

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



HOÀNG NHƯ NGỌC

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP
ĐẦU CHÂM KẾT HỢP THỂ CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ
ĐAU NỬA ĐẦU MIGRAINE**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI, NĂM 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

-----***-----



HOÀNG NHƯ NGỌC

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP
ĐẦU CHÂM KẾT HỢP THỂ CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ
ĐAU NỬA ĐẦU MIGRAINE**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 87 20 115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. TS. TRẦN ĐỨC HỮU
2. TS. NGÔ QUANG HẢI

HÀ NỘI, NĂM 2020

LỜI CẢM ƠN

Em xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Quản lý đào tạo Sau Đại học - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện tốt nhất cho em trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất em xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới TS. Trần Đức Hữu và TS. Ngô Quang Hải là người thầy tâm huyết đã trực tiếp chỉ bảo, hướng dẫn tận tình, đóng góp nhiều ý kiến quý báu cũng như động viên em trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Lời cảm ơn tiếp theo, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới các thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn Thạc sĩ - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy, người cô đã đóng góp cho em nhiều ý kiến quý báu để em hoàn thành nghiên cứu.

Em cũng xin gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, Lãnh đạo khoa cùng nhân viên Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã tạo điều kiện cho em học tập, thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

Em xin cảm ơn Ban giám đốc, lãnh đạo và đồng nghiệp khoa Y học cổ truyền, Trung tâm Y tế huyện Tam Dương đã luôn tạo điều kiện trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu tại trường.

Cuối cùng, em muốn bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ và người thân trong gia đình đã luôn giúp đỡ, động viên trong quá trình học tập và nghiên cứu. Cảm ơn các anh chị, các bạn, những người luôn đồng hành cùng em, động viên và chia sẻ trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu đã qua.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Hoàng Như Ngọc

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Hoàng Như Ngọc, học viên Cao học khóa 11, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS. Trần Đức Hữu và TS. Ngô Quang Hải.

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 Như Ngọc

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ALT	Alanin aminotransferase
AST	Aspartat aminotransferase
BC	Bạch cầu
C	Chứng
CTM	Công thức máu
D ₀	Trước điều trị
D ₁₅	Sau 15 ngày
D ₃₀	Sau 30 ngày
ĐNB	Điện não đồ
HATB	Huyết áp trung bình
LHN	Lưu huyết não
MG	Migraine (đau nửa đầu)
NC	Nghiên cứu
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại
WHO	World Health Organization Tổ chức Y tế Thế giới

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. TÌNH HÌNH ĐAU NỬA ĐẦU TẠI VIỆT NAM VÀ TRÊN THẾ GIỚI ...	3
1.1.1. Tình hình đau nửa đầu trên thế giới.....	3
1.1.2. Tình hình đau nửa đầu ở Việt Nam.....	3
1.2. ĐAU NỬA ĐẦU THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	4
1.2.1. Định nghĩa đau nửa đầu.....	4
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế của đau nửa đầu.....	4
1.2.3. Triệu chứng lâm sàng.....	6
1.2.4. Phân loại Migraine.....	9
1.2.5. Chẩn đoán.....	10
1.2.6. Điều trị.....	11
1.3. ĐAU NỬA ĐẦU THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	15
1.3.1. Quan niệm nguyên nhân.....	15
1.3.2. Cơ chế bệnh sinh.....	16
1.3.3. Các thể lâm sàng và điều trị.....	17
1.4. PHƯƠNG PHÁP ĐẦU CHÂM.....	17
1.4.1. Phương pháp Đầu châm theo Y học hiện đại.....	17
1.4.2. Phương pháp Đầu châm theo phương pháp Y học cổ truyền.....	25
1.4.3. Các nghiên cứu về phương pháp Đầu châm trong nước và trên thế giới.....	26
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	29
2.1. CHẤT LIỆU NGHIÊN CỨU.....	29
2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	30
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	30
2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.....	30
2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	33

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	33
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	33
2.3.3. Quy trình nghiên cứu	33
2.3.4. Các chỉ số theo dõi.....	35
2.4. PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ	36
2.4.1. Đánh giá hiệu quả của phương pháp Đầu châm kết hợp thể châm... 36	
2.4.2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của Đầu châm kết hợp thể châm37	
2.4.3 Phương pháp xử lý số liệu	37
2.5. PHƯƠNG TIỆN NGHIÊN CỨU	37
2.6. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU	37
2.7. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU	38
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	39
3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	39
3.1.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu	39
3.1.2. Đặc điểm về giới của đối tượng nghiên cứu.....	40
3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu.....	40
3.1.4. Thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu.....	41
3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử điều trị đau nửa đầu Migraine.....	42
3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo thể lâm sàng Migraine	43
3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo các thể lâm sàng theo YHCT	43
3.2. CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU TRƯỚC ĐIỀU TRỊ.	44
3.2.1. Các đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị.....	44
3.2.2. Các đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị... 45	
3.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.....	46
3.3.1. Đánh giá sự cải thiện các đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị giữa 2 nhóm	46

3.3.2. Đánh giá sự cải thiện các đặc điểm cận lâm sàng trước và sau điều trị giữa 2 nhóm.....	50
3.4. CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN.....	52
3.4.1. Sự thay đổi mạch và huyết áp trước và sau điều trị.....	52
3.4.2. Các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	52
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN	53
4.1. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU.....	53
4.1.1. Về phân bố bệnh nhân theo tuổi	53
4.1.2. Về phân bố bệnh nhân theo giới	53
4.1.3. Về phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	54
4.1.4. Về phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	54
4.1.5. Về phân bố bệnh nhân theo các thể lâm sàng YHCT	55
4.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.....	55
4.2.1. Đánh giá đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị.....	55
4.2.2. Đánh giá kết quả điều trị trên đo lưu huyết não.....	59
4.3. ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA ĐÀU CHÂM KẾT HỢP THỂ CHÂM.	62
KẾT LUẬN.....	63
KIẾN NGHỊ	64
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi	39
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới	40
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	40
Bảng 3.4. Thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu	41
Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử điều trị đau nửa đầu Migraine	42
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo loại MG thông thường và MG cổ điển	43
Bảng 3.7. Các thể lâm sàng theo YHCT	43
Bảng 3.8. Tần số cơn đau đầu MG của đối tượng nghiên cứu trước điều trị	44
Bảng 3.9. Thời gian kéo dài của cơn trung bình của đối tượng nghiên cứu trước điều trị	44
Bảng 3.10. Mức độ đau của đối tượng nghiên cứu trước điều trị	45
Bảng 3.11. Đặc điểm trên lưu huyết não trước điều trị	45
Bảng 3.13. Cải thiện về thời gian kéo dài của cơn trung bình giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng	47
Bảng 3.14. Kết quả điều trị triệu chứng đau	48
Bảng 3.15. Đánh giá kết quả điều trị chung	49
Bảng 3.16. Bảng so sánh sự thay đổi trên LHN trước – sau điều trị giữa 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng	50
Bảng 3.17. Tần số mạch, huyết áp trước và sau điều trị	52
Bảng 3.18. Các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	52

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Sơ đồ phân khu của vỏ não.....	19
Hình 1.2.	Các vùng của vỏ não.....	19
Hình 1.3.	Các đường châm cứu da đầu MS6, MS7, MS10, MS11	27
Hình 2.1.	Sơ đồ quy trình nghiên cứu	38

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau nửa đầu Migraine là một bệnh lý thần kinh phổ biến xếp hàng thứ 3 về mức độ thường gặp và nằm trong số 20 căn bệnh hàng đầu gây thương tật, mất sức lao động và chi phí điều trị cao [1], [2], [3]. Tại Trung Quốc, tỉ lệ mắc đau nửa đầu Migraine là 9,3% với chi phí tổn thất thường niên 331,7 tỷ Nhân dân tệ [2]. Điều này cho thấy, đau đầu Migraine có tác động rất lớn và gây ra nhiều ảnh hưởng tiêu cực sự phát triển kinh tế xã hội. Đặc tính dễ tái phát và tình trạng đau dai dẳng, đi kèm với các căng thẳng kéo dài có thể gây lo lắng và gia tăng thêm sức ép về mặt tinh thần, tâm lý đối với bệnh nhân. Mặt khác, đau đầu Migraine cũng bị ảnh hưởng bởi các yếu tố tâm lý và tinh thần như stress hay cảm xúc, điều này tạo nên một vòng xoắn bệnh lý gây ảnh hưởng bất lợi trong điều trị. Thêm vào đó, Migraine cũng gây ảnh hưởng đến công việc và cuộc sống hàng ngày, trong nhiều trường hợp, bệnh nhân không thể sinh hoạt và làm việc một cách độc lập càng làm gia tăng các stress đối với người bệnh và gây ra các tác động tiêu cực đối với chất lượng cuộc sống [4].

Hiện nay, điều trị bằng thuốc và các biện pháp không dùng thuốc thường được sử dụng nhằm mục đích giảm mức độ đau hoặc ngăn ngừa tình trạng đau tái diễn, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Tuy nhiên, những thuốc được áp dụng điều trị còn hạn chế trong hiệu quả giảm đau hay làm giảm tần suất cơn đau, thêm vào đó, thuốc y học hiện đại có thể gây ra nhiều tác dụng không mong muốn có thể gặp ở bệnh nhân [4].

Châm cứu đã trở thành một phương pháp điều trị ngày càng phổ biến tại nhiều quốc gia trên thế giới. Do tác dụng duy trì tác dụng ổn định, châm cứu đang ngày càng được sử dụng nhiều hơn trong việc phòng ngừa các cơn đau đầu Migraine. Một vài nghiên cứu cho thấy, so với sử dụng thuốc, châm cứu có hiệu quả tương đương hoặc thậm chí tốt hơn trong giảm đau và giảm tần suất xuất hiện cơn Migraine. Một số nghiên cứu khác cho thấy, đây là phương pháp có ít

tác dụng phụ hơn và dễ dung nạp hơn. Dựa trên sự an toàn và tính hiệu quả đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu, châm cứu ngày càng được kỳ vọng trở thành phương pháp chủ đạo trong điều trị và phòng ngừa Migraine [4].

“Đầu châm” hay còn gọi là châm da đầu, tiếng Anh là scalp acupuncture/ Craniopuncture, tiếng pháp là L’Acupuncture CeÛrébral, trong tiếng Trung thường được gọi là “头针 - tóu zhēn”. Đây là phương pháp điều trị kết hợp giữa Y học cổ truyền và Y học hiện đại, dựa trên lý luận về sự quan hệ mật thiết giữa đầu, các cơ quan tạng phủ (YHCT) và lý luận về phân vùng (khu) tại vỏ não (YHHĐ). Ở Trung Quốc, Đầu châm đã được áp dụng có hiệu quả trong điều trị các bệnh liên quan đến thần kinh như di chứng viêm não, mất ngủ, tai biến mạch máu não... [5], [6], [7], [8]. Tại Việt Nam, đến nay đã có một số công trình nghiên cứu về Đầu châm cũng như việc áp dụng phương pháp này trên thực hành lâm sàng. Để tiếp tục phát huy thế mạnh của châm cứu, đồng thời góp phần tìm hiểu kỹ hơn về hiệu quả của phương pháp Đầu châm trong việc điều trị đau đầu Migraine, nhóm nghiên cứu tiến hành thực hiện đề tài **“Đánh giá tác dụng của phương pháp Đầu châm kết hợp thể châm trong điều trị đau nửa đầu Migraine”** với 2 mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tác dụng của phương pháp Đầu châm kết hợp thể châm trong điều trị bệnh đau nửa đầu Migraine.*
2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp Đầu châm kết hợp thể châm.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. TÌNH HÌNH ĐAU NỬA ĐẦU TẠI VIỆT NAM VÀ TRÊN THẾ GIỚI

1.1.1. Tình hình đau nửa đầu trên thế giới

Đau nửa đầu là bệnh lý phổ biến chiếm tỷ lệ tương đối cao trong các chứng đau đầu. Theo Viện sức khỏe và lâm sàng Anh ước tính có 190.000 cơn đau nửa đầu ở Anh năm 2011 [9]. Tại Hoa kỳ, cứ 4 hộ gia đình thì có 1 hộ có người bị đau nửa đầu, hơn nữa trên 90% bệnh nhân trong số này là có tiền sử mắc chứng đau nửa đầu. Người ta thấy rằng cứ sau 10 giây thì có một người đến phòng khám cấp cứu phàn nàn về đau đầu và có gần 1,2 triệu người vào viện vì trải qua các cơn đau nửa đầu dai dẳng trong nhiều ngày [10]. Nghiên cứu dịch tễ học chỉ ra rằng, tại Tây Âu, có khoảng 4,5% dân số bị ít nhất 15 ngày đau đầu mỗi tháng [11]. Các khảo sát trong cộng đồng trên thế giới báo cáo tỉ lệ lưu hành bệnh chiếm khoảng 15% ở phụ nữ và 5% ở nam giới. Bên cạnh đó, nhiều tác giả thấy tỷ lệ này còn có thể cao hơn (ở Copenhagen 12 - 19% phụ nữ và 10-11% nam giới mắc bệnh đau nửa đầu (Dalsgaard-Nielsen). Hơn 75% người bị bệnh đau nửa đầu thì trong gia đình họ cũng sẽ có người bị đau nửa đầu. Bệnh thường bắt đầu ở tuổi thanh thiếu niên và hiếm khi bắt đầu sau 60 tuổi. Độ tuổi thường gặp là từ 20 đến 50 tuổi, 90% bệnh nhân đau nửa đầu có cơn Migraine (MG) đầu tiên trước tuổi 40, số bệnh nhân còn lại người ta gọi là bệnh nhân MG muộn [10].

1.1.2. Tình hình đau nửa đầu ở Việt Nam

Ở Việt Nam năm 2008, qua điều tra ngẫu nhiên trên 2000 người, Nguyễn Văn Chương và cộng sự thấy tỷ lệ người mắc đau đầu chiếm 78,83%, trong đó có 57,23% người bị đau đầu mạn tính. Đau đầu typ căng thẳng chiếm tỷ lệ cao trong các chứng đau đầu, sau đó phải kể đến đau nửa đầu (Migraine) chiếm

19,7%. Bệnh nhân Migraine gặp ở nữ cao gấp 3 lần ở nam (tỷ lệ nam/nữ = 1/3,04), đa số bệnh nhân phát bệnh ở tuổi 20 - 29 (43,8%). Tỷ lệ phát bệnh sau tuổi 40 là 18,0% [12].

1.2. ĐAU NỬA ĐẦU THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.2.1. Định nghĩa đau nửa đầu

Đau nửa đầu là chứng đau đầu cơn, có chu kỳ với các đặc điểm khu trú thường ở 1 bên Thái dương, thời gian của cơn thường kéo dài 4 - 72 giờ; với các triệu chứng trong cơn là đau chói, nhói, buồn nôn và nôn, sợ ánh sáng, sợ tiếng động [13].

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế của đau nửa đầu

Đến nay, nguyên nhân gây ra bệnh đau nửa đầu Migraine là vẫn chưa rõ. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy có sự giãn nở các mạch máu não và giải phóng các chất hóa học (serotonin) gây rối loạn chức năng não dẫn đến các cơn đau đầu dữ dội.

Trước đây, đau nửa đầu từng được cho là rối loạn của riêng hệ thống mạch máu. Nhưng hiện nay, lý thuyết về mạch máu chỉ được coi là nguyên nhân thứ cấp của các rối loạn về não [14], [15]. Đau nửa đầu có thể là triệu chứng của bệnh suy giáp do rối loạn mỗi khi lo lắng [16]. Các thụ thể của melanopsin cũng có vai trò trong sự liên quan giữa đau nửa đầu với sự nhạy cảm ánh sáng [17].

❖ Thuyết mạch máu – thể dịch

Wolf và cộng sự (1963) khái quát lại rằng: Cơn đau đầu do nguyên nhân mạch máu trong não hai pha co và giãn không thích hợp. Pha co mạch ở vỏ não và các tổ chức ngoài sọ không gây đau đầu mà gây các triệu chứng não thoáng qua. Khi sự co thắt dừng lại và mạch máu giãn ra. Thành mạch máu trở nên dễ thấm thấu hơn gây thoát dịch và kích thích lên các thụ thể đau trong mạch máu ở các mô xung quanh. Để đáp ứng lại, cơ thể sản sinh cho vùng đó các

hóa chất gây viêm. Mỗi lần tim đập, máu đi qua vùng nhạy cảm đó tạo ra một nhịp đau [18]. Tuy nhiên, giả thuyết mạch máu hiện nay được coi là thứ cấp của rối loạn trong não.

❖ **Thuyết thần kinh**

Khi một số dây thần kinh nhất định hoặc một vùng trên thân não bị kích thích, cơn đau bắt đầu. Cơn đau xuất phát từ khu vực sau của vỏ não lan rộng tới rãnh trung tâm và rãnh Sylvius và đạt tới hồi sau trung tâm. Lúc này, cơ thể giải phóng các hóa chất gây viêm. Các hóa chất đó tiếp tục gây kích thích thêm các dây thần kinh, mạch máu và gây ra đau. Chất P là một trong những hoạt chất được giải phóng khi bị kích thích. Cảm giác đau tăng lên khi chất P giúp chuyển dấu hiệu đau lên não theo hướng thần kinh - mạch máu thông qua phản xạ sợi trục [17], [19], [20], [21].

❖ **Thuyết sự phân cực**

Một hiện tượng gọi là ức chế lan tỏa trên vỏ não (Cortical spreading depression - CSD) có thể là nguyên nhân của đau nửa đầu [22]. Trong hiện tượng ức chế lan tỏa vỏ não, hoạt động thần kinh bị ức chế ở một vùng vỏ não. Hiện tượng này làm giải phóng các yếu tố gây viêm dẫn đến việc kích thích các dây thần kinh vỏ não, nhất là thần kinh sinh ba, là dây thần kinh truyền đạt các thông tin về cảm giác ở mặt và phần lớn đầu.

Olesen và nhóm tác giả đã đo dòng máu não ở bệnh nhân đau nửa đầu cho thấy có giảm khu trú ở một vùng nhỏ của vỏ não thường là não sau. Sự phân cực lan tỏa (thay đổi điện não) có thể bắt đầu 24 giờ trước cơn đau và cơn đau bắt đầu khi điện tích não bị phân cực là lớn nhất [23]. Một nghiên cứu của Pháp năm 2007 đã sử dụng kỹ thuật chụp cắt lớp giải phóng positron (SPECT - single photon emission tomography) phát hiện rằng vùng dưới đồi có liên quan đáng kể tới những giai đoạn sớm của cơn đau [24].

❖ **Thuyết Serotonin**

Serotonin là chất truyền đạt thần kinh giúp truyền đạt thông tin giữa các tế bào thần kinh. Nó giúp kiểm soát cảm nhận đau, hành vi tình dục, giấc ngủ, cũng như sự co giãn mạch máu. Nồng độ serotonin thấp trong não có thể dẫn đến quá trình co giãn mạch máu và kích hoạt cơn đau nửa đầu. Khi bắt đầu cơn, serotonin được giải phóng ra từ các tiểu cầu làm co các động mạch trong não và gây nên các triệu chứng thần kinh khu trú trên lâm sàng; đồng thời serotonin làm tăng tính thấm thành mạch tạo điều kiện cho các plasmakinin thoát ra ngoài kích thích các thụ thể đau quanh mạch; tổ chức quanh mạch bị phù nề, viêm vô khuẩn. Sau đó serotonin bị phân hủy bởi enzym, monoaminoxidase (MAO) thành 5 - hydroxyindol aceticacid và thải ra ngoài qua nước tiểu. Quá trình đó làm nồng độ serotonin trong máu giảm dẫn tới mất trương lực thành mạch, giãn các động mạch trong và/hoặc ngoài sọ kèm theo cảm giác đau [25].

1.2.3. Triệu chứng lâm sàng

Những dấu hiệu và triệu chứng của đau nửa đầu thường có biểu hiện khác nhau ở mỗi bệnh nhân. Vì thế cảm giác của bệnh nhân trước, trong và sau mỗi cơn đau thường không được xác định chính xác. Có bốn giai đoạn phổ biến sau đây trong một cơn đau nửa đầu, nhưng không phải tất cả bệnh nhân đều trải qua. Ngoài ra, các giai đoạn và các triệu chứng trong từng giai đoạn cũng có thể khác nhau trong từng lần đau ở cùng một bệnh nhân [13], [26].

Migrain có tiền triệu gồm các giai đoạn [27]:

- Triệu chứng sớm xảy ra vài giờ hoặc vài ngày trước khi bị đau đầu.
- Giai đoạn tiền triệu (aura) xảy ra ngay trước cơn đau.
- Giai đoạn đau.
- Giai đoạn sau cơn đau.

❖ **Giai đoạn triệu chứng sớm:**

Các triệu chứng sớm xảy ra ở 40 - 60% bệnh nhân đau nửa đầu. Giai đoạn bao gồm: thay đổi tính khí, trầm cảm, mệt mỏi, ngáp, ngủ rất nhiều, thèm ăn, căng cơ (nhất là cơ cổ), táo bón hoặc tiêu chảy, tiểu nhiều. Những triệu chứng này xảy ra trước cơn đau vài giờ hoặc vài ngày [28].

❖ **Giai đoạn tiền triệu**

Đối với 20 - 30% bệnh nhân đau nửa đầu có kèm tiền triệu, hiện tượng này là một hiện tượng thần kinh tập trung xảy ra trước hoặc trong một cơn đau đầu. Chúng xuất hiện dần dần từ 5 đến 20 phút và thường kéo dài không quá 60 phút. Giai đoạn đau đầu thường xảy ra trong vòng 60 phút sau giai đoạn tiền triệu, nhưng đôi khi là vài giờ sau và thậm chí có thể không có cơn đau đầu. Triệu chứng của tiền triệu trong đau nửa đầu có thể là về hình ảnh, cảm giác hoặc vận động trong tự nhiên [29].

Tiền triệu về thị giác là hiện tượng thần kinh phổ biến nhất. Đó là sự thay đổi về hình ảnh bao gồm những tia sáng lóe không định hình màu đen trắng hoặc thỉnh thoảng là những tia sáng có màu (chứng lóe sáng) hoặc sự hình thành của những đường zig zắc chói mắt (ám điểm chói lóa); thường được sắp xếp như lỗ châu mai của lâu đài, vì thế còn có tên là "hình ảnh pháo đài" hoặc tiếng Anh là "teichopsia". Một số bệnh nhân mô tả hình ảnh mờ ảo giống như đang nhìn qua một lớp kính mờ hoặc dày, hoặc, trong một số trường hợp là hình ảnh đường hầm và mất hình ảnh một bên [28].

Tiền triệu ở thần kinh xúc giác trong đau nửa đầu bao gồm rối loạn xúc giác ở tay và miệng, cảm giác kim châm ở bàn tay và cánh tay cũng như khu vực mũi miệng cùng bên. Rối loạn xúc giác lan tỏa lên cánh tay rồi lên vùng mặt, môi và lưỡi.

Những triệu chứng khác trong giai đoạn tiền triệu bao gồm ảo giác thính giác và khứu giác, chóng mặt khả năng hiểu ngôn ngữ tạm thời, chóng mặt, cảm giác kiến bò và tê ở mặt và đầu chi, và xúc giác quá nhạy cảm [30].

❖ **Giai đoạn đau**

Kiểu đau nửa đầu điển hình là đau một bên không cố định, thường khu trú ở trán và thái dương, đau nhói, mức độ từ trung bình đến dữ dội đau tăng khi hoạt động thể chất, leo cầu thang. Con đau có thể ở cả hai bên khi mới bắt đầu hoặc bắt đầu ở một bên và dần chuyển sang cả hai bên và thường đổi bên mỗi lần đau. Bắt đầu cơn đau thường từ từ. Cơn đau bắt đầu nhẹ sau tăng lên đến cực đại kéo dài 1 - 2 giờ, ở giai đoạn cuối cơn chỉ âm ỉ lan tỏa kèm theo tăng cảm giác da đầu. Tần suất các cơn đau rất khác nhau, từ những trường hợp chỉ bị vài lần trong đời cho đến những người bị vài lần một tuần, và trung bình bệnh nhân bị từ một đến ba lần một tháng. Mức độ đau cũng rất khác nhau tùy từng lần đau.

Cơn đau nửa đầu thường đi kèm với các biểu hiện khác. Buồn nôn xảy ra ở khoảng 90% bệnh nhân và nôn mửa xảy ra ở khoảng 1/3 số bệnh nhân. Rất nhiều bệnh nhân bị quá nhạy cảm như bị chứng sợ ánh sáng, sợ tiếng động, tăng nhạy cảm khứu giác, tâm trạng dễ bị kích thích, cáu gắt và có xu hướng tìm khu vực tối và yên tĩnh, không muốn tiếp xúc với mọi người [31].

❖ **Giai đoạn sau đau**

Cảm giác hình ảnh bị mờ, mệt mỏi, tiêu chảy, đi tiểu nhiều, da nhợt, hoặc đổ mồ hôi sau cơn đau. Đầu chi thường cảm thấy lạnh và ẩm ướt. Cũng có thể bị chóng mặt; trong một dạng đau nửa đầu điển hình gọi là đau nửa đầu tiền đình. Bệnh nhân bị hoa mắt, không phải chóng mặt thực sự, cảm giác choáng váng cũng có thể diễn ra, cảm thấy mệt mỏi hoặc chán nản và đau đầu, nhận thức khó khăn, các triệu chứng về hệ tiêu hóa, thay đổi tính khí và thấy yếu ớt.

Một số người lại cảm thấy khoan khoái, tinh táo lạ thường sau cơn đau, trong khi đó một số lại cảm thấy trầm cảm và phiền muộn [32].

Cơn đau nửa đầu có xu hướng tự thuyên giảm và tự chấm dứt, đa số những triệu chứng của đau nửa đầu có thể biến mất sau một buổi tối ngủ ngon. Giấc ngủ càng sâu cơn đau càng mau chấm dứt. Những bệnh nhân không ngủ được thì cơn đau giảm dần tự nhiên hoặc sau khi nôn.

Migraine không có tiền triệu

Cơn đau xuất hiện đột ngột và không có triệu chứng nào rõ ràng báo trước cơn đau, người bệnh có thể chỉ có biểu hiện lo lắng, chán ăn trước khi cơn đau xuất hiện. Cường độ cơn đau ít hơn so với Migraine tiền triệu [33].

1.2.4. Phân loại Migraine

Hiện nay, đau đầu MG được đa số các tác giả phân ra làm 6 loại chính [18], [34]. Theo IHS 2004:

1- MG không có tiền triệu (MG thông thường)

2- MG có tiền triệu (MG cổ điển)

+ Migraine có tiền triệu điển hình

+ Migraine có tiền triệu kéo dài

+ Migraine liệt nửa người gia đình

+ Migraine nền

- Tiền triệu Migraine không có đau đầu

- Migraine có tiền triệu bắt đầu cấp tính

3- MG liệt vận nhãn

4- MG vô nghĩa

5- Các hội chứng chu kỳ ở trẻ em có thể là tiền báo hoặc kèm theo Migraine

- Nôn ói theo chu kỳ
- Migraine bụng
- Chóng mặt kịch phát lành tính ở trẻ em

6- Các biến chứng của migraine

- ❖ Migraine mạn tính
- ❖ Trạng thái migraine
- ❖ Tiền triệu kéo dài không có nhồi máu
- ❖ Migraine gây khởi phát co giật

7- Migraine không đáp ứng tiêu chuẩn trên

1.2.5. Chẩn đoán

Năm 1988, các chuyên gia về đau đầu dưới sự lãnh đạo của giáo sư Olesen đã nghiên cứu và đưa ra bảng chẩn đoán đau nửa đầu. Việc chẩn đoán **đau nửa đầu không đi kèm tiền triệu** có thể được thực hiện dựa theo tiêu chuẩn "5, 4, 3, 2, 1" của Hiệp hội quốc tế về đau đầu (IHS) [35], [36].

- A. Có nhiều hơn 5 cơn đau đáp ứng tiêu chuẩn B và D.
- B. Cơn kéo dài 4 giờ đến 3 ngày (Không điều trị hoặc điều trị không có kết quả).
- C. Có nhiều hơn 2 biểu hiện đau đầu:
 - ✓ Đau một bên.
 - ✓ Có tính chất mạch đập.
 - ✓ Cường độ từ trung bình đến nặng.
 - ✓ Đau tăng do/hoặc cản trở sinh hoạt hằng ngày.
- D. Có ít nhất 1 triệu chứng trong cơn đau:
 - ✓ Buồn nôn và/hoặc nôn mửa.

✓ Chứng sợ ánh sáng.

✓ Chứng sợ tiếng động.

E. Không do các bệnh khác.

Đối với đau nửa đầu có tiền triệu

A. Có ít nhất 2 cơn đáp ứng tiêu chuẩn B.

B. Thoáng báo có ít nhất 1 trong các yếu tố sau nhưng không có yếu vận động:

✓ Các triệu chứng thị giác phục hồi hoàn toàn gồm các hình ảnh dương tính (ánh sáng, các đám hoặc đường thẳng lấp lánh) và/hoặc âm tính (mất thị lực).

✓ Các triệu chứng cảm giác phục hồi hoàn toàn gồm có triệu chứng dương tính (cảm giác kẹp, đâm, kim châm) hoặc âm tính (tê).

✓ Rối loạn ngôn ngữ nói phục hồi hoàn toàn.

C. Có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:

✓ Các triệu chứng thị giác đồng danh và/hoặc các triệu chứng cảm giác một bên.

✓ Ít nhất 1 triệu chứng thoáng báo tiến triển dần trong thời gian > 5 phút và/hoặc các triệu chứng thoáng báo khác nhau xảy ra kế tiếp nhau trong thời gian > 5 phút.

✓ Mỗi triệu chứng kéo dài > 5 phút và < 60 phút.

D. Đau đầu đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn B - D (ở tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho Migraine không có thoáng báo), bắt đầu trong khi có thoáng báo hoặc sau thoáng báo trong vòng 1 giờ.

E. Không do bệnh khác.

1.2.6. Điều trị

Phương pháp điều trị bao gồm điều trị cơn và điều trị dự phòng nhằm mục đích giảm tần số cơn, cường độ và thời gian cơn [13], [37], [38].

❖ Điều trị cơn

Biện pháp chung: nghỉ ngơi yên tĩnh, nạng cho thở oxy, theo dõi.

✓ Nhóm thuốc đặc hiệu: Triptan, ergotamin

Triptan: là nhóm thuốc mới nhất hiện nay dùng để cắt cơn đau nửa đầu. Thông qua tác dụng đặc hiệu lên thụ thể serotonin, sumatriptan không qua hàng rào máu não, tác dụng trực tiếp vào dây V - mạch máu làm co chẹn lọc các mạch máu ngoài sọ, tái phân bố dòng máu trong não làm giảm đau đầu. Sumatriptan được chỉ định cho những cơn đau đầu có cường độ dữ dội, không đáp ứng với các thuốc khác. Thuốc làm giảm đau đầu nhanh ở 80% các trường hợp, được đánh giá cao hơn aspirin uống kèm metoclopramid.

Một số thuốc nhóm Triptan: Sumatriptan (50mg), Rizatriptan (5mg, 10 mg), Eletriptan (40mg), Zolmitriptan (2,5mg; 5mg), Almotriptan, (12,5mg), Naratriptan (2,5mg) và Frovatriptan.

Ergotamin: được coi là nhóm thuốc hiệu quả tốt nhất trong điều trị cơn đau nửa đầu. Dihydroergotamine tiêm tĩnh mạch thường dùng cho những bệnh nhân nằm viện có trạng thái Migraine. Các tác dụng phụ thường gặp là buồn nôn và tác dụng ngoại tháp, nên dùng kháng histamin và thuốc chống nôn trước khi điều trị. Những trường hợp đau đầu có kèm buồn nôn hay nôn ói nhiều, nên dùng thuốc qua đường dưới da hay mũi.

✓ Các thuốc giảm đau thông thường: Paracetamol hay các loại thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs).

Điều trị bậc 1 đối với đau nửa đầu là các loại thuốc chống viêm không steroid. Bệnh nhân thường bắt đầu với paracetamol, aspirin, ibuprofen, naproxen và các loại thuốc giảm đau thông thường khác dành cho đau đầu căng thẳng. Các loại thuốc có thể làm giảm hoặc hết cơn đau đầu Migraine.

✓ **Flunarizin tiêm tĩnh mạch**

Là thuốc chẹn kênh calci quá tải vào nội bào (calcium-overload-blocker) có tác dụng chọn lọc trong tình trạng thiếu oxy của tổ chức não và làm co mạch. Khi tiêm tĩnh mạch có thể làm giảm hoặc cắt cơn đau nửa đầu.

✓ **Thuốc kết hợp**

Trong cơn Migraine chức năng tiêu hóa bị ảnh hưởng, khả năng hấp thu thuốc giảm. Thuốc chống nôn có thể giảm triệu chứng buồn nôn và giảm nôn, vì thế không làm mất tác dụng của thuốc giảm đau bằng đường uống.

✓ **Kích thích điện xuyên sọ**

✓ **Kích thích dây thần kinh phế vị**

❖ **Điều trị dự phòng cơn Migraine**

Biện pháp chung: Thay đổi tập quán sinh hoạt, tránh các tác nhân gây cơn. Các phương pháp điều trị vật lý và tâm lý.

✓ **Các chất ức chế tái hấp thu Serotonin**

Một số thuốc ức chế thụ thể serotonin (Methyserid) có chọn lọc có tác dụng rất tốt cho các trường hợp đau nửa đầu nặng hoặc những người không đáp ứng với các thuốc chống viêm không steroid. Thuốc không hiệu quả đối với những loại đau nửa đầu không điển hình hoặc rất trầm trọng, đau nửa đầu biến thái, hoặc đau nửa đầu trạng thái (liên tục).

Các chất ức chế tái hấp thu serotonin (SSRIs) không được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) công nhận trong điều trị đau nửa đầu, nhưng được cho là hiệu quả trên lâm sàng [39].

✓ **Chẹn beta giao cảm**

Năm 1966 Rabkin quan sát thấy bệnh nhân được điều trị đau thắt ngực bằng propranolol, bệnh MG của họ cũng giảm. Tác dụng điều trị dự phòng của propranolol đã được nhiều tác giả khẳng định. Ngoài ra có thể dùng atenolol 25 mg, metoprolol 25 mg.

✓ **Thuốc chống trầm cảm 3 vòng**

Các loại thuốc chống trầm cảm ba vòng từ lâu đã là một phương pháp điều trị dự phòng hiệu quả cao. Tuy nhiên các loại thuốc này có thể dẫn đến một số tác dụng phụ không mong muốn như mất ngủ, tăng cường hoặc giảm sút khả năng tình dục. Thuốc có tác dụng trong dự phòng đau nửa đầu có thể do hiệu quả kháng lại thụ thể serotonin và adrenalin [40]. Các thuốc chống trầm cảm có lợi thế trong điều trị bệnh nhân đau nửa đầu song song với trầm cảm. Một số thuốc: Amitriptilin, Nortriptilin, Dosuleptin...

✓ **Flunarizin**

Khi dùng đường uống có tác dụng dự phòng cơn đau nửa đầu. Thuốc đi qua hàng rào mạch máu-não và bảo vệ tổ chức thần kinh trong tình trạng thiếu oxy; ngoài ra thuốc còn có tác dụng chống co thắt mạch máu, ngăn cản quá trình ức chế lan rộng ở vỏ não (một trong những cơ chế sinh cơn Migraine), chống co giật, kháng histamin.

✓ **Thuốc ức chế thụ thể của Angiotensin**

Một số bằng chứng cho thấy thuốc ức chế thụ thể angiotensin (Candesartan) có dung nạp tốt, tác dụng điều trị dự phòng trong đau nửa đầu.

✓ **Thuốc chống động kinh**

Có tác dụng điều trị tốt ở những bệnh nhân Migraine có kèm loạn nhịp (Topiramát, Valproát).

Topiramát là một monosaccharid - thuốc chống động kinh được khuyến cáo sử dụng điều trị phòng ngừa đau nửa đầu kéo dài. Cơ chế tác dụng dự phòng cơn đau nửa đầu của topiramát đến nay vẫn chưa rõ. Các nghiên cứu điện sinh lý và sinh hóa của các tế bào thần kinh nuôi cấy chỉ ra rằng, thuốc có tác dụng làm bền vững màng tế bào thần kinh, chặn kênh natri và tăng tần số mở kênh Clo thông qua tăng hiệu quả gắn của GABA vào receptor GABA-A.

Liều khuyến cáo cho bệnh nhân là 100mg/ngày chia làm 2 lần.

Một số tác dụng không mong muốn hay gặp của topiramate như: buồn nôn, đau bụng, tiêu chảy, đau bụng...

✓ Steroid

Dựa trên một phân tích tổng hợp gần đây, bổ sung một liều tiêm tĩnh mạch Dexamethasone trong phương pháp điều trị chuẩn có khả năng giảm tái phát đau đầu tới 26% [41]. Có tác dụng điều trị đau nửa đầu thông qua hoạt tính chống viêm.

✓ Các loại chất khác

Kết hợp giữa barbiturat, paracetamol hoặc acid salicylic và caffeine. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy những loại thuốc này tốt hơn sumatriptan trong điều trị đau nửa đầu [42].

Gần đây người ta cũng thấy rằng các peptid liên quan đến gen calcitonin (CGRPs) có vai trò trong bệnh lý học của cơn đau nửa đầu khi triptan giảm hoạt tính. Các chất kháng thụ thể CGRP đang được nghiên cứu cả trong thí nghiệm và trong lâm sàng trong điều trị đau nửa đầu [43].

❖ Phẫu thuật trên động mạch thái dương nông

Một số thủ thuật áp dụng trên động mạch thái dương nông như thắt động mạch, áp lạnh động mạch có tác dụng làm hủy các sợi giao cảm quanh động mạch này.

1.3. ĐAU NỬA ĐẦU THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

1.3.1. Quan niệm nguyên nhân

Theo quan điểm của YHCT, đau nửa đầu (thuộc phạm vi chứng đầu thống) chủ yếu là do sự xâm nhập của phong và hỏa làm bế tắc kinh lạc và làm rối loạn khí huyết trong đầu. Ngoài ra, rối loạn chức năng tạng can và đường kinh can cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình phát triển bệnh. Đồng thời là sự đình trệ của khí và máu làm xuất hiện chứng đau nửa đầu.

YHCT điều trị chứng đau nửa đầu với phép điều trị gồm bình can, khu tà và thông kinh lạc, hoạt huyết hóa ứ. Tuy nhiên, phép điều trị còn từng thể bệnh cụ thể [44].

1.3.2. Cơ chế bệnh sinh

Đầu thống là một triệu chứng thường gặp trên lâm sàng. Qua nhiều thời đại căn cứ vào nguyên nhân bệnh khác nhau mà có tên gọi khác nhau. Đan Khê tâm pháp nói: đau đầu phần nhiều vì đàm, đau chủ yếu về hỏa điều trị cần thổ hạ và có thêm chứng đàm quyết đầu thống, khí trệ đầu thống. Lý Đông Viên đem đau đầu ra phân biệt nội thương, ngoại cảm. Căn cứ nguyên nhân và triệu chứng phân biệt ra thiên đầu thống, thấp nhiệt đầu thống, chân đầu thống, khí hư đầu thống, huyết hư đầu thống... Đau đầu do ứ huyết thường như dao đâm, đau cố định. Bệnh lâu tà vào lạc hoặc đầu bị va vấp, ứ huyết đọng ở trong, mạch lạc không lưu lợi gây đau đầu không khỏi. Theo Nội kinh “Can khai khiếu ở mắt”, huyền là mạch của Can, Đờm. Vùng và huyết vị bị tổn thương do kinh Túc Thiếu Dương Đờm chi phối. Do đó, ở bệnh nhân đau nửa đầu, triệu chứng quá vượng của Can Đờm. Can âm hư, Can dương xung gây ra một số triệu chứng Can Đờm hỏa thịnh thuộc dương chứng. Biếng ăn, buồn nôn là do Can mộc khắc Tỳ thổ dẫn đến rối loạn tiêu hóa. Đây là một biểu hiện mà y học cổ truyền gọi là Can phạm Vị. Theo học thuyết kinh lạc, Dương phải thường giáng và Âm phải thường thăng. Trường hợp này, kinh khí ở kinh Túc Thiếu Dương Đờm đã nghịch chuyển gây ra những dấu hiệu đặc trưng của thiếu dương chứng. Đó là đau đầu, hoa mắt, buồn nôn. Thiếu dương chứng thường được xem là những chứng bán biểu bán lý. Tuy nhiên, bệnh đã lâu, can huyết bị tổn thương nên thiên về lý. Hỏa đây là hư hỏa do âm hư mà ra.

Đầu là nơi hội tụ của khí dương, đường kinh thủ túc tam dương đều đi lên đầu mặt, đường kinh quyết âm thì lên hội ở đỉnh đầu, cho nên đau đầu có thể

can cứ bộ vị phát bệnh khác nhau đối chiếu đường tuần hành kinh lạc để chẩn đoán nguyên nhân [44].

1.3.3. Các thể lâm sàng và điều trị [45]

❖ Can khí uất kết

- Triệu chứng: Đau căng hoặc kiểu mạch đập một bên đầu, kèm theo tinh thần uất ức, tức ngực và thỉnh thoảng ợ hơi.
- Pháp: Sơ can, giải uất, lý khí chỉ thống.

❖ Can dương vượng

- Triệu chứng: Đau căng vùng đầu, chóng mặt, hoa mắt, ù tai, tính tình dễ bị kích thích, mất ngủ, miệng khô và mặt đỏ.
- Pháp: Bình can, tiềm dương, tư âm.

❖ huyết ứ trở lạc

- Triệu chứng: Đau đầu kéo dài không đỡ, đau cố định, kiểu châm chích hoặc nhịp đập, hay quên, đánh trống ngực.
- Pháp: Hoạt huyết, thông lạc, chỉ thống.

❖ Hàn ẩm đình tụ

- Triệu chứng: Đau nặng đầu, hoặc cảm giác như có một dải buộc chặt quanh đầu, tức ngực, đầy hơi, buồn nôn hoặc nôn ra đàm, đau dạ dày, thích ẩm, tay chân lạnh, ăn không ngon miệng, mệt mỏi.
- Pháp: Ôn trung giáng nghịch, khu thấp hóa đàm.

1.4. PHƯƠNG PHÁP ĐẦU CHÂM

1.4.1. Phương pháp Đầu châm theo Y học hiện đại

1.4.1.1. Khái niệm

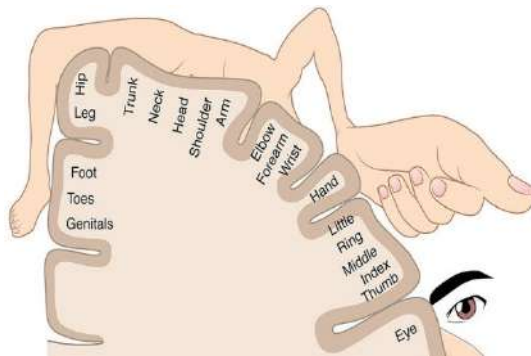
“Đầu châm” còn gọi là châm da đầu là phương pháp kết hợp YHHĐ và YHCT dựa vào lý luận thần kinh của YHHĐ, trên cơ sở tương ứng giữa các bộ phận da đầu và các vùng chức năng của vỏ não. Châm vào các bộ phận da đầu tương ứng với các vùng chức năng của vỏ não làm cho tế bào vỏ não bị kích

thích phát sinh tác dụng phóng ra các xung động dẫn truyền tới cơ thể hoặc cơ quan nội tạng do vỏ não chi phối. Từ đó các bộ phận bị ức chế hoặc tổn thương khôi phục được công năng sinh lý bình thường [46].

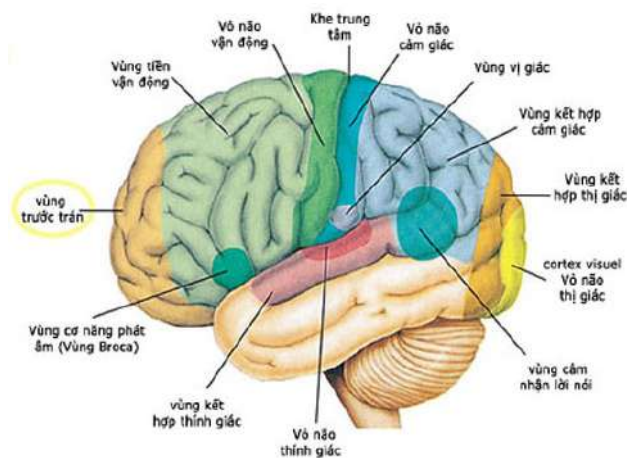
Phương pháp Đầu châm được bắt nguồn từ châm cứu sọ não để điều trị bệnh ở Trung Quốc cổ đại. Lịch sử ghi nhận trong tiêu sử của Biển Thước có bản ghi chép Y học sớm nhất đối với ứng dụng của liệu pháp Đầu châm ở Trung Quốc. Vào thế kỉ thứ 5 trước công nguyên (5BC), Biển Thước đã chữa trị chứng “thi quyết”- chết giả bằng cách châm vào huyết Bá Hội (kí hiệu GV20). Hoàng Đế Nội Kinh đã thiết lập cơ bản học thuyết YHCT về liệu pháp Đầu châm [47]. Phương pháp này đã được bác sĩ Tiêu Thuận Phát giới thiệu lần đầu tiên trong “Chineses Med.J” năm 1977. Công trình nghiên cứu về Đầu châm được khởi động từ năm 1971 tại Tây An - Trung Quốc, kể từ đó trở đi có rất nhiều tài liệu nghiên cứu được phổ biến. Ở Việt Nam, theo giáo sư Nguyễn Tài Thu, Đầu châm đã được ứng dụng từ những năm chiến tranh chống Mỹ rất ác liệt, nhiều thương binh và đồng bào bị bom đạn gây những vết thương nặng ở chân tay nên không tiến hành châm cứu trên chân tay thân mình được. Khi cùng phát triển điện châm để mổ, chữa các vết thương đau đớn, hoặc bị liệt 2 chi dưới, liệt tứ chi, khi xây dựng những phương pháp châm mới (Tân châm) các lương y đã dùng “Đầu châm” tức chỉ châm các khu huyết ở đầu, mặt cổ đạt kết quả rất tốt.

1.4.1.2. Cơ sở sinh lý và giải phẫu để phân khu

Từ góc độ điện sinh lý, đầu là một thể dẫn điện dung tích lớn, châm vào vùng đầu có thể tạo ra các dòng điện sinh học lan truyền đến não, từ đó cải biến tính hưng phấn của các tế bào vỏ não làm cho các tế bào thần kinh bị ức chế trong quá trình bị nhồi máu não, phù não được giải phóng, phục hồi tính hưng phấn và khả năng trao đổi chất của tế bào thần kinh.



Hình 1.1. Sơ đồ phân khu của vỏ não [7].



Hình 1.2. Các vùng của vỏ não [7].

Trong phương pháp Đầu châm có 2 đường quan trọng nhất trên cơ sở của 2 đường này mà thầy thuốc xác định những vùng châm ở đầu.

Đường 1: chính giữa trước sau (đường dọc giữa đầu nối từ điểm giữa 2 cung lông mày đến điểm chính giữa đỉnh lồi cằm ngoài).

Đường 2: tuyến mi cằm (đường nối từ giữa cung lông mày đến đỉnh lồi cằm ngoài, đi qua mí tóc trán và loa tai).

1.4.1.2. Sự phân chia các vùng trên da đầu và tác dụng điều trị

Các đường chuẩn của Đầu châm:

- **Đường Giữa Đầu:** Dài 1 thốn. Bắt đầu từ huyết Thần đình (Đm 24) đi dọc ra phía sau theo mạch Đốc.

Tác dụng: Trị bệnh về đầu, mũi, lưỡi, mắt, họng và các rối loạn về tâm thần như đau đầu, chóng mặt, đau nhức mắt, nghẹt mũi, đắng miệng, tai ù, họng sưng, mắt sưng, mất ngủ, trầm cảm, động kinh, mất trí nhớ.

- **Đường Bên Đầu 1:** Dài 1 thốn. Từ huyết My xung (Bq 3) dọc ra phía sau theo đường kinh Bàng quang.

Tác dụng: Trị bệnh ở phổi, tim, thượng tiêu như ho, suyễn, ngực đầy, hồi hộp, mất ngủ, hay quên, nghẹn, đau dạ dày, khó nói cứng lưỡi

- **Đường Bên Đầu 2:** Dài 1 thốn. Từ huyết Đầu Lâm Khấp (Đ 15) đi dọc ra sau theo đường kinh Bàng quang.

Tác dụng: Rối loạn ở Tỳ, Can, Bàng quang, Vị và trung tiêu: dạ dày đau, nôn mửa, nấc, đau bụng, tiêu chảy, hạ sườn đau, vú sưng đau, chóng mặt, bệnh về mắt.

- **Đường Bên Đầu 3:** Dài 1 thốn. Từ huyết Đầu Duy (Vi 8) hơi xích xuống 0,75 thốn.

Tác dụng: Rối loạn Ở Thận, Bàng quang, Tam tiêu như tiểu không tự chủ, đái dầm, mộng tinh, di tinh, tiêu chảy mạn.

- **Đường Giữa Đỉnh Đầu:** Dài 1,5 thốn. Từ huyết Bá Hội (Đc 20) đến huyết Tiền Đỉnh (Đc 21).

Tác dụng: Trị đau thắt lưng, chi dưới liệt, tê, đau, tiểu nhiều, trĩ, động kinh...

- **Đường Chéo Trước Đỉnh Đầu - Thái Dương:** Từ huyết Tứ Thần Thông (trước Bá Hội 1 thốn) xiên đến huyết Huyền Ly (Đ 6). Đoạn này chia làm 5 phần: 1/5 trên trị liệt chi dưới, 2/5 giữa trị liệt chi trên, 2/5 dưới trị liệt mặt, không nói được, chảy nước miếng, xơ cứng mạch máu não.
- **Đường Chéo Sau Đỉnh Đầu - Thái Dương:** Từ huyết Bá Hội chéo đến huyết Khúc Tân (Đ7), chia làm 5 phần: 1/5 trên trị đau, ngứa, tê chi dưới,

2/5 giữa trị đầu, ngửa, tê chi trên, 2/5 dưới trị đầu, ngửa, tê vùng đầu, mặt. Đường này băng qua mạch Đốc, kinh Bàng quang và kinh Đờm.

- **Đường Ngang Đỉnh 1:** Dài 1,5 thốn. Cách đường giữa đỉnh 1,5 thốn, từ huyết Thừa Quang (Bq 6) lui về phía sau theo đường kinh Bàng quang.

Tác dụng: Trị bệnh ở thất lưng và chân như liệt, đau, tê ở chi dưới. Cũng được dùng trị rối loạn vận động.

- **Đường Ngang Đỉnh 2:** Dài 1,5 thốn. Cách đường giữa đỉnh 2,25 thốn. Từ huyết Chính Dinh (Đ 17), lui về phía sau theo kinh Đờm. Đường này thuộc kinh Đờm.

Tác dụng: Trị rối loạn vận động ở vai, chi trên, gồm liệt đau và tê.

- **Đường Thái Dương Trước:** Từ huyết Hàm Yên (Đ 4) đến huyết Huyền Ly (Đ6). Thuộc về kinh Đờm.

Tác dụng: Trị đau nửa đầu (Migraine), liệt mặt ngoại biên, nói khó, bệnh ở miệng.

- **Đường Thái Dương Sau:** Đường nối huyết Suất Cốc (Đ 8) đến Khúc Tân (Đ 7).

Tác dụng: Trị nửa đầu đau, chóng mặt, ù tai, điếc.

- **Đường Châm Trên - Giữa:** Đường nối huyết Cường Gian (Đc 18) đến huyết Não Hộ (Đc 17).

Tác dụng: Trị bệnh ở lưng và thất lưng, bệnh về mắt.

- **Đường Châm Ngang - Trên:** Chạy song song và ngang với đường trên - giữa của châm. Thuộc kinh Bàng quang.

Tác dụng: Trị lưng và thất lưng đau, mắt đau.

- **GC:** Thường dùng chung với đường Châm Trên - Giữa.

- **Đường Châm Dưới - Ngang:** Dài 2 thốn, từ huyết Ngọc Châm (Bq 9) xuống huyết Thiên Trụ (Bq 10). Thuộc về kinh Bàng quang.

Tác dụng: Điều hòa các rối loạn về não, đau vùng châm.

Các vùng kích thích của Đầu chân

Theo đúng nguyên xuất thì chỉ có 16 Khu nhưng đối với các tác giả người Pháp xếp có 14 Khu, vì 1 số quan điểm Khu Gan Mật và Dạ dày là một, Khu Sinh Dục và Ruột cũng là một khu.

Sau này, Bác sĩ Nguyễn Văn Nghị, trong tạp chí Menstruel Medicine Acupuncture số 20 và 26 năm 1975 đã nêu thêm ba Khu nữa là Khu Mũi Lưỡi Họng (Zone Naso – Glosso – Pharyngienne), Khu Tâm Lý Cảm Xúc (Zone Psycho – Affective) và một Khu Chế Ngự Bệnh Tâm Thần (Zones De Maitrise Des Maladies Mentales). Đến năm 1977, trong tạp chí “Chinese Medicine Journal” nêu ra một Khu Phối Hợp Chức Năng Tâm Thần Vận Động Khác Thường (Zones Psychomotrices Extraordinaires) do đó hiện nay số lượng Khu Kích Thích lên đến 20 Khu, được phân bố như sau:

❖ **Vùng vận động:** là đường chạy theo mặt bên của da đầu, đường này được xác định bởi:

- Điểm cách giữa tuyến 0,5 cm về phía sau.
- Điểm dưới là giao điểm của chân tóc trán với đường 2.
- Vùng vận động chia làm 5 phần.
- 1/5 trên: Vùng chi dưới.
- 2/5 giữa: Vùng chi trên.
- 2/5 dưới: Vùng mặt.

Tác dụng: Điều trị liệt những vùng tương ứng ở bên đối diện. Đoạn 2/5 dưới điều trị được thất ngôn kiểu vận động, phát âm khó, chảy nước dãi.

❖ **Vùng cảm giác:** Bắt đầu từ sau đỉnh đầu (huyệt Bách Hội), chéo xuống chân tóc mai, chạy song song với vùng vận động và cách phía sau 1,5 cm.

Đường này chia làm 3 đoạn:

- 1/5 trên: Vùng chi dưới.
- 2/5 giữa: Vùng chi trên.
- 2/5 dưới: Vùng mặt.

Tác dụng điều trị: tê nhức, dị cảm ở những vùng tương ứng bên đối diện.

- ❖ **Vùng chế ngự bệnh tâm thần:** trên đường giữa, bắt đầu phía đầu, ngoài xương chẩm và kéo dài 3,5 cm xuống phía dưới. Trị các bệnh tâm thần.
- ❖ **Vùng tiền đình ốc tai:** đoạn nằm ngang dài 4 cm từ đỉnh loa tai lên 1,5 cm là điểm giữa, từ đây kéo ra trước 2 cm, ra sau 2 cm. Điều trị chóng mặt, giảm thính lực.
- ❖ **Vùng co bóp mạch máu:** Chạy song song với Khu Không Chế Múa Giật Run Rẩy (3), và cách phía trước khu này khoảng 1,5 cm. Trị phù mạch máu não, Huyết áp cao.
- ❖ **Vùng dạ dày:** Từ giữa đồng tử lên, kẻ một đường thẳng song song với đường chính giữa, từ mí tóc trán lên 2 cm. Trị đau vùng Thượng vị (bụng trên), dạ dày.
- ❖ **Vùng đường ruột:** Từ khu Sinh Dục kẻ một đường thẳng đi xuống dài 2 cm là khu ruột. Hoặc lấy ở đường dọc qua khoé mắt ngoài, từ mí tóc trán xuống 2 cm. Trị các bệnh đường ruột.
- ❖ **Vùng gan mật:** Từ khu dạ dày, kẻ 1 đường thẳng đi xuống khoảng 2 cm là khu gan mật. Trị các bệnh gan mật.
- ❖ **Vùng khoang ngực:** Kẻ một đường thẳng song song nằm giữa đường chính giữa và khu dạ dày, từ giao điểm của đường đó và chân tóc phía trước lên 2 cm, xuống 2 cm trên đường song song nói trên (trên đường dọc qua khoé mắt trong, dài 4 cm, điểm giữa tại mí tóc trán). Bệnh vùng ngực, hen phế quản, tim đập nhanh, tức ngực.
- ❖ **Vùng không chế múa giật run rẩy:** Cách phía trước Khu Vận Động 1,5 cm, song song với khu vận động. Trị trẻ nhỏ múa giật, hội chứng Parkinson, bệnh rung giật.

- ❖ **Vùng mũi, lưỡi, họng:** Dài 4 cm, từ điểm giữa mí tóc trên lên 2 cm và xuống 2 cm. Trị bệnh ở mũi, lưỡi, họng.
- ❖ **Vùng ngôn ngữ 1:** Tại điểm 2/5 dưới của Khu Vận Động Mặt (2/3). Không đọc được chữ (mù chữ), khó nói.
- ❖ **Vùng ngôn ngữ 2:** Từ móm (ụ) xương đỉnh, gạch một đường song song với đường chính giữa. Từ móm này lui về phía sau 2 cm, gạch một đường dài 3cm (hướng xuống phía sau) là Khu Ngôn Ngữ 2. Trị không hiểu được lời nói.
- ❖ **Vùng ngôn ngữ 3:** Từ trung điểm Khu Chóng Mặt - Nghe, kẻ một đường ngang lui về phía sau dài 4 cm, nằm ngang phía trên tai, (chung với Khu Chóng Mặt - Nghe khoảng 2 cm). Trị câm.
- ❖ **Vùng phối hợp chức năng tâm thần ngoại ý:** Ở chỗ khởi điểm của đường nếp gấp tóc trán, kẻ một đường thẳng dài khoảng 1,5 cm, hướng về phía đỉnh, lấy đó làm chuẩn, ra ngang 1,5 cm, 3 cm, 4,5 cm và một đường kéo về phía đỉnh dài khoảng 1,5 cm. Trị bệnh tâm thần, rối loạn do não.
- ❖ **Vùng sinh dục:** Thẳng khoé ngoài mắt lên, từ mí tóc góc trán gạch một đường dài 2 cm song song với đường chính giữa. Trị tử cung xuất huyết cơ năng, bụng dưới đau.
- ❖ **Vùng tâm lý cảm xúc:** Song song với đường giữa, cách đường giữa 2 mm trung điểm của khu này ở giữa Khu Co Bóp Mạch Máu và đỉnh của Khu Khoang Ngực. Trị bệnh tâm thần.
- ❖ **Vùng thẳng bằng:** Từ lồi ngoài cằm sang ngang 3,5 cm, từ chuẩn đó gạch xuống 1 đường dài 4 cm, song song với đường chính giữa. Điểm cao nhất của nó nằm ngoài cục lồi ở phía sau đầu 3,5 cm. Trị mất thẳng bằng do tổn thương tiểu não.

- ❖ **Vùng thị giác:** Từ lồi ngoài chằm sang ngang 1 cm, từ chuẩn đó gạch xuống một đường dài 4 cm, song song với đường dọc giữa xương chằm, điểm thấp nhất của tuyến này nằm ngoài ụ lồi phía sau đầu. Trị thị lực chướng ngại do vỏ não, mù do tổn thương thùy chằm.
- ❖ **Vùng vận dụng:** Từ mỏm xương đỉnh gạch xuống một đường thẳng đứng và 2 đường chéo phía trước và phía sau đường thẳng trước, tạo thành 2 góc, mỗi góc 40^0 . Cả 3 đường dài 3 cm.

1.4.2. Phương pháp Đầu chằm theo phương pháp Y học cổ truyền

Đầu chằm được phát triển dựa trên học thuyết kinh lạc của YHCT, có rất nhiều kinh lạc và mạch lạc đi qua vùng đầu. Đường đi của các kinh mạch sau có quan hệ mật thiết với vùng đầu [46], [48].

- Kinh túc dương minh Vị.
- Kinh túc Thái dương Bàng quang.
- Kinh túc Thái dương Tam tiêu.
- Kinh túc Thiếu dương Đờm.
- Kinh túc Quyết âm Can.
- Các mạch: mạch Đốc, mạch Dương kiêu, mạch Dương Duy.

Kinh khí trong cơ thể thông qua kinh lạc liên hệ với đầu. YHCT cho rằng: đầu là phủ của thần minh. Kinh khí ngũ tạng lục phủ đều tụ ở đầu.

Hoàng Đế Nội Kinh đã thiết lập học thuyết về liệu pháp Đầu chằm cho rằng: đầu là nơi hội tụ của các kinh dương và là phủ (chỗ ở) của nguyên thần; mạch Đốc thống quản các kinh dương và mạch Nhâm chịu trách nhiệm về các kinh âm. Cả hai đều lên đầu, 5 kinh âm khác đều thông qua lạc mạch liên hệ

với đầu. Mạch Đốc trong kỳ kinh bát mạch đốc thúc dương khí toàn thân cũng chạy vòng quanh đầu. Do đó, đầu và toàn thân có quan hệ hữu cơ chặt chẽ.

Thiên “Mạch yếu tinh vi luận” sách Tố Vấn viết “đầu giả tinh minh chi phủ” có nghĩa “tinh khí ngũ tạng của lục phủ đều đi lên đầu” nói rõ mối quan hệ mật thiết giữa đầu và toàn thân.

Còn có thuyết nói “người ta có trí nhớ nhờ vào não” giúp ta thấy cụ thể phần quan trọng của não đối với hoạt động tinh thần, đối với thất tình (hỷ, nộ, ưu, tư, bi, khùng, kinh) là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây ra bệnh nội thương. Mừng rỡ quá làm tổn thương tâm, giận dữ quá làm tổn thương can, kinh hãi quá làm tổn thương thận [49]

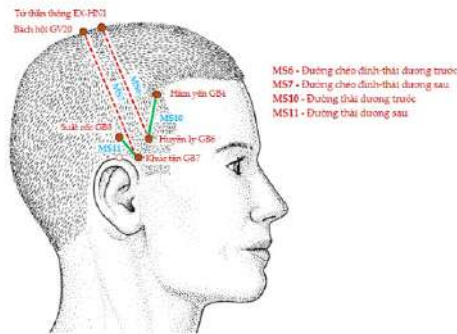
1.4.3. Các nghiên cứu về phương pháp Đầu châm trong nước và trên thế giới

❖ Quá trình phát triển của Đầu châm

Đầu châm có tác dụng đặc biệt trong điều trị trúng phong tại vùng kích thích, từ lâu đã được nhiều học giả chú ý. Vương Ngọc Giao và cộng sự ở viện nghiên cứu trung Y Trung Quốc đã đề xuất phương pháp kích thích vùng vận động và cảm giác bị tổn thương có thể điều trị chứng bán thân bất toại và rối loạn cảm giác nửa người. Năm 1979, viện nghiên cứu Trung Y Trung Quốc phát hiện châm các huyết Bách hội, Chính doanh, Huyền so để điều trị bán thân bất toại có kết quả điều trị tốt. Năm 1980, cùng thời điểm đó, Tào Tuyết Trang và cộng sự đã nghiên cứu “Vùng ưu tiên” đề xuất vùng đặc biệt “Vùng vận động” không chỉ hạn chế ở hồi trước trung tâm đại não. Đặng Lâm và cộng sự đề xuất điều trị bán thân bất toại không chỉ chọn vùng vận động mà nên đồng thời chọn cả vùng cảm giác, nhóm nghiên cứu đề xuất không nên xem đại não như một tập hợp chức năng các vùng riêng biệt mà nên coi là một chỉnh thể các vùng chức năng có liên hệ chặt chẽ với nhau. Có nghiên cứu cho thấy vùng kích thích vận động có hình thoi trước là huyết Thần đình sau là Bách hội hai bên là huyết

Khúc sai. Tháng 6 năm 1984 tại Nhật Bản nhóm công tác của WHO khu vực châu Á đã thông qua “Tiêu chuẩn hóa huyết vị Đầu châm” và từ năm 1989 đã được WHO công bố rộng rãi. Đây là cơ sở để phương pháp Đầu châm phát triển rộng rãi trên toàn thế giới [46], [50].

Việc chuẩn hoá tên huyết đã được đưa vào chương trình hội nghị của tổ chức Y tế Thế giới. Sau thảo luận nhóm danh pháp Châm cứu quốc tế, các đường châm cứu da đầu đã được thông qua. Danh pháp gồm 3 phần: Các ký hiệu, tên tiếng trung và tên tiếng Trung, phiên âm. Ký hiệu gồm tên viết tắt của từ vi hệ thống (Micro-system: MS) và điểm da đầu. Ví dụ MS6, MS7...



Hình 1.3. Các đường châm cứu da đầu MS6, MS7, MS10, MS11 (nhìn bên)

Một số công trình nghiên cứu về Đầu châm trên Thế giới

- Bao F, Wang DH, Zhang YX và cộng sự (2008) tại bệnh viện Đại học Y Bắc Kinh nghiên cứu hiệu quả Đầu châm và Đầu châm kết hợp thể châm trên bệnh nhân Nhồi máu não do xơ vữa mạch giai đoạn cấp cho thấy: điều trị bằng Đầu châm kết hợp thể châm tốt hơn điều trị Đầu châm thông thường [51].

- Zhou L, Zhang HX, Liu LG (2008) tại bệnh viện YHCT kết hợp YHHĐ Vũ Hán Trung Quốc nghiên cứu hiệu quả Đầu châm trên hàm lượng TNF-alpha, IL1-beta ở não và huyết thanh chuột, làm giảm đáng kể hiện tượng thâm nhiễm tế bào viêm [52].
- Hạ Thu Phương (2011) Nghiên cứu tác dụng điều trị Huyền vừng cấp bằng Đầu châm kết quả tốt 78,7% khá 12,6% kém 8,7% [53].
- Nghiên cứu của Đoàn Mỹ Hạnh (2019), đánh giá tác dụng của Đầu châm kết hợp với bài thuốc huyết phủ trục ú thang trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp theo thang điểm Barthel cho thấy nhóm nghiên cứu có kết quả giảm độ liệt so với trước điều trị và so với nhóm chứng, đồng thời không phát hiện tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị [54].
- Vũ Thị Hải Yến (2010) nghiên cứu tác dụng phục hồi vận động ở bệnh nhân nhồi máu não bằng thể châm, thuốc YHCT kết hợp với Đầu châm kết quả tốt 43,3% khá 53,4% kém 3,3 % [55].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. CHẤT LIỆU NGHIÊN CỨU

❖ Công thức huyết châm cứu:

Dựa vào các nghiên cứu của Trung quốc, chúng tôi sử dụng phương pháp Đầu châm [47]:

- Đường Thái Dương trước: Từ huyệt Hàm Yến (Đ4) đến huyệt Huyền Ly (Đ6). Nièqiánxiàn - 顳前線
- Đường Thái Dương Sau: Đường nối huyệt Suất Cốc (Đ8) đến Khúc Tân (Đ7). Nièhòuxiàn - 顳後線
- Kết hợp các huyệt điều trị theo thể bệnh của Đau nửa đầu (Phụ lục 5):

+ Can khí uất kết

Châm tả: Thái xung, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Phong trì, Bách hội, Thái dương, Dương lăng tuyền, Dương phụ, Túc thiếu âm.

+ Can dương vượng

Châm tả: Can du, Thái khô, Thái xung, Tam âm giao, Hành gian, Phong trì, Dương lăng tuyền, Dương phụ, Thần môn, Nội quan, Thái dương, Bách hội, Đầu Duy.

+ Huyết ứ trở lạc

Châm tả: Huyết hải, Nội quan, Cách du, Dương lăng tuyền, Dương phụ, Túc thiếu âm.

+ Hàn ẩm đình tụ

Châm tả: Nội đình, Tam âm giao, Thái xung, Túc tam lý, Phong long, Dương lăng tuyền, Nội quan, Đại chùy, Túc lâm khấp, Can du, Đờm du.

❖ **Thuốc YHĐ trong phác đồ nghiên cứu**

- Flunarizine 5 mg
 - + Biệt dược Sibelium của hãng Janssen-Cilag.
 - + Dạng viên nén, hàm lượng 5mg.
 - + Đóng hộp 5 vỉ, mỗi vỉ 20 viên.
 - + Chỉ định: điều trị và dự phòng cơn đau nửa đầu Migraine ở người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi.
 - + Cách dùng: người lớn đến 65 tuổi ngày uống 01 viên buổi tối, trước khi đi ngủ.

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán đau nửa đầu Migraine được điều trị nội trú tại bệnh viện Châm cứu Trung Ương từ tháng 01/02/2020 đến tháng 01/11/2020.

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Bệnh nhân 18 tuổi trở lên và dưới 65 tuổi.
- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh theo:

• **Y học hiện đại:**

✓ Tiêu chuẩn lâm sàng: theo tiêu chuẩn chẩn đoán của IHS, phiên bản 3 beta) [56], [57]:

A. Có nhiều hơn 5 cơn đau đáp ứng tiêu chuẩn B và D.

B. Cơn kéo dài 4 giờ đến 3 ngày (Không điều trị hoặc điều trị không có kết quả).

C. Có nhiều hơn 2 biểu hiện đau đầu:

- ✓ Đau một bên.
- ✓ Có tính chất mạch đập.
- ✓ Cường độ từ trung bình đến nặng.
- ✓ Đau tăng do/hoặc cản trở sinh hoạt hằng ngày.

D. Có ít nhất 1 triệu chứng trong cơn đau.

- ✓ Buồn nôn và/hoặc nôn mửa.
- ✓ Chứng sợ ánh sáng.
- ✓ Chứng sợ tiếng động.

E. Không do các bệnh khác.

Đối với đau nửa đầu có tiền triệu:

A. Có ít nhất 2 cơn đáp ứng tiêu chuẩn B.

B. Thoáng báo có ít nhất 1 trong các yếu tố sau nhưng không có yếu vận động:

- ✓ Các triệu chứng thị giác phục hồi hoàn toàn gồm các hình ảnh dương tính (ánh sáng, các đám hoặc đường thẳng lấp lánh) và/hoặc âm tính (mất thị lực).
- ✓ Các triệu chứng cảm giác phục hồi hoàn toàn gồm có triệu chứng dương tính (cảm giác kẹp, đâm, kim châm) hoặc âm tính (tê).
- ✓ Rối loạn ngôn ngữ nói phục hồi hoàn toàn.

C. Có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:

- ✓ Các triệu chứng thị giác đồng danh và/hoặc các triệu chứng cảm giác một bên.
- ✓ Ít nhất 1 triệu chứng thoáng báo tiến triển dần trong thời gian > 5 phút và/hoặc các triệu chứng thoáng báo khác nhau xảy ra kế tiếp nhau trong thời gian >5 phút.

✓ Mỗi triệu chứng kéo dài > 5 phút và < 60 phút.

D. Đau đầu đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn B - D (ở tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho Migraine không có thoáng báo), bắt đầu trong khi có thoáng báo hoặc sau thoáng báo trong vòng 1 giờ.

E. Không do bệnh khác.

• **Y học cổ truyền:** bệnh nhân được chẩn đoán theo tiêu chuẩn: Chứng đau nửa đầu (thiên đầu thống) thuộc 4 thể lâm sàng sau:

- ✓ Can khí uất kết: Đau căng hoặc kiểu mạch đập một bên đầu, kèm theo tinh thần uất ức, tức ngực và thỉnh thoảng ợ hơi. Rêu lưỡi mỏng, mạch huyền.
 - ✓ Can dương vượng: Đau căng vùng đầu, chóng mặt, hoa mắt, ù tai, tính tình dễ bị kích thích, mất ngủ, miệng khô và mặt đỏ. Lưỡi hồng, rêu vàng mỏng. Mạch huyền, hữu lực.
 - ✓ Huyết ú trở lạc: Sắc mặt nhợt, chất lưỡi tím, rêu mỏng, trắng. Đau đầu 1 bên, đau theo nhịp mạch, kiểu châm chích hoặc nhịp đập, hay quên, đánh trống ngực, buồn nôn, nôn. Bàn tay, chân lạnh, dễ đổ mồ hôi mạch tế hoặc tế sáp.
 - ✓ Hàn âm đình tụ: Đau nặng đầu, hoặc cảm giác như có một dải buộc chặt quanh đầu, tức ngực, đầy hơi, buồn nôn hoặc nôn ra đàm, đau dạ dày, thích ẩm, tay chân lạnh, ăn không ngon miệng, mệt mỏi. Rêu trắng nhớt, lưỡi có vết răng, mạch hoạt hoặc huyền.
- Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.
 - Không áp dụng phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân có đau đầu mạn tính khác.

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân: Parkinson, suy gan, suy thận nặng...
Bệnh nhân mắc Lao, HIV/AIDS, rối loạn tâm thần, ý thức.
- Bệnh nhân mắc tai biến mạch máu não.
- Bệnh nhân không tuân thủ yêu cầu trong thời gian nghiên cứu: bỏ châm hoặc bỏ uống thuốc trên 2 ngày.
- Bệnh nhân không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đáp ứng điều trị cần chuyên phương pháp điều trị khác.
- Phụ nữ có thai và đang cho con bú.

2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng mở, có đối chứng và so sánh kết quả điều trị trước – sau.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu 60 bệnh nhân. Chọn mẫu chủ đích, ghép cặp tương đồng theo tuổi, mức độ đau theo VAS, tần số cơn, thời gian kéo dài cơn cho đến khi mỗi nhóm được 30 bệnh nhân:

Nhóm nghiên cứu: 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp Đầu châm kết hợp thể châm.

Nhóm chứng: 30 bệnh nhân được điều trị đau nửa đầu Migraine bằng Flunarizine 5 mg.

2.3.3. Quy trình nghiên cứu

Các bệnh nhân được thu thập thông tin: khám lâm sàng, cận lâm sàng, làm bệnh án, điền đầy đủ các mục của bệnh án nghiên cứu được xây dựng.

60 bệnh nhân được chia ghép cặp vào 2 nhóm đảm bảo sự tương đồng về tuổi, mức độ bệnh.

- Đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị.
- Điều trị theo phác đồ từng nhóm trong 30 ngày.
- Nhóm nghiên cứu: Đầu châm kết hợp thể châm:
 - + Tiến hành châm 1 lần/ngày vào buổi sáng.
 - + Quy trình:
 - ✓ Bệnh nhân đau bên nào thì chọn huyết kích thích bên đó, đồng thời căn cứ vào chứng để lấy thêm những khu kích thích khác để phối hợp điều trị.
 - ✓ Xác định các khu vực kích thích điện trên da đầu: đường Thái dương trước và đường Thái dương sau. Kết hợp các huyết theo từng thể YHCT mà bệnh nhân được chẩn đoán.
 - ✓ Xác định huyết và sát trùng da vùng huyết.
 - ✓ Châm kim vào huyết, tay trái dùng ngón trỏ ấn căng da vùng huyết, tay phải châm kim nhanh qua da, đẩy kim từ từ theo huyết đạo, kích thích kim cho đến khi đạt “đắc khí”.
 - ✓ Kích thích huyết bằng máy điện châm: nối các cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ tả của máy điện châm: Tần số tả 5 – 10 Hz, tần số bổ 1 – 3 Hz.
Cường độ: nâng dần từ 0 đến 150 microAmpe (theo mức độ chịu đựng của người bệnh).
Thời gian kích thích 20 - 30 phút/lần trong ngày.
 - ✓ Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.
- Nhóm chứng: điều trị theo phác đồ nền:
 - + Điều trị đau nửa đầu: Flunarizine 5 mg uống 01 viên/lần/ngày, buổi tối trước khi đi ngủ.

- Liệu trình điều trị 30 ngày. Đánh giá kết quả điều trị tại ngày thứ 15 (D15) và ngày thứ 30 (D30). Đo lưu huyết não đồ sau 30 ngày điều trị.
- Theo dõi tác dụng không mong muốn của các phương pháp can thiệp.

2.3.4. Các chỉ số theo dõi

- Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.
- Các chỉ số lâm sàng liên quan đến triệu chứng đau nửa đầu:
 - ✓ Tần số cơn Migraine: số lần phát tác cơn đau đầu trong 1 tháng.
 - ✓ Thời gian kéo dài mỗi cơn đau đầu tính bằng giờ.
 - ✓ Cường độ cơn (Mức độ đau đầu) tính bằng thang điểm nhìn tương ứng VAS.
 - ✓ Đánh giá kết quả điều trị chung.
- Chỉ số cận lâm sàng:
 - ✓ Lưu huyết não đồ.
 - Thời gian nhánh lên α : Được tính từ chân sóng đến điểm cực đại của sóng, tính bằng giây (s). Bình thường thời gian α nhỏ hơn 0,2 giây. Đây là chỉ số phản ánh trương lực, tốc độ dẫn truyền của mạch (làm đầy máu tối đa, độ kéo dài của động mạch).
 - Tỷ lệ α/T (X %): Phản ánh trương lực mạch máu, độ đàn hồi thành mạch. Tính bằng tỷ lệ phần trăm thời gian nhánh lên α với toàn bộ thời gian một chu kỳ sóng lưu huyết não đồ (T). Bình thường α/T nhỏ hơn 20%.
 - Chỉ số lưu huyết A/C: là tỷ số giữa độ cao biên độ cực đại của sóng (A) và độ cao biên độ chuẩn (C). Bình thường ở đại trình trán – chũm (F – M) chỉ số $A/C \geq 1,5$, đạo trình chẩm – chũm (O – M) chỉ số $A/C \geq 1,3$.
 - Hệ số mất đối xứng giữa 2 bán cầu K: Tính bằng tỷ lệ % hiệu số giữa 2 biên độ lưu huyết não bên phải và bên trái.

$$K = \frac{A1 - A2}{A2}$$

Trong đó: K: Hệ số mất đối xứng.

A1: Biên độ lưu huyết não lớn hơn.

A2: Biên độ lưu huyết não nhỏ hơn.

Lưu huyết não đồ được coi là mất đối xứng rõ rệt về biên độ giữa hai bán cầu (có biến đổi bệnh lý) khi $K \geq 25\%$.

- Thể tích máu qua bán cầu não trong 1 phút (Vml/phút/bán cầu): tính theo công thức Khadjev (1979):

$$V \text{ ml/phút/bán cầu} = \frac{\text{HATB} * 60}{136 * X} - 3,14$$

$$\text{Trong đó: HATB} = \frac{\text{2HA tối thiểu} + \text{HA tối đa}}{3}$$

$$X = \alpha/T * 100\%$$

- Tác dụng không mong muốn của Đầu châm và thể châm:
 - Tại chỗ: dị ứng, mẫn ngứa, ngứa, chảy máu, gãy kim, nhiễm trùng.
 - Toàn thân: Vụng châm, buồn nôn và nôn.

2.4. PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

2.4.1. Đánh giá hiệu quả của phương pháp Đầu châm kết hợp thể châm

- Đánh giá kết quả lâm sàng: Dựa vào mức độ thuyên giảm và hệ số thuyên giảm. Ví dụ với triệu chứng đau:
 - ✓ Điểm thuyên giảm = Điểm VAS trước điều trị - Điểm VAS sau điều trị
 - ✓ Hệ số thuyên giảm = (Điểm VAS trước điều trị - Điểm VAS sau điều trị)/Điểm VAS trước điều trị
- Đánh giá kết quả điều trị chung theo phân loại của Nguyễn Văn Chương và Nguyễn Huy Ngọc [58]:

- ✓ Loại Tốt: các tiêu chí giảm > 75% so với trước điều trị.
- ✓ Loại Khá: các tiêu chí giảm 50 - 75% so với trước điều trị.
- ✓ Loại Trung bình: các tiêu chí giảm 25 - 50% so với trước điều trị.
- ✓ Loại Kém: Các tiêu chí giảm \leq 25% so với trước điều trị.

2.4.2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của Đầu châm kết hợp thể châm

Tác dụng không mong muốn của các phương pháp điều trị được đánh giá trên các chỉ số lâm sàng (mạch, huyết áp) trước và sau điều trị.

2.4.3 Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học. Các số liệu được xử lý trên máy tính qua phần mềm SPSS 20.0.

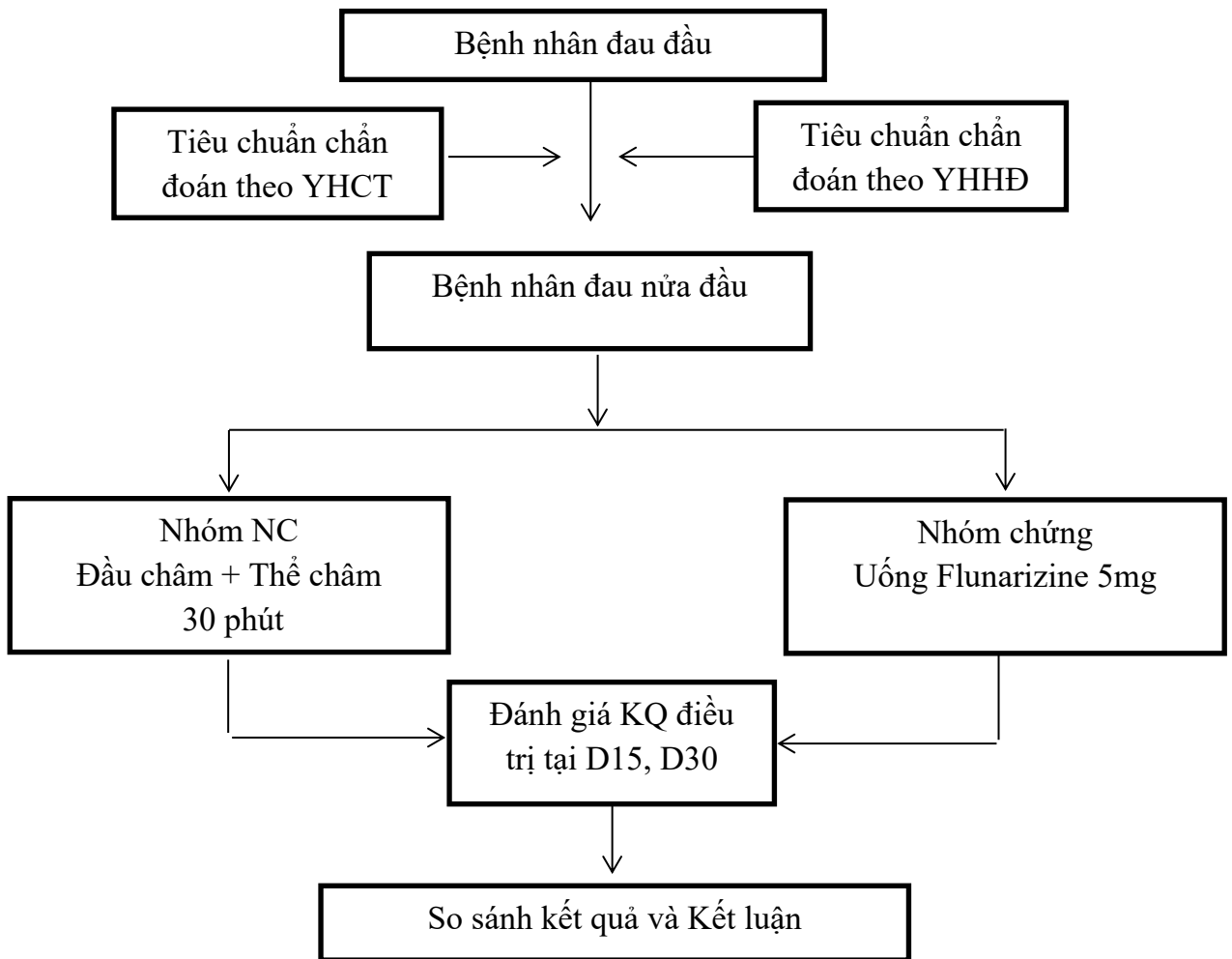
2.5. PHƯƠNG TIỆN NGHIÊN CỨU

- Kim châm cứu: loại kim hào châm, thép không gỉ, độ dài 5 cm do hãng Đông Á sản xuất.
- Máy điện châm: Sử dụng máy điện châm M8 Model 1592-ET-TK21 do công ty Phát triển công nghệ xây lắp K & N Việt Nam sản xuất.
- Bông vô trùng, côn 700, pince vô khuẩn, khay quả đậu.
- Máy đo lưu huyết não: Loại Vaso Screen 5000 do hãng Medis Đức sản xuất.

2.6. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/02/2020 đến tháng 01/11/2020.

Địa điểm: Bệnh viện Châm cứu Trung Ương.



Hình 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

2.7. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thông qua hội đồng đề cương của Học viện Y học cổ truyền Việt Nam.

Nghiên cứu viên tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực, Tôn trọng, đảm bảo thông tin của bệnh nhân cung cấp.

Bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn nghiên cứu, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

Bệnh nhân được giải thích rõ về tác dụng của châm cứu.

Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân và không nhằm mục đích khác.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

3.1.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm Nghiên cứu (n = 30)		Nhóm Chứng (n = 30)		p _{N-C}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
≤ 30	5	16,7	6	20,0	> 0,05
31 – 40	11	36,7	10	33,3	
41 – 50	9	30	10	33,3	
> 50	5	16,6	4	13,4	
Tổng số	30	100	30	100	
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	42,31 ± 10,96		43,01 ± 8,37		> 0,05

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($42,31 \pm 10,96$) ở nhóm nghiên cứu so với $43,01 \pm 8,37$ ở nhóm đối chứng) với $p > 0,05$. Trong số các nhóm tuổi, nhóm tuổi 31-40 chiếm tỷ lệ cao nhất (là 36,7% và 33,3% ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng), nhóm tuổi > 50 chiếm tỉ lệ thấp nhất (lần lượt là 16,6% và 13,4% ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng).

3.1.2. Đặc điểm về giới của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Nhóm Nghiên cứu		Nhóm Chứng		p _{N-C}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Nam	9	30,0	10	33,3	> 0,05
Nữ	21	70,0	20	66,7	
Tổng số	30	100	30	100	

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm với $p > 0,05$. Tỷ lệ nữ giới là cao hơn nam giới ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm Nghiên cứu (n = 30)		Nhóm Chứng (n = 30)		p _{N-C}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Lao động trí óc	12	40	13	43,3	> 0,05
Lao động tay chân	10	33,3	9	30	
Hưu trí	8	26,7	8	26,7	
Tổng số	30	100	30	100	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các nhóm nghề nghiệp ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng với $p > 0,05$.

3.1.4. Thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Thời gian mắc bệnh	Nhóm Nghiên cứu (n = 30)		Nhóm Chứng (n = 30)		p _{N-C}
	<i>n</i>	Tỷ lệ (%)	<i>n</i>	Tỷ lệ (%)	
< 1 năm	10	33,3	12	40,0	>0,05
1- 5 năm	17	56,7	16	53,4	
6 – 10 năm	2	6,7	1	3,3	
> 10 năm	1	3,3	1	3,3	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ các nhóm bệnh nhân phân chia theo thời gian mắc bệnh ở 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng với $p > 0,05$. Nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 1 - 5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 33,3% và 40% ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỉ lệ thấp nhất, là 3,3% ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử điều trị đau nửa đầu Migraine

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử điều trị đau nửa đầu Migraine

Các biện pháp điều trị đã dùng	Nhóm Nghiên cứu (n = 30)		Nhóm Chứng (n = 30)		p _{N-C}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Không điều trị	10	33,3	12	40,0	> 0,05
Tự mua thuốc không kê đơn	12	40,0	13	43,3	
YHHD	2	6,7	3	10,0	
YHCT	6	2,0	2	6,7	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ các nhóm bệnh nhân phân chia theo tiền sử điều trị Migraine ở 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng với $p > 0,05$. Nhóm bệnh nhân không điều trị hoặc tự ý mua thuốc không kê đơn chiếm phần lớn tổng số bệnh nhân, ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo thể lâm sàng Migraine

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo loại MG thông thường và MG cổ điển

Phân loại	Nhóm nghiên cứu (n = 30)		Nhóm đối chứng (n = 30)		p _{N-C}
	n	%	n	%	
MG thông thường	27	90	25	83,3	> 0,05
MG cổ điển	3	10	5	16,7	
p	<0,05		<0,05		

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ các nhóm bệnh nhân phân chia theo thể bệnh ở 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng với $p > 0,05$. Migraine thông thường vẫn là thể lâm sàng chiếm ưu thế, với tỉ lệ lần lượt là 90% và 83,3% ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo các thể lâm sàng theo YHCT

Bảng 3.7. Các thể lâm sàng theo YHCT

Các thể lâm sàng	Nhóm nghiên cứu (n = 30)		Nhóm Chứng (n = 30)		p _{N-C}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Can khí uất kết	12	40	14	46,6	> 0,05
Can dương vượng	16	53,4	14	46,6	
Huyết ứ trở lạc	1	3,3	1	3,3	
Hàn ẩm đình tụ	1	3,3	1	3,3	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ các nhóm bệnh nhân phân chia theo các thể YHCT ở 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$). Nhóm bệnh nhân thuộc thể can dương vượng chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 53,4% và 46,6% ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Nhóm bệnh nhân thuộc thể huyết ứ trở lạc và hàn thấp đình tụ chiếm tỉ lệ thấp nhất, là 3,3% ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

3.2. CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

3.2.1. Các đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.8. Tần số cơn đau đầu MG của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Tần số cơn (lần/tháng)	Nhóm Nghiên cứu (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm Chứng (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$)	p_{NC-C}
		7,45 ± 1,63	

Nhận xét: Tần số cơn đau đầu Migraine trong tháng là tương đương nhau ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tại thời điểm trước điều trị, lần lượt là 7,45 ± 1,63 lần/tháng và 7.01 ± 1.21 lần/tháng ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$.

Bảng 3.9. Thời gian kéo dài của cơn trung bình của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Thời gian kéo dài cơn (giờ)	Nhóm Nghiên cứu (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$ giờ)	Nhóm Chứng (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$ giờ)	p_{NC-C}
		6,02 ± 1,4	

Nhận xét: Thời gian kéo dài trung bình của cơn là tương đương nhau ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tại thời điểm trước điều trị, lần lượt là 6,02 ± 1,4 giờ và 5,98 ± 1,7 giờ ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$.

Bảng 3.10. Mức độ đau của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Điểm VAS	Nhóm Nghiên cứu (n = 30) ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm Chứng (n = 30) ($\bar{x} \pm SD$)	P_{NC-C}
		5,97 ± 1,30	

Nhận xét: Điểm VAS trung bình là tương đương nhau ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tại thời điểm trước điều trị, lần lượt là $5,97 \pm 1,30$ và $5,83 \pm 1,39$ ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$.

3.2.2. Các đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.11. Đặc điểm trên lưu huyết não trước điều trị

Chỉ số	Nhóm Nghiên cứu (n = 30) ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm Chứng (n = 30) ($\bar{x} \pm SD$)	P_{NC-C}
Thời gian nhánh lên α (ms)			
	218,23 ± 66,41	217,33 ± 81,32	> 0,05
Chỉ số mạch α/T (X%)			
	23,5 ± 6,76	23,1 ± 5,35	> 0,05
Chỉ số lưu huyết A/C (p.m)			
	0,62 ± 0,34	0,68 ± 0,35	> 0,05
Dòng máu dẫn (%/min)			
	18,12 ± 7,97	19,75 ± 7,61	> 0,05
Độ rộng đỉnh (ms)			
	87,53 ± 22,05	87,66 ± 23,46	> 0,05

- Thời gian đỉnh alpha trước điều trị là $218,23 \pm 66,41$ ms (ở nhóm nghiên cứu) và $217,33 \pm 81,32$ ms (ở nhóm đối chứng). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$.

- Chỉ số mạch α/T trước điều trị là $23,5 \pm 6,76\%$ (ở nhóm nghiên cứu) và $23,1 \pm 5,35\%$ (ở nhóm đối chứng); không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$.

- Chỉ số A/C ở cả hai bán cầu trước điều trị là $0,62 \pm 0,34$ p.m (ở nhóm nghiên cứu) và $0,68 \pm 0,35$ p.m (ở nhóm đối chứng), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$.

- Dòng máu dẫn trước điều trị là $18,12 \pm 7,97\%/min$ (ở nhóm nghiên cứu) và $19,75 \pm 7,61\%/min$ (ở nhóm đối chứng); không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$.

- Chỉ số độ rộng đỉnh là $87,53 \pm 22,05$ ở nhóm nghiên cứu và $87,66 \pm 23,46$ ở nhóm đối chứng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$.

3.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

3.3.1. Đánh giá sự cải thiện các đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị giữa 2 nhóm

Bảng 3.12. Cải thiện về tần số cơn đau đầu Migraine của giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng

Tần số cơn	Nhóm Nghiên cứu (n = 30) ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm Chứng (n = 30) ($\bar{x} \pm SD$)	p_{NC-C}
D0	$7,45 \pm 1,63$	$7,01 \pm 1,21$	$> 0,05$
D15	$5,95 \pm 2,10$	$4,25 \pm 1,91$	$> 0,05$
D30	$3,36 \pm 1,24$	$2,84 \pm 1,04$	$> 0,05$
p_{D0-D15}	$< 0,05$	$< 0,05$	
p_{D0-D30}	$< 0,05$	$< 0,05$	

Nhận xét: Trước điều trị, tần số cơn đau đầu Migraine của cả hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 15 ngày và 30 ngày điều trị, tần số cơn đau đầu đều giảm có ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm ($p < 0,05$). Sau 15 ngày, trong nhóm nghiên cứu, tần số cơn đau trong tháng giảm từ $7,45 \pm 1,63$ xuống $5,95 \pm 2,1$ cơn; trong khi ở nhóm đối chứng, tần số cơn đau trong tháng giảm từ $7,01 \pm 1,21$ xuống $4,25 \pm 1,91$ ($p < 0,05$). Sau 30 ngày điều trị, tần số cơn đau trung bình ở nhóm nghiên cứu không khác biệt so với nhóm chứng với $p > 0,05$. Tần số cơn đau trong nhóm nghiên cứu là $3,36 \pm 1,24$ và trong nhóm chứng là $2,84 \pm 1,04$.

Bảng 3.13. Cải thiện về thời gian kéo dài của cơn trung bình giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng

Thời gian	Nhóm Nghiên cứu (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$ giờ)	Nhóm Chứng (n = 30) ($\bar{X} \pm SD$ giờ)	p _{N-C}
D0	$6,02 \pm 1,40$	$5,98 \pm 1,70$	$> 0,05$
D15	$4,61 \pm 2,01$	$4,81 \pm 2,01$	$> 0,05$
D30	$3,11 \pm 0,86$	$2,81 \pm 0,86$	$> 0,05$
p _{D0-D15}	$< 0,05$	$< 0,05$	
p _{D0-D30}	$< 0,05$	$< 0,05$	

Nhận xét: Trước điều trị, thời gian kéo dài của cơn trung bình ở hai nhóm là không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Sau 15 ngày điều trị, ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): Ở nhóm nghiên cứu, thời gian kéo dài trung bình của cơn giảm từ $6,02 \pm 1,4$ giờ xuống $4,61 \pm 2,01$ giờ; trong khi ở nhóm đối chứng, thời gian kéo dài trung bình cơn giảm từ $5,98 \pm 1,7$ giờ với $4,81 \pm 2,01$ giờ ($p < 0,05$). Sau 30 ngày điều trị, chúng tôi quan sát thấy sự cải

thiện tốt ở nhóm nghiên cứu tương tự với nhóm đối chứng: thời gian kéo dài trung bình cơn ở nhóm nghiên cứu là $3,11 \pm 0,86$ giờ và ở trong nhóm chứng là $2,81 \pm 0,86$ giờ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.14. Kết quả điều trị triệu chứng đau

Điểm VAS	Nhóm Nghiên cứu (n = 30) ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm Chứng (n = 30) ($\bar{x} \pm SD$)	p_{NC-C}
D0	$5,97 \pm 1,30$	$5,83 \pm 1,39$	$> 0,05$
D15	$4,53 \pm 1,43$	$4,40 \pm 1,57$	$> 0,05$
D30	$2,87 \pm 1,36$	$2,93 \pm 1,48$	$> 0,05$
p _{D0-D15}	< 0,05	< 0,05	
p _{D0-D30}	< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Sau 15 ngày và 30 điều trị, ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê: Ở nhóm nghiên cứu, điểm VAS trung bình giảm từ $5,97 \pm 1,30$ xuống $4,40 \pm 1,57$ sau 15 ngày điều trị, và $2,87 \pm 1,36$ sau 30 ngày điều trị; trong khi ở nhóm đối chứng, điểm VAS trung bình giảm từ $5,83 \pm 1,39$ xuống $4,57 \pm 1,36$ sau 15 ngày điều trị và xuống $2,93 \pm 1,48$ sau 30 ngày điều trị ($p < 0,05$). Chúng tôi quan sát thấy sự cải thiện tốt ở nhóm nghiên cứu tương tự với nhóm đối chứng, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.15. Đánh giá kết quả điều trị chung

Kết quả	D15		D30	
	Nhóm Nghiên cứu (n = 30)	Nhóm Chứng (n = 30)	Nhóm Nghiên cứu (n = 30)	Nhóm Chứng (n = 30)
	Tốt	0	0	2 (6,7%)
Khá	2 (6,7%)	3 (10,0%)	13 (43,3%)	10 (33,3%)
Trung bình	8 (26,7%)	8 (26,7%)	15 (50,0%)	16 (53,4%)
Kém	20 (66,6%)	19 (63,3%)	0 (0%)	1 (3,3%)
pNC-C	> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Sự cải thiện sau 15 và 30 ngày kết quả điều trị chung có xu hướng tốt hơn ở nhóm đối chứng sử dụng thuốc, tuy nhiên sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.2. Đánh giá sự cải thiện các đặc điểm cận lâm sàng trước và sau điều trị giữa 2 nhóm

Bảng 3.16. Bảng so sánh sự thay đổi trên LHN trước – sau điều trị giữa 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng

Chỉ số	Nhóm Nghiên cứu (n = 30) ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm Chứng (n = 30) ($\bar{x} \pm SD$)	p _{N-C}
Thời gian nhánh lên α (ms)			
D0	218,23 \pm 66,41	217,33 \pm 81,32	> 0,05
D30	180,37 \pm 71,24	196,52 \pm 56,62	< 0,05
p _{D0-D30}	< 0,05	< 0,05	
Chỉ số mạch α/T (X%)			
D0	23,5 \pm 6,76	23,1 \pm 5,35	> 0,05
D30	19,7 \pm 7,24	20,9 \pm 5,87	< 0,05
p _{D0-D30}	< 0,05	< 0,05	
Chỉ số lưu huyết A/C (p.m)			
D0	0,62 \pm 0,34	0,68 \pm 0,35	> 0,05
D30	1,12 \pm 0,42	1,02 \pm 0,39	> 0,05
p _{D0-D30}	< 0,05	< 0,05	
Dòng máu dẫn (%/min)			
D0	18,12 \pm 7,97	19,75 \pm 7,61	> 0,05
D30	24,95 \pm 8,74	22,78 \pm 7,64	< 0,05
p _{D0-D30}	< 0,05	< 0,05	
Độ rộng đỉnh (ms)			
D0	87,53 \pm 22,05	87,66 \pm 23,46	> 0,05
D30	86,52 \pm 21,82	87,76 \pm 21,51	> 0,05
p _{D0-D30}	> 0,05	> 0,05	

Nhận xét:

- Thời gian đỉnh alpha trước điều trị là $218,23 \pm 66,41$ ms (ở nhóm nghiên cứu) và $217,33 \pm 81,32$ ms (ở nhóm đối chứng) sau điều trị là $180,37 \pm 71,24$ (ở nhóm nghiên cứu) và $196,52 \pm 56,62$ (ở nhóm đối chứng). Sự cải thiện là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Chỉ số mạch α/T trước điều trị là $23,5 \pm 6,76\%$ (ở nhóm nghiên cứu) và $23,1 \pm 5,35\%$ (ở nhóm đối chứng); sau điều trị là $19,7 \pm 7,24\%$ (ở nhóm nghiên cứu) và $20,9 \pm 5,87\%$ (ở nhóm đối chứng). Sự cải thiện là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Chỉ số A/C ở cả hai bán cầu trước điều trị là $0,62 \pm 0,34$ p.m (ở nhóm nghiên cứu) và $0,68 \pm 0,35$ p.m (ở nhóm đối chứng), sau điều trị 30 ngày, chỉ số A/C tăng lên $1,12 \pm 0,42$ ở nhóm nghiên cứu và $1,02 \pm 0,39$ p.m ở nhóm đối chứng. Sự cải thiện là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Dòng máu dẫn trước điều trị là $18,12 \pm 7,97\%/min$ (ở nhóm nghiên cứu) và $19,75 \pm 7,61\%/min$ (ở nhóm đối chứng); sau điều trị, chỉ số này tăng lên $24,95 \pm 8,74\%/min$ (bên trái) và $22,78 \pm 7,64\%/min$ (bên phải) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 30 ngày điều trị, chỉ số độ rộng đỉnh không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

3.4. CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

3.4.1. Sự thay đổi mạch và huyết áp trước và sau điều trị

Bảng 3.17. Tần số mạch, huyết áp trước và sau điều trị

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)		Nhóm đối chứng ($\bar{X} \pm SD$)		p _{N-C}
	D0	D30	D0	D30	
Tần số mạch (lần/phút)	77,8 ± 6,7	78,6 ± 5,3	76,5 ± 5,5	75,2 ± 4,5	>0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)	118,8 ± 13,6	121,2 ± 13,2	113,5 ± 12,5	115,7 ± 12,8	>0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	77,3 ± 11,4	77,5 ± 9,8	75,5 ± 8,2	76,5 ± 10,6	>0,05

Nhận xét: Các chỉ số mạch, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau điều trị ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng với $p > 0,05$.

3.4.2. Các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.18. Các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Các tác dụng không mong muốn	n	%
Vụng châm	0	0
Chảy máu	0	0
Gãy kim	0	0
Nhiễm trùng tại chỗ	0	0
Choáng	0	0
Đau	0	0
Bầm dập cơ	0	0
Tổng	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, chúng tôi không quan sát thấy các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp Đầu châm.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

4.1.1. Về phân bố bệnh nhân theo tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $42,75 \pm 9,38$. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($42,31 \pm 10,96$ ở nhóm nghiên cứu so với $43,01 \pm 8,37$ ở nhóm đối chứng) với $p < 0,05$. Trong số các nhóm tuổi, nhóm tuổi 31-40 chiếm tỷ lệ cao nhất (là 36,7% và 33,3% ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng), nhóm tuổi > 50 chiếm tỉ lệ thấp nhất (lần lượt là 16,6% và 13,4% ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Quang Yên năm 2015 với độ tuổi trung bình là $42,31 \pm 10,96$, trong đó nhóm tuổi 31-40 chiếm tỉ lệ cao nhất là 31,4% [59]. Các nghiên cứu của Nguyễn Văn Chương và Cao Phi Long cũng cho thấy kết quả tương tự, với tỉ lệ bệnh nhân đau nửa đầu Migraine chủ yếu tập trung vào lứa tuổi trung niên, với tỉ lệ dao động từ 30% - 50% [60], [61]. Điều này phù hợp với cơ cấu về tuổi trong các nghiên cứu quốc tế trước đây, khi đại đa số các tác giả đều cho rằng đau nửa đầu Migraine chủ yếu gặp ở độ tuổi trung niên và rất ít gặp ở lứa tuổi 60 trở lên.

4.1.2. Về phân bố bệnh nhân theo giới

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ nữ giới là cao hơn nam giới ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, lần lượt là 70% và 66,7% so với 30% và 33,3%. Kết quả này phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trước đây của các tác giả trong nước với tỉ lệ nữ/nam dao động trong khoảng 3/1 đến 2/1 [12], [59], [61]. Nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra kết quả tương tự, khi hầu hết các tác giả đều cho rằng, đau nửa đầu Migraine

là bệnh lý chiếm ưu thế ở nữ giới [62]. Kinh nguyệt, thai kỳ, mãn kinh, việc sử dụng các thuốc tránh thai đường uống cũng như các liệu pháp bổ sung hormon có thể tác động tới sự xuất hiện cơn Migraine. Đau nửa đầu Migraine thường bắt đầu xuất hiện sau khi bắt đầu có kinh, thường gặp hơn vào ngay trước hoặc trong khi có kinh và dần cải thiện khi mang thai hoặc mãn kinh. Các thay đổi này được thực hiện qua trung gian là sự dao động nồng độ hormon estrogen gây ra các tác động lên ngưỡng kích thích tế bào và hệ thống mạch máu não [63].

4.1.3. Về phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ lao động trí thức, lao động tay chân cũng như hưu trí ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Kết quả này phù hợp với các kết quả trước đây trong nghiên cứu của các tác giả Phạm Quang Yên, Nguyễn Văn Chương và Cao Phi Long [14], [59], [61]. Điều này cho thấy, đau nửa đầu Migraine có thể gặp ở nhiều ngành nghề khác nhau, không phân biệt tính chất nặng nhẹ của công việc mà chủ yếu phụ thuộc tình trạng căng thẳng hay stress của công việc và cuộc sống mang lại.

4.1.4. Về phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 1 - 5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 33,3% và 40% ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỉ lệ thấp nhất, là 3,3% ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Điều này cho thấy rằng đa số bệnh nhân mắc bệnh đã lâu nhưng vẫn chưa lo điều trị bệnh dứt điểm mà chỉ chịu đựng hoặc sử dụng các loại giảm đau nhất thời, họ không hiểu rằng bệnh càng lâu và sử dụng quá nhiều thuốc giảm đau sẽ gây ra lệ thuộc vào thuốc bệnh sẽ khó điều trị.

4.1.5. Về phân bố bệnh nhân theo các thể lâm sàng YHCT

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân thuộc thể can dương vượng chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 53,4% và 46,6% ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Nhóm bệnh nhân thuộc thể huyết ú trở lạc và hàn thấp đình tụ chiếm tỉ lệ thấp nhất, là 3,3% ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Đối với đau nửa đầu Migraine, stress đóng một vai trò quan trọng trong việc hình thành cơ chế bệnh sinh, vừa là yếu tố nguy cơ, vừa là yếu tố gây khởi phát cơn Migraine [4]. Tương ứng với YHCT, các stress về tâm lý – cảm xúc tương ứng với căn nguyên nội thương khi lo âu, căng thẳng, uất kết kéo dài khiến can khí mất điều đạt sơ tiết. Theo Nội kinh “Can khai khiếu ở mắt”, huyền là mạch của Can, Đờm. Can âm hư, Can dương xung gây ra một số triệu chứng Can Đờm hỏa thịnh thuộc dương chứng. Biếng ăn, buồn nôn là do Can mộc khắc Tỳ thổ dẫn đến rối loạn tiêu hóa. Đây là một biểu hiện mà y học cổ truyền gọi là Can phạm Vị. Theo học thuyết kinh lạc, Dương phải thường giáng và Âm phải thường thăng. Trường hợp này, kinh khí ở kinh Túc Thiếu Dương Đờm đã nghịch chuyển gây ra những dấu hiệu đặc trưng của thiếu dương chứng là đau đầu, hoa mắt, buồn nôn. Vùng bị tổn thương trong bệnh cảnh đau đầu Migraine phù hợp với vùng do kinh Túc Thiếu Dương Đờm chi phối. Đầu là nơi hội tụ của khí dương, đường kinh thủ túc tam dương đều đi lên đầu mặt, đường kinh quyết âm thì lên hội ở đỉnh đầu, cho nên đau đầu có thể can cứ bộ vị phát bệnh khác nhau đối chiếu đường tuần hành kinh lạc để chẩn đoán nguyên nhân.

4.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

4.2.1. Đánh giá đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị

❖ Đánh giá tần số cơn đau của bệnh nhân

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tần số cơn đau đầu Migraine trong tháng là tương đương nhau ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng

tại thời điểm trước điều trị, lần lượt là $7,45 \pm 1,63$ và $7,01 \pm 1,21$ ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$. Sau 15 ngày điều trị, ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê: Ở nhóm nghiên cứu, tần số cơn đau trong tháng giảm từ $7,45 \pm 1,63$ xuống $5,95 \pm 2,1$; trong khi ở nhóm đối chứng, tần số cơn đau trong tháng giảm từ $7,01 \pm 1,21$ với $4,25 \pm 1,91$ (với $p < 0,05$). Sau 1 tháng điều trị, chúng tôi quan sát thấy sự cải thiện tốt ở nhóm nghiên cứu: tần suất cơn đau trung bình ở nhóm nghiên cứu là thấp hơn so với trước điều trị ($3,36 \pm 1,24$ so với $7,45 \pm 1,63$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, không có sự khác biệt khi so sánh với lô chứng. Trên thế giới, nghiên cứu của tác giả Zhou và cộng sự năm 2017 tiến hành trên 64 bệnh nhân cho thấy tần số cơn đau trong tháng ở nhóm châm cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm sử dụng thuốc YHHD [64]. Một số tác giả khác, khi tiến hành nghiên cứu về hiệu quả của châm cứu trong điều trị đau đầu Migraine cũng ghi nhận sự suy giảm tần suất cơn đau trong tháng tại thời điểm sau điều trị. Điều này phần nào cho thấy rằng, so với các biện pháp điều trị khác, châm cứu có hiệu quả duy trì và phòng ngừa tái phát cơn lâu dài và ổn định, góp phần cải thiện tình trạng bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [65], [66], [67], [68], [69].

❖ *Thời gian kéo dài cơn*

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy thời gian kéo dài trung bình của cơn là tương đương nhau ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tại thời điểm trước điều trị, lần lượt là $6,02 \pm 1,4$ giờ và $5,98 \pm 1,7$ giờ ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$. Sau 15 ngày điều trị, ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê: Ở nhóm nghiên cứu, thời gian kéo dài trung bình của cơn giảm từ $6,02 \pm 1,4$ giờ xuống $4,61 \pm 2,01$ giờ; trong khi ở nhóm đối chứng, thời gian kéo dài trung bình cơn giảm từ $5,98 \pm 1,7$ giờ xuống $4,81 \pm 2,01$ giờ ($p < 0,05$). Sau 1 tháng điều trị, chúng tôi quan

sát thấy sự cải thiện tốt ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng: thời gian kéo dài trung bình cơn ở nhóm nghiên cứu là thấp hơn so nhiều so với trước nghiên cứu ($3,11 \pm 0,86$ giờ so với $2,81 \pm 0,86$ giờ), sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh với kết quả của các tác giả tại Trung Quốc nghiên cứu về hiệu quả của các phương pháp điện châm và nhĩ châm trên bệnh nhân đau nửa đầu Migraine cho thấy, sau điều trị, thời gian cơn đau rút ngắn xuống từ 1 – 2h và đều có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng sử dụng thuốc YHHD [67], [69].

❖ *Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS*

Triệu chứng đau là một phạm trù mang tính chất chủ quan thuộc bệnh nhân, do đó, việc chẩn đoán và lượng giá đau khá phức tạp và khó thống nhất. Trên lâm sàng, hiện tồn tại song song nhiều thang điểm chẩn đoán và lượng giá đau. Thang điểm VAS là một thang điểm phổ biến, dễ áp dụng và được sử dụng thống nhất trong tương đối nhiều nghiên cứu. Đối với các nghiên cứu về đau nửa đầu Migraine, điểm VAS luôn là một trong số các kết cục lâm sàng chính (primary outcome) được các nghiên cứu viên lấy để đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, điểm VAS trung bình là tương đương nhau ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tại thời điểm trước điều trị, lần lượt là $5,97 \pm 1,30$ và $5,83 \pm 1,39$ ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$. Sau 15 ngày và 30 điều trị, ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê: Ở nhóm nghiên cứu, điểm VAS trung bình giảm từ $5,97 \pm 1,30$ xuống $4,53 \pm 1,43$ sau 15 ngày điều trị, và $2,87 \pm 1,36$ sau 30 ngày điều trị; trong khi ở nhóm đối chứng, điểm VAS trung bình giảm từ $5,83 \pm 1,39$ xuống $4,40 \pm 1,57$ sau 15 ngày điều trị và xuống $2,93 \pm 1,48$ sau 30 ngày điều trị ($p < 0,05$). Tuy nhiên, chúng tôi quan sát thấy sự cải thiện tốt hơn ở nhóm nghiên cứu so với nhóm đối chứng: điểm VAS trung bình sau 30

ngày ở nhóm nghiên cứu là thấp hơn so với nhóm đối chứng ($2,87 \pm 1,36$ so với $2,93 \pm 1,48$), tuy nhiên, sự khác biệt này là chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tham khảo các nghiên cứu về châm cứu trên thế giới cho thấy, nghiên cứu tổng hợp (meta-analysis) thu thập dữ liệu từ 12 thử nghiệm lâm sàng so sánh hiệu quả của châm cứu với sử dụng thuốc y học hiện đại cho thấy, châm cứu thể hiện hiệu quả giảm đau rõ rệt hơn so với điều trị thuốc trong khoảng thời gian theo dõi từ 1 đến 3 tháng, với mức cải thiện điểm VAS dao động từ 1,3 đến 2,18 điểm. Sự cải thiện là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này càng góp phần khẳng định hiệu quả bước đầu của phương pháp trong điều trị bệnh lý đau nửa đầu Migraine, thể hiện trên các phương diện: cải thiện cường độ đau, thời gian kéo dài cơn và tần suất xuất hiện cơn trong tháng [64], [65], [67], [69].

❖ *Đánh giá kết quả điều trị chung*

Sự cải thiện sau 15 và 30 ngày điều trị có xu hướng tốt hơn ở nhóm đối chứng sử dụng thuốc, tuy nhiên sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khi so sánh với kết quả của các tác giả khác, chúng tôi nhận thấy có sự tương đương về hiệu quả điều trị. Tác giả Phạm Quang Yên có 18,6% bệnh nhân có kết quả tốt, 54,3% bệnh nhân khá [59]; Bùi Minh Sang [70] sử dụng viên “Trung thanh hoàn” đạt kết quả đau đầu với kết quả: tốt 20,93%, khá 51,16%, đỡ ít 20,93%, không kết quả 6,98%. Đặng Thị Hoàng Tuyên [71] nghiên cứu tác dụng điều trị chứng đau đầu bằng điện nhĩ châm với kết quả rất tốt 43,1%, tốt 43,1%, đỡ ít 13,8%. Nguyễn Văn Pha [72] bằng phương pháp châm cứu điều trị cho bệnh nhân đau đầu đạt kết quả là 17,04% loại tốt, 53,36% loại khá, 16,59% loại trung bình, 13,1% không kết quả.

“Đầu châm” còn gọi là châm da đầu là phương pháp kết hợp YHHĐ và YHCT dựa vào lý luận thần kinh của YHHĐ, trên cơ sở tương ứng giữa

các bộ phận da đầu và các vùng chức năng của vỏ não. Châm vào các bộ phận da đầu tương ứng với các vùng chức năng của vỏ não làm cho tế bào vỏ não bị kích thích phát sinh tác dụng phóng ra các xung động dẫn truyền tới cơ thể hoặc cơ quan nội tạng do vỏ não chi phối [73], [74]. Từ đó các bộ phận bị ức chế hoặc tổn thương khôi phục được công năng sinh lý bình thường. Trong nghiên cứu này, ngoài việc sử dụng Đầu châm, nhóm nghiên cứu còn phối hợp với thể châm với nguyên tắc chọn huyết tùy thuộc vào thể bệnh lâm sàng YHCT cụ thể trên từng bệnh nhân. Ở thể can khí uất kết, pháp điều trị chính là sơ can, giải uất, lý khí chỉ thống, châm tả các huyết Thái xung, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Phong trì, Bách hội, Thái dương, Dương lăng tuyền, Dương phụ, Túc thiếu âm. Ở thể can dương vượng, pháp điều trị là bình can, tiềm dương, tư âm, châm tả các huyết Can du, Thái khê, Thái xung, Tam âm giao, Hành gian, Phong trì, Dương lăng tuyền, Dương phụ, Thần môn, Nội quan. Ở thể huyết ứ trở lạc, pháp điều trị là hoạt huyết, thông lạc, chỉ thống, châm tả các huyết Huyết hải, Nội quan, Cách du, Dương lăng tuyền, Dương phụ, Túc thiếu âm. Ở thể hàn âm đình tụ, pháp điều trị là ôn trung giáng nghịch, khu thấp hóa đàm, châm tả các huyết Nội đình, Tam âm giao, Thái xung, Túc tam lý, Phong long, Dương lăng tuyền, Nội quan, Đại chùy, Túc lâm khắp, Can du, Đờm du. Nhờ đó, khi điều trị bằng đầu châm kết hợp thể châm bệnh nhân có sự cải thiện triệu chứng rõ rệt thể hiện trên các phương diện: cải thiện cường độ đau, giảm thời gian kéo dài cơn, giảm tần suất xuất hiện cơn trong tháng, hiệu quả điều trị tốt và khá đạt.

4.2.2. Đánh giá kết quả điều trị trên đo lưu huyết não

Đau đầu MG là một rối loạn về thần kinh mạch máu xảy ra ở não bộ. Một trong những chỉ tiêu đánh giá khách quan tuần hoàn não và các hoạt động chức năng của hệ thần kinh trung ương là lưu huyết não. Chúng tôi đã

tiến hành ghi lưu huyết não và điện não đồ ở các bệnh nhân đau nửa đầu Migraine trước và sau điều trị để đánh giá sự thay đổi của kết quả thu được.

Qua nghiên cứu về sự biến đổi về hình dạng của sóng lưu huyết não chúng tôi có nhận xét là trước khi điều trị sóng lưu huyết có dạng đỉnh tù chiếm đa số và sau khi điều trị sóng dạng đỉnh nhọn lại chiếm nhiều hơn sóng đỉnh tù giảm xuống. Điều này chứng tỏ có sự tăng tính dẫn điện của vùng vỏ não làm điện trở giảm xuống sóng có dạng nhọn trên lưu huyết đồ. Số lượng các sóng phụ ít xuất hiện mờ sau điều trị sóng phụ xuất hiện rõ nét nằm gần đường đẳng điện nên trương lực mạch máu não giảm hơn các sóng dội lại xuất hiện nhiều hơn.

Chỉ số A/C ở cả hai bán cầu trước điều trị là $0,62 \pm 0,34$ p.m (ở nhóm nghiên cứu) và $0,68 \pm 0,35$ p.m (ở nhóm đối chứng), sau điều trị 30 ngày, chỉ số A/C tăng lên $1,12 \pm 0,42$ ở nhóm nghiên cứu và $1,02 \pm 0,39$ p.m ở nhóm đối chứng. Sự cải thiện là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số A/C phản ánh mức độ nạp máu của động mạch thì tâm thu thể hiện tỉ số giữa biên độ của sóng lưu huyết với biên độ chuẩn. Chỉ số A/C tăng có nghĩa là biên độ sóng lưu lượng có sự cải thiện rõ so trở kháng nền hay cường độ của dòng máu vào não lớn hơn. Trước điều trị có nhiều bệnh nhân có chỉ số lưu huyết A/C dưới mức bình thường $< 0,7$ pm sau điều trị chỉ số này tăng lên bình thường $> 0,7$ pm. Kết quả chúng tôi phù hợp với Lương Văn Chất [75] điều trị trên các bệnh nhân đau nửa đầu Migraine tăng hưng phấn vỏ não biên độ của REG thấp ở cả hệ thống động mạch cảnh và động mạch sống nên sau điều trị biên độ REG đã tăng lên.

Thời gian đỉnh alpha trước điều trị là $218,23 \pm 66,41$ ms (ở nhóm nghiên cứu) và $217,33 \pm 81,32$ ms (ở nhóm đối chứng) sau điều trị là $180,37 \pm 71,24$ (ở nhóm nghiên cứu) và $196,52 \pm 56,62$ (ở nhóm đối chứng). Sự cải thiện là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian đỉnh hay thời gian của

nhánh lên phản ánh thời gian giãn mạch cực đại của mạch máu. Thời gian đỉnh 2 bán cầu giảm xuống cho thấy thời gian giãn mạch cực đại của mạch máu giảm hay trương lực mạch máu 2 bên được cải thiện. Điều này phù hợp với kết quả chỉ số độ dốc cũng tăng lên có ý nghĩa thống kê. Chỉ số độ dốc bán cầu trái trước điều trị là 8,45 pm/s sau điều trị là 10,69 pm/s, bán cầu phải trước điều trị là 8,93pm/s sau điều trị tăng lên 10,88 pm/s với $p < 0,01$. Trương lực mạch máu giảm chứng tỏ độ đàn hồi thành mạch tốt hơn, mạch máu có sự co giãn tốt giúp tăng cường lượng máu lưu thông lòng mạch.

Sau 30 ngày điều trị, chỉ số độ rộng đỉnh không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Độ rộng đỉnh thể hiện được tính chất về thời gian của đỉnh sóng là nhanh hay chậm. Trong các bệnh nhân đau nửa đầu Migraine độ rộng đỉnh không có các biến đổi đặc hiệu nên trước và sau điều trị chỉ số này vẫn giữ ở mức bình thường sự thay đổi ít không có ý nghĩa thống kê. Nhận xét của chúng tôi phù hợp với nhận xét của các tác giả khác [34], [73].

Dòng máu dẫn trước điều trị là $18,12 \pm 7,97\%/min$ (ở nhóm nghiên cứu) và $19,75 \pm 7,61\%/min$ (ở nhóm đối chứng); sau điều trị, chỉ số này tăng lên $24,95 \pm 8,74\%/min$ (ở nhóm nghiên cứu) và $22,78 \pm 7,64\%/min$ (ở nhóm đối chứng) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trước khi điều trị hầu hết các bệnh nhân có lưu lượng máu lên não thấp dưới mức bình thường là do hai nguyên nhân: thứ nhất do có sự tăng trương lực của mạch máu não làm tăng sức cản ngoại vi của mạch máu não, thứ hai do cường độ của dòng máu lên não lại thấp. Nhưng sau điều trị ta thấy cường độ dòng máu não tăng, và trương lực của thành mạch lại giảm bớt làm cho trị số lưu lượng máu dẫn tăng lên ở cả hai bán cầu. Lưu lượng máu tuần hoàn não ở bệnh nhân đã có sự cải thiện tốt. Điều này cũng phù hợp với các biểu hiện lâm sàng: bệnh nhân đỡ đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi, ngủ tốt hơn.

4.3. ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐẦU CHÂM KẾT HỢP THỂ CHÂM

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy các chỉ số mạch, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau điều trị ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng với $p > 0,05$. Đồng thời, chúng tôi không quan sát thấy các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng như vụng châm, chảy máu, nhiễm trùng tại chỗ, đau... Kết quả của chúng tôi tương đồng với: Vũ Thị Hải Yến (2010) điều trị bệnh nhân nhồi máu não bằng thể châm, thuốc YHCT kết hợp đầu châm, chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn của điện châm kết hợp thể châm trên lâm sàng; Đoàn Mỹ Hạnh (2019) đánh giá tác dụng điều trị của phương pháp đầu châm kết hợp huyết phủ trực ứ thang trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn của đầu châm như vụng châm, nhiễm trùng, chảy máu... [54], [55]. Từ đó có thể thấy rằng, Đầu châm kết hợp thể châm là một phương pháp điều trị tương đối an toàn và có thể áp dụng đối với các bệnh nhân đau đầu Migraine.

KẾT LUẬN

Qua tiến hành nghiên cứu và theo dõi trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán đau nửa đầu Migraine điều trị nội trú tại bệnh viện Châm cứu Trung Ương từ tháng 01/02/2020 đến tháng 01/11/2020, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Phương pháp Đầu châm kết hợp thể châm có hiệu quả tốt trong điều trị bệnh nhân đau nửa đầu Migraine:

- *Cải thiện tần số cơn đau đầu:* Sau 30 ngày điều trị, tần số cơn đau ở nhóm nghiên cứu giảm từ $7,45 \pm 1,63$ xuống $3,36 \pm 1,24$, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.
- *Cải thiện thời gian kéo dài cơn:* Sau 30 ngày điều trị, thời gian kéo dài cơn trung bình trong nhóm nghiên cứu giảm từ $6,02 \pm 1,4$ giờ xuống $3,11 \pm 0,86$ giờ, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.
- *Cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS:* sau 30 ngày điều trị, điểm VAS trung bình trong nhóm nghiên cứu giảm từ $5,97 \pm 1,30$ điểm còn $2,87 \pm 1,36$ ($p < 0,05$), thấp hơn so với nhóm chứng ($p > 0,05$)
- *Kết quả điều trị chung:* sau 30 ngày điều trị, số bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị tốt và khá ở nhóm nghiên cứu đạt tỉ lệ 6,7% và 43,3%.
- *Cải thiện trên đo lưu huyết não:* sau 30 ngày, chỉ số A/C thùy đỉnh alpha, tăng dòng máu dẫn trong nhóm nghiên cứu cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$).

2. Trong quá trình nghiên cứu, Đầu châm kết hợp thể châm không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

KIẾN NGHỊ

1. Cần có thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn (3 tháng, 6 tháng, 1 năm), nhằm có được các đánh giá chính xác hơn về hiệu quả điều trị của phương pháp Đầu châm kết hợp thể châm.

2. Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy Đầu châm kết hợp thể châm là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị đau nửa đầu Migraine. Có thể áp dụng phương pháp này phối hợp với thuốc Y học hiện đại nhằm hỗ trợ cải thiện tình trạng bệnh, giảm được việc sử dụng thuốc tân dược tại các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vos T, Flaxman A.D, Naghavi M. et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2163–2196.
2. Steiner T, Stovner L and Birbeck G. (2013). Migraine: The seventh disabling. *Cephalalgia*, 33(5), 289–290.
3. Diener H.C, Solbach K, Holle D et al. (2015). Integrated care for chronic migraine patients: epidemiology, burden, diagnosis and treatment options. *Clin Med*, 15(4), 344–350.
4. Jiang Y, Bai P, Chen H et al. (2018). The Effect of Acupuncture on the Quality of Life in Patients With Migraine: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol*, 9, 1190.
5. 胡晓, 侯雪飞. (2011). 头针治疗偏头痛 25 例疗效观察. *吉林中医药*, 31(3), 239-239.
Hò Hiếu, Hàu Tuyét Phi (2011). Quan sát hiệu quả trị liệu của đầu châm điều trị 25 trường hợp đau nửa đầu. *Trung y dược Cát Lâm*, 31(3), 239-239.
6. 刘鑫. (2016). 针刺治疗偏头痛随机平行对照研究. *实用中医内科杂志*, (6), 92-93.
Luu Hâm (2016). Nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng về châm cứu điều trị đau nửa đầu. *Tạp chí thực hành y học lâm sàng*, (6), 92-93.
7. 刘丽艳. (2010). 针刺治疗偏头痛的临床研究进展. *针灸临床杂志*, (8).
Luu Lê Diễm (2010). Tiến bộ trong nghiên cứu lâm sàng về châm cứu điều trị đau nửa đầu. *Tạp chí châm cứu lâm sàng*, (8).

8. 肖蕾, 王炎, 王胜, 王立新, 崔祺, 张晨, ... & 邢军. (2017). 头电针结合放松训练治疗神经性偏头疼的临床疗效观察. *实用临床医药杂志*, 21(17), 111-113.
Tiêu Lôi, Vương Diễm, Vương Lập Tân, Thôi Kỳ, Trương Thần, Hình Quân (2017). Quan sát hiệu quả lâm sàng của Đầu điện châm kết hợp tập thư giãn điều trị đau nửa đầu do thần kinh. *Tạp chí thực hành y học lâm sàng*, 21(17), 111-113.
9. Escher C.M, Paracka L, Dressler D et al. (2017). Botulinum toxin in the management of chronic migraine: clinical evidence and experience. *The Adv Neurol Disord*, 10(2), 127–135.
10. Burton W.N, Landy S.H, Downs K.E et al. (2009). The Impact of Migraine and the Effect of Migraine Treatment on Workplace Productivity in the United States and Suggestions for Future Research. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(5), 436–445.
11. Welch M.K.A. and Goadsby P.J. (2002). Chronic daily headache: nosology and pathophysiology. *Current Opinion in Neurology*, 15(3), 287–295.
12. Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Huy Ngọc. Nghiên cứu tác dụng điều trị cắt cơn Migraine của phương pháp kích thích dây thần kinh số 10. *Tạp chí Y dược quân sự*, 6/2016.
13. Weatherall M.W. (2015). The diagnosis and treatment of chronic migraine. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 6(3), 115–123.
14. Vũ Quang Bích (2002), *Bệnh đau nửa đầu và đau đầu từng chuỗi*, Nhà xuất bản Y học.
15. Cohen A.S. and Goadsby P.J. (2004). Functional neuroimaging of primary headache disorders. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 4(2), 105–110.

16. Culpepper L. (2009). Generalized Anxiety Disorder and Medical Illness. *J Clin Psychiatry*, 70(suppl 2), 20–24.
17. Nosedá R, Kainz V, Jakubowski M et al. (2010). A neural mechanism for exacerbation of headache by light. *Nat Neurosci*, 13(2), 239–245.
18. Nguyễn Văn Chương (2010), *Chẩn đoán và điều trị các chứng bệnh đau đầu thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
19. Cao Phi Long. Cập nhập cơ chế bệnh sinh đau đầu Migraine. *Tạp chí Thần kinh học*, 6, 9–10.
20. Ferrari M.D, Klever R.R, Terwindt G.M et al. (2015). Migraine pathophysiology: lessons from mouse models and human genetics. *The Lancet Neurology*, 14(1), 65–80.
21. Géraud G. and Donnet A. (2013). Migraine et hypothalamus. *Revue Neurologique*, 169(5), 372–379.
22. Linde K, Allais G, Brinkhaus B et al. (2009). Acupuncture for migraine prophylaxis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK, CD001218.pub2.
23. Olesen J, Friberg L, Olsen T.S et al. (1990). Timing and topography of cerebral blood flow, aura, and headache during migraine attacks. *Ann Neurol*, 28(6), 791–798.
24. Denuelle M, Fabre N, Payoux P et al. (2007). Hypothalamic Activation in Spontaneous Migraine Attacks. *Headache*.
25. Deen M, Hansen H.D, Hougaard A et al. (2018). High brain serotonin levels in migraine between attacks: A 5-HT₄ receptor binding PET study. *NeuroImage: Clinical*, 18, 97–102.
26. Wang J, Zhang B, Shen C et al. (2017). Headache symptoms from migraine patients with and without aura through structure-validated self-reports. *BMC Neurol*, 17(1), 193.

27. DeLange J.M. and Cutrer F.M. (2014). Our Evolving Understanding of Migraine with Aura. *Curr Pain Headache Rep*, 18(10), 453.
28. Viana M, Tronvik E.A, Do T.P et al. (2019). Clinical features of visual migraine aura: a systematic review. *J Headache Pain*, 20(1), 64.
29. Fraser C.L, Hepschke J.L, Jenkins B et al. (2019). Migraine Aura: Pathophysiology, Mimics, and Treatment Options. *Semin Neurol*, 39(06), 739–748.
30. Burstein R, Nosedá R and Borsook D. (2015). Migraine: Multiple Processes, Complex Pathophysiology. *Journal of Neuroscience*, 35(17), 6619–6629.
31. Kelman L. (2006). Pain Characteristics of the Acute Migraine Attack. *Headache*, 46(6), 942–953.
32. Russo A, Coppola G., Pierelli F., et al. (2018). Pain Perception and Migraine. *Front Neurol*, 9, 576.
33. Ligthart L., Boomsma D.I., Martin N.G., et al. (2006). Migraine With Aura and Migraine Without Aura Are Not Distinct Entities: Further Evidence From a Large Dutch Population Study. *Twin Res Hum Genet*, 9(1), 54–63.
34. Ebell M.H. (2006). Diagnosis of migraine headache. *Am Fam Physician*, 74(12), 2087–2088.
35. Samaan Z., MacGregor E.A., Andrew D., et al. (2010). Diagnosing migraine in research and clinical settings: The validation of the Structured Migraine Interview (SMI). *BMC Neurol*, 10(1), 7.
36. Schreiber C.P., Hutchinson S., Webster C.J., et al. (2004). Prevalence of Migraine in Patients With a History of Self-reported or Physician-Diagnosed “Sinus” Headache. *Arch Intern Med*, 164(16), 1769.

37. Loder E., Burch R., and Rizzoli P. (2012). The 2012 AHS/AAN Guidelines for Prevention of Episodic Migraine: A Summary and Comparison With Other Recent Clinical Practice Guidelines: June 2012. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 52(6), 930–945.
38. Friedman B.W. and Grosberg B.M. (2009). Diagnosis and Management of the Primary Headache Disorders in the Emergency Department Setting. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 27(1), 71–87.
39. Silberstein S.D. (2015). Preventive Migraine Treatment: *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 21, 973–989.
40. Demaagd G. (2008). The pharmacological management of migraine, part 2: preventative therapy. *P T*, 33(8), 480–487.
41. Colman I., Friedman B.W., Brown M.D., et al. (2008). Parenteral dexamethasone for acute severe migraine headache: meta-analysis of randomised controlled trials for preventing recurrence. *BMJ*, 336(7657), 1359–1361.
42. Freitag F.G., Cady R., DiSerio F., et al. (2001). Comparative Study of a Combination of Isometheptene Mucate, Dichloralphenazone With Acetaminophen and Sumatriptan Succinate in the Treatment of Migraine. *Headache*, 41(4), 391–398.
43. Tepper S.J. and Stillman M.J. (2008). Clinical and Preclinical Rationale for CGRP-Receptor Antagonists in the Treatment of Migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 48(8), 1259–1268.
44. Trần Thúy, Vũ Nam (2012). Đau đầu. *Chuyên đề Nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
45. Shen-Nong (2009), *Traditional Chinese Medicine. A subsidiary of Intergrated Chinese Holding*, .
46. Dương Trọng Nghĩa (2010). Ứng dụng Đầu châm trong điều trị tai biến mạch máu não. *Tạp chí Y dược học cổ truyền*, 27, 2–4.

47. Hoàng Duy Tân (2017), *Đầu châm trị liệu*, Nhà xuất bản Đồng Nai.
48. Hoàng Thị Hòa (2010). Đánh giá tác hiệu quả của điện châm trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ. *Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
49. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (2007), *Châm cứu sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
50. Dương Trọng Nghĩa (2011). Đánh giá tác dụng phục hồi vận động ở bệnh nhân tai biến mạch máu não bằng phương pháp Đầu châm kết hợp. *Báo cáo đề tài khoa học, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương*, 24–38.
51. Bao F., Wang D., Zhang Y., et al. (2008). [Comparison of therapeutic effects between body acupuncture and scalp acupuncture combined with body acupuncture on atherosclerotic cerebral infarction at acute stage]. *Zhongguo Zhen Jiu*, 28(1), 10–12.
52. Zhou L., Zhang H.-X., Liu L.-G., et al. (2008). [Effect of scalp-acupuncture on plasma and cerebral TNF-alpha and IL-1beta contents in acute cerebral ischemia/reperfusion injury rats]. *Zhen Ci Yan Jiu*, 33(3), 173–178.
53. Hạ Thu Phương (2011). Nghiên cứu tác dụng điều trị huyệt vùng cấp bằng Đầu châm. *Tạp chí Châm cứu Thượng Hải*, 3.
54. Đoàn Mỹ Hạnh (2019). Đánh giá hiệu quả điều trị của đầu châm kết hợp bài thuốc huyết phủ trực ú thang trên bệnh nhân nhồi máu sau giai đoạn cấp theo thang điểm Barthel. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 48(11), 210–214.
55. Vũ Thị Hải Yến (2010), *Đánh giá tác dụng phục hồi vận động ở bệnh nhân nhồi máu não bằng thể châm, thuốc Y học cổ truyền kết hợp với đầu châm*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

56. Kurth T., Winter A.C., Eliassen A.H., et al. (2016). Migraine and risk of cardiovascular disease in women: prospective cohort study. *BMJ*, i2610.
57. Kelman L. (2006). The Postdrome of the Acute Migraine Attack. *Cephalalgia*, 26(2), 214–220.
58. Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Huy Ngọc. Nghiên cứu hiệu quả điều trị cơn đau đầu Migraine của kỹ thuật kích thích dây X. *Hội thần kinh học Việt Nam*.
59. Phạm Quang Yên (2015), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc Bán hạ Bạch truật Thiên ma thang trong điều trị đau nửa đầu Migraine thể đàm thấp*, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
60. Nguyễn Văn Chương (2008). Nghiên cứu lâm sàng và điều trị Migraine ở người lớn. *Tạp chí Y-Dược học quân sự số 2*, 107–113.
61. Cao Phi Long, Nguyễn Thị Thúy Lan (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phân loại đau đầu mãn tính hàng ngày. *Tạp chí thần kinh học Việt Nam*, 32, 4–5.
62. Schroeder R.A., Brandes J., Buse D.C., et al. (2018). Sex and Gender Differences in Migraine—Evaluating Knowledge Gaps. *Journal of Women's Health*, 27(8), 965–973.
63. Bolay H., Ozge A., Saginc P., et al. (2015). Gender influences headache characteristics with increasing age in migraine patients. *Cephalalgia*, 35(9), 792–800.
64. Zhou Z Clinical research on chronic migraine treated by nourishing liver and kidney acupuncture therapy. *Si Chuan Zhong Yu*, 35.

65. Alecrim-Andrade J., Maciel-Júnior J., Cladellas X., et al. (2006). Acupuncture in Migraine Prophylaxis: A Randomized Sham-Controlled Trial. *Cephalalgia*, 26(5), 520–529.
66. Alecrim-Andrade J., Maciel-Júnior J.A., Carnè X., et al. (2008). Acupuncture in Migraine Prevention: A Randomized Sham Controlled Study With 6-months Posttreatment Follow-up. *The Clinical Journal of Pain*, 24(2), 98–105.
67. Linde K., Streng A., Hoppe A., et al. (2006). Treatment in a Randomized Multicenter Trial of Acupuncture for Migraine (ART Migraine). *Complement Med Res*, 13(2), 101–108.
68. Wallasch T.-M., Weinschuetz T., Mueller B., et al. (2012). Cerebrovascular Response in Migraineurs During Prophylactic Treatment with Acupuncture: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(8), 777–783.
69. Wang Y., Xue C.C., Helme R., et al. (2015). Acupuncture for Frequent Migraine: A Randomized, Patient/Assessor Blinded, Controlled Trial with One-Year Follow-Up. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015, 1–14.
70. Bùi Minh Sang (1998). Nghiên cứu tác dụng điều trị của thuốc Trung thanh hoàn trên bệnh nhân suy nhược thần kinh. *Luận án thạc sỹ khoa học y dược, Học viện quân y*.
71. Đặng Thị Hoàng Tuyên (2010). Nghiên cứu tác dụng điều trị chứng đau đầu thể can hỏa vượng bằng điện nhĩ châm. *Luận văn thạc sỹ y học*, 22–23.
72. Nguyễn Văn Pha (2001). Sơ bộ vận dụng lý luận Y học cổ truyền dân tộc điều trị 223 bệnh nhân suy nhược thần kinh bằng châm cứu. *Tạp chí đông y*, 173–174.

73. 王顺, 周振坤, 胡丙成, 蔡玉颖, 贺甦, 卢金荣, & 张雅丽. (2003). 头部电针透穴疗法治疗帕金森氏病的临床研究. *中国针灸*, 23(3), 129-131.
- Vương Thuận, Chu Chân Khôn, Hồ Bính Thành, Thái Ngọc Dĩnh, Hạ Tô, Lô Kim Vinh và Trương Nhã Lệ. (2003). Nghiên cứu lâm sàng về điều trị bệnh Parkinson bằng điện đầu châm. *Châm cứu Trung Quốc*, 23(3), 129-131.
74. 董建萍, 孙伟义, 王顺, 武志全, & 刘飞. (2007). 头部电针透穴治疗脑卒中后抑郁症临床观察. *中国针灸*, 27(4), 241-244.
- Đông Kiến Bình, Tôn Vĩ Nghĩa, Vương Thuận, Vũ Chí Toàn và Lưu Phi (2007). Quan sát lâm sàng về điều trị trầm cảm sau đột quy bằng Đầu điện châm. *Châm cứu Trung Quốc*, 27(4), 241-244.
77. Lương Văn Chất (1997). Nhận xét điều trị 40 bệnh nhân đau đầu MG, tăng hưng phấn vỏ não trên điện não đồ. *Tạp chí Y học thực hành số 334*, 39-40

PHỤ LỤC 1

Nhóm:....
Viện:.....
Số BA vào viện:.....
Số giường:

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

A. Phần hành chính

- Họ tên BN:Tuổi:.....Giới.....
- Nghề nghiệp:.....
- Địa chỉ:.....
- Ngày vào viện:.....
- Ngày ra viện:.....
- Chẩn đoán tại khoa:.....

B. Phần Y học hiện đại

I. Bệnh sử

- a. Lí do vào viện:.....
- b. Thời gian mắc bệnh:.....
- c. Bệnh sử:

- Đau đầu:
- Thời gian:
- Tính chất:
- Triệu chứng kèm theo:
- Tiền triệu

d. Tiền sử bản thân

Rượu	Có	Không
Thức ăn (sô-cô-la, phô mai, mì chính)	Có	Không
Do đói (bỏ bữa)	Có	Không
Các chất có mùi	Có	Không
Thiếu ngủ/ngủ nhiều	Có	Không
Ánh sáng chói, âm thanh	Có	Không
Hoạt động nặng	Có	Không
Thay đổi môi trường (Múi giờ, độ cao, thời tiết)	Có	Không
Thay đổi nội tiết tố thời kì hành kinh	Có	Không

Tiền sử các bệnh khác:.....

e. Tiền sử gia đình:

II. Khám trên lâm sàng

1. Toàn thân

- Mạch....lần/phút Nhiệt độ:.....Huyết áp:.....

2. Bộ phận

Tim mạch		
Hô hấp		
Thần kinh	Phản xạ	
	Vận động	
	Cảm giác	
	Các dấu hiệu khác	
Tiêu hóa-Tiết niệu		
Cơ xương khớp		
Khác		

III. Chẩn đoán:

IV. Các chỉ tiêu theo dõi

1. Lâm sàng

Các chỉ tiêu theo dõi	D ₀	D ₁₅	D ₃₀
Đau đầu			
- Số cơn			
- Thời gian đau			
- Điểm VAS			
Thay đổi trực quan bệnh			

- Cách tính thời gian đau

< 2h	2-6h	6-24h	24-72h	>72h
1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm	5 điểm

- Cách cho điểm số cơn đau:

0 cơn	1-2 cơn/tháng	3-4 cơn/tháng	>5 cơn/tháng
0 điểm	2 điểm	4 điểm	6 điểm

2. Cận lâm sàng

Lưu huyết não

	D ₀	D ₁₅	D ₃₀
Thời gian nhánh lên α			
Chỉ số mạch α/T (X%)			
Chỉ số lưu huyết A/C			
V (ml/ph/bán cầu)			
Hệ số K			

C. Phần Y học cổ truyền

I. Tứ chẩn

Tứ chẩn		Do	D15	D30
Vọng	Thần			
	Sắc			
	Hình thái			
	Lưỡi: - Chát lưỡi - Rêu lưỡi			
Văn	Tiếng nói			
	Hơi thở			
	Ho, nấc			

Vấn	Hàn			
	Nhiệt			
	Hãn			
	Đầu, mình - Đau đầu - Chóng mặt - Hay quên - Quên			
Thiệt	Bụng, lưng			
	Ăn uống			
	Ngủ			
	Nhị tiện			
	Khát			
	Kinh nguyệt			
	Cựu bệnh			
	Mạch chẩn			
	Thiệt chẩn			

II. Các triệu chứng khác

III. Chẩn đoán YHCT

- Chẩn đoán bát cương:
- Chẩn đoán tạng phủ:
- Chẩn đoán nguyên nhân:
- Chẩn đoán bệnh danh:
- Chẩn đoán thể bệnh:

IV. Thuốc YHCT

Các diễn biến thay đổi khi điều trị bằng YHCT

D. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Triệu chứng	Nhóm nghiên cứu (n=30)	
	n	Tỷ lệ %
Mẫn ngứa		
Vượng châm		
Xuất huyết tại chỗ châm		
Nhiễm trùng		
Buồn nôn		
Khác		

PHỤ LỤC 2

LƯỢNG GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU THEO THANG ĐIỂM VAS

Thước đo VAS cấu tạo gồm hai mặt. Mặt giành cho bệnh nhân đánh giá ở phía trái ghi chữ “không đau” và phía phải ghi chữ “đau không chịu nổi”. Để bệnh nhân có thể xác nhận dễ hơn mức độ đau, sau này người ta đã gắn thêm vào mặt này hình ảnh thể hiện nét mặt tương ứng với các mức độ đau khác nhau. Bệnh nhân tự đánh giá bằng cách di chuyển con trỏ đến vị trí tương ứng với mức độ đau của mình. Mặt giành cho người đánh giá được chia thành 11 vạch đánh số từ 0 đến 10 (hoặc chia vạch từ 0 đến 100 mm). Sau khi bệnh nhân chọn vị trí con trỏ trên thước tương ứng với mức độ đau của họ người đánh giá xác nhận điểm đau VAS là khoảng cách từ điểm 0 đến vị trí con trỏ.



Hình. Thước đánh giá đau VAS.

Cách đánh giá:

$0 \leq VAS < 1$	Không đau
$1 \leq VAS \leq 3$	Đau nhẹ
$4 \leq VAS \leq 6$	Đau vừa
$7 \leq VAS \leq 9$	Đau nặng
$VAS = 10$	Đau nghiêm trọng

PHỤ LỤC 3

ĐO HUYẾT ÁP

Phương pháp đo Huyết áp theo hướng dẫn của Hội tim mạch Việt Nam:

Máy đo HA: Các loại máy đo huyết áp sử dụng ống nghe (máy đo huyết áp thủy ngân hoặc máy đo huyết áp đồng hồ), máy đo huyết áp tự động hoặc bán tự động bằng phương pháp dao động kế (máy đo HA điện tử) đều có thể sử dụng tại các cơ sở y tế. Tuy nhiên các loại máy này đều phải được chuẩn hóa. Băng cuốn phải phù hợp với chu vi cánh tay của người được đo.

Các bước đo HA: Để đo HA chính xác cần đảm bảo các bước sau:

Các bước chính để đo HA chính xác
Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân đúng cách
Bước 2: Sử dụng kỹ thuật đo huyết áp đúng cách
Bước 3: Đo huyết áp đúng phương pháp để chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp
Bước 4: Ghi nhận kết quả đo huyết áp đúng và chính xác
Bước 5: Tính kết quả trung bình của các lần đo
Bước 6: Thông báo con số huyết áp đo được cho bệnh nhân

Các yêu cầu về bệnh nhân và kỹ thuật để đo huyết áp chính xác:

Bệnh nhân cần nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5 - 10 phút trước khi đo huyết áp, không dùng chất kích thích (cà phê, hút thuốc, rượu bia) trước đó 2 giờ.

Tư thế đo chuẩn: Người được đo huyết áp ngồi ghế tựa, cánh tay duỗi thẳng trên bàn, nếp khuỷu ngang mức với tim.

Nên đo thêm ở các tư thế nằm, đứng đối với người cao tuổi hoặc có bệnh đái tháo đường nhằm xác định có hạ huyết áp tư thế hay không.

Sử dụng băng cuộn chuẩn (chiều rộng 12 - 13 cm, chiều dài 35 cm) cho phần lớn mọi người. Bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn băng cuộn đủ chặt, bờ dưới của băng cuộn trên nếp lằn khuỷu 1 - 2 cm. Đặt máy đo huyết áp ở vị trí đảm bảo máy hoặc mốc 0 của thang đo ngang mức với tim.

Nếu không dùng thiết bị đo tự động, trước khi đo phải xác định vị trí động mạch cánh tay để đặt ống nghe. Bơm hơi thêm 30 mmHg sau khi không còn thấy mạch đập. Xả hơi với tốc độ 2 - 3 mmHg/nhịp đập. Huyết áp tâm thu tương ứng với lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên và huyết áp tâm trương tương ứng với khi mất hẳn tiếng đập (pha I và pha V của Korotkoff).

Không nói chuyện khi đang đo huyết áp. Không bắt chéo chân.

Cần đo huyết áp ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1 - 2 phút. Nếu số đo huyết áp giữa 2 lần chênh nhau trên 10 mmHg, cần đo lại một vài lần sau khi đã nghỉ trên 5 phút. Giá trị huyết áp ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng.

Cần đo thêm một vài lần cho người có rối loạn nhịp (như rung nhĩ). Những trường hợp này cần sử dụng máy đo HA dùng tai nghe vì các máy đo tự động thường không chính xác khi có rung nhĩ.

Lần đo đầu tiên, cần đo huyết áp ở cả hai cánh tay, tay nào có con số huyết áp cao hơn sẽ dùng để theo dõi huyết áp về sau.

Ghi lại số đo theo đơn vị mmHg dưới dạng HA tâm thu/HA tâm trương (ví dụ 126/82 mmHg), không làm tròn số quá hàng đơn vị và thông báo kết quả cho người được đo.

Cần ghi nhận cả tần số tim. Nên bắt mạch hoặc nghe tim để loại trừ có rối loạn nhịp. Con số HA của bệnh nhân là kết quả trung bình của 2 lần đo.

PHỤ LỤC 4

BẢN CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài:

Tôi (Họ và tên):.....

Tuổi:.....Giới:.....

Địa chỉ:.....

Điện thoại liên hệ :.....

Số CMND:.... Ngày cấp.... Nơi cấp....

Xác nhận rằng:

Tôi đã đọc bản cung cấp thông tin về nghiên cứu tác dụng của Đầu châm trong điều trị đau nửa đầu thể huyết ú 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 nghiên cứu. Tôi tự thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu này và sự tham gia của tôi là hoàn toàn tự nguyện

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

Tôi đã có thời gian và cơ hội cân nhắc tham gia nghiên cứu.

Sau khi kết thúc nghiên cứu, tôi sẽ được thông báo (nếu muốn) về bất cứ thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi.

Sau khi tham gia 3 tháng nghiên cứu, tôi sẽ không được tiếp tục sử dụng phương pháp can thiệp nữa. Nếu muốn tiếp tục sử dụng, tôi phải trả chi phí theo quy định

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

Tôi tình nguyện tham gia và hoàn toàn chịu trách nhiệm

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

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 Bác sỹ	Ngày/tháng/năm
Ký và ghi rõ họ tên của Chủ nhiệm đề tài	Ngày/tháng/năm

PHỤ LỤC 5
CÁC HUYỆT SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU

Tên huyệt	Đường kinh	Xác định vị trí	Cách châm
Hàm yển G4	Túc thiếu dương đờm	Ở đầu tóc mai, huyệt ở điểm nối $\frac{1}{4}$ trên và $\frac{3}{4}$ dưới đường nối huyệt Đầu duy và Khúc tân	Châm 0,3 – 0,5 thốn, hướng kim ra phía ngoài
Huyền ly G6		Đường nối hai huyệt Huyền ly (G5) và Khúc tân (G7)	Châm 0,3 – 0,5 thốn
Khúc tân G7		Ở trước trên tai, trước huyệt Giác tôn 1 khoát ngón tay	Châm 0,2 – 0,3 thốn, hướng mũi kim ra sau
Suất cốc G8		Ép vành tai vào, từ đỉnh vành tai (huyệt Giác tôn) đo lên 1,5 thốn	Châm luôn dưới da 0,2 – 0,3 thốn
Phong trì G29		Từ giữa xương chẩm C1 đo ngang ra sau 2 thốn, huyệt ở chỗ trũng phía ngoài cơ thang, phía trong cơ ức đòn chũm	Châm 0,5 - 0,8 thốn, mũi kim hướng về phía nhãn cầu bên đối diện, cứu điều ngải 3 - 7 phút
Dương lăng tuyền G34		Chỗ lõm giữa đầu trên xương chày và xương mác	Châm thẳng 0,8 - 1,2 thốn, hoặc xuyên sang Âm lăng tuyền
Dương phụ G38		Từ lồi mắt cá ngoài đo lên 4 thốn, trên đường từ mắt cá ngoài đến huyệt Dương lăng tuyền	Châm thẳng 0,5 - 0,7 thốn
Túc lâm khấp G41		Từ kẽ ngón 4-5 đo lên 2 thốn	Châm 0,3 - 0,5 thốn

Túc khiêu âm - G44		Cách 0,1 thốn góc ngoài chân móng ngón 4	Châm 0,1 thốn
Hành gian Liv2	Túc quyết âm can	Từ kẽ ngón chân 1 – 2 đo lên 0,5 thốn	Châm 0,5 thốn
Thái xung Liv3		Từ kẽ ngón chân 1 và 2 đo lên 2 thốn về phía mu chân, hoặc từ huyết Hành gian đo lên 1,5 thốn	Châm 0,5 thốn
Cách du B17	Túc thái	Từ D7-8 đo ra 1,5 thốn	Châm 0,1 – 1 thốn
Can du B18	duang bàng	Từ D9-10 đo ra 1,5 thốn	Châm 0,1 – 1 thốn
Đỏm du B19	quang	Từ D10-11 đo ra 1,5 thốn	Châm 0,1 – 1 thốn
Đại chùy GV14	Mạch Đốc	Giữa C7 và D1 khoảng ngang vai	Châm 0,5 thốn
Bạch hội GV20		Ở đỉnh giữa đầu, nơi gặp nhau của đường nối 2 đỉnh tai và đường dọc cơ thể	Châm 0,2 – 0,3 thốn
Thái dương	Huyệt ngoài kinh	Chỗ lõm nhất của xương thái dương, thường là từ đuôi mắt đo ngang ra 1 thốn	Châm 0,3 – 0,5 thốn, hoặc châm xuyên từ thái dương đến đồng tử liêu
Thần môn H7	Thủ thiếu âm tâm	Đầu trong lằn chỉ cổ tay, huyết ở khe của các ngón tay nhẫn và út	Châm 0,3 – 0,4 thốn

Nội quan P6	Thủ quyết âm tâm bào	Từ huyết Đại lãg đo lên 2 thốn, huyết nằm giữa hai cơ gan tay bé và lớn	Châm 0,5 thốn
Thái Khê K3	Túc thiếu âm thận	Đỉnh mắt cá trong đo ngang ra sau 0,5 thốn tương ứng với huyết Côn lôn ở phía ngoài	
Tam âm giao Sp6	Thúc thái âm tỳ	Từ lồi cao nhất mắt cá trong xương chày đo thẳng lên 3 thốn, huyết cách bờ sau trong xương chày một khoát ngón tay	Châm thẳng 0,5 - 1 thốn
Huyết hải Sp10		Co đầu gối 90°, từ bờ trên xương bánh chè đo lên 1 thốn, đo vào trong 2 thốn là huyết	Châm thẳng 0,5 - 1 thốn
Đầu duy S8	Túc dương minh	Từ huyết Thần đỉnh đo ra 4,5 thốn trên đường khớp trán đỉnh	Châm nghiêng luồn dưới da, sâu 0,5 đến 1 thốn, mũi kim hướng ra sau
Túc tam lý S34	vị	Thẳng dưới huyết Độc tỳ 3 thốn, cách lồi củ xương chày một khoát ngón tay	Châm thẳng 0,5 - 1 thốn
Phong long S40		Từ huyết Túc tam lý đo xuống dưới 5 thốn (Điều khẩu), đo ngang ra ngoài 1 khoát ngón tay	Châm thẳng 0,5 đến 1,2 thốn
Nội đình S44		Kẽ ngón chân 2 và 3 đo lên 0,4 thốn	Châm 0,3 – 0,5 thốn

PHỤ LỤC 6
HÌNH ẢNH ĐẦU CHÂM



Hình. Đầu châm điều trị đau nửa đầu

PHỤ LỤC 7

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

STT	HỌ VÀ TÊN	TUỔI		NGÀY VÀO VIỆN	QUÊ QUÁN	MÃ BA
		Nam	Nữ			
1	Lê Trung Đ.	22		13/2/2020	Hà Nội	382
2	Vũ Thúy H.		56	21/2/2020	Hà Nội	562
3	Phạm Hoàng H.		39	2/3/2020	Hà Nội	794
4	Đoàn Thị Thu N.		59	24/3/2020	Hà Nội	868
5	Võ Thị H.		51	25/3/2020	Hà Nội	967
6	Nguyễn Thu T.		45	26/3/2020	Hà Nội	975
7	Nguyễn Thanh T.	28		29/3/2020	Hà Nội	1136
8	Lê Hồng P.	52		1/4/2020	Hà Nội	1145
9	Lê Thị H.		22	2/4/2020	Thanh Hóa	1176
10	Thái Thị S.		35	4/4/2020	Hà Nội	1224
11	Nguyễn Văn T.	32		12/4/2020	Hà Nội	1336
12	Nguyễn Đăng V.	45		2/5/2020	Hà Nội	1404
13	Nguyễn Thị N.		55	8/5/2020	Hà Nội	1534
14	Tổng Văn B.	60		8/5/2020	Hà Nội	1536
15	Đặng Ngọc D.		20	21/5/2020	Hà Nội	1718
16	Lê Thị H.		43	21/5/2020	Hà Nội	1721
17	Lê Bảo H.		48	24/5/2020	Hà Nội	1774
18	Đặng Ngọc D.		20	29/5/2020	Hà Nội	1843
19	Lê Ngọc Đ.		58	5/6/2020	Hà Nội	1936
20	Nguyễn Thị Thanh N.		38	5/6/2020	Hà Nội	1959
21	Nguyễn Thị O.		21	12/6/2020	Nam Định	2023

22	Trần Thị H.		22	13/6/2020	Thái Bình	2245
23	Kiều Đức P.	39		27/6/2020	Hà Nội	2300
24	Lê Ngọc Đ.		58	15/7/2020	Hà Nội	2331
25	Đoàn Thị N.		33	16/7/2020	Hà Nội	2507
26	Phạm Đức T.	44		16/7/2020	Hà Nội	2522
27	Tạ Việt H.	47		16/7/2020	Hà Nội	2535
28	Trần Đức Đ.	21		23/7/2020	Hà Nội	2671
29	Hồ Văn M.	21		30/7/2020	Hà Nội	2742
30	Nguyễn Quang Q.	41		1/8/2020	Hà Nội	2776
31	Lê Đăng T.	31		3/8/2020	Hà Nội	2818
32	Lê Thị D.		32	16/8/2020	Hà Nội	3039
33	Trần Thị L.		47	20/8/2020	Hà Nội	3083
34	Trần Thị Thanh H.		33	21/8/2020	Hà Nội	3211
35	Trần Thị Lê N.		27	26/8/2020	Hà Nội	3269
36	Trần Thị thúy H.		45	28/8/2020	Hà Nội	3474
37	Vũ Anh T.	51		29/8/2020	Hà Nội	3569
38	Mai Sỹ H.	60		31/8/2020	Thanh Hóa	3747
39	Trương Thị P.		27	1/9/2020	Hà Nội	3784
40	Nguyễn Thúy Hải L.		35	2/9/2020	Hà Nội	3797
41	Đỗ Hữu H.	60		3/9/2020	Hà Nội	3811
42	Đặng Thị Kim P.		47	3/9/2020	Hà Nội	3815
43	Đào Thị H.		33	12/9/2020	Hà Nội	3963
44	Vũ Minh H.	20		12/9/2020	Hà Nội	3964
45	Lê Gia N.		40	13/9/2020	Hà Nội	3986
46	Nguyễn Thị H.		47	15/9/2020	Hà Nội	4010
47	Nguyễn Thị H.		45	21/9/2020	Hà Nội	4021

48	Lê Thị Tuyết C.		44	2/9/2020	Hà Nội	4463
49	Nguyễn Đức T.	33		12/10/2020	Hà Nội	4609
50	Lê Thị L.		33	12/10/2020	Hà Nội	4780
51	Lê Thị Kim H.		41	12/10/2020	Hà Nội	4792
52	Phạm Anh T.	21		15/10/2020	Hà Nội	4811
53	Hoàng Vũ M.	50		15/10/2020	Hà Nội	4820
54	Nguyễn Thị B.		21	17/10/2020	Hà Nội	4854
55	Thái Thị Nam H.		46	18/10/2020	Nghệ An	4880
56	Lê Hoàng A.		31	19/10/2020	Hà Nội	4987
57	Nguyễn Thị A.		38	25/10/2020	Hà Nội	5010
58	Bùi Thị L.		34	26/10/2020	Hà Nội	5033
59	Trần Thị T.		40	27/10/2020	Hà Nội	5052
60	Nguyễn Thị M.		39	31/10/2020	Hà Nội	5070

XÁC NHẬN CỦA
GIÁO VIÊN HƯỚNG DẪN

XÁC NHẬN CỦA
P. KẾ HOẠCH TỔNG HỢP