, giải cơ khiến cho khí huyết được thông suốt nên làm giảm đau. Các huyết sử dụng trong điện châm theo nguyên tắc “Kinh lạc sở quá, chủ trị sở cập”, tức là kinh lạc đi qua vùng nào bị bệnh thì chọn huyết vùng đó để điều trị. Một phần nữa là phác đồ huyết được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi tuân thủ theo hướng dẫn của Bộ y tế. Các huyết này có tác dụng giảm đau tốt, làm giãn cơ, giải phóng chèn ép rễ, cải thiện mức độ đau nhanh và nhiều đã giúp cho tầm vận động cột sống cổ cải thiện nhanh chóng. Ngược lại, sự cải

thiện nhanh tâm vận động cột sống cổ góp phần làm giảm đau và cải thiện chức năng hoạt động cổ của người bệnh.

Viên khớp Vintong, với thành phần gồm những vị thuốc có tác dụng hành khí, hoạt huyết, kiện tỳ bổ khí, bổ can thận, cường gân cốt. Theo YHCT, can chủ cân, thân chủ cốt, cân cốt muốn cử động linh hoạt thì can và thận phải được nuôi dưỡng đầy đủ. Viên khớp Vintong với thành phần Tang ký sinh, Đỗ trọng, Ngưu tất, Thục địa, Đẳng sâm có tác dụng bổ khí huyết nuôi dưỡng can thận nên cân cốt hoạt động nhẹ nhàng hơn. Mặt khác, khi can thận hư, phong hàn thấp thừa cơ xâm nhập, phong có tính chất di chuyển nên bệnh nhân đau mỏi cổ, mệt mỏi hoa mắt, hàn có tính chất ngưng trệ nên làm co cứng cơ, thấp làm nặng nề nên bệnh nhân vận động kém. Thông qua tác dụng hành khí hoạt huyết, khu phong trừ thấp của Khương hoạt, Ngưu tất, Xuyên Khung, Đương quy, Tấn giao làm cho khí hành thì huyết hành, đẩy lùi tà khí ra ngoài nên giảm đau từ đó cải thiện tâm vận động và nâng cao chức năng sinh hoạt hàng ngày cho người bệnh. Hơn nữa, kết hợp viên khớp Vintong với với điện châm càng làm tăng thêm tác dụng hành khí hoạt huyết, tăng dẫn truyền thần kinh nên nâng cao hiệu quả điều trị.

4.3. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp được chúng tôi đánh giá trên các tiêu chí chính gồm sự xuất hiện các biểu hiện tác dụng không mong muốn dựa trên quan sát lâm sàng.

Các biểu hiện bất thường của tác dụng không mong muốn được chúng tôi quan sát, ghi nhận, xử trí và theo dõi diễn biến sau xử trí trong suốt quá trình 21 ngày điều trị. Tuy nhiên, các biểu hiện như đau đầu, mệt mỏi, buồn nôn, nôn, đau bụng, đi ngoài phân lỏng đều không được ghi nhận trong suốt quá trình nghiên cứu.

Tương tự như vậy, phương pháp điện châm cũng không quan sát được các bất thường như vụng châm, chảy máu nơi châm, bầm tím nơi châm, absces nơi châm ... trong suốt 21 ngày can thiệp. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh [44], Nguyễn Thị Tuyết Trang [54], Nguyễn Hoài Linh [34], Nguyễn Ngọc Mậu [38] điện châm là phương pháp điều trị an toàn, được y văn ghi nhận [34].

Dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp) của 60 bệnh nhân nghiên cứu được chúng tôi kiểm tra hàng ngày. Trong suốt quá trình điều trị này, chúng tôi cũng không quan sát thấy những biểu hiện bất thường trên tần số mạch hay huyết áp tâm thu, tâm trương của bệnh nhân nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị 60 bệnh nhân đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, nhóm thứ nhất gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng uống viên khớp Vitong kết hợp điện châm và nhóm thứ hai gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng điện châm đơn thuần (theo phác đồ huyết của Bộ y tế) với liệu trình 21 ngày can thiệp, thời điểm đánh giá là ngày thứ 14 và ngày thứ 21 sau khi kết thúc điều trị, chúng tôi rút ra hai kết luận sau:

1. Kết quả điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng viên khớp Vitong kết hợp điện châm trên một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng:

- Hiệu quả chung: Tốt đạt 92%; khá đạt 2%; khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng

- Giảm điểm đau VAS: Có 90% bệnh nhân đạt không đau và 10% bệnh nhân đau ít tại thời điểm 21 ngày điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng (66,67% không đau).

- Tăng tầm vận động cột sống cổ ở cả 6 động tác cúi, ngửa, nghiêng trái/phải, quay trái/phải. Sau 21 ngày điều trị, có 93,33% bệnh nhân đạt mức không hạn chế, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng.

- Cải thiện điểm NDI: sau 21 ngày điều trị, có 93,33% bệnh nhân nhóm nghiên cứu đánh giá đau cổ gáy không còn làm ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng.

- Viên khớp Vintong không làm ảnh hưởng tới các chỉ số cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu. Chỉ số công thức máu (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) và chỉ số sinh hóa máu (ure, creatinin, AST, ALT) đều nằm trong giới hạn bình thường, thay đổi không có ý nghĩa thống kê tại thời điểm trước và sau điều trị ($p > 0,05$).

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị phối hợp viên khớp Vintong và điện châm

Trong quá trình điều trị 21 ngày liên tục, chúng tôi chưa phát hiện được tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.

- Bệnh nhân sử dụng viên khớp Vitong không có biểu hiện bất thường (buồn nôn, nôn, đi ngoài phân lỏng, đau bụng, mệt mỏi ...) trong quá trình dùng thuốc.
- Không ghi nhận được tác dụng không mong muốn của điện châm (sản ngứa, chảy máu, vụng châm ...) trong quá trình can thiệp.

KIẾN NGHỊ

Từ những kết quả thu được trên nhóm 30 bệnh nhân được điều trị bằng viên khớp Vintong kết hợp điện châm điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ, chúng tôi xin kiến nghị về việc cần có những nghiên cứu sâu hơn, trên số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá một cách chính xác hơn nữa hiệu quả của viên khớp Vintong, đồng thời có bằng chứng khoa học thuyết phục để sử dụng thuốc rộng rãi trên nhóm đối tượng bệnh nhân đau vùng vai gáy do thoái hóa cột sống cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

- 1 **Trần Ngọc Ân** (1992). *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 2 **Trương Việt Bình chủ biên** (2015). *Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 3 **Trương Việt Bình chủ biên** (2015). *Điều trị học Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 4 **Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự** (2006). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, tập I, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
- 5 **Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự** (2006). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, tập II, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
- 6 **Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự** (2006). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, tập III, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
- 7 **Bộ môn Dược lý, Trường Đại học Y Hà Nội** (2005), *Dược lý học lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 8 **Bộ Y tế** (2008), “Điện châm điều trị hội chứng vai gáy”, *Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền*, 120 – 121.
- 9 **Bộ Y tế** (2018). *Dược điển Việt Nam*, lần xuất bản thứ năm, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 10 **Bộ Y tế** (2015). Thông tư 05/2015/TT-BYT Ban hành các danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của bảo hiểm y tế.

- 11 **BỘ Y TẾ** (2015). *Quy trình kỹ thuật châm cứu*, Tài liệu hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Quy trình 42, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 12 **Các Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội** (2004). *Bài giảng Bệnh học Nội khoa tập II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 13 **Các Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội** (2007). *Điều trị học nội khoa tập I*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 14 **Tô An Châu, Mai Thị Nhâm** (1999). Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang ở 50 bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ, *Tạp chí Y học quân sự*, Số chuyên đề công trình nghiên cứu khoa học, tr 21-26.
- 15 **Hoàng Bảo Châu** (2006). *Nội khoa học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 16 **Hoàng Bảo Châu** (1995). *Phương thuốc cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 17 **Hoàng Bảo Châu** (1994). *Lý luận cơ bản Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 18 **Lê Quang Cường** (2008). *Triệu chứng học thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 19 **Frank H. Netter** (2009). *Atlas giải phẫu người (Vietnamese edition)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 20 **Lê Thị Diệu Hằng** (2012), *Đánh giá điều trị triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ bằng máy điện châm kết hợp bài thuốc quyên tý thang*, luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 21 **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội** (2013). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

- 22 **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội** (2010). *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 23 **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2005). *Bài giảng Y học cổ truyền tập II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 24 **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2006). *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 25 **Khoa Y học cổ truyền** (2012) - Trường Đại học Y Hà Nội. *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 26 **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2005). *Châm cứu học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 27 **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội** (2006). *Nội kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 28 **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2008). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 29 **Nguyễn Nhược Kim** (2009). *Phương tế học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 30 **Nguyễn Nhược Kim chủ biên** (2011). *Lý luận Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
- 31 **Trần Văn Kỳ** (2014). *Dược học cổ truyền*. Nhà xuất bản Đồng Nai.
- 32 **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2010). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 33 **Nguyễn Thị Phương Lan** (2003), *Nghiên cứu tác dụng điện châm trong điều trị hội chứng vai tay*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- 34 **Nguyễn Hoài Linh** (2016), *Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.

- 35 **Hồ Hữu Lương** (2006). *Thoái hóa cột sống cổ và Thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 36 **Đỗ Tất Lợi** (2015). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 37 **Trương Văn Lợi** (2007), “*Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng cơ cứng cơ vùng cổ gáy bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt*”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 38 **Nguyễn Ngọc Mậu** (2017), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc khớp TK1 kết hợp điện châm trong điều trị hội chứng cổ vai tay*, Luận văn Thạc sĩ, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
- 39 **Nguyễn Đức Minh** (2018). *Đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm kết hợp Đai hộp Ngải cứu Việt trong điều trị đau vai gáy thể phong hàn*, *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, 13(1), tr 61-69.
- 40 **Phương Việt Nga** (2010), *Đánh giá tác dụng điều trị Hội chứng cơ cứng cơ vùng cổ gáy bằng phương pháp điện châm*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- 41 **Phạm Gia Nhâm, Lưu Thị Hiệp** (2009), “*Hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động của điện châm trong điều trị thoái hóa cột sống cổ*”, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Hồ Chí Minh.
- 42 **Nguyễn Xuân Nghiê**n (2002). *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 43 **Đặng Trúc Quỳnh, Trịnh Thị Lụa, Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự** (2015). *Tác dụng giảm cơ cứng cơ và giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày của bài thuốc Cát căn thang kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy do đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ*, *Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*, 47(2015), tr 25-34.

- 44 **Đặng Trúc Quỳnh** (2014), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Cát căn thang” điều trị bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- 45 **Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn** (2016). *Phương tế học*, Nhà xuất bản Thuận Hóa.
- 46 **Võ Tam, Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Đào Thị Vân Khánh** (2012). “Thoái hóa cột sống cổ”, *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Hội thảo khớp học Việt Nam, 220-225.
- 47 **Nguyễn Thị Thắm** (2008). *Đánh giá hiệu quả điều trị đau cổ vai gáy trong thoái hóa cột sống cổ bằng một số phương pháp vật lý kết hợp vận động trị liệu*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 48 **Nguyễn Văn Thông** (2009). *Bệnh Thoái hóa cột sống cổ*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 49 **Nguyễn Tài Thu** (2012). *Châm cứu chữa bệnh*, Nhà xuất bản Văn hóa thông tin.
- 50 **Đặng Thị Minh Thu, Trịnh Xuân Tráng** (2010), *Đánh giá kết quả điều trị THCS bằng phương pháp kéo giãn cột sống cổ trên máy TM 300 tại Bệnh viện Điều dưỡng và Phục hồi chức năng Thái Nguyên*, *Tạp chí khoa học & công nghệ*, 72(10): 127 – 132.
- 51 **Đỗ Thị Lệ Thuý** (2003). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng tuỷ cổ do thoái hoá cột sống cổ*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- 52 **Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác** (2008). *Y trung quan kiện*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 53 **Nguyễn Tuyết Trang, Đỗ Thị Phương** (2014). *Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ của phương pháp cấy chỉ catgut*

vào huyết, *Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*, 42(2014), tr 88-95.

- 54 **Nguyễn Tuyết Trang** (2013), *Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ (thể phong hàn thấp tý) bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyết*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- 55 **Nguyễn Văn Tuấn** (2008). *Y học thực chứng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90.

Tiếng Anh

- 56 **American Academy of Orthopaedic Surgeons** (1965). Joint motion method of measuring and recording, pg 86-87.
- 57 **Braunwald, Fauci, Kasper et al** (2008). *Harrison's Principles of Internal medicine 17th Edition*, McGraw - Hill Companies Inc.
- 58 **Lesley K. Bowker, James D. Price, Sarah C. Smith** (2012). *Oxford handbook of Geriatric medicine*, Oxford University Press.
- 59 **Michael Y. M. Chen, Thomas L. Pope, David J. Ott** (2011), *Basic Radiology 2nd edition*, Mc Graw-Hill Companies Inc.
- 60 **Graham Douglas, Fiona Nicol, Colin Robertson** (2011). *Macleod's Clinical examination*, Elsevier Churchill Livingstone, America, pg 322.
- 61 **Matthew Mc Donnell, Phillip Lucas** (2012). Cervical spondylosis, stenosis, and rheumatoid arthritis, *Medicine and Health*, 95(4), pg 105-109.
- 62 **Childs J.D., Cleland J.A., Elliot J.M. et al** (2008). Neck pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association, *Journal of Orthopaedic & Sports Physical therapy*, 38(89), pg A1-A34.

- 63 **Aslan Telci E., Karaduman A.** (2010). Effects of three different conservative treatments on pain, disability, quality of life and mood in patients with cervical spondylosis, *Zhongguo Zhen Jiu*, 30(10), pg 700 - 793.
- 64 **Bob Flaws, Phillipe Sioneau** (2005) The Treatment of Modern Western medical diseases with Chinese medicine, *Blue Poppy Press*, pg 121-128
- 65 **Vernon H.** (1991), The Neck Disability Index: a study of reliability and validity, *The Journal of Musculoskeletal Pain*.
- 66 **Vernon H., Mior S.** (1998). The Neck Disability Index: a study of reliability and validity, *J Manipulative Physiol Ther*, 14(7), pg 409-415.
- 67 **MacPherson H., Hammerschlag R., Coeytaux R.R.** et al (2016). Unanticipated Insights into Biomedicine from the Study of Acupuncture. *J Altern Complement Med*, 22(2), 101–107.
- 68 **John Imboden, David B. Hellmann, John H. Stone** (2004), *Current Rheumatology Diagnosis & Treatment*, The McGraw-Hill Companies Inc., 77-83.
- 69 **Trinh K., Graham N., Gross A.** (2007). Acupuncture for neck disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*, 32, pg 236-243
- 70 **Chongyun Liu, Angela Tseng, Sue Yang** (2005). Chinese Herbal Medicine, *CRC Press*, pg 553.
- 71 **Mc Cormack B.M., Weinstein P.R.** (1996). Cervical spondylosis. An update. *West J Med*, 165(1-2), pg 43-51.
- 72 **Jeffrey Mullin, Daniel Shedid, Edward Benzel** (2011). Overview of cervical spondylosis pathophysiology and biomechanics. *World Spinal Column Journal*, 2, pg 89-97.
- 73 **Yi G.Q., Huang Y.X., Lu M.** et al (2009). Observation on therapeutic effect of cervical spondylosis of vertebral artery type treated with both

acupuncture and mild moxibustion, *Chin J Integr Med*, 15(6), pp 426-430.

- 74 **Raj D. Rao, Bradford L. Currier, Todd J. Albert et al** (2007). Degenerative Cervical Spondylosis: Clinical Syndromes, Pathogenesis, and Management, *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 89, pg 1360-1378.
- 75 **Sahni B.S.** (2001). *Cervical spondylosis*, ONGC Hospital Panvel, Mumbai, India.
- 76 **Victoria Quality Council** (2007). *Acute pain management measurement toolkit*, Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia.
- 77 **Zhou W., Benharash P.** (2014). Effects and Mechanisms of Acupuncture Based on the Principle of Meridians, *J Acupunct Meridian Stud*, 7(4), 190–193.
- 78 **Shi Zhongan, Steven K. H. Aung, Peter Deadman** (2002), *The Treatment of Pain with Chinese Herbs and Acupuncture*, Churchill Livingstones, pg 41-46, 197-208.

Tiếng Trung

- 79 **张景岳** (2006). *景岳全书*. 山西科学技术出版社, 卷五十六. 782页.
- Trương Cảnh Nhạc** (2006). *Cảnh nhạc toàn thư*. Nhà xuất bản khoa học Sơn Tây, quyển 56, trang 728.
- 80 **张喜秋, 刘仍军** (2013). 独活寄生汤配合推拿及中药熏洗治疗神经根型颈椎病, *长春中医药大学学报*, 29(2), 298 - 299 页.

Trương Hỷ Thu, Lưu Thượng Quân (2013). Độc hoạt ký sinh thang kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị

Phụ lục 1
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

BỆNH VIỆN TUỆ TÍNH

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

ID.....

Nhóm.....

1. Họ và tên:.....2. Tuổi:.....
3. Giới Nam Nữ 4. Nghề nghiệp..... Chân tay Trí óc
5. Địa chỉ:.....6. Số điện thoại:.....
7. Thời gian mắc bệnh:.....tháng/.....năm
9. X-quang quy ước:.....
10. Triệu chứng lâm sàng

Mục	D0	D14	D21
Co cứng cơ			
Điểm đau VAS			
Tầm vận động cúi			
Tầm vận động ngửa			
Tầm vận động nghiêng trái			
Tầm vận động nghiêng phải			
Tầm vận động xoay trái			
Tầm vận động xoay phải			
Điểm ODI			

11. Tác dụng không mong muốn

11.1. Viên khớp Vintong

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Diễn biến	Xử trí	Sau xử trí
Buồn nôn				
Nôn				
Đau bụng				
Đi ngoài phân lỏng				
Sản ngứa/dị ứng				

11.2. Điện châm

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Diễn biến	Xử trí	Sau xử trí
Chảy máu				
Đau sưng				
Sản ngứa				
Abces				
Vụng châm				

11.3. Công thức máu

Chỉ số	D0	D21
Hồng cầu (T/l)		
Bạch cầu (G/l)		
Tiểu cầu (G/l)		

11.4. Sinh hóa máu

Chỉ số	D0	D21
Ure (mmol/l)		
Creatinine (μ mol/l)		
AST (U/l)		
ALT (U/l)		

11.5. Dấu hiệu sinh tồn

Chỉ số	D0	D21
Mạch (lần/phút)		
Huyết áp tâm thu (mmHg)		
Huyết áp tâm trương (mmHg)		

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Nghiên cứu viên

Bs. Hoàng Văn Vịnh

Phụ lục 2

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi (Họ và tên):

Tuổi:Giới

Địa chỉ:

Điện thoại liên hệ:

Xác nhận rằng:

- Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu đánh giá hiệu quả của viên khớp Vintong kết hợp điện châm tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.

- Tôi đã có cơ hội được hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra.

- Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu là 21 ngày liên tục điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

- Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.

- Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin. Sau khi nghiên cứu kết thúc, tôi sẽ được thông báo (nếu muốn) về bất cứ phát hiện nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi.

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

- Tôi có toàn quyền quyết định về việc sử dụng trong tương lai, tiếp tục lưu giữ hay hủy các mẫu xét nghiệm đã thu thập.

- Tôi tình nguyện tham gia và chịu trách nhiệm khi không tuân thủ theo quy định của Bệnh viện.

- Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

- Nghiên cứu viên tham gia trong nghiên cứu đóng vai trò là nhà nghiên cứu và bác sỹ điều trị của tôi.

- Tôi được đảm bảo rằng có một hội đồng đánh giá khía cạnh đạo đức sẽ thông qua hoặc làm rõ đề cương nghiên cứu.

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Nếu cần:

Ký và ghi rõ họ tên của Bác sỹ

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Ký, ghi rõ họ tên người hướng dẫn khoa học

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Phụ lục 3
THANG ĐIỂM NDI

Phần	Nội dung	T1	T2	T3
Phần 1: CƯỜNG ĐỘ ĐAU	A Hiện tại tôi không đau. B Hiện tại đau rất nhẹ. C Hiện tại đau vừa phải. D Hiện tại đau khá nặng. E Hiện tại đau rất nặng. F Hiện tại đau không thể tưởng tượng được.			
Phần 2: SINH HOẠT CÁ NHÂN (Tắm, Mặc quần áo,...)	A Tôi có thể tự chăm sóc bản thân mà không gây đau thêm. B Tôi chăm sóc bản thân bình thường, nhưng gây đau thêm. C Tôi bị đau khi chăm sóc bản thân, phải làm chậm và cẩn thận. D Tôi cần sự giúp đỡ, nhưng tự làm được hầu hết việc chăm sóc bản thân. E Tôi cần giúp đỡ trong hầu hết việc chăm sóc mình. F Tôi không tự mặc quần áo được, phải ở trên giường.			
Phần 3: NÂNG ĐỒ VẬT	A Tôi có thể nâng vật nặng mà không bị đau thêm. B Tôi có thể nâng vật nặng, nhưng bị đau thêm. C Đau làm tôi không nâng được vật nặng từ dưới sàn nhà lên, nhưng có thể nâng nếu vật ở vị trí thuận lợi (ví dụ: trên bàn...).			

	<p>D Đau làm tôi không nâng được vật nặng, nhưng tôi có thể nâng vật nhẹ và vừa nếu vật ở vị trí thuận lợi.</p> <p>E Tôi có thể nâng vật rất nhẹ.</p> <p>F Tôi không nâng hay mang vác được bất cứ vật gì.</p>			
<p>Phần 4: ĐỌC (Sách, báo,...)</p>	<p>A Tôi có thể đọc lâu bao lâu mình muốn mà không bị đau cổ.</p> <p>B Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau nhẹ ở cổ.</p> <p>C Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau vừa phải ở cổ.</p> <p>D Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau vừa phải ở cổ.</p> <p>E Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau nặng ở cổ.</p> <p>F Tôi không thể đọc được bất cứ thứ gì.</p>			
<p>Phần 5: ĐAU ĐẦU</p>	<p>A Tôi không bị đau đầu.</p> <p>B Tôi bị đau đầu nhẹ nhưng không thường xuyên.</p> <p>C Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng không thường xuyên.</p> <p>D Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng thường xuyên.</p> <p>E Tôi bị đau đầu nặng thường xuyên.</p> <p>F Hầu như lúc nào tôi cũng bị đau đầu.</p>			
<p>Phần 6: KHẢ NĂNG TẬP</p>	<p>A Tôi có thể dễ dàng tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn.</p>			

<p>TRUNG CHÚ Ý</p>	<p>B Tôi thấy hơi khó khăn để tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn.</p> <p>C Tôi thấy khá khó khăn để tập trung chú ý khi muốn.</p> <p>D Tôi rất khó khăn để tập trung chú ý khi muốn.</p> <p>E Tôi thấy cực kỳ khó khăn để tập trung chú ý khi muốn.</p> <p>F Tôi không thể tập trung chú ý được.</p>			
<p>Phần 7: LÀM VIỆC</p>	<p>A Tôi có thể làm nhiều công việc như tôi mong muốn.</p> <p>B Tôi chỉ có thể làm được những công việc thường lệ của mình.</p> <p>C Tôi chỉ có thể làm được hầu hết những công việc thường lệ của mình.</p> <p>D Tôi không thể làm được công việc thường lệ của mình.</p> <p>E Tôi hầu như không làm được việc gì.</p> <p>F Tôi không thể làm được việc gì.</p>			
<p>Phần 8: LÁI XE</p>	<p>A Tôi có thể lái xe mà không bị đau.</p> <p>B Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ nhẹ.</p> <p>C Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ vừa phải.</p> <p>D Tôi không thể lái xe bao lâu như mình muốn vì đau cổ vừa phải.</p> <p>E Tôi hầu như không lái xe được vì đau cổ nặng.</p> <p>F Tôi không thể lái được xe.</p>			

<p>Phần 9: NGỦ</p>	<p>A Tôi không có vấn đề gì bất thường về ngủ. B Giấc ngủ của tôi bị rối loạn ít (ít hơn 1 tiếng mất ngủ). C Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nhẹ (1-2 tiếng mất ngủ). D Giấc ngủ của tôi bị rối loạn vừa phải (2-3 tiếng mất ngủ). E Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nặng (3-5 tiếng mất ngủ). F Giấc ngủ của tôi bị rối loạn hoàn toàn (5-7 tiếng mất ngủ).</p>			
<p>Phần 10: HOẠT ĐỘNG GIẢI TRÍ</p>	<p>A Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải trí mà không bị đau cổ. B Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải trí nhưng hơi đau cổ. C Tôi có thể tham gia hầu hết, nhưng không phải tất cả các hoạt động giải trí vì đau cổ. D Tôi chỉ có thể tham gia 1 số các hoạt động giải trí vì đau cổ. E Tôi hầu như không tham gia các hoạt động giải trí vì đau cổ. F Tôi không thể tham gia được bất kỳ hoạt động giải trí nào.</p>			

Trong đó:

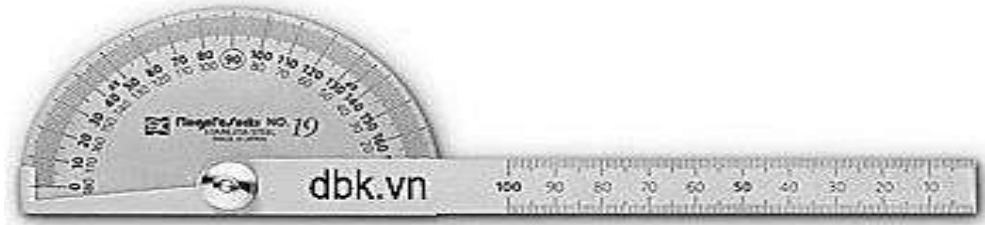
A: 0 điểm D: 3 điểm

B: 1 điểm E: 4 điểm

C: 2 điểm F: 5 điểm

Phụ lục 4

CÁCH ĐO TÂM VẬN ĐỘNG KHỚP



Đối tượng đứng theo tư thế chuẩn, hai tay mở rộng bằng vai.

1. Đo độ nghiêng

- Thầy thuốc đứng sau đối tượng
- Xác định mỏm gai Cyn, ụ chằm ngoài
- Áp sát khớp kê vào cột sống cổ sao cho:
 - + Thước đo độ E nằm trên mặt phẳng đứng ngang của thân người
 - 4- 0 nằm trên mỏm gai CVII, 0' nằm trên ụ chằm ngoài
 - + AB áp sát vào đầu
 - + Kim chỉ 0°.
- Đối tượng nghiêng đầu sang phải (hoặc trái) từ từ hết mức, thân người giữ nguyên, E giữ cố định, AB di động theo chiều nghiêng của đối tượng. Kết quả đọc được trên thước đo độ E chính là độ nghiêng cột sống cổ.

2. Đo độ xoay

Cách đặt khớp kê tương tự như đo độ nghiêng, thước đo độ E vuông góc với trục 00'

- Đối tượng xoay đầu sang phải (hoặc trái) từ từ hết mức, thân người giữ nguyên, E giữ cố định, AB di động theo chiều xoay cột sống cổ. Lặp lại phép đo 3 lần và lấy giá trị trung bình làm kết quả.

3. Đo độ gấp và duỗi

Thầy thuốc đứng bên phải hoặc bên trái đối tượng

– 00' và thước đo độ E tạo thành một mặt phẳng

– Áp sát khớp kê vào phần bên cột sống cổ đối tượng sao cho:

+ Thước đo độ E tỳ lên vai

+ 00' ở phía trước vành tai, AB ở phía trên và sát vào đầu

– Đối tượng gấp hoặc duỗi cột sống cổ từ từ hết mức, thân người giữ nguyên, E giữ cố định, AB di động theo chiều gấp hoặc duỗi cột sống cổ. Kết quả đọc được trên thước đo độ E chính là độ gấp hoặc duỗi cột sống cổ. Lặp lại phép đo 3 lần và lấy giá trị trung bình làm kết quả.

Phụ lục 5

THÔNG SỐ KỸ THUẬT MÁY ĐIỆN CHÂM M8

Kênh Tả (DISP Channel)	Kênh Phải (TONI Chanel)
Dạng xung: Đa hài	Dạng xung: Blocking
Dải tần số xung từ: 2Hz - 60Hz (120 xung/phút - 3600 xung/phút)	Dải tần số xung từ: 0,5Hz - 30Hz (30 xung/phút - 1800 xung/phút)
Xung được biến đổi liên tục	
Biên độ xung Udx (+) = 0 - 100 vol Udx (-) = 0 - 100 vol	Biên độ xung Udx (+) = 0 - 80 vol Udx (-) = 0 - 2 vol
Nguồn: 6 vol (4 pin đại 1,5 vol)	
Kích thước: 195 x 130 x 68	
Trọng lượng: 0,9 kg kể cả pin	

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt	
[1]	Trần Ngọc Ân (1992). <i>Bệnh thấp khớp</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[2]	Trương Việt Bình chủ biên (2015). <i>Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[3]	Trương Việt Bình chủ biên (2015). <i>Điều trị học Nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[4]	Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự (2006). <i>Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam</i> , tập I, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
[5]	Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự (2006). <i>Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam</i> , tập II, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
[6]	Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự (2006). <i>Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam</i> , tập III, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
[7]	Bộ môn Dược lý, Trường Đại học Y Hà Nội (2005), <i>Dược lý học lâm sàng</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[8]	Bộ Y tế (2008), “Điện châm điều trị hội chứng vai gáy”, <i>Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền</i> , 120 – 121.
[9]	Bộ Y tế (2018). <i>Dược điển Việt Nam</i> , lần xuất bản thứ năm, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[10]	Bộ Y tế (2015). Thông tư 05/2015/TT-BYT Ban hành các danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của bảo hiểm y tế.

[11]	Bộ Y tế (2015). <i>Quy trình kỹ thuật châm cứu</i> , Tài liệu hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Quy trình 42, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[12]	Các Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2004). <i>Bài giảng Bệnh học Nội khoa tập II</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[13]	Các Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2007). <i>Điều trị học nội khoa tập I</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[14]	Tô An Châu, Mai Thị Nhâm (1999). Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang ở 50 bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ, <i>Tạp chí Y học quân sự</i> , Số chuyên đề công trình nghiên cứu khoa học, tr 21-26.
[15]	Hoàng Bảo Châu (2006). <i>Nội khoa học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[16]	Hoàng Bảo Châu (1995). <i>Phương thuốc cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[17]	Hoàng Bảo Châu (1994). <i>Lý luận cơ bản Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[18]	Lê Quang Cường (2008). <i>Triệu chứng học thần kinh</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[19]	Frank H. Netter (2009). <i>Atlas giải phẫu người (Vietnamese edition)</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[20]	Lê Thị Diệu Hằng (2012), <i>Đánh giá điều trị triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ bằng máy điện châm kết hợp bài thuốc quyền tý thang</i> , luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[21]	Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2013). <i>Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

[22]	Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2010). <i>Châm cứu</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[23]	Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2005). <i>Bài giảng Y học cổ truyền tập II</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[24]	Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006). <i>Nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[25]	Khoa Y học cổ truyền (2012) - Trường Đại học Y Hà Nội. <i>Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[26]	Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2005). <i>Châm cứu học</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[27]	Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2006). <i>Nội kinh</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[28]	Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2008). <i>Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[29]	Nguyễn Nhược Kim (2009). <i>Phương tế học</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[30]	Nguyễn Nhược Kim chủ biên (2011). <i>Lý luận Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
[31]	Trần Văn Kỳ (2014). <i>Dược học cổ truyền</i> . Nhà xuất bản Đồng Nai.
[32]	Nguyễn Thị Ngọc Lan (2010). <i>Bệnh học cơ xương khớp nội khoa</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[33]	Nguyễn Thị Phương Lan (2003), <i>Nghiên cứu tác dụng điện châm trong điều trị hội chứng vai tay</i> , Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

[34]	Nguyễn Hoài Linh (2016), <i>Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ</i> , Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
[35]	Hồ Hữu Lương (2006). <i>Thoái hóa cột sống cổ và Thoát vị đĩa đệm</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[36]	Đỗ Tất Lợi (2015). <i>Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[37]	Trương Văn Lợi (2007), “ <i>Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng co cứng cơ vùng cổ gáy bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt</i> ”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
[38]	Nguyễn Ngọc Mậu (2017), <i>Đánh giá tác dụng của bài thuốc khớp TK1 kết hợp điện châm trong điều trị hội chứng cổ vai tay</i> , Luận văn Thạc sĩ, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
[39]	Nguyễn Đức Minh (2018). <i>Đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm kết hợp Đai hộp Ngải cứu Việt trong điều trị đau vai gáy thể phong hàn</i> , <i>Tạp chí Y dược lâm sàng</i> 108, 13(1), tr 61-69.
[40]	Phương Việt Nga (2010), <i>Đánh giá tác dụng điều trị Hội chứng co cứng cơ vùng cổ gáy bằng phương pháp điện châm</i> , Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
[41]	Phạm Gia Nhâm, Lưu Thị Hiệp (2009), “ <i>Hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động của điện châm trong điều trị thoái hóa cột sống cổ</i> ”, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Hồ Chí Minh.
[42]	Nguyễn Xuân Nghiên (2002). <i>Vật lý trị liệu phục hồi chức năng</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[43]	Đặng Trúc Quỳnh, Trịnh Thị Lụa, Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự (2015). <i>Tác dụng giảm co cứng cơ và giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày của bài thuốc Cát căn thang kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai</i>

	gáy do đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ, <i>Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam</i> , 47(2015), tr 25-34.
[44]	Đặng Trúc Quỳnh (2014), <i>Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Cát căn thang” điều trị bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
[45]	Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn (2016). <i>Phương tế học</i> , Nhà xuất bản Thuận Hóa.
[46]	Võ Tam, Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Đào Thị Vân Khánh (2012). “Thoái hóa cột sống cổ”, <i>Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp</i> , Hội thảo khớp học Việt Nam, 220-225.
[47]	Nguyễn Thị Thắm (2008). <i>Đánh giá hiệu quả điều trị đau cổ vai gáy trong thoái hóa cột sống cổ bằng một số phương pháp vật lý kết hợp vận động trị liệu</i> , Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
[48]	Nguyễn Văn Thông (2009). <i>Bệnh Thoái hóa cột sống cổ</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[49]	Nguyễn Tài Thu (2012). <i>Châm cứu chữa bệnh</i> , Nhà xuất bản Văn hóa thông tin.
[50]	Đặng Thị Minh Thu, Trịnh Xuân Tráng (2010), <i>Đánh giá kết quả điều trị THCS bằng phương pháp kéo giãn cột sống cổ trên máy TM 300 tại Bệnh viện Điều dưỡng và Phục hồi chức năng Thái Nguyên</i> , <i>Tạp chí khoa học & công nghệ</i> , 72(10): 127 – 132.
[51]	Đỗ Thị Lệ Thuý (2003). <i>Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng tuỷ cổ do thoái hoá cột sống cổ</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
[52]	Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác (2008). <i>Y trung quan kiện</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

[53]	Nguyễn Tuyết Trang, Đỗ Thị Phương (2014). Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ của phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết, <i>Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam</i> , 42(2014), tr 88-95.
[54]	Nguyễn Tuyết Trang (2013), <i>Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ (thể phong hàn thấp tý) bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyết</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
[55]	Nguyễn Văn Tuấn (2008). <i>Y học thực chứng</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90.
Tiếng Anh	
[56]	American Academy of Orthopaedic Surgeons (1965). Joint motion method of measuring and recording, pg 86-87.
[57]	Braunwald, Fauci, Kasper et al (2008). <i>Harrison's Principles of Internal medicine 17th Edition</i> , McGraw - Hill Companies Inc.
[58]	Lesley K. Bowker, James D. Price, Sarah C. Smith (2012). <i>Oxford handbook of Geriatric medicine</i> , Oxford University Press.
[59]	Michael Y. M. Chen, Thomas L. Pope, David J. Ott (2011), <i>Basic Radiology 2nd edition</i> , Mc Graw-Hill Companies Inc.
[60]	Graham Douglas, Fiona Nicol, Colin Robertson (2011). <i>Macleod's Clinical examination</i> , Elsevier Churchill Livingstone, America, pg 322.
[61]	Matthew Mc Donnell, Phillip Lucas (2012). Cervical spondylosis, stenosis, and rheumatoid arthritis, <i>Medicine and Health</i> , 95(4), pg 105-109.
[62]	Childs J.D., Cleland J.A., Elliot J.M. et al (2008). Neck pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of

	Functioning, Disability, and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association, <i>Journal of Orthopaedic & Sports Physical therapy</i> , 38(89), pg A1-A34.
[63]	Aslan Telci E., Karaduman A. (2010). Effects of three different conservative treatments on pain, disability, quality of life and mood in patients with cervical spondylosis, <i>Zhongguo Zhen Jiu</i> , 30(10), pg 700 - 793.
[64]	Bob Flaws, Phillipe Sioneau (2005) The Treatment of Modern Western medical diseases with Chinese medicine, <i>Blue Poppy Press</i> , pg 121-128
[65]	Vernon H. (1991), The Neck Disability Index: a study of reliability and validity, <i>The Journal of Musculoskeletal Pain</i> .
[66]	Vernon H., Mior S. (1998). The Neck Disability Index: a study of reliability and validity, <i>J Manipulative Physiol Ther</i> , 14(7), pg 409-415.
[67]	MacPherson H., Hammerschlag R., Coeytaux R.R. et al (2016). Unanticipated Insights into Biomedicine from the Study of Acupuncture. <i>J Altern Complement Med</i> , 22(2), 101–107.
[68]	John Imboden, David B. Hellmann, John H. Stone (2004), <i>Current Rheumatology Diagnosis & Treatment</i> , The McGraw-Hill Companies Inc., 77-83.
[69]	Trinh K., Graham N., Gross A. (2007). Acupuncture for neck disorders. <i>Spine (Phila Pa 1976)</i> , 32, pg 236-243
[70]	Chongyun Liu, Angela Tseng, Sue Yang (2005). Chinese Herbal Medicine, <i>CRC Press</i> , pg 553.
[71]	Mc Cormack B.M., Weinstein P.R. (1996). Cervical spondylosis. An update. <i>West J Med</i> , 165(1-2), pg 43-51.

[72]	Jeffrey Mullin, Daniel Shedid, Edward Benzel (2011). Overview of cervical spondylosis pathophysiology and biomechanics. <i>World Spinal Column Journal</i> , 2, pg 89-97.
[73]	Yi G.Q., Huang Y.X., Lu M. et al (2009). Observation on therapeutic effect of cervical spondylosis of vertebral artery type treated with both acupuncture and mild moxibustion, <i>Chin J Integr Med</i> , 15(6), pp 426-430.
[74]	Raj D. Rao, Bradford L. Currier, Todd J. Albert et al (2007). Degenerative Cervical Spondylosis: Clinical Syndromes, Pathogenesis, and Management, <i>The Journal of Bone & Joint Surgery</i> , 89, pg 1360-1378.
[75]	Sahni B.S. (2001). <i>Cervical spondylosis</i> , ONGC Hospital Panvel, Mumbai, India.
[76]	Victoria Quality Council (2007). <i>Acute pain management measurement toolkit</i> , Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia.
[77]	Zhou W., Benharash P. (2014). Effects and Mechanisms of Acupuncture Based on the Principle of Meridians, <i>J Acupunct Meridian Stud</i> , 7(4), 190–193.
[78]	Shi Zhongan, Steven K. H. Aung, Peter Deadman (2002), <i>The Treatment of Pain with Chinese Herbs and Acupuncture</i> , Churchill Livingstones, pg 41-46, 197-208.
Tiếng Trung	
[79]	张景岳 (2006). 景岳全书。山西科学技术出版社，卷五十六。782页。

	Trương Cảnh Nhạc (2006). <i>Cảnh nhạc toàn thư</i> . Nhà xuất bản khoa học Sơn Tây, quyển 56, trang 728.
[80]	张喜秋 , 刘仍军 (2013). 独活寄 生汤配合推拿及中药熏洗治疗神经根型颈椎病, 长春中医药大学学报, 29(2), 298 - 299 页. Trương Hỷ Thu, Lưu Thượng Quân (2013). Độc hoạt ký sinh thang kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị