BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

TRẦN MẠNH CƯỜNG

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PH□ƠNG PHÁP CẤY CHỈ KẾT HỢP XOA BÓP BẤM HUYỆT VÀ CHIẾU ĐÈN HỒNG NGOẠI ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

TRẦN MẠNH CƯỜNG

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PH□ƠNG PHÁP CẤY CHỈ KẾT HỢP XOA BÓP BẤM HUYỆT VÀ CHIẾU ĐÈN HỒNG NGOẠI ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

Chuyên ngành Y học cổ truyền

Mã số: 872 0115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

TS. NGUYỄN ĐỨC MINH

HÀ NỘI – 2021

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng gửi lời cám ơn tới Ban Giám Đốc, phòng đào tạo sau đại học Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam; Ban Giám Đốc – Bệnh viện Châm Cứu Trung ương đã tạo điều kiện cho tôi được học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Lời cảm ơn tiếp theo, với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới Thầy.TS.BS. Nguyên Đức Minh 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 tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Tôi xin gửi lời cảm ơn tới tập thể các Thầy thuốc, nhân viên Y tế tại Bệnh viện Châm Cứu Trung Ương cũng như Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới tất cả các Thầy, những nhà khoa học là Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ trong Hội đồng, đã luôn hướng dẫn, chỉ bảo tôi trong suốt quá trình học tập và đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu để tôi hoàn thành và bảo vệ thành công luận văn này.

Tôi xin được gửi lời cảm ơn tới các nhà khoa học, các tác giả những công trình nghiên cứu mà tôi đã tham khảo và sử dụng các số liệu trong quá trình nghiên cứu và hoàn thiện luận văn này.

Tôi vô cùng biết ơn gia đình, bạn bè, anh chị em đồng nghiệp đã động viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Mặc dù đã cố gắng rất nhiều, nhưng luận văn không tránh khỏi những thiếu sót; tác giả rất mong nhận được sự thông cảm, chỉ dẫn, giúp đỡ và đóng góp ý kiến của các nhà khoa học, của quý thầy cô, các cán bộ quản lý và các bạn đồng nghiệp.

Xin chân thành cảm ơn!

Học viên

Trần Mạnh Cường

LỜI CAM ĐOAN

Luận văn này do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của Thầy TS. Nguyễn Đức Minh. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

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

Hà Nội, ngày.....tháng.....năm 2021

Người viết cam đoan

Trần Mạnh Cường

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AST	Chỉ số men gan (Aspartate Amino Transferase)
ALT	Chỉ số men gan (Alanin Amino Transferase)
BN	Bệnh nhân
$C_1 – C_7$	Đốt sống cổ 1 – đốt sống cổ 7
CT-scanner	Cắt lớp vi tính (Computed Tomography)
ICD	Phân loại quốc tế về bệnh tật (International Classification of Diseases)
MRI	Cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging)
NDI	Bảng điểm đánh giá chức năng hạn chế cột sống cổ (Neck Disability Index)
NC	Nhóm đối chứng
NNC	Nhóm nghiên cứu
TB	Trung bình
THCSC	Thoái hóa cột sống cổ
TVĐ	Tầm vận động
TVĐĐ	Thoát vị đĩa đệm
VAS	Thang điểm đánh giá mức độ đau (Visual Analogue Scale)
WHO	Tổ chức Y tế thế giới (Word Health Organization)
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ 1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3
1.1. Định nghĩa đau vùng cổ gáy 3
1.2. Giải phẫu cột sống cổ [5],[30] 3
1.3. Chức năng cột sống cổ [6],[25],[30] 4
1.4. Nguyên nhân bệnh vùng cổ gáy [1],[25],[27],[31] 5
1.4.1. Nguyên nhân cơ học 5
1.4.2. Rối loạn chức năng thần kinh 6
1.4.3. Bệnh lý xương khớp 6
1.4.4. Sự lão hóa 6
1.5. Tổng quan thoái hóa cột sống cổ 6
1.5.1. Nguyên nhân gây thoái hóa cột sống cổ 6
1.5.2. Cơ chế bệnh sinh 7
1.5.3. Cơ chế gây đau trong thoái hóa cột sống cổ [2,][25,][27]: 7
1.6. Triệu chứng của bệnh vùng cổ gáy 8
1.6.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh vùng cổ gáy [25],[27]: 8
1.6.2. Cận lâm sàng [1],[7],[13],[14],[15] 10
1.6.3 Chẩn đoán xác định [25],[27] 11
1.6.4. Chẩn đoán phân biệt: [27] 11
1.6.5. Điều trị đau vùng cổ gáy [27] 12
1.7. Quan niệm đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống theo Y học cổ truyền ..13
1.7.1. Bệnh danh đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống [16][32] 13
1.7.2. Bệnh nguyên và thể bệnh 13
1.8. Tổng quan phương pháp cấy chỉ 16
1.8.1. Lịch sử cấy chỉ Việt Nam 16

1.8.2. Đại cương về phương pháp cấy chỉ [8],[32],[34] 16
1.8.3. Cơ chế của cấy chỉ..... 17
1.8.4. Phương pháp chọn huyệt cấy chỉ [17],[19],[20],[32] 19
1.8.5. Một số nghiên cứu về phương pháp cấy chỉ..... 21
1.9. Xoa bóp bấm huyệt.....22
1.9.1 Chỉ định và chống chỉ định..... 22
1.9.2. Chống chỉ định 22
1.10. Phương pháp điều trị bằng đèn hồng ngoại 25
1.10.1. Tác dụng..... 25
1.10.2. Chỉ định và chống chỉ định của đèn hồng ngoại trong các trường hợp..... 25
1.11. Các nghiên cứu điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ.....26
1.11.1. Nghiên cứu trên thế giới..... 26
1.11.2. Nghiên cứu tại Việt Nam..... 26
Chương 2 28
CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU..... 28
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....28
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại [4] 28
2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền [19]..... 29
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân 29
2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu..... 30
2.2. Phương pháp nghiên cứu 30
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu..... 30
2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu 30
2.2.3. Phương tiện nghiên cứu..... 31
2.3. Quy trình nghiên cứu.....32
2.3.1. Phương pháp tiến hành điều trị bằng cấy chỉ [21]..... 33

2.3.2. Phương pháp tiến hành điều trị bằng hồng ngoại 35
2.3.3. Phương pháp tiến hành điều trị xoa bóp bấm huyệt 36
2.3.4. Phương pháp đánh giá kết quả..... 36
2.3.5. Đánh giá hiệu quả chung 39
2.3.6. Phương pháp xử lý số liệu 40
2.4. Đạo đức nghiên cứu.....40
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 42
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu 42
3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi 42
3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới 43
3.1.3. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp..... 43
3.1.4. Phân bố đối tượng theo thời gian mắc bệnh..... 44
3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị.....46
3.2.1. Đánh giá sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS 46
3.2.2.Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống cổ..... 47
3.2.3.Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày 49
3.2.4. Sự thay đổi các chứng trạng y học cổ truyền 52
3.2.5.Hiệu quả điều trị chung 53
3.3.Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị 54
3.3.1. Sự biến đổi các chỉ số sinh lý (mạch, nhịp thở, huyết áp) 54
3.3.2.Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng 55
3.3.3.Sự thay đổi chỉ số công thức máu và sinh hóa máu..... 56
4.1.Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....57
4.1.1. Đặc điểm về tuổi 57
4.1.2. Đặc điểm về giới 58
4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp 60
4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh..... 60

4.1.5. Đặc điểm về mức độ đau 61
4.1.6. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim Xquang 61
4.1.7. Đặc điểm về tầm vận động cột sống cổ..... 62
4.2. Hiệu quả điều trị của phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại điều trị đau cổ gáy 62
4.2.1. Cải thiện mức độ đau..... 63
4.2.2. Cải thiện tầm vận động cột sống cổ 63
4.2.3. Cải thiện chức năng cột sống cổ NDI 65
4.2.4. Hiệu quả điều trị chung 66
4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp 66
4.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng 67
4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên các chỉ số sinh tồn 68
4.3.3. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng của các phương pháp 68
KẾT LUẬN 70
KIẾN NGHỊ 71
TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Danh sách huyệt dùng cho cấy chỉ 20
Bảng 1.2. Công thức huyệt trong nghiên cứu 24
Bảng 2.3. Cách tính điểm phân loại mức độ đau 36
Bảng 2.4. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý [29] 38
Bảng 2.5. Phân loại mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ..... 38
Bảng 2.6. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI) 39
Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo tuổi..... 42
Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo giới 43
Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh..... 44
Bảng 3.10. Hình ảnh trên phim Xquang cột sống cổ..... 44
Bảng 3.11. Mức độ hạn chế vận động cột sống cổ trước điều trị 45
Bảng 3.16. Đặc điểm mức độ hạn chế sinh hoạt theo điểm NDI trước điều trị 45
Bảng 3.11. Sự thay đổi điểm đau VAS trước và sau 10 ngày điều trị..... 46
Bảng 3.12. Sự thay đổi điểm đau VAS trước và sau 20 ngày điều trị..... 47
Bảng 3.13. Đánh giá tầm vận động cột sống cổ trước-sau điều trị..... 48
Bảng 3.15. Đánh giá mức độ hạn chế vận động trước-sau điều trị..... 48
Bảng 3.17. Đánh giá mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt theo điểm NDI trước-sau 10 ngày điều trị 49
Bảng 3.18. Đánh giá mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt theo điểm NDI trước-sau 20 ngày điều trị 50
Bảng 3.19. Đánh giá sự thay đổi các chứng trạng YHCT trước-sau điều trị.. 52

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu 43
Biểu đồ 3.2. Đánh giá kết quả chung sau 20 ngày điều trị 53

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu..... 41

DANH MỤC HÌNH VẼ

Hình 1.4. Các động tác vận động của cột sống cổ [7] 5
Hình 2.1. Thước đo điểm đau VAS 31
Hình 2.2. Thước đo tầm vận động cột sống cổ 32
Hình 2.1. Dụng cụ cấy chỉ..... 34
Hình 2.1. Cấy chỉ cho bệnh nhân 35
Hình 2.1. Chiếu đèn hồng ngoại cho bệnh nhân 36

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau vùng cổ gáy có mã số quốc tế (M54.2) là một chứng bệnh rất phổ biến, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tỉ lệ mắc nhiều hơn ở những người lao động tư thế tĩnh. Đau vùng cổ gáy thường không nguy hiểm, song có thể gây ra cảm giác khó chịu và làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [4].

Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ là bệnh lý cột sống mạn tính, tiến triển chậm, điển hình bởi tổn thương của toàn bộ khớp, bao gồm tổn thương sụn là chủ yếu kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch. Bệnh thường gặp từ 30 tuổi trở lên và tỷ lệ càng cao ở những năm tiếp theo nhưng hiện nay độ tuổi ngày càng trẻ hóa [1],[3].

Thoái hóa cột sống cổ là bệnh hay gặp đứng thứ hai chiếm khoảng 14% chỉ sau thoái hóa cột sống thắt lưng với 31%. Bệnh tuy không gây nguy hiểm đến tính mạng tuy nhiên ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống cũng như hiệu quả công việc của bệnh nhân, qua đó gây ảnh hưởng đến kinh tế mỗi cá nhân và chi phí điều trị cho bệnh. Theo thống kê, chi phí điều trị cho các bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ tại Mỹ lên tới 40 tỷ USD với 151000 bệnh nhân mắc phải, con số này ở Pháp là 6 tỷ France [44],[46],[47]. Tại Việt Nam, đau vùng cổ gáy không những gây khó chịu cho người bệnh, giảm năng suất lao động mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống. Vì vậy, việc điều trị đau vùng cổ gáy hiện nay đang là vấn đề thu hút sự quan tâm nghiên cứu của nhiều thầy thuốc [16],[18],[21],[35],[38]

Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống nhưng điều trị nội khoa và vật lý trị liệu vẫn là lựa chọn hàng đầu. Một trong số đó là chiếu đèn hồng ngoại. Phương pháp này vừa có tác dụng giảm đau, giãn cơ, vừa có tác dụng tăng tuần hoàn vùng tác động, giảm các triệu chứng viêm và được áp dụng trong trị liệu.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ được xếp vào phạm vi chứng tý. Bệnh do chính khí cơ thể suy yếu, ngoại tà xâm phạm, bế tắc kinh lạc gây đau [17],[22] và được điều trị bằng nhiều phương pháp, cả dùng và không dùng thuốc y học cổ truyền. Trong số các phương pháp YHCT được sử dụng, phương pháp cấy chỉ từ lâu đã khẳng định được những hiệu quả nhất định. Đây được coi là một biện pháp hữu hiệu trong tăng cường chuyển hóa tại vị trí chỉ được chôn, giúp giảm đau tốt. Với xu hướng đa trị liệu nhằm đưa đến hiệu quả tốt nhất cho bệnh nhân, hiện nay, bên cạnh cấy chỉ, xoa bóp bấm huyệt cùng với chiếu đèn hồng ngoại cũng là hai phương pháp phổ biến được áp dụng, bởi những lợi ích điều trị rất rõ ràng.

Xuất phát từ thực tế lâm sàng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***"Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp xoa bóp bấm huyệt và chiếu đèn hồng ngoại điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống"*** với hai mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp xoa bóp bấm huyệt và chiếu đèn hồng ngoại điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống.

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

Chương 1
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Định nghĩa đau vùng cổ gáy

Đau vùng cổ gáy là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm .

Đau vùng cổ gáy cấp tính hay vẹo cổ cấp: thường xảy ra sau một lao động nặng, mệt mỏi, căng thẳng, lạnh; đau xuất hiện ở vùng gáy một bên, lan lên chẩm, đầu lệch về một bên, khó vận động xoay cổ. Thường khỏi sau vài ngày, dễ tái phát.

Đau vùng cổ gáy mạn tính: đau âm ỉ khi tăng khi giảm, lan ít, khó vận động một động tác vì đau, đôi khi thấy lạo xạo khi quay cổ [1],[23],[27].

1.2. Giải phẫu cột sống cổ [5],[30]

Cột sống cổ (CSC) là đoạn nối giữa lỗ chẩm tới cột sống lưng, là trụ cột để giữ và vận động đầu. Cột sống cổ bao gồm 7 đốt sống từ C1 đến C7, 5 đĩa đệm và 1 đĩa đệm chuyển đoạn giữa C7 và D1, giữa đốt sống C1 và C2 không có đĩa đệm.

Cột sống cổ được chia làm 2 vùng: CSC trên bao gồm C1-C2 và CSC dưới bao gồm C3-C7, hai vùng này có cấu trúc khác nhau do đó khả năng chịu lực và vận động rất khác nhau. Cột sống cổ cong ra trước, di động nhiều nên dễ bị tổn thương, các mỏm khớp hơi nghiêng nên dễ bị tổn thương.

Mỗi đốt sống gồm 2 phần: Thân đốt sống ở phía trước, cung đốt sống ở phía sau. Thân đốt sống có đường kính ngang dài hơn đường kính trước sau. Mỗi cung đốt sống gồm 2 cuống cung nối 2 mảnh cung đốt sống vào thân đốt sống, có một mỏm gai, hai mỏm ngang, bốn mỏm khớp (2 mỏm khớp trên và 2 mỏm khớp dưới)

Khớp đốt sống tạo nên bởi các mấu sống trên và mấu sống dưới của hai thân đốt kế cận. Khớp này có diện khớp thực thụ, có bao hoạt dịch, có chất synovial bôi trơn trong khớp.

Khớp mỏm móc-đốt sống (khớp Luschka): chỉ duy nhất ở cột sống cổ mới có. Mỗi thân đốt sống có 2 mấu bán nguyệt ở góc trên ngoài, hợp với 2 góc dưới ngoài của thân đốt trên để tạo nên 2 khớp bán nguyệt ở mỗi khe gian đốt

Đốt sống cổ C1 (còn được gọi là đốt đội): Không có thân đốt, chỉ gồm hai cung trước và sau nối với nhau bằng hau khối bên làm điểm tựa cho sọ, trong đó cung sau khá mỏng là điểm yếu khi có chấn thương. Lỗ đốt sống C1 rất rộng và có dây chằng đi ngang qua chia làm 2 phần không đều nhau, phần trước nhỏ hơn có mỏm rang, phần sau rộng có chứa tủy sống.

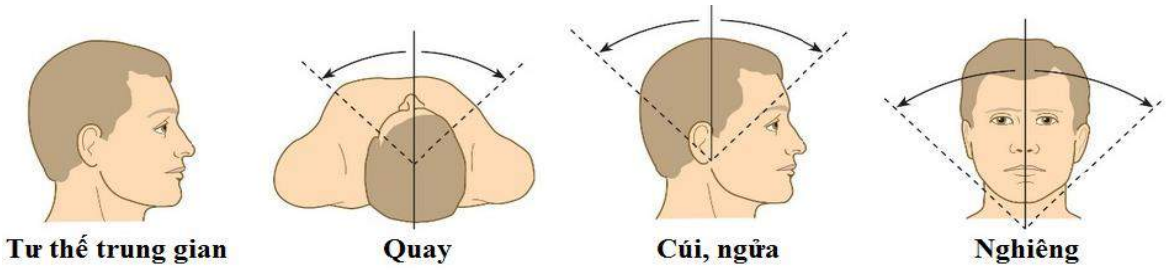
Đốt sống cổ C2 (còn được gọi là đốt trục): Có thân đốt nhưng có thêm cấu trúc mỏm nha dính liền vào thân đốt có nhiệm vụ làm trục tựa để C1 có thể quay quanh mỏm nha này làm cho cổ có biên độ xoay rất rộng.

Các đốt sống cổ dưới từ C3-C7: Đốt sống có hình trụ ngắn, chiều rộng lớn hơn chiều cao, đường kính ngang lớn hơn đường kính trước sau, bề mặt thân đốt hình bầu dục. Bám vào thân đốt sống là các cấu trúc mỏm ngang có lỗ cho động mạch đốt sống đi qua, và cuống sống cho tủy sống đi qua, trong đó lỗ sống có hình tam giác đỉnh ở phần gai sống. Các gai sống dài dần từ trên xuống dưới và dài nhất ở đốt sống C7.

1.3. Chức năng cột sống cổ [6],[25],[30]

Cột sống cổ cùng với đầu, mắt, thân mình đồng thời tham gia phối hợp vào quá trình vận động của cơ thể, định hướng không gian và điều khiển tư thế. Trong quá trình này cột sống cổ có ba chức năng chính:

- Chức năng vận động: Do có cấu trúc mỏm nha đặc thù cùng với việc khớp đốt sống có góc nghiêng phù hợp giúp cho cột sống cổ có tầm vận động linh hoạt hơn vùng cột sống lưng và thắt lưng.



Hình 1.4. Các động tác vận động của cột sống cổ [7]

- Chức năng chịu tải trọng: Cột sống cổ có đặc điểm các thân đốt nhỏ, đĩa đệm cột sống không chiếm hết bề mặt đốt sống vì vậy tải trọng tác dụng lên đĩa đệm cột sống cổ lớn hơn các vùng khác của cột sống. Trong các đĩa đệm thì C2-3 và C5-6 chịu tải trọng lớn nhất, do đó chấn thương và thoái hóa hay gặp ở những đĩa đệm này.

- Chức năng bảo vệ tủy: Bảo vệ cho phần tủy sống chạy trong ống sống bằng hệ thống đĩa đệm và dây chằng.

1.4. Nguyên nhân bệnh vùng cổ gáy [1],[25],[27],[31]

1.4.1. Nguyên nhân cơ học

Sinh hoạt sai tư thế như: nằm ngủ gối đầu cao, dựa đầu vào ghế, nằm nghiêng và co quắp….sẽ ảnh hưởng đến quá trình cung cấp oxy cho các tế bào cơ. Khi cơ không được cung cấp đủ lượng máu cần thiết thì vùng cổ, gáy dễ bị đau nhức và cứng.

Ngồi lâu trước quạt, máy lạnh; thói quen tắm đêm; dầm mưa dãi nắng thường xuyên sẽ làm rối loạn hệ mạch, thần kinh điều khiển việc cung cấp dưỡng chất cho các bó cơ vùng cổ gáy.

Làm việc quá sức hoặc tư thế hoạt động khiến cơ bị kéo căng quá lâu gây mất cân bằng vi chất trong cơ.

Chấn thương phần mềm vùng cổ gáy, chấn thương cột sống cổ.

1.4.2. Rối loạn chức năng thần kinh

Các dây thần kinh vùng cổ gáy bị kéo dãn, hoặc kéo căng quá mức có thể gây ra sự rối loạn chức năng dây thần kinh khu vực này. Đây cũng là nguyên nhân thường gặp gây ra các cơn đau mỏi cổ gáy.

1.4.3. Bệnh lý xương khớp

Các tổn thương xương khớp như thoái hóa đốt sống cổ, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, trượt đốt sống cổ, loãng xương, dị tật bẩm sinh cột sống, viêm,… Nếu không điều trị, lâu dần người bệnh có thể bị mất chức năng hoạt động.

1.4.4. Sự lão hóa

Do quá trình lão hóa tự nhiên nên hệ mạch máu, cơ, dây chằng vùng cổ gáy bị giảm tính dẻo dai, đàn hồi khiến việc lưu thông máu và trao đổi ô-xy ở đây suy giảm, từ đó gây ra đau mỏi, hạn chế vận động cổ [2],[6],[19],[31].

1.5. Tổng quan thoái hóa cột sống cổ

Thoái hóa khớp hay còn gọi là hư khớp là những bệnh của khớp và cột sống mạn tính đặc trưng bởi tình trạng thoái hóa của sụn khớp và đĩa đệm cùng với sự thay đổi của xương dưới sụn và màng hoạt dịch mà không liên quan đến tình trạng viêm [2].

1.5.1. Nguyên nhân gây thoái hóa cột sống cổ

Có hai nguyên nhân chính được xác định là ảnh hưởng chủ yếu đến quá trình thoái hóa cột sống cổ [2],[25],[27]:

- Sự lão hóa: liên quan nhiều đến tuổi tác, các tế bào sụn và đĩa đệm giảm tổng hợp sợi collagen và mucopolysacaride vốn là hai thành phần tham gia quá trình đàn hồi và hấp thụ lực. Quá trình hủy tế bào diễn ra nhanh hơn quá trình sản sinh và tái tạo dẫn đến mất tế bào sụn và đĩa đệm.

-Yếu tố cơ giới: Là yếu tố thuận lợi đẩy nhanh quá trình lão hóa, thường đặc trưng bởi quá trình vận động quá tải như chấn thương mạn tính, vi sang

chấn cũng như tư thế làm việc sai kéo dài, thói quen ngồi bàn làm việc trong nhiều giờ, lười vận động…

1.5.2. Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế bệnh sinh của THCSC là kết quả của sự thoái hóa tổng hợp của hai quá trình bao gồm thoái hóa sinh học theo tuổi và thoái hóa bệnh lý mắc phải như các vi chấn thương, nhiễm khuẩn, dị ứng, rối loạn chuyển hóa, tự miễn… Có hai lý thuyết mà phần lớn các tác giả công nhận được đề nghị để giải thích cơ chế bệnh sinh của thoái hóa khớp nói chung: Lý thuyết cơ học và lý thuyết tế bào [25],[27].

1.5.3. Cơ chế gây đau trong thoái hóa cột sống cổ [2,][25,][27]:

- Khớp mỏm móc đốt sống cũng được phủ bằng sụn và cũng có một bao khớp chứa dịch. Nhiệm vụ của khớp là giữ cho đĩa đệm không bị lệch sang hai bên. Khi khớp này bị thoái hóa xuất hiện gai xương, những gai xương này nhô vào lỗ gian đốt sống và chèn ép vào rễ thần kinh ở đó gây đau.

- Mỗi đĩa đệm được các nhánh màng tủy phân bố cảm giác. Đây là một nhánh ngọn của dây thần kinh sống từ hạch sống phân bố các nhánh cảm giác cho những lớp ngoài cùng của vòng sợi đĩa đệm bằng những sợi ly tâm và giao cảm. Khi đĩa đệm bị thoái hóa hay thoát vị chiều cao khoang gian đốt sẽ giảm gây chùng lỏng các khớp, dẫn tới sai lệch vị trí khớp, chèn ép vào các thành phần cảm nhận đau như rễ thần kinh, tủy, dây chằng dọc sau, dây này bị kích thích gây đau.

- Hạch cạnh sống có một nhánh đi ra tạo thành nhánh thần kinh cổ. Nhánh này được bổ sung những sợi giao cảm thuộc chuỗi hạch giao cảm cạnh cột sống cổ quay trở lại chui qua lỗ gian đốt sống vào trong ống sống. Các dây thần kinh này chi phối cho bao khớp gian đốt sống, cốt mạc đốt sống, dây chằng dọc sau, các màng của tủy sống và mạch máu. Khi dây này bị kích thích sẽ gây ra triệu chứng đau.

- Phì đại dây chằng vàng là nguyên nhân chính gây hẹp ống sống cổ từ phía sau, gây chèn ép vào tủy hay màng cứng, gây đau.

1.6. Triệu chứng của bệnh vùng cổ gáy

1.6.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh vùng cổ gáy [25],[27]:

Đau vùng cổ gáy biểu hiện trên lâm sàng bằng 5 hội chứng chính:

- Hội chứng cột sống
- Hội chứng rễ thần kinh
- Hội chứng động mạch đốt sống
- Hội chứng thực vật dinh dưỡng
- Hội chứng tủy cổ

1.6.1.1. Hội chứng cột sống:

Biểu hiện bằng những triệu chứng:

- Bệnh nhân có biểu hiện đau mỏi vùng cột sống cổ.
- Có điểm đau cột sống, ấn đau chói các điểm gai sống của CSC.
- Mất hoặc giảm đường cong sinh lý; cong vẹo CSC.
- Cơ cạnh CSC co cứng khó vận động.
- Cảm giác co cứng gáy, ê ẩm ngại vận động cổ.
- Có thể có tư thế chống đau: cột sống cổ nghiêng về bên đau, vai bên đau nghiêng cao hơn bên lành.

1.6.1.2. Hội chứng rễ thần kinh:

Chiếm khoảng 70% số bệnh nhân thoái hóa CSC. Biểu hiện bằng những triệu chứng:

- Đau dọc theo đường đi của thần kinh CSC: Đau có tính chất cơ học: Đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi; đau tăng khi ho, hắt hơi.
- Rối loạn cảm giác. Có dị cảm như tê bì, kiến bò, kim châm hay tăng cảm giác nóng lạnh theo đường đi của dây thần kinh CSC.

Nguyên nhân của hội chứng rễ thần kinh do các gai xương thoái hóa mỏm móc hoặc mỏm khớp trên của khớp gian đốt sống làm hẹp lỗ gian đốt sống hoặc thoát vị đĩa đệm CSC vào lỗ gian đốt sống.

1.6.1.3. Hội chứng động mạch đốt sống.

Chiếm khoảng 35% số bệnh nhân thoái hóa CSC. Hội chứng động mạch đốt sống (syndrome of vertebral artery) được Barré mô tả đầu tiên năm 1926 sau đó Lieou mô tả chi tiết, tỉ mỉ hơn vào năm 1928, nó còn có các tên gọi khác như hội chứng giao cảm cổ sau, migraine cổ hay hội chứng đám rối giao cảm động mạch đốt sống.

Hội chứng động mạch đốt sống biểu hiện bằng những triệu chứng:

- Đau đầu vùng chẩm từng cơn: Chiếm khoảng 30%, đau hay xảy ra vào buổi sáng, đau lan tới vùng đỉnh, thái dương hoặc có khi tới hốc mắt gây nên những cơn đau kèm theo buồn nôn.

- Chóng mặt: chiếm khoảng 20%, xuất hiện khi quay đầu đột ngột, có khi xuất hiện trong cơn đau đầu kèm theo buồn nôn, ù tai.

- Rung giật nhãn cầu: Đặc trưng và hay gặp nhất là rung giật nhãn cầu ngang theo hướng nhất định.

- Ù tai, ve kêu trong tai, đau tai: chiếm khoảng 20%.

- Mờ mắt, tối sầm mắt, giảm thị lực thoáng qua.

- Nuốt đau, dị cảm ở hầu, có cảm giác nghẹn ở thực quản.

1.6.1.4. Hội chứng thực vật dinh dưỡng.

Tùy mức độ thoái hóa mà biểu hiện lâm sàng khác nhau:

- Đau thường xuất phát từ tổ chức dây chằng, gân, màng xương và tổ chức cạnh khớp.

- Có thể có biểu hiện: đau đĩa đệm cổ (đau vùng gáy liên tục hoặc từng cơn, co cứng gáy, hạn chế vận động CSC …).

- Hội chứng cơ bậc thang (co cứng các cơ ở cổ, đau như kim châm dọc mặt trong cánh tay lan đến ngón 4,5)

- Viêm quanh khớp vai – cánh tay, hội chứng vai – bàn tay hoặc các hội chứng nội tạng khác …

1.6.1.5. Hội chứng tủy cổ.

Biểu hiện đầu tiên là dáng đi không vững, cảm giác tê ở thân, bàn tay và các ngón tay cử động vụng về.

- Liệt chân hoặc tay.
- Teo cơ ngọn chi.
- Đi bộ khó khăn.
- Rối loạn cảm giác tê bì ngọn chi trên, mất vận động chi trên.
- Mất vận động chi dưới.
- Rối loạn cơ thắt, tiểu khó, đái són, đái ngắt quãng…

1.6.2. Cận lâm sàng [1],[7],[13],[14],[15]

1.6.2.1. X-quang cột sống cổ:

Chụp X-Quang quy ước là xét nghiệm đầu tiên khi lâm sàng có biểu hiện của THCSC, X-Quang chụp ở tư thế thẳng, nghiêng, chếch ¾ phải, trái

Trên phim chụp Xquang có thể phát hiện những bất thường

● Thay đổi đường cong sinh lý đơn thuần: cột sống thẳng hoặc ưỡn quá mức.

● Mọc gai xương, mỏ xương: gai mọc ở phần tiếp giáp giữa xương, sụn, ở rìa ngoài của thân đốt sống, gai xương có hình thô, dày đậm, hình móc có thể ở phía trước hoặc phía sau thân đốt sống.

● Hẹp lỗ liên đốt: đường kính lỗ gian đốt bình thường khoảng 5mm, lỗ ở $C_2 – C_3$ có kích thước nhỏ hơn ở nơi khác.

● Đặc xương dưới sụn: tăng mật độ xương ở bờ dưới sụn, nơi thân xương tiếp giáp với đĩa đệm.

● Mờ, hẹp khe khớp đốt sống: khi đĩa đệm bị thoái hóa hoặc thoát vị, chiều cao khoang gian đốt sẽ giảm, khe không đồng đều, bờ không đều. Bình thường khoảng cách giữa các thân đốt sống bằng 1/4 – 1/6 chiều cao thân đốt sống (3mm).

1.6.2.2. Chụp MRI:

Đây là phương pháp có giá trị nhất nhằm chẩn đoán xác định chính xác vị trí rễ bị chèn ép, vị trí khối thoát vị, mức độ thoát vị đĩa đệm, mức độ hẹp ống sống, đồng thời có thể phát hiện các nguyên nhân ít gặp (viêm đĩa đệm cột sống, khối u…).

1.6.3 Chẩn đoán xác định [25],[27]

Bệnh nhân có hội chứng cột sống cổ hoặc/ và hội chứng chèn ép rễ thần kinh tủy cổ [1],[2],[23],[25].

Và có 1 hoặc nhiều hình ảnh Xquang của THCSC:

- Mất đường cong sinh lý
- Gai xương thân đốt sống
- Hẹp khoang gian đốt sống
- Hẹp lỗ gian đốt sống
- Phì đại mấu bán nguyệt
- Xơ hóa dưới mâm sụn
- Dấu hiệu “gập gốc” cột sống cổ

1.6.4. Chẩn đoán phân biệt: [27]

Chẩn đoán phân biệt bệnh vùng cổ gáy do THCSC với các nguyên nhân sau:

- Bệnh lý cột sống cổ:

- Bệnh Kahler hay đa u tủy xương, Chấn thương cột sống cổ
- Ung thư cột sống cổ, U lành tính cột sống cổ

▪ Viêm cột sống cổ do vi khuẩn: lao cột sống cổ, viêm cột sống cổ do vi khuẩn khác, Bệnh Bechterew

- Bệnh lý bên trong cột sống cổ

▪ U tủy

▪ Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ

▪ Bệnh xơ cứng rải rác

- Bệnh lý ngoài cột sống cổ

▪ Sacom vùng vai - cánh tay, Hội chứng sườn cổ, hội chứng sườn đòn

▪ Viêm đám rối thần kinh cánh tay, Liệt dây thần kinh quay, trụ, giữa

1.6.5. Điều trị đau vùng cổ gáy [27]

1.6.5.1. Nguyên tắc điều trị:

Phối hợp phương pháp nội khoa và phục hồi chức năng, luyện tập kết hợp với thay đổi lối sống nhằm bảo vệ cột sống cổ, tránh tái phát.

-Điều trị nội khoa:

● Giảm đau: Paracetamol**:** đây là lựa chọn ưu tiên với sự cân bằng giữa tác dụng phụ và hiệu quả mong muốn. Có thể đơn chất hoặc phối hợp với các chất giảm đau trung ương như codein, dextropropoxiphene…

● Giảm đau NSAID: các dạng kinh điển (diclofenac, ibuprofen, naproxen…) hoặc các thuốc ức chế chọn lọc COX-2 (celecoxib, etoricoxib...), tuy nhiên cần thận trọng ở bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh lý ống tiêu hóa, tim mạch hoặc thận mạn tính. Có thể dùng đường uống hoặc bôi ngoài da.

●Thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm: piascledine; glucosamine sulfate; hoặc diacerein.

●Thuốc giảm đau thần kinh (nếu bệnh nhân có các biểu hiện chèn ép rễ gây đau nhiều): Gabapentin + Pregabalin

-Điều trị ngoại khoa:

Là phương pháp điều trị khi thoái hóa gây ra thoát vị đĩa đệm. Phương pháp này được áp dụng khi điều trị nội khoa không đỡ, đau tăng lên, có triệu chứng chèn ép tủy rễ.

- Vật lý trị liệu:

Liệu pháp vật lý: bó paraphin, dùng khay nhiệt điện, đèn hồng ngoại, túi chườm nóng, tắm suối nước nóng, ngâm nước ấm…

-Các phương pháp điều trị khác: tiêm ngoài màng cứng, kéo giãn cột sống cổ, đeo đai cổ

1.7. Quan niệm đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống theo Y học cổ truyền

1.7.1. Bệnh danh đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống [16][32]

Trong các y văn cổ của YHCT không có bệnh danh đau vùng cổ gáy, nhưng khi luận thuật về bệnh này chủ yếu rải rác trong các mục "Chứng tý","Lạc chẩm", "Huyễn vựng", "Kiên thống"…[12]

1.7.2. Bệnh nguyên và thể bệnh

1.7.2.1. Nguyên nhân gây bệnh

Chứng tý phát sinh chủ yếu do chính khí suy yếu, tấu lý sơ hở, các tà khí phong, hàn, thấp xâm nhập vào cân cơ xương khớp kinh lạc làm cho vận hành của khí huyết trong kinh mạch bị bế tắc gây đau nhức, có hoặc không kèm theo sưng nóng đỏ.

Do tuổi già can thận hư yếu hoặc bị bệnh lâu ngày làm khí huyết giảm sút dẫn đến can thận hư. Thận không chủ được cốt tuỷ, can huyết hư không nuôi dưỡng được cân cơ, xương khớp bị thoái hóa biến dạng, cơ bị teo, tê bì .

1.7.2.2. Các thể lâm sàng [11],[19],[23]

Nội kinh chia làm 5 chứng tý: cốt tý, cân tý, mạch tý, nhục tý và bì tý.

Mùa đông bị bệnh là cốt tý, mùa xuân bị bệnh là cân tý, mùa hạ bị bệnh là mạch tý, mùa trưởng hạ bị bệnh là nhục tý, mùa thu bị bệnh là bì tý.

Phân loại theo nguyên nhân gây bệnh, do tà khí xâm nhập có khác nhau nên biểu hiện lâm sàng cũng khác nhau, phong khí thắng là hành tý, hàn khí thắng là thống tý, thấp khí thắng là trước tý.

Theo YHCT chứng tý vùng cột sống cổ được chia thành 4 thể:

-Thể phong hàn

Sau khi gặp lạnh, mưa ẩm vai gáy cứng đau, đau lan lên đầu, xuống cánh tay và bàn tay, quay cổ khó, ấn vào cơ thang, cơ ức đòn chũm đau, bên bệnh co cứng hơn bên lành, sợ gió, sợ lạnh, gặp lạnh đau tăng, chườm ấm đỡ đau, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù khẩn.

Pháp điều trị: khu phong, tán hàn, ôn thông kinh lạc.

Phương: Bài "Quế chi gia Cát căn thang" gia giảm.

Châm cứu: Ôn châm các huyệt: Phong trì, Kiên tỉnh, Thiên tông, Khúc trì, Dương trì, Hợp cốc, Dương lăng tuyền, Túc tam lý cùng bên. Liệu trình châm: Mỗi ngày 1 lần, châm từ 8-12 huyệt, mỗi lần 20-30 phút

Xoa bóp bấm huyệt: Các động tác từ nhẹ đến nặng như xoa, xát, day, lăn, bóp, bấm, ấn, điểm, vận động… vùng cổ gáy, cánh tay.

-Thể khí trệ huyết ứ

BN đau nhức vùng đầu, cổ gáy, lan ra vai, xuống cánh tay và bàn tay, đau có điểm cố định, đau cự án, hạn chế vận động, cơ vùng cổ co cứng. Bệnh thường xảy ra sau mang vác vật nặng, sai tư thế, lưỡi tím có điểm ứ huyết, mạch sáp.

Pháp điều trị: hoạt huyết khứ ứ, lý khí chỉ thống.

Phương: bài "Tứ vật đào hồng" gia giảm

Châm cứu: châm tả các huyệt: Phong trì, Kiên tỉnh, Thiên tông, Khúc trì, Dương trì, Hợp cốc, Huyết hải, Lương khâu cùng bên. Liệu trình châm: Mỗi ngày 1 lần, châm từ 8-12 huyệt, mỗi lần 20-30 phút

Xoa bóp bấm huyệt: Các động tác từ nhẹ đến nặng như xoa, xát, day, lăn, bóp, bấm, ấn, điểm, vận động… vùng cổ gáy, cánh tay.

- Thể can thận hư

BN đau mỏi vùng cổ gáy, lan ra vai, xuống cánh tay, bàn tay, kèm theo tê bì chi trên, bệnh hay tái phát, lao động khó nhọc đau tăng, nghỉ ngơi đỡ đau, kèm theo đau đầu, hoa mắt chóng mặt, mất ngủ, đau lưng mỏi gối, mắt mờ, ù tai, tiểu đêm nhiều lần, lưỡi nhợt, mạch trầm tế.

Pháp điều trị: bổ can thận, hoạt huyết thông kinh lạc.

Phương: bài "Hồ tiềm hoàn" gia vị.

Châm cứu: châm tả các huyệt tại chỗ: Phong trì, Kiên tỉnh, Kiên ngung, Đại chuỳ, Đại trữ, Khúc trì, Hợp cốc, Ngoại quan. Châm bổ các huyệt toàn thân: Can du, Thận du. Liệu trình châm: Mỗi ngày 1 lần, châm từ 8-12 huyệt, mỗi lần 20-30 phút

Xoa bóp bấm huyệt: Các động tác từ nhẹ đến nặng như xoa, xát, day, lăn, bóp, bấm, ấn, điểm, vận động… vùng cổ gáy, cánh tay.

-Thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp

BN đau mỏi vùng cổ gáy lan ra vai, xuống cánh tay, bàn tay, trời lạnh, gió, mưa, ẩm đau tăng, chườm ấm hoặc xoa bóp đỡ đau. Bệnh lâu ngày thể chất hư yếu, tạng phủ tổn thương can thận hư gây cân cơ co rút, khớp đau nhức biến dạng, vận động khó khăn, kèm theo đau đầu, tê bì chi trên, ù tai, mất ngủ, lưng gối đau mỏi, tiểu đêm nhiều lần, lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế.

Pháp điều trị: bổ can thận, khu phong, tán hàn, trừ thấp.

Phương: bài "Quyên tý thang" giam giảm.

Châm cứu: châm tả các huyệt tại chỗ: Phong trì, Kiên tỉnh, Kiên ngung, Đại chuỳ, Đại trữ, Khúc trì, Hợp cốc, Ngoại quan. Châm bổ các huyệt toàn thân: Can du, Thận du. Liệu trình châm: Mỗi ngày 1 lần, châm từ 8-12 huyệt, mỗi lần 20-30 phút.

Xoa bóp bấm huyệt: Các động tác từ nhẹ đến nặng như xoa, xát, day, lăn,

bóp, bấm, ấn, điểm, vận động… vùng cổ gáy, cánh tay.

1.8. Tổng quan phương pháp cấy chỉ

1.8.1. Lịch sử cấy chỉ Việt Nam

- Năm 1960 Việt Nam bắt đầu áp dụng phương pháp cấy chỉ. Các cơ sở đã áp dụng phương pháp này là Viện quân y 103, Viện quân y 108, Viện quân y 91(quân khu 1) Bệnh viện y học dân tộc Hà Nội và một số cơ sở điều trị khác.

- Năm 1975 GS. Nguyễn Tài Thu, người có công rất lớn trong nghiên cứu và áp dụng điều trị có kết quả một số mặt bệnh đặc biệt là hen phế quản bằng phương pháp cấy chỉ. Từ năm 1982, Viện Châm cứu Trung ương đứng đầu là giáo sư Nguyễn Tài Thu đã thực hiện cấy chỉ điều trị cho hàng loạt bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện, điển hình là trẻ em bị bại liệt.

- Năm 1988 - 1989 cấy chỉ cho các chứng bệnh như hen phế quản, đau nhức xương khớp, liệt... đã thu được hiệu quả nhất định.

- Năm 1990, bác sỹ Lê Thúy Oanh, đã từng học tập và công tác tại viện châm cứu Trung ương, ứng dụng cấy chỉ rộng rãi ở Hội điều trị bằng các phương pháp Tự nhiên Hungary, Viện Châm cứu và phục hồi chức năng Yamamoto Budapest, Viện Nuôi dưỡng và Phục hồi chức năng trẻ em Debrecen Hưngary, một số cơ sở điều trị ở Paris Cộng hòa Pháp, Hamburg Cộng hoà Liên bang Đức [32],[34].

1.8.2. Đại cương về phương pháp cấy chỉ [8],[32],[34]

Cấy chỉ là phương pháp điều trị bằng luồn chỉ, chôn chỉ, thắt gút chỉ dưới huyệt, còn gọi là "*nhu châm"* là phương pháp dùng chỉ tự tiêu trong y khoa (chỉ catgut) lưu lại một huyệt trên kinh lạc nào đó, mục đích gây kích thích lâu dài tạo lên tác dụng trị liệu. Cấy chỉ là một phương pháp châm cứu đặc biệt. Đây là một bước tiến mới của châm cứu kết hợp với YHHĐ. Phương pháp này được áp dụng từ những năm 1970, Giáo sư Nguyễn Tài Thu là

người đầu tiên áp dụng phương pháp này tại Việt Nam.

Chỉ catgut là chỉ dùng trong phẫu thuật ngoại khoa được sản xuất từ ruột non của mèo, cừu, cá, chúng có bản chất là một protid tự tiêu trong vòng 10- 20 ngày, khi đưa vào cơ thể, như một dị nguyên kích thích cơ thể sản sinh ra kháng thể bao vây không đặc hiệu làm thay đổi cách đáp ứng miễn dịch và vì vậy mà không xuất hiện các triệu chứng dị ứng.

Sau khi cấy vào cơ thể chỉ catgut xảy ra quá trình tự tiêu phản ứng hóa sinh tại chỗ làm tăng tái tạo Protein, hydradcarbon và tăng dinh dưỡng tại chỗ.

Chỉ catgut được cấy vào huyệt vị tác dụng với tính chất vật lý, tạo ra một kích thích cơ học như châm cứu nên có cơ chế tác dụng như cơ chế tác dụng của châm cứu. Cấy chỉ là một phương pháp châm cứu, nó là sự kết hợp giữa hai nền y học (YHHĐ và YHCT), là một bước phát triển của châm cứu truyền thống. Do vậy giải thích về cơ chế tác dụng của cấy chỉ cũng chính là cơ chế tác dụng của châm cứu . Tuy nhiên cách giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu hiện nay chưa thống nhất, cách giải thích được nhiều người công nhận nhất là giải thích theo học thuyết thần kinh - thể dịch (YHHĐ) và học thuyết kinh lạc (YHCT).

1.8.3. Cơ chế của cấy chỉ

- Chỉ catgut là chỉ dùng trong phẫu thuật ngoại khoa, bản chất là một Protein tự tiêu trong vòng 10- 20 ngày (tùy loại chỉ),đưa vào cơ thể mỗi lần cách nhau 10 - 20 ngày, như một dị nguyên kích thích cơ thể sản sinh ra kháng thế bao vây không đặc hiệu làm thay đổi cách đáp ứng miễn dịch và vì vậy mà không xuất hiện các triệu chứng dị ứng [32].

- Chỉ catgut là một Protein trong quá trình tụ tiêu phản ứng hóa - sinh tại chỗ làm tăng tái tạo Protein, hydratcarbon và tăng dinh dưỡng tại chỗ. Căn

cứ vào thực nghiệm: sau khi dùng chỉ catgut kích thích huyệt vị của kinh lạc rồi đo thay đổi lượng sinh hóa bên trong cơ thể, người ta nhận thấy sự biến dương tổng hợp (đồng hóa) của cơ tăng cao còn sự biến dương thái biến (dị hóa) của cơ lại giảm đi, có sự tăng cao protein và hydrocacbon ở cơ, giảm acid lactic, cũng như giảm sự phân giải acid ở cơ, từ đó làm tăng cao chuyển hóa và dinh dưỡng của cơ. Thông qua quan sát đối chiếu người ta thấy lưới mao mạch tăng, huyết quản tân sinh, lượng máu lưu thông tăng nhiều, sự tuần hoàn của máu cũng cải thiện có điều kiện dinh dưỡng hơn, đồng thời sợi cơ tăng nhiều tạo thành một bó [32].

- Chỉ catgut được cấy vào huyệt vị tác dụng với tính chất vật lý, tạo ra một kích thích cơ học như châm cứu nên có cơ chế tác dụng như cơ chế tác dụng của châm cứu. Tuy nhiên cách giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu hiện nay chưa thống nhất, cách giải thích được nhiều người công nhận nhất là giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết thần kinh - thể dịch (YHHĐ) và học thuyết kinh lạc (YHCT) [32].

Cơ chế tác dụng theo học thuyết thần kinh – thể dịch:

+ Châm cứu là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý.

+ Hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski: Khi có một luồng xung động với kích thích mạnh hơn, liên tục hơn sẽ kìm hãm, dập tắt kích thích với luồng xung động yếu hơn.

+ Nguyên lý về cơ năng sinh lý linh hoạt của hệ thần kinh Widekski: Theo nguyên lý này khi châm cứu sẽ gây ra một kích thích mạnh sẽ làm cho hoạt động thần kinh chuyển sang quá trình ức chế nên bớt đau.

+ Lý thuyết về đau của Melzak và Wall (cửa kiểm soát 1995): Cơ sở của thuyết này là dựa trên tương quan tốc độ lan truyền xung động xuất hiện sau khi

châm kim vào các điểm có hoạt tính cao, kết quả làm mất cảm giác đau.

+ Vai trò của thể dịch, nội tiết và các chất trung gian thần kinh: Châm cứu đã kích thích cơ thể tiết ra các chất Endorphin là một polypeptide có tác dụng giảm đau rất mạnh và mạnh gấp nhiều lần morphin.

Cơ chế tác dụng theo học thuyết kinh lạc:

+ Theo YHCT sự mất thăng bằng âm dương dẫn tới sự phát sinh ra bệnh tật và cơ chế tác dụng của châm cứu cơ bản là điều hòa âm dương.

+ Bệnh tật phát sinh ra làm rối loạn hoạt động bình thường của hệ kinh lạc, do vậy tác dụng cơ bản của châm cứu là điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc.

1.8.4. Phương pháp chọn huyệt cấy chỉ [17],[19],[20],[32]

Theo lý luận của YHCT, châm cứu và cấy chỉ có tác dụng làm cho khí huyết vận hành thông suốt trong kinh mạch, đạt được kết quả chống đau và khống chế rối loạn sinh lý của các tạng phủ. Tùy bệnh tình hình cụ thể có thể dùng các cách chọn huyệt sau

+ Chọn huyệt tại chỗ (cục bộ thủ huyệt) nghĩa là bệnh chỗ nào lấy huyệt ở chỗ đó, các huyệt này còn gọi là A thị huyệt hoặc là huyệt ở một đường kinh (lấy huyệt bản kinh) hoặc lấy các huyệt nhiều đường kinh một lúc. Phương pháp chọn huyệt này có tác dụng giải quyết cơn đau tại chỗ, giải quyết các hiện tượng viêm nhiễm..

+ Chọn huyệt theo kinh còn gọi là "*Tuần kinh thủ huyệt*" đây là phương pháp chọn huyệt riêng biệt của châm cứu, được sử dụng nhiều trong chọn huyệt để châm tê phẫu thuật. Bệnh ở vị trí nào, thuộc tạng phủ nào, hay kinh nào rồi theo đường kinh đó lấy huyệt sử dụng [21].

Muốn sử dụng các huyệt theo kinh cần chẩn đoán đúng bệnh các tạng phủ, đường kinh, và thuộc các đường đi của kinh và các huyệt của kinh đó.

+ Chọn huyệt lân cận nơi đau (lân cận thủ huyệt): lấy huyệt xung quanh

nơi đau, thường hay phối hợp với các huyệt tại chỗ.

Ngoài ra còn có thể chọn huyệt theo lý luận sinh lý – giải phẫu của YHHĐ, tại huyệt cơ quan nhận cảm được phân phối nhiều hơn vùng kế cận. Cơ quan nhận cảm theo học thuyết thần kinh là cơ sở vật chất tiếp thu kích thích tại huyệt. Dựa vào đặc điểm sinh lý- giải phẫu thần kinh có mấy cách chọn huyệt sau:

+ Lấy huyệt ở tiết đoạn gần: chọn huyệt thuộc sự chi phối của cùng một tiết đoạn hoặc tiết đoạn gần vị trí đau.

+ Lấy huyệt ở tiết đoạn xa: qua quan sát lâm sàng và thực nghiệm cho thấy huyệt châm có cảm giác đắc khí mạnh, hiệu quả chống đau thường tốt và phạm vi chống đau rộng.

+ Kích thích dây thần kinh: vùng cổ gáy tập trung nhiều đầu mút thần kinh do đó có tác dụng giảm đau rất tốt.

Theo những nguyên tắc trên nhóm nghiên cứu đã chọn ra danh sách huyệt dưới đây trong việc điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa CSC.

Bảng 1.1. Danh sách huyệt dùng cho cấy chỉ

Tên huyệt	Đường kinh	Vị trí
Giáp tích C2-C7	Huyệt ngoài kinh	Từ khe đốt sống C2-C3, C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7 đo ra ngoài 0,5 thốn
Thiên trụ	Mạch Đốc	Khe giữa xương chẩm và đốt sống C2
Kiên tỉnh	Túc thiếu dương Đởm	Tại giao điểm của đường thẳng ngang qua đầu ngực với đường ngang nối huyệt Đại Chùy và điểm cao nhất của đầu ngoài xương đòn
Phong trì	Túc thiếu dương Đởm	Ở chỗ lõm của bờ trong cơ ức đòn chũm và bờ ngoài cơ thang bám vào đáy hộp sọ
Phong Môn	Túc thái dương Bàng quang	Dưới mỏm gai đốt sống D2, ra ngang 1, 5 thốn

Tam âm giao	Túc thái âm Tỳ	Ở sát bờ sau - trong xương chày, từ đỉnh cao của mắt cá chân trong đo lên 3 thốn
Thái khê	Túc thiếu âm Thận	Tại trung điểm giữa đường nối bờ sau mắt cá trong và mép trong gân gót, khe giữa gân gót chân ở phía sau
Thận du	Túc thái dương Bàng quang	Dưới gai sống L2, đo ngang ra 1, 5 thốn
Can du	Túc thái dương Bàng quang	Dưới gai sống D9, đo ngang ra 1, 5 thốn
Đại trữ	Túc thái dương Bàng quang	Điểm gặp nhau của đường ngang qua mỏm gai D1 và đường thẳng đứng ngoài Đốc Mạch 1, 5 thốn
Mệnh môn	Mạch Đốc	Dưới gai sống L2
Khí Hải	Mạch Nhâm	Lỗ rốn thẳng xuống 1,5 thốn
Quan Nguyên	Mạch Nhâm	Lỗ rốn thẳng xuống 3 thốn

1.8.5. Một số nghiên cứu về phương pháp cấy chỉ.

- Trần Thị Thanh Hương (2002) đã điều trị các chứng đau vùng vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp cấy chỉ, thấy kết quả giảm đau nhanh và kéo dài với 4 liệu trình cách nhau mỗi 3 tuần, có kết quả giảm đau ngay từ lần cấy chỉ đầu tiên và không tái phát sau 6-9 tháng [21].

- Nguyễn Tuyết Trang (2016) đã thực hiện đề tài nghiên cứu hiệu quả của phương pháp điện châm và cấy chỉ catgut trong điều trị vai gáy do thoái hóa cột sống cổ cho kết quả giảm đau thang điểm VAS 4,25 điểm, tầm vận động tăng 11,27^o với p<0,05 [39].

- Nguyễn Thị Bích, Đào Thanh Hoa, Nguyễn Thị Minh Thúy (2019) đã thực hiện đề tài đánh giá kết quả giảm đau trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp cấy chỉ cho điểm đau VAS giảm từ 5,78 xuống 1,53 [18].

Hiện nay phương pháp cấy chỉ đã không ngừng được cải tiến về phương tiện và thao tác kỹ thuật trong quá trình phát triển và ứng dụng của nó.

1.9. Xoa bóp bấm huyệt

Theo YHHĐ, xoa bóp bấm huyệt (XBBH) là một kích thích vật lý tác động tại chỗ vào da, cơ, thần kinh, mạch máu. Ngoài tác dụng tại chỗ là giảm đau, giãn cơ, tăng cường dinh dưỡng và lưu thông tuần hoàn thì XBBH còn có tác dụng toàn thân thông qua cơ chế thần kinh thể dịch. Là thủ thuật sử dụng bàn tay, ngón tay, có thể cả khuỷu tay tác động lên da, cơ, khớp của người bệnh giúp giảm đau, thư giãn nhằm đạt tới mục đích chữa bệnh, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe [38],[41],[42].

1.9.1 Chỉ định và chống chỉ định

*** Chỉ định**

- Các bệnh mạn tính: Thoái hóa, liệt vận động….
- Giảm đau: Đau đầu, đau vai gáy, đau lưng, đau cơ, viêm đau dây, rễ thần kinh.
- Các trường hợp co cứng cơ: Liệt cứng, co cơ do kích thích rễ, dây thần kinh.
- Tăng cường tuần hoàn và dinh dưỡng cho da, dưới da, cơ, thần kinh trong các bệnh bại liệt, teo cơ. Kích thích phục hồi dẫn truyền thần kinh trong tổn thương dây thần kinh ngoại vi hoặc tổn thương các đám rối thần kinh do các nguyên nhân khác nhau.
- Thư giãn, chống mệt mỏi căng thẳng thần kinh, giảm stress. Phục hồi cơ bắp sau tập luyện hay lao động nặng

1.9.2. Chống chỉ định

- Các trường hợp gãy xương, chấn thương.
- Cơn hen ác tính, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim.
- Bệnh ác tính, các khối u, lao tiến triển.

- Các bệnh ưa chảy máu, các vùng đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu, các bệnh da liễu.

- Không xoa bóp vào vùng hạch bạch huyết gây tổn thương và làm giảm sức đề kháng của cơ thể như: đám hạch quanh tai và thái dương, đám hạch khuỷu….

- Vùng bị lở loét, bệnh truyền nhiễm.

Công thức huyệt trong nghiên cứu được lựa chọn theo: Quy trình Cấy chỉ, Bệnh viện Châm cứu Trung ương, tr 612-613.

Bảng 1.2. Công thức huyệt trong nghiên cứu

Tên huyệt	Đường kinh	Vị trí	Cách châm
Phong trì XI.20	Túc thiếu dương Đởm	Từ giữa xương chẩm (C1) đo ngang ra 2 thốn, huyệt ở chỗ trũng phía ngoài cơ thang, phía trong cơ ức đòn chũm.	Hướng mũi kim về nhãn cầu đối diện 0,5– 0.8 thốn
Kiên tỉnh XI.21	Túc thiếu dương Đởm	Huyệt ở giữa con đường từ C7-D1 đến mỏm cùng vai.	Châm thẳng 0,5 thốn
Kiên ngung II.15	Thủ dương minh Đại trường	Hõm dưới mỏm cùng vai đòn, nơi bắt đầu của cơ delta.	Châm thẳng 0,5 – 1 thốn
Khúc Trì II.11	Thủ dương minh Đại trường	Huyệt ở đầu nếp gấp khuỷu, nơi bám của cơ ngửa dài.	Châm thẳng 0,5 – 1 thốn
Hợp cốc II.4	Thủ dương minh Đại trường	Ở kẽ xương đốt bàn tay 1 và 2, về phía xương đốt bàn 2.	Châm thẳng 0,5 – 0,8 thốn
Ngoại quan X.5	Thủ thiếu dương Tam tiêu	Từ chính giữa cổ tay đo lên 2 thốn về phía mu tay, giữa xương quay và xương trụ	Châm thẳng 0,5 – 0,8 thốn
Đại chùy XIII.14	Mạch Đốc	Giữa liên đốt sống C7 – D1	Châm chếch 0,5 thốn
Đại trữ VII.11	Túc thái dương Bàng quang	Từ giữa khe D1 – D2 đo ngang ra 1,5 thốn.	Châm chếch 0,5 thốn
Can du VII.18	Túc thái dương Bàng quang	Từ giữa khe D9 – D10 đo ngang ra 1,5 thốn	Châm chếch 0,5 thốn
Thận du VII.23	Túc thái dương Bàng quang	Từ giữa khe L2 – L3 đo ngang ra 1,5 thốn.	Châm thẳng 0,5 – 1 thốn

1.10. Phương pháp điều trị bằng đèn hồng ngoại

Đặc tính

Tia hồng ngoại là bức xạ ánh sáng không nhìn thấy có bước sóng trong khoảng từ 400.000nm đến 760nm, nguồn phát có nhiệt độ càng cao thì bức xạ ra tia hồng ngoại có bước sóng càng nhỏ. Hồng ngoại là bức xạ có nhiệt lượng cao nên còn gọi là bức xạ nhiệt, do đó tác dụng của hồng ngoại chủ yếu là tác dụng nhiệt. Ở những vùng chịu tác động nhiệt của hồng ngoại sẽ dãn mạch đỏ da giống như các phương pháp nhiệt khác, nên có tác dụng giảm đau, chống viêm mạn tính, làm mềm cơ. Mức độ xuyên sâu của bức xạ hồng ngoại vào cơ thể nhìn chung là rất kém, chỉ khoảng 1-3mm.

1.10.1. Tác dụng

- Do tia hồng ngoại có tác dụng thấu nhiệt nông xuyên qua da khoảng 3mm, nên tia sáng này làm nóng da tại chỗ, nhiệt độ da tăng lên, mạch máu tại chỗ giãn ra. Do hiện tượng tăng lượng máu cục bộ và tăng nhiệt độ tại chỗ dẫn đến phát tán nhiệt đi khắp cơ thể và làm tăng nhiệt toàn thân.

- Hồng ngoại có tác dụng chữa bệnh cơ, xương, khớp, làm giảm đau, vết bầm tím. Khi dùng đèn hồng ngoại chiếu sáng rọi vào những vết thương sẽ giúp giảm đau, chống co cứng cơ, làm giãn mạch, làm tan máu bầm, tăng chuyển hóa và dinh dưỡng tại chỗ.

- Hồng ngoại còn có thêm tác dụng trong việc chỉnh sửa sắc đẹp, và còn được sử dụng rộng rãi tại các trung tâm thẩm mỹ viện...

1.10.2. Chỉ định và chống chỉ định của đèn hồng ngoại trong các trường hợp

**** Chỉ định trong các trường hợp sau***

- Giảm đau, giảm co thắt cơ trong các chứng đau mạn tính như: đau thắt lưng, đau cổ vai cánh tay, đau thần kinh tọa, đau thần kinh liên sườn, đau khớp, đau cơ...

- Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ trong các trường hợp vết thương, vết

loét lâu liền, làm nhanh liền sẹo...

- Làm giãn cơ để giúp cho các kỹ thuật trị liệu khác như xoa bóp, tập vận động dễ dàng hơn...

**** Chống chỉ định trong các trường hợp sau***

- Các ổ viêm đã có mủ, viêm cấp, chấn thương mới đang xung huyết, các khối u ác tính, lao, vùng đang chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu, giãn tĩnh mạch da.

- Nên tránh chiếu đèn hồng ngoại ở vùng da bị tổn thương hay chấn thương, vùng da bị mất cảm giác, vùng da có sẹo lồi**.**

1.11. Các nghiên cứu điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ

1.11.1. Nghiên cứu trên thế giới

He D. và cộng sự (2005), ở khoa Y, Đại học Tổng hợp Oslo, Nauy, nghiên cứu tác dụng của châm cứu trong điều trị đau cột sống cổ và đau vai mạn tính. Theo dõi trong thời gian 6 tháng đến 3 năm các tác giả vẫn thấy các triệu chứng này vẫn được cải thiện hơn so với nhóm đối chứng [45].

Yi G.Q. và cộng sự (2010), đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa cột sống cổ (động mạch đốt sống) bằng kết hợp châm và cứu. Hiệu quả điều trị ở nhóm nghiên cứu là 93,3% (28/30), ở nhóm chứng là 73,3% (22/30) có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ [49].

Trương Hỷ Thu và cộng sự (2013), điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng xoa bóp kết hợp uống Độc hoạt tang ký sinh và xông hơi thảo dược. Kết quả 95,1% bệnh nhân giảm đau cổ, vai và tê chi trên, 41,3% bệnh nhân thuyên giảm hoàn toàn triệu chứng, có thể lao động và làm việc bình thường [50].

1.11.2. Nghiên cứu tại Việt Nam

Nghiên cứu năm 2014 của Đặng Trúc Quỳnh đánh giá tác dụng của bài thuốc "Cát căn thang" trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ thấy hiệu quả rõ rệt trong giảm đau, giảm co cứng cơ, giảm hạn chế sinh hoạt

hàng ngày, kết quả sau 3 tuần điều trị: tốt 76,7%, khá 23,3% [33].

- Trần Thị Thanh Hương (2002) đã điều trị các chứng đau vùng vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp cấy chỉ, thấy kết quả giảm đau nhanh và kéo dài với 4 liệu trình cách nhau mỗi 3 tuần, có kết quả giảm đau ngay từ lần cấy chỉ đầu tiên và không tái phát sau 6-9 tháng [21].

- Nguyễn Thị Bích, Đào Thanh Hoa, Nguyễn Thị Minh Thúy (2019) đã thực hiện đề tài đánh giá kết quả giảm đau trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp cấy chỉ cho điểm đau VAS giảm từ 5,78 xuống 1,53 [18].

- Hiện nay phương pháp cấy chỉ đã không ngừng được cải tiến về phương tiện và thao tác kỹ thuật trong quá trình phát triển và ứng dụng của nó.

Chương 2
CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ đến khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương và Bệnh viện Tuệ Tĩnh – Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam theo các tiêu chuẩn chọn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại [4]

- Tiêu chuẩn lâm sàng: Bệnh nhân được chẩn đoán đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp của Bộ y tế năm 2016 với các hội chứng sau:

- Hội chứng cột sống cổ bao gồm:

+ Đau vùng cổ gáy

+ Hạn chế vận động cột sống cổ, có thể kèm theo dấu hiệu vẹo cổ

+ Điểm đau cột sống cổ khi ấn vào các gai sau, cạnh cột sống cổ tương ứng các rễ thần kinh.

- Bệnh nhân có thể kèm hoặc không kèm hội chứng rễ thần kinh với các biểu hiện:

+ Đau vùng gáy lan lên vùng chẩm và xuống vai hoặc cánh tay, bàn tay, biểu hiện lâm sàng là hội chứng vai gáy, hoặc hội chứng vai cánh tay. Đau thường tăng lên khi xoay đầu hoặc gập cổ về phía bên đau.

+ Có thể có rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ: Yếu cơ và rối loạn cảm giác như rát bỏng, kiến bò, tê bì ở vùng vai, cánh tay, hoặc ở bàn tay và các ngón tay.

- Tiêu chuẩn cận lâm sàng:

Chụp Xquang cột sống cổ thường quy: chụp ba tư thế là tư thế trước sau, xương dưới sụn, gai xương, tân tạo xương…)

- Bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ đúng liệu trình điều trị, không áp dụng các phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu.

- VAS dưới 8 điểm.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền [19]

Những bệnh nhân được chẩn đoán đau vùng cổ gáy theo YHHĐ có kèm theo những triệu chứng của chứng tý thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp với các biểu hiện:

- Vọn chẩn: Hữu thần, sắc trắng, trạch kém tươi nhuận. Vận động vùng cổ gáy chậm chạp, kém linh hoạt. Thiệt chẩn: Lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng.

- Văn chẩn: Tiếng nói vừa phải. Hơi thở bình thường, không hôi, không ho.

- Vấn chẩn: Đau mỏi vùng cổ gáy lan ra vai, xuống cánh tay, bàn tay, trời lạnh, gió, mưa, ẩm đau tăng, chườm ấm hoặc xoa bóp đỡ đau. Đối với những bệnh nhân bị bệnh lâu ngày thể chất hư yếu, tạng phủ tổn thương, can thận hư có thể kèm thêm chứng trạng cân cơ co rút, khớp đau nhức, vận động khó khan, kèm theo cảm giác tê bì vùng cỏ gáy, ù tai, mất ngủ, lưng gối đau mỏi, tiểu đêm nhiều lần, mạch trầm tế.

- Thiết chẩn: Cơ vùng cổ gáy co cứng nhẹ, sờ lạnh, ấn đau. Lòng bàn tay bàn chân hơi lạnh. Mạch trầm tế.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- BN đau vùng cổ gáy không do THCSC như: các chấn thương cột sống cổ, lao cột sống, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, ung thư cột sống, viêm cột sống dính khớp, bệnh lý của tổ chức phần mềm trong ống tuỷ.

- Loãng xương nặng.

- Thiểu năng động mạch sống nền, xơ vữa động mạch cổ, não.

- BN có chỉ định can thiệp phẫu thuật.

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

-BN không tuân thủ thời gian và liệu trình điều trị

2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Châm cứu trung ương và Bệnh viện Tuệ Tĩnh – Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam

Thời gian: Từ tháng 7/2019 đến 12/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp can thiệp lâm sàng có đối chứng và so sánh trước – sau điều trị.

- Cỡ mẫu: Là cỡ mẫu tối thiểu được lấy theo phương pháp mẫu không xác suất (mẫu thuận tiện). Với số lượng 60 bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và theo dõi ghi chép theo mẫu bệnh án thống nhất và chia ngẫu nhiên vào hai nhóm: Nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, đảm bảo tương đồng về tuổi, giới, mức độ và tình trạng bệnh.

- Nhóm nghiên cứu (NNC): Gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp xoa bóp bấm huyệt và chiếu đèn hồng ngoại.

- Nhóm chứng (NC): Gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp chiếu đèn hồng ngoại.

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Các chỉ tiếu chung của đối tượng nghiên cứu (Chỉ tiêu này được đánh giá tại thời điểm trước khi điều trị):

- Tuổi
- Giới
- Nghề nghiệp
- Thời gian mắc bệnh

Các chỉ tiêu lâm sàng (Chỉ tiêu này được đánh giá tại 2 thời điểm trước và sau khi điều trị):

- Triệu chứng toàn thân: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS.
- Mức độ cải thiện tầm vận động (TVĐ) cột sống cổ (6 động tác).
- Mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI.
- Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền sau điều trị.
- Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị (gồm các tác dụng không mong muốn của XBBH, cấy chỉ, chiếu đèn hồng ngoại đối với BN)

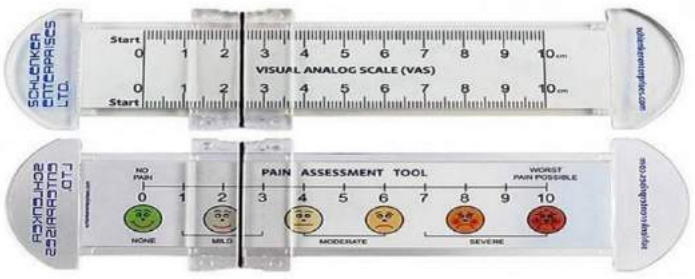
Các chỉ tiêu cận sàng:

- Đặc điểm trên phim Xquang
- Sự thay đổi chỉ số công thức máu (hồng cầu, bạch cầu, huyết sắc tố) và sinh hóa máu (ure, creatinin, AST, ALT) trên người bệnh tại 2 thời điểm trước và sau khi điều trị.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

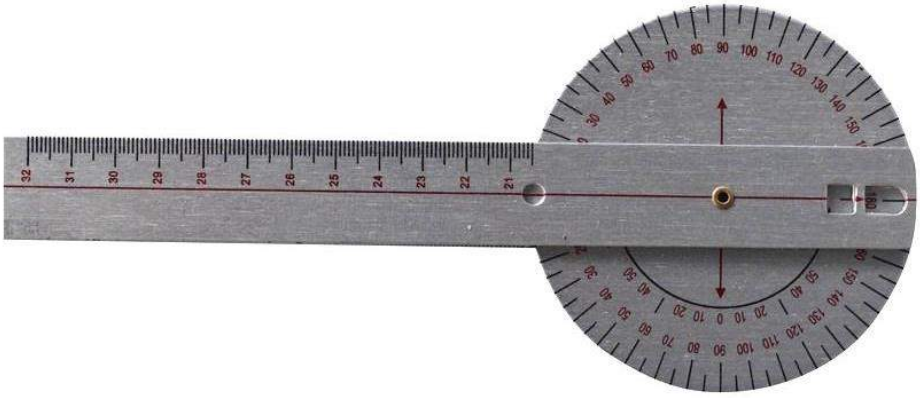
Công thức huyệt sử dụng trong nghiên cứu là công thức huyệt được ban hành trong cuốn "Quy trình cấy chỉ của Bệnh viện Châm cứu Trung ương" bao gồm: Giáp tích C4-C7; Phong phủ, Thiên trụ, Khúc trì, Kiên trung du, Kiên tỉnh, Kiên ngung, Liệt khuyết, Kiên trinh, Thiên tông, Ngoại quan.

- Bộ câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày NDI (Phụ lục 3).
- Thước đo điểm đau VAS (Visual analogue scale)



Hình 2.1. Thước đo điểm đau VAS

- Thước đo tầm vận động cột sống cổ



Hình 2.2. Thước đo tầm vận động cột sống cổ

- Bệnh án nghiên cứu
- Lọ thủy tinh đựng chỉ catgut
- Đèn hồng ngoại
- Kim cấy chỉ vô trùng dùng một lần, kích thước 0,9mm × (25- 120) mm
- Khay chữ nhật, khay quả đậu
- Kẹp vô khuẩn
- Kéo cắt chỉ, đĩa petri, nĩa nha khoa dùng gắp chỉ.
- Bông gạc vô trùng, cồn 70^0, cồn iod 10%, miếng dán urgo, khẩu trang, găng tay vô trùng.
- Chỉ catgut 4/0.

2.3. Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán đau vùng cổ gáy do THCSC, đáp ứng các tiêu chẩn chọn bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu.
- Đánh giá các triệu chứng lâm sàng trước điều trị (thời điểm D_0)

Làm các xét nghiệm cận lâm sang cần thiết: Chụp Xquang cột sống cổ 3 tư thế thẳng, nghiêng, chếch ¾; xét nghiệm công thức máu, xét nghiệm sinh hóa máu.

- Chia bệnh nhân thành 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

- Thực hiện điều trị theo thứ tự như sau

+ Nhóm nghiên cứu: Liệu trình điều trị trong 20 ngày.

- Đầu tiên người bệnh được điều trị hằng ngày bằng phương pháp chiếu đèn hồng ngoại ,thời gian chiếu 20 phút, ngày 1 lần.

- Sau đó bệnh nhân được thực hiện thủ thuật xoa bóp bấm huyệt. Thời gian xoa bóp: 30 phút, ngày 1 lần.

- Điều trị bằng phương pháp cấy chỉ được thực hiện vào hai thời điểm là ngày D_0 và ngày D_{10} sau khi bệnh nhân hoàn thành thủ thuật xoa bóp bấm huyệt.

Liệu trình điều trị: Cấy chỉ được thực hiện vào hai thời điểm là ngày D_0 và ngày D_{10}; chiếu đèn hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt được thực hiện hàng ngày, mỗi ngày 1 lần trong 20 ngày liên tục. Thứ tự thực hiện thủ thuật được mô tả như trên.

+ Nhóm chứng: : Liệu trình điều trị trong 20 ngày

Liệu trình gồm chiếu đèn hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt.

Các bước tiến hành tương tự như của nhóm nghiên cứu

Thời điểm đánh giá là D_0; D_{10} và D_{20}

2.3.1. Phương pháp tiến hành điều trị bằng cấy chỉ [21]

Bệnh nhân nhóm nghiên cứu (Được thực hiện sau khi bệnh nhân đã được chiếu đèn hồng ngoại, xoa bóp bấm huyệt)

- *Chuẩn bị dụng cụ*:

Một phòng vô trùng và những dụng cụ cần thiết sau đây:

+ Các dụng cụ cần cho cấy chỉ đã trình bày ở phần chất liệu nghiên cứu

+ Dùng kéo cắt chỉ catgut 4/0 thành các đoạn nhỏ khoảng 1cm, các đoạn chỉ nhỏ này đặt vào đĩa petri.

+ Lọ thủy tinh đựng chỉ catgut sau khi cắt nhỏ

+ Với mỗi một huyệt dùng panh không mấu gắp một đoạn chỉ nhỏ đã

cắt ở trên cho vào đầu nhọn của kim cấy chỉ chuyên dụng, một đầu thông nòng chờ sẵn để cấy chỉ khi đâm kim vào huyệt.

Hình 2.3. Dụng cụ cấy chỉ

- *Chuẩn bị bệnh nhân*

Chuẩn bị tư tưởng và tư thế: giải thích cho bệnh nhân biết về phương pháp cấy chỉ, tác dụng và những ưu điểm so với châm cứu. Yêu cầu bệnh nhân phối hợp tốt với thầy thuốc trong khi tiến hành cấy chỉ, tư thế nằm , bộc lộ vùng huyệt định cấy chỉ, thở đều cho mềm cơ khi làm thủ thuật. Giữ vệ sinh vùng cấy chỉ, sau một ngày mới được tắm.

- *Chuẩn bị bác sỹ*

Đội mũ, đeo khẩu trang y tế, rửa tay vô khuẩn, sát trùng tay, đi găng vô khuẩn.

Các huyệt dùng trong nghiên cứu đã được trình bày ở phần phác đồ huyệt cấy chỉ.

- *Tiến hành cấy chỉ*

Bệnh nhân nằm, thở đều, bộc lộ vùng cấy chỉ

+ Xác định chính xác các huyệt cần cấy chỉ.

+ Sát trùng da vùng huyệt cần cấy chỉ.

+ Châm kim nhanh qua da và đẩy từ từ tới huyệt.

+ Đẩy nòng kim để chỉ nằm vào huyệt, đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, ấn tay lên rồi rút kim ra, dán băng urgo lên vùng vừa cấy tránh nhiễm khuẩn.

Sau khi tiến hành cấy chỉ, để bệnh nhân nằm nghỉ tại giường 20 phút, theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng đau tại chỗ cấy, chảy máu, dị ứng mẩn ngứa tại chỗ cấy chỉ.

+ Dặn bệnh nhân không tắm ít nhất sau cấy 8 tiếng, tránh mang vác làm việc nặng.

- *Thời điểm cấy chỉ*

+ Cấy chỉ lần 1: Cấy vào thời điểm ngày thứ nhất của liệu trình điều trị.

+ Cấy chỉ lần 2: Cấy vào ngày thứ 10 của nghiên cứu.

Hình 2.4. Cấy chỉ cho bệnh nhân

2.3.2. Phương pháp tiến hành điều trị bằng hồng ngoại

- Cho người bệnh nằm hay ngồi thoải mái. Đặt đèn ở vị trí an toàn và thuận lợi.

- Điều chỉnh khoảng cách đèn và mặt da theo chỉ định (khoảng 40 - 90cm, điều chỉnh độ nóng bằng cách điều chỉnh khoảng cách từ đèn đến vùng được chiếu), chiếu đèn thẳng góc với mặt da, khi hết giờ tắt đèn, kiểm tra

vùng điều trị (đỏ đều không rát là được).

- Thời gian chiếu 20 phút, ngày 1 lần, trong 20 ngày liên tục.

Hình 2.5. Chiếu đèn hồng ngoại cho bệnh nhân

2.3.3. Phương pháp tiến hành điều trị xoa bóp bấm huyệt

- Bệnh nhân nghỉ 5-10 phút trước khi thực hiện XBBH.

- Bệnh nhân nằm sấp hoặc nằm nghiêng.

- Thực hiện các động tác xoa bóp bấm huyệt: Các động tác từ nhẹ đến nặng như day, lăn, bóp, bấm, ấn, điểm, vận động… vùng cổ, vai, cánh tay đau.

- Thời gian xoa bóp: 30 phút, ngày 1 lần, trong 20 ngày liên tục.

2.3.4. Phương pháp đánh giá kết quả

2.3.4.1.Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS [37]

Bảng 2.3. Cách tính điểm phân loại mức độ đau

Thang điểm VAS	Mức độ đau	Điểm quy đổi
< 1	Không đau	1 điểm
1 - < 2,5	Đau ít	2 điểm
2,5 - < 5	Đau vừa	3 điểm

5 - < 7,5	Đau nhiều	4 điểm
7,5 – 10	Đau rất nhiều	5 điểm

2.3.4.2. Đánh giá mức độ cải thiện tầm vận động cột sống cổ

Tầm vận động của cột sống cổ:

- Phương pháp đo tầm vận động của cột sống cổ dựa trên phương pháp đo và ghi tầm vận động của khớp do Viện Hàn Lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình của Mỹ đề ra và được quốc tế thừa nhận là phương pháp tiêu chuẩn. Theo phương pháp này tất cả các cử động của khớp đều được đo ở vị trí Zero [27] [29].

- Vị trí Zero: là tư thế đứng thẳng của người bình thường, đầu thẳng, mắt nhìn ra phía trước, hai chân thẳng, đầu gối không gập, hai bàn chân song song với nhau, bờ trong hai bàn chân áp sát vào nhau.

- Vị trí giải phẫu duỗi của chi và thân thể được quy ước là 0^0.

- Dụng cụ đo: gốc thước là một mặt phẳng hình tròn, chia độ từ 0 – 360^0, một cành di động và một cành cố định, dài 30 cm.

Tư thế bệnh nhân: ngồi thẳng, tựa lưng cao ngang vai, khớp gối và háng gập vuông góc, hai bàn chân đặt trên sàn nhà, hai tay xuôi khép sát dọc thân người.

Đo độ cúi ngửa: thầy thuốc đứng bên phải hoặc bên trái bệnh nhân.

Hai cành của thước đi qua đỉnh đầu, người bệnh ở tư thế thẳng góc với mặt đất, bệnh nhân cúi ngửa cổ lần lượt, cành cố định ở vị trí khởi điểm, cành di động theo hướng đi của đỉnh đầu. Bình thường gập có thể đạt được cằm chạm vào ngực, duỗi đến mức ụ chẩm nằm ngang.

Đo độ nghiêng bên: Thầy thuốc đứng sau bệnh nhân

+ Xác định mỏm gai C7, ụ chẩm ngoài.

+ Gốc thước đặt ở mỏm gai C7, cành cố định nằm ngang song song với

mặt đất, cành di động trùng với trục đứng của thân. Góc đo được là góc tạo giữa cành cố định nằm ngang và cành di động đặt theo hướng đường nối từ điểm gốc C_7 đến đỉnh đầu bệnh nhân.

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

Mức độ chính xác và yếu tố ảnh hưởng: trình độ và sự thận trọng của người đo, hiểu biết và sự hợp tác của đối tượng

Bảng 2.4. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý *[29]*

Đánh giá	**Gập, duỗi (bình thường 45^0)**	**Nghiêng bên, xoay bên (bình thường 45^0)**
Không hạn chế	41 – 45	41 - 45
Hạn chế ít	26 – 40	26 - 40
Hạn chế trung bình	11 – 25	11 - 25
Hạn chế nhiều	0 – 10	0 - 10

Đánh giá tầm vận động cột sống cổ theo 5 mức độ từ không hạn chế đến hạn chế nhiều dựa vào thang điểm dưới đây:

Bảng 2.5. Phân loại mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ

Tầm vận động	**Mức điểm**	**Điểm quy đổi**
Không hạn chế	0 điểm	1 điểm
Hạn chế ít	1 – 6 điểm	2 điểm
Hạn chế vừa	7 – 12 điểm	3 điểm
Hạn chế nhiều	13 – 15 điểm	4 điểm

Hạn chế rất nhiều	15 – 18 điểm	5 điểm

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

Bộ câu hỏi Neck Disability Index của tác giả Howard Vernon là một công cụ dùng để tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau vai gáy hoặc các bệnh lý chấn thương cổ. Bộ câu hỏi NDI được công bố lần đầu vào năm 1991 và là bộ câu hỏi đầu tiên cho việc tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cột sống cổ, đã được dịch ra hơn 20 ngôn ngữ và được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu điều trị. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục, điểm tối đa là 50 điểm và được đánh giá như sau:

Bảng 2.6. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI)

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

Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của từng nhóm và so sánh hai nhóm ở các các thời điểm lúc vào viện và sau 10 ngày và sau 20 ngày.

2.3.5. Đánh giá hiệu quả chung

Nhóm nghiên cứu đã xây dựng công thức đánh giá kết quả điều trị chung dựa vào tổng điểm của 3 chỉ số: mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ và mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo bộ câu hỏi NDI.

$$\text{Kết quả điều trị} = \frac{\textit{Tổng điểm trước điều trị - Tổng điểm sau điều trị}}{\text{Tổng điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

Tốt: $80\% \leq$ Kết quả $\leq 100\%$

Khá: $60\% \leq$ Kết quả $< 80\%$

Trung bình: $40\% \leq$ Kết quả $< 60\%$

Kém: $0\% \leq$ Kết quả $< 40\%$

2.3.6. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0 của IBM.

- Kiểm định sự khác biệt giữa hai tỷ số quan sát bằng Test khi bình phương hoặc test Fisher.

- Tính số trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh hai giá trị trung bình quan sát trước và sau điều trị, sử dụng T-test.

- Với độ tin cậy 95%, kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

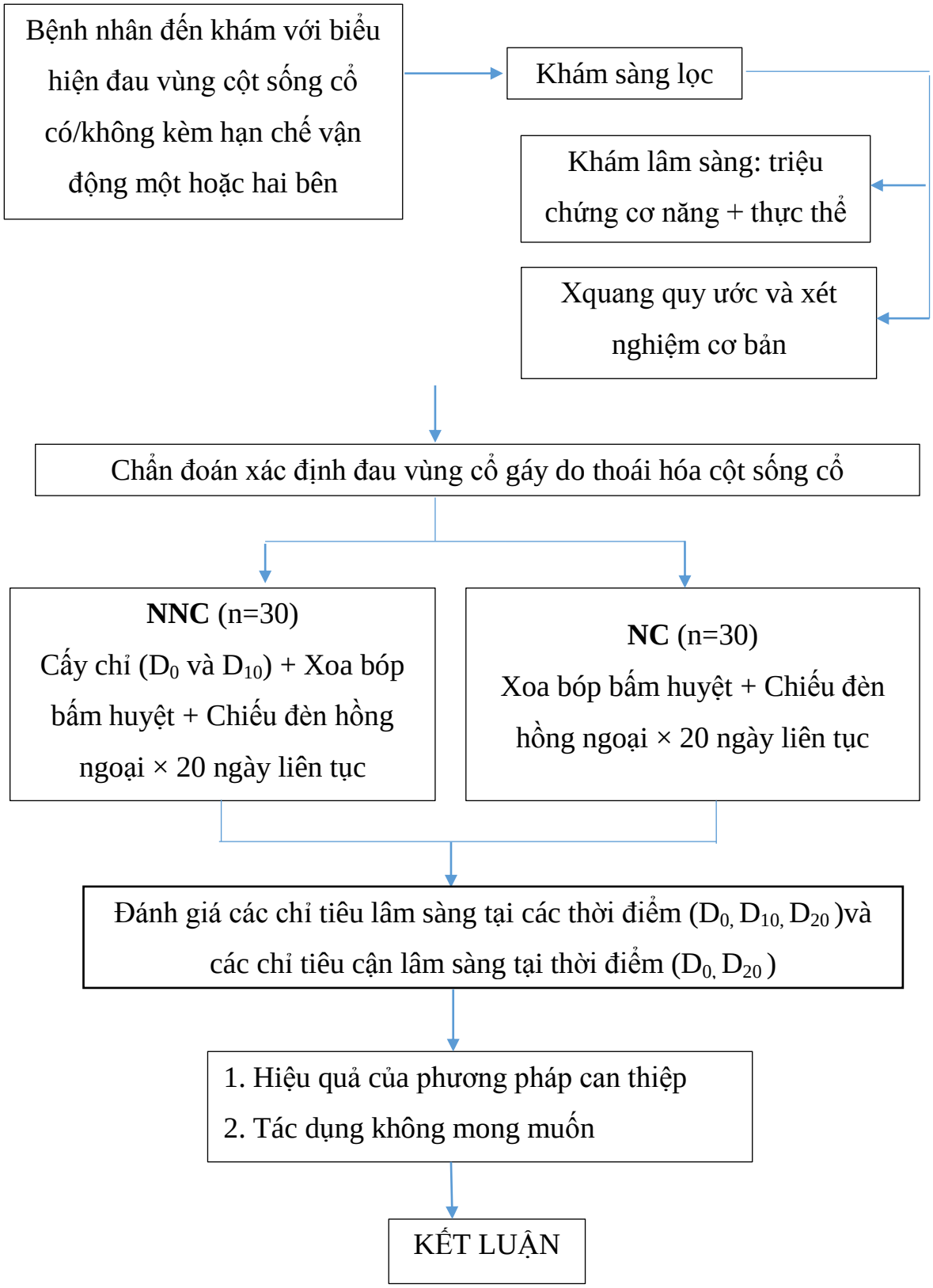
- Đề tài được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam thông qua.

- Đề tài được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh.

- Khi tham gia nghiên cứu các bệnh nhân được giải thích rõ về mục đích, nắm được quyền lợi và trách nhiệm của mình, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào.

- Các thông tin thu thập từ bệnh nhân được giữ bí mật hoàn toàn.

- Nghiên cứu được sự chấp thuận của Bệnh viện Châm cứu Trung ương và Bệnh viện Tuệ Tĩnh cho tiến hành thực hiện tại Bệnh viện.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Đối tượng / Nhóm tuổi	NNC (1) (n=30)		NC (2) (n=30)		Tổng (n=60)		p_{1-2}
	n	%	n	%	n	%	
39-49	11	36,6	10	33,3	21	35	>0,05
50 – 59	12	40	10	33,3	22	36,7	
60-69	5	16,7	7	23,4	12	20	
>=70	2	6,7	3	10	5	8,3	
Tổng	30	100	30	100	60	100	
Tuổi trung bình (năm) $\overline{X} \pm SD$	54,37 ±9,65		55,5 ±10,798		54,93±10,17		

Nhận xét:

- Nhóm tuổi thường mắc đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ cao nhất là 50-59 tuổi, chiếm 40% ở NNC và 33,3% ở NC. Tiếp theo là nhóm tuổi trên 60 tuổi, chiếm 16,7% nhóm nghiên cứu và 23,4% ở nhóm chứng.

- Tuổi trung bình của NC là 54,93 ± 10,17, của NNC là 54,37 ± 9,65, của cả 2 nhóm là 55,5 ±10,79. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi TB của NNC và NC (p>0,05).

3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo giới

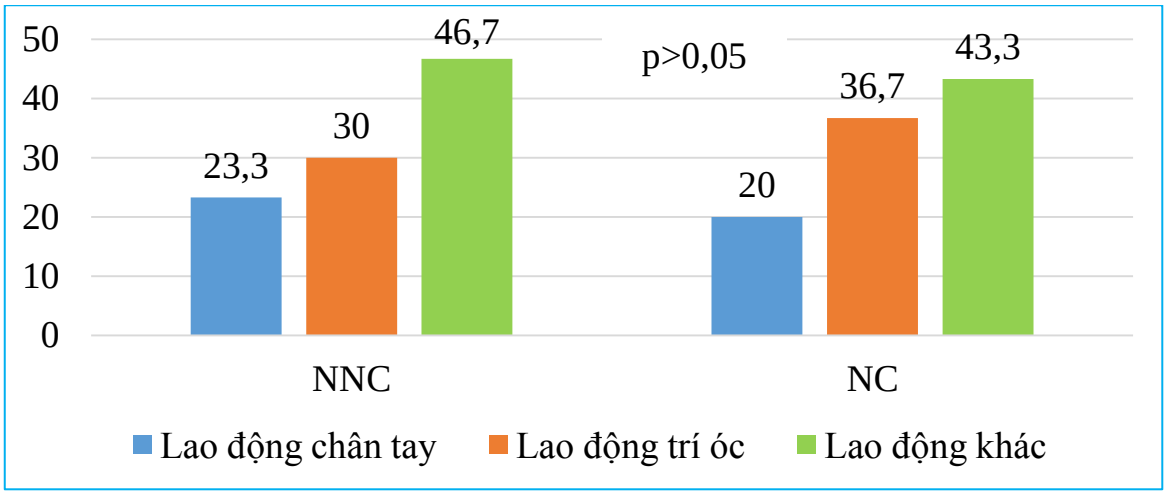
Đối tượng / Giới	NNC (1) (n=30)		NC (2) (n=30)		Tổng (n=60)		p_{1-2}
	n	%	n	%	n	%	
Nam	11	36,7	12	40	23	38,3	>0,05
Nữ	19	63,3	18	60	37	61,7	

Nhận xét:

- Ở cả hai nhóm, tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam với 63,3% (NNC) và 60% (NC).

- Không có sự khác biệt về phân bệnh nhân theo giới giữa hai nhóm nghiên cứu,chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.1.3. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp



Biểu đồ 3.1. Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét:

- Đối tượng lao động khác (bán hàng, nội trợ, nghề tự do) chiếm tỷ lệ lớn ở cả NNC và NC (lần lượt là 46,67% và 43,33%). Tiếp theo là lao động trí óc và thấp nhất ở nhóm lao động chân tay.

- Không có ý nghĩa thống kê về nghề nghiệp giữa NNC và NC (p>0,05).

3.1.4. Phân bố đối tượng theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Đối tượng / Thời gian	NNC (1) (n=30)		NC (2)(n=30)		p_{1-2}
	n	%	n	%	
< 3 tháng	7	23,3	8	26,7	>0,05
3-<6 tháng	18	60	16	53,3	
6-12 tháng	5	16,7	6	20	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét:

- Hầu hết bệnh nhân có thời gian đau trong khoảng 3-<6 tháng tương ứng 60% ở NNC và 53,3% ở NC. Tỷ lệ thấp nhất là nhóm bệnh nhân mắc bệnh từ 6-12 tháng (chiếm 16,7% ở NNC và 20% ở NC).

- Không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về thời gian mắc đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ (p>0,05).

Đặc điểm về hình ảnh trên phim Xquang cột sống cổ

Bảng 3.10. Hình ảnh trên phim Xquang cột sống cổ

Đối tượng / Phim Xquang	NNC (1) (n=30)		NC (2) (n=30)	
	n	%	n	%
Mất đường cong sinh lý + hẹp khe khớp	28	93,3	29	96,7
Mờ, hẹp khe khớp + đặc xương dưới sụn	17	56,7	15	50
Gai xương + hẹp khe khớp + đặc xương dưới sụn	25	83,3	23	76,7
p_{1-2}	>0,05			

Nhận xét:

- Trên hình ảnh Xquang cột sống cổ, 100% bệnh nhân đều có các thương tổn phối hợp, trong đó nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân có mất đường cong sinh lý + hẹp khe khớp (93,3% ở NNC và 96,7% ở NC); sau đó là các bệnh nhân có hình ảnh hẹp khe khớp + đặc xương dưới sụn và gai xương với tủ lệ 83,3% ở NNC và 76,7% ở NC.

- Không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân về hình ảnh trên phim Xquang cột sống cổ (p>0,05).

Bảng 3.11. Mức độ hạn chế vận động cột sống cổ trước điều trị

Nhóm / TVĐ		NNC (n = 30)		NC (n=30)		p_{NNC-NC}
		n	**%**	**n**	**%**	
Hạn chế ít	1 – 6 điểm	6	20	6	20	>0,05
Hạn chế vừa	7 – 12 điểm	17	56,7	18	60	
Hạn chế nhiều	13 – 18 điểm	7	23,3	6	20	
$\overline{X} \pm$ SD		**9,20 ± 3,20**		**8,83 ± 3,20**		>0,05

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân hạn chế vận động vừa vùng cột sống cổ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NC (p>0,05).

Bảng 3.12. Đặc điểm mức độ hạn chế sinh hoạt theo điểm NDI trước điều trị

Nhóm / NDI		NNC (n = 30)		NC (n=30)		p_{NNC-NC}
		n	**%**	**n**	**%**	
Hạn chế nhẹ	5 –14 điểm	7	23,3	6	20,0	>0,05
Hạn chế trung bình	15 – 24 điểm	16	53,4	18	60,0	
Hạn chế nặng	25 – 34 điểm	7	23,3	6	20,0	
Tổng		30	100	30	100	

$\overline{X}$ ± SD	**19,80 ± 6,43**	**19,93 ± 5,78**	>0,05

Nhận xét:

-Điểm trung bình NDI giữa NNC và NC không có sự khác biệt (p>0,05) tại thời điểm trước điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân hạn chế vận động mức trung bình chiếm cao nhất với 53,4% ở NNC và 60% ở NC.

3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị

3.2.1. Đánh giá sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.13. Sự thay đổi điểm đau VAS trước và sau 10 ngày điều trị

Mức độ	**NNC (1) (n=30)**				**NC (2) (n=30)**			
	D_0		**D_{10}**		**D_0**		**D_{10}**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Không đau	0	0	0	0	0	0	0	0
Đau ít	0	0	8	26,7	0	0	3	10
Đau vừa	6	20	17	56,7	6	20	19	63,3
Đau nhiều	17	56,7	5	16,6	18	60	8	26,7
Đau rất nhiều	7	23,3	0	0	6	20	0	0
Tổng số	30	100	30	100	30	100	30	100
$\overline{X}$ ± SD	**5,60 ± 2,19**		**3,63 ± 1,13**		**5,43 ± 2,17**		**4,0 ± 0,95**	
$p_{D0(1-2)}$	p>0,05							
$p_{D10(1-2)}$	p>0,05							

Nhận xét:

- Kết quả sau 10 ngày điều trị cho thấy nhóm các bệnh nhân đau rất nhiều 100% đều có giảm mức đau về đau vừa và đau ít hoặc đau nhiều. Tỷ lệ đau nhiều ở NNC là 16,7% thấp hơn của NC là 26,7%.

- Hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt về mức độ đau theo thang điểm VAS, tuy nhiên chưa có sự khác biệt,không có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NC (p>0,05).

Bảng 3.14. Sự thay đổi điểm đau VAS trước và sau 20 ngày điều trị

Mức độ	**NNC (1) (n=30)**				**NC (2) (n=30)**			
	D_0		**D_{20}**		**D_0**		**D_{20}**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Không đau	0	0	13	43,3	0	0	6	20
Đau ít	0	0	14	46,7	0	0	14	46,7
Đau vừa	6	20	3	10	6	20	10	33,3
Đau nhiều	17	56,7	0	0	18	60	0	0
Đau rất nhiều	7	23,3	0	0	6	20	0	0
Tổng số	30	100	30	100	30	100	30	100
$\overline{X}$ ± SD	**5,60 ± 1,19**		**1,17 ± 1,11**		**5,43 ± 1,17**		**1,87 ± 1,16**	
$p_{D20(1-2)}$	p<0,05							

Nhận xét:

-Sau 20 ngày can thiệp, bệnh nhân cả hai nhóm 100% chuyển mức đau về vừa, đau ít hoặc không đau. Tỷ lệ không đau ở bệnh nhân NNC là 43,3% cao hơn NC (chỉ chiếm 20% tổng số bệnh nhân). Tỷ lệ bệnh nhân đau vừa là 10%, cũng thấp hơn nhiều so với NC (chiếm 33,3%).

Hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt về mức độ đau theo thang điểm VAS, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NC (p<0,05).

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

Bảng 3.15. Đánh giá tầm vận động cột sống cổ trước-sau điều trị

Nhóm / TVĐ (độ)	NNC ($\overline{X}$ ± SD)		NC ($\overline{X}$ ± SD)		p_{2-4}
	D_0(1)	D_{20}(2)	D_0(3)	D_{20}(4)	
Cúi	17 ±3,56	32,9±3,52	16,6±3,57	30,5±4,37	>0,05
Ngửa	15,37±5,36	33,73±5,02	15,17±5,8	31,17±5,6	>0,05
Nghiêng trái	18,83±5,37	33,03±5,58	17,47±5,97	29,33±5,2	**<0,05**
Nghiêng phải	15,77±3,9	37,83±5,96	16,73±3,6	32,3±4,86	**<0,05**
Quay trái	17,07±3,48	34,27±4,73	16,77±3,4	30,5±4,37	**<0,05**
Quay phải	16,93±3,2	35,2±6,27	18,7±3,5	31,93±5,6	**<0,05**
p	<0,001		<0,001		

Nhận xét:

- Tầm vận động cột sống cổ có sự cải thiện đáng kể sau 20 ngày điều trị (p<0,001), trong đó, sự khác biệt rõ rệt giữa NNC và NC ở động tác nghiêng cổ và quay cổ (p<0,05).

Bảng 3.16. Đánh giá mức độ hạn chế vận động trước-sau điều trị

Nhóm / TVĐ	NNC (n = 30)						NC (n = 30)						P_{3-6}
	D0(1)		D10(2)		D20(3)		D0(4)		D10(5)		D20(6)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không hạn chế	0	0,0	7	23,3	14	46,7	0	0,0	0	0	6	20	<0,01
Hạn chế ít	6	20	15	50	16	53,3	6	20	19	73,3	18	60	
Hạn chế vừa	17	56,7	8	26,7	0	0	18	60	8	26,7	6	20	
Hạn chế nhiều	7	23,3	0	0	0	0	6	20	3	10	0	0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	

P_{D20-D0}	< 0,001	< 0,01	

Nhận xét: Sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, bệnh nhân đều có sự cải thiện rõ rệt tầm vận động cột sống cổ. Trong đó:

- NNC tại thời điểm ngày thứ 10 có 7/30 bệnh nhân đạt mức không hạn chế, 15/30 bệnh nhân còn hạn chế ít, chỉ có 8/30 bệnh nhân còn hạn chế vừa. Thời điểm ngày thứ 20 sau điều trị, bệnh nhân không còn hạn chế vận động chiếm 46,7%; hạn chế ít là 53,3%. Không còn bệnh nhân nào có mức hạn chế vận động cột sống cổ mức vừa và nhiều (p<0,001).

- NC tại thời điểm ngày thứ 10 có 19/30 bệnh nhân đạt mức hạn chế ít; 8/30 bệnh nhân đạt mức hạn chế vừa và 3/30 bệnh nhân mức hạn chế nhiều. Sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ này có sự cải thiện rõ rệt với 6/30 bệnh nhân không còn hạn chế, 18/30 bệnh nhân hạn chế ít; 6/30 bệnh nhân hạn chế vừa và không còn bệnh nhân nào hạn chế nhiều (p<0,01).

- Sự khác biệt giữa NNC và NC có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Trong đó NNC tốt hơn NC.

3.2.3.Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Bảng 3.17. Đánh giá mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt theo điểm NDI trước-sau 10 ngày điều trị

Nhóm / NDI	NNC (n = 30)				NC (n = 30)				p_{2-4}
	D0(1)		D10(2)		D0(3)		D10(4)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không hạn chế	0	0	3	10	0	0	0	0	
Hạn chế nhẹ	7	23,3	16	53,3	6	20	14	46,7	
Hạn chế TB	16	53,4	10	33,3	18	60	12	40	**>0,05**
Hạn chế nặng	7	23,3	1	3,4	6	20	4	13,3	

Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
p_{D10-D0}	<0,01				<0,01				

Nhận xét:

- Có sự cải thiện chức năng sinh hoạt ở 2 nhóm sau 10 ngày điều trị. Không hạn chế chiếm 10%, hạn chế nhẹ chiếm 53,3%, hạn chế trung bình chiếm 33,3% (nhóm nghiên cứu). Không hạn chế chiếm 0%, hạn chế nhẹ chiếm 46,7%, hạn chế trung bình chiếm 13,3%, hạn chế nặng chiếm 13,3% (nhóm chứng).

- Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm chưa ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.18. Đánh giá mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt theo điểm NDI trước-sau 20 ngày điều trị

Nhóm / **NDI**	**NNC (n = 30)**				**NC (n = 30)**				**p_{2-4}**
	D0(1)		**D20(2)**		**D0(3)**		**D20(4)**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Không hạn chế	0	0	10	33,3	0	0	4	13,4	
Hạn chế nhẹ	7	23,3	18	60	6	20	19	63,3	
Hạn chế TB	16	53,4	2	6,7	18	60	7	23,3	**<0,05**
Hạn chế nặng	7	23,3	0	0	6	20	0	0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
p_{D10-D0}	< 0,01				<0,01				

Nhận xét:

- Có sự cải thiện rõ ràng chức năng sinh hoạt ở 2 nhóm sau 20 ngày điều trị: Không hạn chế chiếm 33,3%, hạn chế nhẹ chiếm 60%, hạn chế trung bình

chiếm 6,7% (nhóm nghiên cứu). Không hạn chế chiếm 13,4%, hạn chế nhẹ chiếm 63,3%, hạn chế trung bình chiếm 23,3% (nhóm chứng).

-Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

3.2.4. Sự thay đổi các chứng trạng y học cổ truyền

Bảng 3.19. Đánh giá sự thay đổi các chứng trạng YHCT trước-sau điều trị

Nhóm BN / Triệu chứng	NNC (1) (n = 30)					NC (2) (n = 30)					p_{1-2}
	D_0		D_{20}		p_{D0-D20}	D_0		D_{20}		p_{D0-D20}	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
Đau mỏi vùng cổ gáy	30	100	3	10	<0,05	30	100	8	26,7	<0,05	>0,05
Sợ lạnh	30	100	8	26,7	<0,05	30	100	14	46,7	<0,05	>0,05
Hoa mắt chóng mặt	9	30	0	0	<0,05	8	26,7	0	0	<0,05	>0,05
Đau đầu	30	100	3	10	<0,05	30	100	5	16,7	<0,05	>0,05
Ù tai	4	13,3	2	6,67	>0,05	4	13,3	3	10	>0,05	>0,05
Mất ngủ	10	33,3	6	20	>0,05	7	23,3	5	16,7	>0,05	>0,05
Lưng gối đau mỏi	7	100	7	100	>0,05	8	26,7	5	16,7	>0,05	>0,05
Tiểu đêm nhiều lần	10	33,3	4	13,3	<0,05	3	10	2	6,7	>0,05	>0,05
Lưỡi nhợt	19	63,3	8	26,7	<0,05	17	56,7	6	20	<0,05	<0,05
Rêu lưỡi trắng	16	53,3	5	16,7	<0,05	16	53,3	8	26,6	<0,05	<0,05

Nhận xét:

- Có sự thay đổi rõ rệt của các triệu chứng trạng theo y học cổ truyền sau điều trị ở cả hai nhóm.

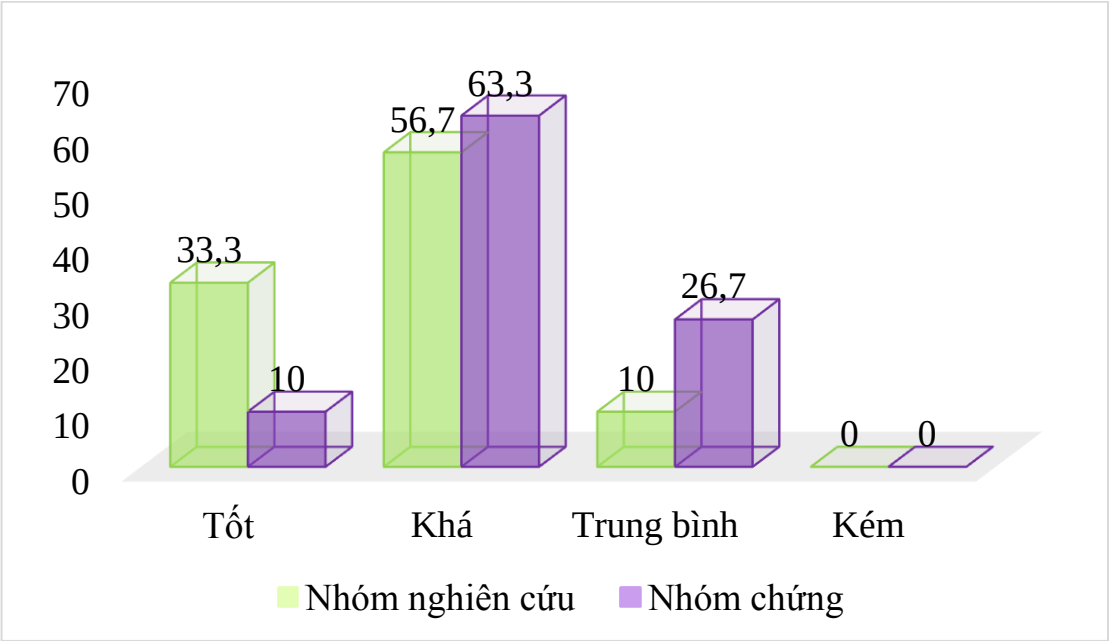
Các triệu chứng đều giảm dần theo liệu trình điều trị ở cả hai nhóm.Ở nhóm nghiên cứu từ 100% bệnh nhân đau mỏi vung cổ gáy chỉ còn 3 bệnh nhân (10%) trong đó ở nhóm chứng là 8 bệnh nhân(26,7%).Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Kết thúc 20 ngày điều trị, số BN ở nhóm nghiên cứu giảm các triệu chứng đau vùng cổ gáy theo YHCT nhiều hơn so với nhóm đối chứng. Trong đó triệu chứng sợ lạnh, đau đầu giảm nhiều nhất.Bệnh nhân sợ lạnh từ 100% xuống còn 8 bệnh nhân(26,7%) ở nhóm NC và 14 bệnh nhân (46,7%) ở nhóm ĐC . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Triệu chứng đau đầu, từ 100% xuống còn 3 bệnh nhân(10%) ở nhóm NC và 5 bệnh nhân (16,7%) ở nhóm ĐC . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Các triệu chứng khác như hoa mắt chóng mặt,ù tai,mất ngủ,lưng gối mỏi đau,tiểu đêm đều có sự thay đổi rõ rệt sau 20 ngày điều trị**.** Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.2.5.Hiệu quả điều trị chung



Biểu đồ 3.2. Đánh giá kết quả chung sau 20 ngày điều trị

Nhận xét:

- Sau 20 ngày điều trị, kết quả điều trị tốt chiếm 33,3% nhóm nghiên cứu cao hơn 10% ở nhóm chứng. Kết quả điều trị khá chiếm 56,7% ở nhóm nghiên cứu và 63,3% ở nhóm chứng.Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

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

3.3.1. Sự biến đổi các chỉ số sinh lý (mạch, nhịp thở, huyết áp)

Bảng 3.14. Đánh giá sự thay đổi các chỉ số sinh tồn trước và sau điều trị

Nhóm / Chỉ số	Nhóm NC (1)		NhómĐC (2)		p
	Trước điều trị (a)	**Sau điều trị (b)**	**Trước điều trị (a)**	**Sau điều trị (b)**	
Mạch	77,17 ± 4,40	76,21± 4,15	78,36 ± 3,41	78,02 ± 2,40	p_{1-2}> 0,05
Nhịp thở	19,26 ± 1,43	18,50 ± 0,99	19,60 ± 0,73	19,01 ± 0,97	
HATT	120,17 ± 12,64	117,89 ± 10,49	119,89 ± 11,56	119,44 ± 10,21	
HATTr	75,31 ±9,82	74,15 ± 9,13	75,48 ± 8,58	74,81 ± 8,23	
p	p_{a-b}>0,05		p_{a-b}>0,05		

Nhận xét:

- Sau điều trị, không có sự biến đổi các chỉ số sinh lý (mạch, nhịp thở, huyết áp) so với thời điểm trước điều trị (p > 0,05).

3.3.2.Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.15 Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Triệu chứng	**Số lượng**	**Tỷ lệ**
Ngứa	1	3,33
Viêm tại chỗ không khuẩn	0	0
Chỉ tiêu chậm	0	0
Chảy máu	0	0
Lộ đầu chỉ	0	0
Đau tăng lên sau xoa bóp bấm huyệt	0	0
Bỏng	0	0

Nhận xét:

- Có 1 bệnh nhân có biểu hiện ngứa, chiếm 3,33% . Còn lại các triệu chứng khác đều không thấy xuất hiện ở tất cả BN của nhóm nghiên cứu.

3.3.3.Sự thay đổi chỉ số công thức máu và sinh hóa máu

Bảng 3.16. Sự thay đổi chỉ số cận lâm sàng sau 20 ngày điều trị

Thời gian		$D_{0(1)}$	$D_{20(2)}$	P_{1-2}
NNC	Hồng cầu (T/L)	6,78±1,82	6,88±1,65	>0,05
	Bạch cầu (G/L)	7,15±1,99	6,90±1,49	>0,05
	Huyết sắc tố (g/l)	131,90±14,97	133±11,57	>0,05
	Ure (mmol/l)	4,58±1,12	4,69±1,00	>0,05
	Creatinine (µmol/l)	78,00±14,62	76,50±13,35	>0,05
	AST (U/l)	25,66±5,31	24,86±5,19	>0,05
	ALT (U/l)	25,03±5,76	24,26±5,91	>0,05
NC	Hồng cầu (T/L)	7,18±1,60	7,41±1,60	>0,05
	Bạch cầu (G/L)	7,69±1,75	7,64±1,37	>0,05
	Huyết sắc tố (g/l)	136,60±12,82	138±11,14	>0,05
	Ure (mmol/l)	4,84±1,33	4,75±1,26	>0,05
	Creatinine (µmol/l)	78,90±11,67	80,00±12,50	>0,05
	AST (U/l)	23,43±4,33	23,56±3,97	>0,05
	ALT (U/l)	25,70±4,86	24,86±4,10	>0,05

Nhận xét:

- Sau 20 ngày điều trị, 100% bệnh nhân đều có chỉ số công thức máu và sinh hóa máu nằm trong giới hạn bình thường.

-Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các chỉ số này tại thời điểm trước và sau điều trị (p>0,05).

Chương 4
BÀN LUẬN

4.1.Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

-Qua nghiên cứu trên 60 bệnh nhân đau vùng cổ gáy tại khoa Châm cứu - Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh viện Châm cứu Trung ương, từ tháng 7/2019 đến 9/2020, chúng tôi có được một số kết quả như sau.

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Độ tuổi trung bình của 60 bệnh nhân trong nghiên cứu là 54,93± 10,17 tuổi trong đó ở nhóm nghiên cứu là 54,37 ± 9,65 tuổi, cao hơn nhóm đối chứng là 55,5 ± 10,798 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai nhóm NNC và NC (p>0,05).

Ở cả hai nhóm bệnh nhân, nhóm có độ tuổi từ 50 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (40%), nhóm từ 39-49 tuổi chiếm 36,6% (Bảng 3.1). Tính theo từng nhóm tuổi, ở hai nhóm nghiên cứu và đối chứng sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu này tương đồng với các tác giả khác và cũng phù hợp với sinh lý học, bệnh học về bệnh đau cổ gáy có thoái hóa cột sống cổ thường gặp ở người có quá trình lão hóa tự nhiên của xương khớp. Nghiên cứu của tác giả Lê Tư (2015) cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,8 ± 11,4 [40]; nghiên cứu của tác giả Lâm Ngọc Xuyên (2017) cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,17 ± 2,68 [42]; Nghiên cứu của tác giả Phạm Gia Nhâm và Lưu Thị Hiệp ở phòng khám ngoại trú An Bình (thành phố Hồ Chí Minh) cho thấy độ tuổi trung bình ở nhóm thử nghiệm là 52±8,27 tuổi và ở nhóm chứng là 51,05 ± 9,53 [26].

Thoái hóa là quá trình tự nhiên của cơ thể và tăng dần theo tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ tăng cao ở người trên 40 tuổi. Theo lý luận Y

học cổ truyền, ở nữ giới độ tuổi 49 trở lên (7x7) thì mạch nhâm hư, mạch xung suy, thiên quý kiệt, mạch thận không thông nữa; ở nam giới từ 56 tuổi trở lên (8x7) thì can khí suy kém, gân mạch yếu, thiên quý kiệt, tinh thiếu, thận suy, thân thể mỏi mệt, răng tóc rụng. Vì vậy, ở lứa tuổi 50 trở đi chính khí đã bắt đầu suy giảm, vệ khí không còn vững chắc nên dễ bị tà khí xâm nhập và gây ra các chứng bệnh.

Chức năng hai tạng can và thận suy giảm nên cân cốt không được nhu nhuận, gây nên các bệnh về chứng tý, tương ứng với các bệnh lý thoái hoá khớp mạn tính của y học hiện đại.

Các kết quả nghiên cứu mặc dù có chung một nhận định rằng tình trạng đau vùng cổ gáy do thoái hóa đốt sống cổ hầu hết xuất hiện ở những người trung niên và người cao tuổi, tuy nhiên bệnh dường như đang có xu hướng trẻ hóa. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, do cỡ mẫu còn nhỏ và chưa đại diện cho toàn bộ quần thể nghiên cứu nên chúng tôi không đủ điều kiện để đưa ra kết luận, tuy nhiên đây đồng thời cũng là một kết quả đáng lưu tâm. Đối với những bệnh nhân này, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời rất có thể bệnh sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, ảnh hưởng đến chất lượng sống và hiệu quả lao động của người bệnh.

4.1.2. Đặc điểm về giới

Nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm chứng và nhóm nghiên cứu đều có tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nam. Ở nhóm nghiên cứu có 63,3% bệnh nhân là nữ, 36,7% bệnh nhân là nam. Ở nhóm chứng có 60% bệnh nhân là nữ, 40% bệnh nhân là nam. So sánh giữa hai nhóm không có sự khác biệt về giới tính với $p>0,05$.

Tỷ lệ này cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu như Lê Tư (2016) có 65,7% bệnh nhân là nữ giới và 34,3% là nam giới [40]; nghiên cứu của Lâm Ngọc Xuyên (2017) 70% bệnh nhân là nữ giới và 30% là nam giới [42].

Theo YHHĐ, bắt đầu từ 40 tuổi, phụ nữ bước vào thời kỳ mãn kinh, các hormon sinh dục nữ giảm sút gây tăng nguy cơ mắc bệnh cơ xương khớp. Do phụ nữ có sự giảm lượng hormon estrogen ở thời kỳ sau mãn kinh làm giảm khả năng hấp thu canxi một thành phần cấu tạo của đĩa đệm và xương khớp. Ngoài ra chế độ ăn thiếu canxi, chất khoáng, ít tập luyện, sợ nắng… gây tăng nguy cơ loãng xương nói chung và thoái hóa cột sống nói riêng. Vì vậy, nữ giới có nguy cơ mắc thoái hóa khớp nói chung và bệnh vùng cổ gáy thoái hóa cột sống cổ nói riêng nhiều hơn và sớm hơn so với nam giới [6].

Nội kinh viết: “Con gái 7 tuổi Thận khí thịnh, răng thay, tóc dài; tuổi mười bốn (nhị thất – 2 x 7) thì Thiên quý đến, Nhâm mạch thông, Xung mạch thịnh, Nguyệt sự theo đúng thì chảy xuống, cho nên có thể sinh con; tuổi hai mươi mốt (tam thất – 3 x 7) Thận khí sung mãn, cho nên răng thực mọc lên và dài hẳn; tuổi hai mươi tám (tứ thất – 4 x 7) thì gân và xương cứng chắc, tóc dài nhất, thân thể thịnh tráng; tuổi ba mươi lăm (ngũ thất – 5 x 7) mạch Dương minh bị suy, mặt bắt đầu nhăn, tóc bắt đầu rụng; tuổi bốn mươi hai (lục thất – 6 x 7) mạch Tam dương bị suy ở trên, mặt bắt đầu nhăn, tóc bắt đầu trắng; tuổi bốn mươi chín (thất thất – 7 x 7) Nhâm mạch bị hư, mạch Thái xung suy thiếu, Thiên quý kiệt, mạch đạo ở hạ bộ không còn thông, cho nên hình thể bị hoại và không còn sinh con nữa.

Trượng phu (con trai) 8 tuổi thì Thận khí thực, tóc dài, răng thay; tuổi mười sáu (nhị bát – 2 x 8) Thận khí thịnh, Thiên quý đến, tinh khí (có thể) chảy tràn ra, Âm Dương được hòa, cho nên có thể có con; tuổi hai mươi bốn (tam bát – 3 x 8) Thận khí được sung mãn, gân xương thẳng cứng, cho nên răng thực mọc lên và dài hẳn; tuổi ba mươi hai (tứ bát – 4 x 8) gân xương đã to và thịnh, cơ nhục được đầy đủ và khỏe mạnh; tuổi bốn mươi (ngũ bát – 5x8) Thận khí suy, tóc rụng, răng bị khô; tuổi lục bát Dương khí suy kiệt ở trên, mặt nhăn, tóc bạc hoa râm; tuổi năm mươi sáu (thất bát) Can khí suy, cân

không còn có thể động; tuổi sáu mươi tư (bát bát – 8 x 8) thiên quý kiệt, tinh khí ít đi, Thận tạng bị suy, hình thể đều bị suy cực, do đó mà tóc và răng bị rụng. Thận chủ thủy, nhận tinh khí của ngũ tạng lục phủ để tạng chứa, cho nên nếu ngũ tạng thịnh thì có thể cho chảy ra; nay nếu ngũ tạng đều suy, cân cốt bị yếu, không còn sức, Thiên quý tận, do đó tóc và tóc mai bị trắng, thân thể nặng nề, bước đi không vững, và sẽ không có con" [22].

4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy bệnh nhân thuộc đối tượng lao động chân tay chiếm 23,3%, lao động trí óc chiếm 30%, lao động khác chiếm 46,7% ở nhóm nghiên cứu. Ở nhóm chứng, lao động chân tay chiếm 20%, lao động trí óc chiếm 36,7%, lao động khác chiếm 43,3%. Không có sự khác biệt về phân bố nghề nghiệp giữa NNC và NC (biểu đồ 3.1).

Tỷ lệ này cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu như: Nguyễn Thị Thắm là 58,6% [38]; Đặng Trúc Quỳnh (66,7%) [33].

Một thực tế cho thấy khi xã hội phát triển, nhu cầu chuyên môn hóa càng cao, con người không phải vận động cơ bắp nhiều, làm việc trong một tư thế gò bó, ít vận động nên một số nhóm cơ phải làm việc quá sức, cơ dễ bị co cứng, gây đau mỏi, hạn chế động tác mà cơ đó chi phối. Mặt khác, nghề nghiệp nhóm viên chức với đặc trưng là các nhân viên văn phòng chủ yếu làm việc kéo dài với tư thế cúi cổ thường xuyên gây tăng nguy cơ đau vùng cổ gáy và thoái hóa cột sống cổ.

4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng thời gian đau ở nhóm nghiên cứu < 3 tháng là 23,3%, 3-<6 tháng là 60% và 6-12 tháng là 16,7%. Ở nhóm chứng thời gian đau < 3tháng là 26,7%, 3-<6 tháng là 53,3% và 6-12 tháng là 20%. Sự khác biệt về thời gian đau giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Trang với

56,5% cho nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 1-3 tháng [39]. Hầu hết các nghiên cứu đều đã chứng minh rằng, thời gian đau vai gáy trước khi đến cơ sở y tế có ảnh hưởng đến kết quả điều trị chung, vì vậy việc phát hiện sớm các dấu hiệu bệnh để đến cơ sở y tế điều trị kịp thời sẽ giúp cải thiện tình trạng đau được tốt hơn.

4.1.5. Đặc điểm về mức độ đau

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: điểm đau VAS trung bình nhóm nghiên cứu là 5,6 ± 2,19 điểm, nhóm chứng là 5,43 ± 2,17 điểm. Trong nghiên cứu, các bệnh nhân có mức độ đau nhiều chiếm 56,7% ở nhóm nghiên cứu và 60% ở nhóm chứng. Bệnh nhân đau ít chiếm 20% nhóm nghiên cứu và 20% nhóm chứng. Sự khác biệt về các mức độ đau và điểm đau trung bình của 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05. Mức độ đau của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh là 5,93 ± 1,41 [33], Trương Văn Lợi là 6,81 ± 1,21 [43], Nguyễn Tuyết Trang là 6,06 ± 1,24 điểm [39]. Sự khác biệt này do khác biệt về thời gian, địa điểm lấy bệnh nhân; cỡ mẫu của các nghiên cứu đều nhỏ nên không thể hiện hết mức độ bệnh cũng như tình trạng bệnh trong cộng đồng.

4.1.6. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim Xquang

Theo kết quả của nghiên cứu trên hình ảnh Xquang cột sống cổ, tổn thương dẫn đến thay đổi đường cong sinh lý và hẹp khe khớp xuất hiện nhiều nhất với 93,3% ở NNC và 96,7% ở NC; bên cạnh đó các hình ảnh tổn thương khác như mọc gai xương, mờ hẹp khe khớp và đặc xương dưới sụn xuất hiện cũng chiếm khoảng 56,7% ở NNC và 50% ở NC; tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương phối hợp của gai xương và hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn lần lượt là 83,3% ở NNC và 76,7% ở NC. Tỷ lệ này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh (83,3%) [33], Lâm Ngọc Xuyên (83,33%) [42].

Đau vùng cổ gáy phụ thuộc vào yếu tố cơ học và tâm lý. Tổn thương trên phim Xquang thường không tương xứng với mức độ đau trên lâm sàng. Theo Trần Ngọc Ân, những dấu hiệu Xquang không có ý nghĩa về mặt bệnh học vì phần lớn không có biểu hiện lâm sàng hoặc rất lâu mới xuất hiện triệu chứng lâm sàng [3]. Do đó không thể chỉ dựa đơn thuần vào dấu hiệu Xquang đơn thuần để chẩn đoán đau vùng cổ gáy, tuy nhiên khi kết hợp triệu chứng lâm sàng và hình ảnh Xquang giúp cho việc chẩn đoán trở nên chính xác hơn.

4.1.7. Đặc điểm về tầm vận động cột sống cổ

Kết quả của nghiên cứu cho thấy mức vận động cột sống cổ hạn chế trung bình (11-25^{o}) chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu với 56,7% ở nhóm nghiên cứu và 60% ở nhóm đối chứng, thấp hơn là mức vận động cột sống cổ hạn chế nhiều (0-10^{0}) với 20% ở nhóm nghiên cứu và 20% ở nhóm đối chứng.

Cụ thể, ở NNC tầm vận động của các động tác như sau: Cúi 17 ± 3,56 độ; ngửa 15,37 ± 5,36 độ; nghiêng trái 18,83± 5,37 độ; nghiêng phải 15,77± 3,9 độ; xoay trái 17,07±3,48 độ; xoay phải 16,93±3,2 độ. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa về mặt thống kê với p>0,05. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Trang với tỷ lệ bệnh nhân trước điều trị có mức độ hạn chế tậm vận động khớp ở mức hạn chế ít, hạn chế vừa, hạn chế nhiều và hạn chế rất nhiều lần lượt là 16,7%, 33,3%, 41,7% và 8,3% [39].

Kết quả này cho thấy yếu tố chủ yếu làm cho bệnh nhân phải đến khám là hạn chế vận động một hoặc nhiều động tác vận động cột sống cổ như cúi, ngửa, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải. Vì vậy việc phục hồi khả năng vận động cột sống cổ cho bệnh nhân cũng là một trong những yếu tố quan trọng trong điều trị.

4.2. Hiệu quả điều trị của phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại điều trị đau cổ gáy

4.2.1. Cải thiện mức độ đau

Kết quả của nghiên cứu cho thấy: Sau 10 ngày điều trị, bệnh nhân trong nghiên cứu không đau hoặc đau ở mức vừa hoặc nhẹ. Không có bệnh nhân đau rất nhiều ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Mức độ đau (theo thang VAS) của nhóm nghiên cứu 3,63 ± 1,13 điểm tốt hơn nhóm chứng 4,0 ± 0,95 điểm. Sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê p > 0,05.

Sau 20 ngày điều trị, bệnh nhân trong nghiên cứu không đau hoặc đau ở mức ít. Không có bệnh nhân đau rất nhiều ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Mức độ đau (theo thang VAS) của nhóm nghiên cứu 1,17 ± 1,11 điểm tốt hơn nhóm chứng 1,87 ± 1,16 điểm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Tư với nhóm nghiên cứu là 0,9±0,7 điểm và nhóm đối chứng là 1,3 ± 0,7 điểm [40]; nhẹ hơn so với nghiên cứu của Lâm Ngọc Xuyên với nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là 1,63 ± 0,94 điểm và 2,27 ± 0,79 điểm [42].

Sự cải thiện đau theo thang điểm đau VAS ở nhóm bệnh nhân dùng kết hợp cấy chỉ và xoa bóp bấm huyệt, chiếu đèn hồng ngoại cho thấy kết quả tốt hơn rõ rệt so với chỉ xoa bóp bấm huyệt và chiếu đèn hồng ngoại.

4.2.2. Cải thiện tầm vận động cột sống cổ

Bên cạnh đánh giá cải thiện mức đau theo thang điểm VAS thì mức độ cải thiện tầm vận động khớp cổ cũng là một tiêu chuẩn quan trọng đánh giá hiệu quả điều trị. Hạn chế tầm vận động cột sống cổ do thoái hóa là hậu quả của triệu chứng đau, co cứng cơ, do giảm đàn hồi bao khớp và dây chằng, do tổn thương gai xương, hẹp khe khớp và dây chằng…

Kết quả của nghiên cứu cho thấy, cả hai phương pháp điều trị đều có tác dụng cải thiện tầm vận động khớp ở bệnh nhân sau 20 ngày điều trị. Cụ thể đó là làm giảm tỷ lệ bệnh nhân có tầm vận động khớp ở mức hạn chế nhiều và tăng tỷ lệ bệnh nhân có tầm vận động khớp ở mức hạn chế ít. Riêng

với nhóm sử dụng kết hợp cấy chỉ và xoa bóp bấm huyệt, chiếu đèn hồng ngoại còn làm giảm tỷ lệ bênh nhân có tầm vận động ở mức hạn chế rất nhiều và tăng tỷ lệ bệnh nhân không bị hạn chế.

Sau 20 ngày điều trị, ở cả 2 nhóm đã có những cải thiện trong việc tăng tầm vận động cột sống cổ, các động tác đều có chiều hướng vận động dễ dàng hơn.

Sau 20 ngày điều trị, đánh giá tầm vận động chung của 2 nhóm số lượng bệnh nhân không hạn chế (41-45^o), hạn chế ít (26-40^o), hạn chế trung bình (11-25^0) có tỷ lệ lần lượt là 46,7%; 53,3%; 0% ở nhóm nghiên cứu; 20%; 60%; 20% ở nhóm đối chứng và không có bệnh nhân bị hạn chế nhiều. Mức độ cải thiện này có ý nghĩa thống kê giữa trước lúc điều trị và sau khi điều trị cũng như có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với $p<0,05$. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Lâm Ngọc Xuyên tầm vận động cúi tăng từ 25,13 ± 2,71° lên 40,20 ± 3,67°; vận động ngửa tăng từ 27,63 ± 1,54° lên 44,27 ± 2,49° [42] và nghiên cứu của Phạm Minh Vương nhóm nghiên cứu số bệnh nhân tầm vận động hạn chế ít tăng lên 70,0%, hạn chế vừa là 23,3% và không hạn chế là 6,7% [41].

Khi xét đến từng động tác trong vận động cột sống cổ, nghiên cứu chỉ ra sự thay đổi rõ rệt ở nhóm nghiên cứu các động tác như sau: động tác cúi tăng từ 17 ± 3,56 độ lên 32,9 ± 3,52 độ, động tác ngửa tăng từ 15,37 ± 5,36 độ lên 33,73 ± 5,02 độ; động tác nghiêng trái tăng từ 18,83 ± 5,37 độ lên 33,03 ± 5,58 độ; động tác nghiêng phải tăng từ 15,77±3,9 độ lên 37,83±5,96 độ; động tác xoay trái tăng từ 17,07 ± 3,48 độ lên 34,27 ± 4,73 độ; động tác xoay phải tăng từ 16,93±3,2 độ lên 35,2±6,27 độ. Khi so sánh hai nhóm ta thấy rằng nhóm nghiên cứu cho kết quả điều trị tốt hơn có ý nghĩa $p<0,05$, sự thay đổi đó có thể kể đến do tác dụng của kết hợp cấy chỉ và XBBH và chiếu đèn hồng ngoại.

Việc thay đổi tầm vận động cột sống cổ liên quan nhiều và trực tiếp đến cuộc sống, sinh hoạt và làm việc của bệnh nhân, vì vậy việc có sự thay đổi như trong nghiên cứu có ý nghĩa rất lớn trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

4.2.3. Cải thiện chức năng cột sống cổ NDI

Biểu đồ 3.5 cho thấy trước điều trị, điểm NDI trung bình của nhóm nghiên cứu là 19,80 ± 6,43 điểm, của nhóm chứng 19,93 ± 5,78 điểm, không có sự khác biệt giữa hai nhóm p > 0,05.

Sau điều trị cho thấy có sự cải thiện rõ rệt chức năng cột sống cổ cho bệnh nhân ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Sau 10 ngày điều trị, hiệu suất cải thiện là 14,17±6,2 cho nhóm nghiên cứu và 16,07 ±5,84 cho nhóm đối chứng. Nhóm nghiên cứu có sự cải thiện nhiều hơn đây có thể do tác dụng của phương pháp cấy chỉ trong những ngày đầu.

Sau khi kết thúc điều trị nhóm nghiên cứu cải thiện hiệu suất là 7,43±4,92, ở nhóm chứng cải thiện 11,73 ±4,96, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05 cho thấy hiệu quả trên lâm sàng của việc sử dụng kết hợp với cấy chỉ với xoa bóp bấm huyệt và chiếu đèn hồng ngoại so với phương pháp xoa bóp bấm huyệt và chiếu đèn hồng ngoại. Kết quả này cũng phù hợp với việc bệnh nhân cảm thấy dễ dàng hơn trong việc vận động cột sống cổ cũng như sự linh hoạt trong các hoạt động thường ngày như tự chăm sóc bản thân, làm việc nhà, bê vác đồ vật, đọc sách, lái xe mà không gặp nhiều trở ngại và các triệu chứng khó chịu như đau đầu, giảm tập trung, mất ngủ.

Có được kết quả này là sự tác dụng hiệp đồng của 3 phương pháp: Cấy chỉ giúp giảm đau, giãn cơ theo học thuyết thần kinh thể dịch của y học hiện đại, giúp cân bằng lại âm dương kinh lạc trong cơ thể theo học thuyết kinh lạc của y học cổ truyền; XBBH ngoài tác dụng tại chỗ là giảm đau, giãn cơ, tăng cường dinh dưỡng và lưu thông tuần hoàn còn có tác dụng toàn thân thông

qua cơ chế thần kinh thể dịch là phòng bệnh và nâng cao sức khỏe. Với chiếu đèn hồng ngoại, có thể thấy rằng ở những vùng chịu tác động nhiệt của hồng ngoại sẽ giãn mạch đỏ da giống như các phương pháp nhiệt khác, nên có tác dụng giảm đau, chống viêm mạn tính, làm mềm cơ. Qua đó chúng tôi thu được hiệu quả rõ ràng trong việc cải thiện chức năng cột sống cổ đánh giá theo điểm NDI trên nhóm nghiên cứu.

4.2.4. Hiệu quả điều trị chung

Đánh giá kết quả điều trị dựa vào tổng số điểm 3 chỉ số bao gồm mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ cải thiện chức năng cột sống cổ theo bộ câu hỏi NDI và mức độ cải thiện tầm vận động cột sống cổ.

Kết quả ở biểu đồ 3.7 cho thấy, sau 20 ngày điều trị điều trị có 33,3% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có kết quả điều trị tốt, 60% bệnh nhân có kết quả điều trị khá và 6,67% bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình; không có bệnh nhân nào có kết quả điều trị kém. Ở nhóm chứng có 13,3% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt, 63,3% bệnh nhân có kết quả điều trị khá và 23,3% bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình, không có bệnh nhân có kết quả điều trị kém. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt ở nhóm nghiên cứu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng với $p<0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm sau 20 ngày điều trị kết quả tốt là 80%, kết quả điều trị khá là 20% [38]. Qua kết quả nghiên cứu chung cho thấy mức độ hiệu quả của phương pháp dùng kết hợp cấy chỉ với XBBH và chiếu đèn hồng ngoại mang lại kết quả rất khả quan trên lâm sàng.

4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp

Như chúng ta đã biết, tất cả các phương pháp điều trị đều có khả năng gây tác dụng không mong muốn, việc đánh giá khả năng có lợi và có nguy cơ tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị là cần thiết khi áp dụng trên người bệnh. Một phương pháp điều trị được đánh giá là tốt khi không chỉ

mang lại hiệu quả điều trị mà còn phải đảm bảo an toàn, ít tác dụng không mong muốn, bệnh nhân dễ dàng chấp nhận.

Để đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp, chúng tôi tiến hành quan sát và ghi chép vào hồ sơ bệnh án những diễn biến bất thường của bệnh nhân (tại chỗ, toàn thân) trong suốt quá trình điều trị, phương pháp xử trí và tiến triển sau xử trí.

4.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Trong nghiên cứu này, bên cạnh việc thực hiện đúng quy trình kỹ thuật của các phương pháp điều trị, chúng tôi tiến hành theo dõi các biến cố bất lợi có thể xảy ra trên 60 bệnh nhân nghiên cứu trong suốt liệu trình 20 ngày điều trị trên lâm sàng với các biểu hiện đau, sẩn ngứa, sưng nề, nhiễm trùng, hay các triệu chứng bất thường khác xuất hiện trong quá trình cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt.

Kết quả nghiên cứu được trình bày trên bảng 3.15 cho thấy chỉ có 1 BN có triệu chứng ngứa tại vị trí huyệt được cấy chỉ, ngoài ra không có trường hợp nào xuất hiện các tác dụng không mong muốn. Tuy nhiên chúng tôi chỉ ghi nhận được 1 bệnh nhân có biểu hiện ngứa tại chỗ, và chỉ kéo dài trong khoảng thời gian ngắn sau thời điểm cấy chỉ lần đầu tiên, mà không có bất kỳ một triệu chứng của phản vệ hay các dấu hiệu khác, nguyên nhân có thể do phản ứng của cơ thể với chỉ catgut, bệnh nhân lần đầu tiếp xúc với phương pháp cấy chỉ catgut, cơ thể chưa quen với các tác nhân bên ngoài tác động vào mà sinh ra các phản ứng quá mẫn sau cấy chỉ.

Trong thời gian 20 ngày điều trị, không bệnh nhân nào có biểu hiện bất thường tại vị trí được chiếu đèn, không có bệnh nhân nào có biểu hiện rát, bỏng vùng da được chiếu đèn.

Bệnh nhân được xoa bóp bấm huyệt ngay sau khi chiếu đèn hồng ngoại, vùng da được xoa bóp không có biểu hiện sẩn ngứa, dị ứng, bầm tím

hoặc đau rát. Thủ thuật xoa bóp được tiến hành đúng kĩ thuật, bài bản và mức độ day ấn được cân đối phù hợp với từng bệnh nhân. Do vậy, trong quá trình xoa bóp bấm huyệt, chúng tôi không ghi nhận được biểu hiện bất thường nào.

Có được kết quả này cũng là do khi tiến hành thủ thuật cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại và XBBH chúng tôi đã có sự chuẩn bị kỹ lưỡng của thầy thuốc và giải thích rõ ràng với người bệnh để có sự hợp tác cao nhất của bệnh nhân trong quá trình điều trị, giúp cho điều trị đạt hiệu quả cao nhất và giảm thiểu tối đa các tác dụng không mong muốn.

4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên các chỉ số sinh tồn

-Từ kết quả nghiên cứu thu được trong bảng 3.14 cho thấy tình trạng mạch, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân tại các thời điểm nghiên cứu là không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Tần số mạch trung bình của nhóm NC trước điều trị là 77,17 ± 4,40 lần/phút; sau điều trị là 76,21± 4,15 lần/phút, nhịp thở trung bình của nhóm NC trước điều trị là 19,26 ± 1,43 lần/phút; sau điều trị là 18,50 ± 0,99 lần/phút, tương đương với các chỉ số này ở nhóm ĐC và đều nằm trong giới hạn mạch, nhịp thở bình thường ở người trưởng thành ($p>0,05$). Về chỉ số huyết áp, cũng theo bảng 3.16 chúng tôi nhận thấy thấy sau điều trị, huyết áp tâm thu và tâm trương của bệnh nhân ở nhóm NC và nhóm ĐC không có sự khác biệt với $p>0,05$.

Như vậy, điều trị đau vùng cổ gáy bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt hay chỉ điều trị bằng chiếu đèn hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt đều không làm ảnh hưởng đến tần số mạch và nhịp thở, huyết áp của người bệnh.

4.3.3. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng của các phương pháp

Các kết quả nghiên cứu về chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu trong máu ngoại vi của bệnh nhân trong liệu trình 20 ngày điều trị được trình bày trên

bảng 3,16 cho thấy tại các thời điểm trước và sau điều trị, các chỉ số này không có sự biến đổi có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Các kết quả nghiên cứu sự biến đổi các chỉ số hóa sinh liên quan đến chức năng gan cũng như chức năng lọc của thận cho thấy chỉ số AST, ALT, ure và creatinin trong máu bệnh nhân không có sự khác biệt tại các thời điểm trước và sau điều trị (p>0,05). Như vậy,phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt hay chỉ điều trị bằng chiếu đèn hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt đều không làm ảnh hưởng đến chức năng gan, thận.

Điều này chứng tỏ cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt hay chỉ điều trị bằng chiếu đèn hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt đều không ảnh hưởng đến các chỉ số huyết học của người bệnh.

Từ các dẫn liệu trên, bước đầu có thể cho phép chúng ta bước đầu kết luận rằng cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt là phương pháp điều trị an toàn với người bệnh đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ.

KẾT LUẬN

1. Kết quả điều trị đau vùng cổ gáy phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại

Tác dụng giảm đau sau 20 ngày điều trị ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp XBBH và chiếu đèn hồng ngoại, điểm VAS trung bình giảm từ 5,6 ± 1,19 điểm trước nghiên cứu xuống còn 1,17 ± 1,11 điểm sau khi điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với p <0,05.

Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống cổ sau 20 ngày điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp XBBH và chiếu đèn hồng ngoại kết quả không còn bệnh nhân nào hạn chế nhiều, 53,3% bệnh nhân hạn chế ít, 46,7% bệnh nhân không hạn chế vận động cột sống cổ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với p<0,05.

Tác dụng cải thiện chức năng cột sống cổ sau 20 ngày điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp XBBH và chiếu đèn hồng ngoại, điểm NDI cho thấy 100% bệnh nhân đều có sự cải thiện tốt, không còn bệnh nhân nào ở mức hạn chế nhiều, mức hạn chế nhẹ và không hạn chế đạt 93,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với p<0,05.

Tác dụng điều trị chung sau 20 ngày điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp XBBH và chiếu đèn hồng ngoại, có hiệu quả điều trị cao với 33,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 56,7% bệnh nhân đạt kết quả khá. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với p<0,05.

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp

Trong nghiên cứu của chúng tôi và trong quá trình điều trị chưa ghi nhận biểu hiện tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ kết hợp XBBH và chiếu đèn hồng ngoại trên lâm sàng. Phương pháp này được đánh giá là an toàn trong quá trình theo dõi điều trị.

KIẾN NGHỊ

1. Phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại điều trị bệnh đau cổ gáy bước đầu cho thấy có hiệu quả điều trị khá tốt, sử dụng an toàn trên lâm sàng và không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng cũng như trên cận lâm sàng. Do vậy có thể áp dụng trong điều trị các bệnh nhân đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống cổ ở thể can thận hư kèm phong hàn thấp.

2. Cần tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu, phạm vi rộng hơn và thời gian dài hơn để đánh giá chi tiết hơn về tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại điều trị bệnh đau cổ gáy trong điều trị các triệu chứng đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống cổ ở từng thể bệnh của YHCT, các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

[1] **Trần Ngọc Ân** (2002), *Bệnh thấp khớp*, NXB Y học Hà Nội, tr. 253 - 281.

[2] **Trần Ngọc Ân và Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2015), *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, NXB Giáo Dục Việt Nam, Hà Nội, Tr 212 – 224.

[3] **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2000), *Tổng quan tình hình bệnh khớp Việt Nam,* Công trình nghiên cứu khoa học, NXB Y học, Hà Nội, tr. 36-42.

[4] **Nguyễn Thị Bay** (2007), *Bệnh học và điều trị nội khoa*, NXB Y học Hà Nội, Tr. 521.

[5] **Bộ môn giải phẫu – trường Đại học Y Hà Nội** (2001),*Giải phẫu người tập 1*, NXH y học Hà Nội

[6] **Bộ môn sinh lý – trường Đại học Y Hà Nội** (2001), Sinh lý học tập 2, NXB Y học, Hà Nội.

[7] **Bộ môn thần kinh – trường Đại học Y Hà Nội** (2001), *Bài giảng thần kinh*, NXB y học Hà Nội.

[8] **Bộ Y Tế** (2008), *Danh mục Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền***,**Ban hành kèm theo Quyết định số 26/2008/QĐ-BYT ngày 22/07/2008 của Bộ Y tế.

[9] **Bộ Y Tế - Bệnh viện Bạch Mai** (2017), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh học nội khoa. NXB Y học, tr.650-652.

[10] **Bộ môn Phục hồi chức năng** (2017), Phục hồi chức năng, NXB Y học

[11] **Hoàng Bảo Châu** (2010), *Nội khoa học cổ truyền*, NXB thời đại, tr. 528 - 538.

[12] **Hoàng Bảo Châu, Nguyễn Đức Đoàn** (2007), *Danh từ thuật ngữ Y – Dược cổ truyền*, NXB Y học tr. 327-328, tr .341, tr. 434-435, tr. 287-288, tr. 367, tr 372, tr. 351-352, tr. 286-287, tr. 311

[13] **Tô An Châu, Mai Thị Nhâm** (1999), Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang ở 50 bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ, Y học quân sự, số chuyên đề công trình NCKH, tr. 21 - 26

[14] **Nguyễn Doãn Cường** (2007), Giải phẫu X-quang, NXB Y học Hà Nội, tr. 36 – 40.

[15] **Vi Quốc Hoàng, Trần Văn Tuấn, Dương Minh Thu** (2008), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp X quang đốt sống cổ trên bệnh nhân đau vai gáy, Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, tr. 1 – 8.

[16] **Mai Trung Dũng** (2014). Đánh giá kết quả điều trị kết hợp tập con lăn Doctor 100 trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hoá cột sống cổ, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.

[17] **Học viện Y học cổ truyền Trung Quốc** (2000), Học thuyết kinh lạc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

[18] **Nguyễn Thị Bích, Đào Thanh Hoa, Nguyễn Thị Minh Thúy** (2019), *Đánh giá kết quả giảm đau trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp cấy chỉ*, Luận văn thạc sĩ.

[19] **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2003), *Bài giảng Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, tập 1, tr. 233 - 234, tr. 241, tr. 238 -239, tr. 273, tr. 146, tr. 132, tr. 146, tr. 145 - 146.

[20] **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp** (Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

[21] **Trần Thị Thanh Hương** (2002), Cấy chỉ điều trị giảm đau trong hội chứng vai gáy, Tạp chí nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam, 6, tr.38-39.

[22] **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội** (2005), Bài giảng Y học cổ truyền tập II, NXB Y học.

[23] **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y hà nội** (2006), *Nội khoa Y học cổ truyền*, NXB Y học, tr. 249 – 251..

[24] **Nguyễn Nhược Kim** (2009), *Phương tễ học*, nhà xuất bản Y học, tr. 66-67.

[25] **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2011), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr. 140-153.

[26] **Phạm Gia Nhâm, Lưu Thị Hiệp** (2009), Hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động của điện châm trong điều trị thoái hóa cột sống cổ, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y dược Hồ Chí Minh.

[27] **Hồ Hữu Lương** (2012), *Thoái hóa cột sống cổ và Thoát vị đĩa đệm*, nhà xuất bản Y học, tr. 7-96.

[28] **Đỗ Tất Lợi** (2011), Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản Thời Đại, tr. 396-397, tr. 146-148, tr. 654-6557, tr. 55-59, tr. 720-723,tr. 112-113, tr. 858-860, tr. 507 – 509, tr. 664- 665.

[29] **Bộ môn Phục hồi chức năng** (2017), Phục hồi chức năng, NXB Y học

[30] **Nguyễn Quang Quyền** (2000), "*Cột sống cổ*", *Bài giảng giải phẫu học*, Nhà xuất bản Y học.

[31] **Võ Tam và CS** (2012)**,** *Thoái hóa cột sống cổ - Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp,* Hội thấp khớp học Việt Nam, tr. 220 – 225.

[32] **Bộ môn châm cứu** (2017), "*Bài giảng cấy chỉ", Châm cứu*, Học viện y dược học cổ truyền việt nam.

[33] **Đặng Trúc Quỳnh** (2014), Đánh giá tác dụng của bài thuốc "Cát căn thang" điều trị bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

[34] **Lê Thúy Oanh** (2010), *Cấy chỉ*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.

[35] **Đậu Xuân Cảnh** (2019), *Nghiên cứu tác dụng chống thoái hóa khớp gối của cao đặc KNC trên động vật thực nghiệm*. Nghiệm thu đề tài khoa học cấp cơ sở Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam

[36] **Hồ Thị Tâm** (2013), Đánh giá tác dụng điều trị bệnh đau thắt lưng do thoái hoá cột sống bằng phương pháp cấy chỉ catgut vào huyệt, Luận văn thạc sỹ, Trường đại học y Hà Nội.

[37] **Bộ Y Tế - Bệnh viện Bạch Mai** (2017), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh học nội khoa*. Nhà xuất bản Y học, tr.650-652

[38] ***Nguyễn Thị Thắm** (2008).* Đánh giá hiệu quả điều trị đau cổ vai gáy trong thoái hóa cột sống cổ bằng một số phương pháp vật lý kết hợp vận động trị liệu, *Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.*

[39] **Nguyễn Tuyết Trang** (2013), Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp cấy chỉ catgut vào huyệt, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

[40] **Lê Tư** (2015), Đánh giá tác động của xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc bổ dương hoàn ngũ thang trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ. Luận văn thạc sĩ, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.

[41] **Phạm Minh Vương** (2016), Đánh giá tác dụng điều trị đau do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp tác động cột sống kết hợp bài thuốc Quyên tý thang, Luận văn thạc sĩ, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.

[42] **Lâm Ngọc Xuyên** (2017), Đánh giá tác dụng điều trị thoái hóa cột sống cổ sử dụng bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Luận văn thạc sĩ, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.

[43] **Trương Văn Lợi** (2007). Đánh giả tác dụng điều trị hội chứng co cứng cơ vùng cổ gáy bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội

Tiếng Anh

[44] **American Association of Neuroscience Nurses** (2005), Cervical SpineSurgery Aguide to preoperative and Postoperative patient care, Handbook of neurosurgery, pp: 900 - 1145.

[45] **He D., Hostmark A., Veiersted K. B. et al** (2005). Effect of intensive acupuncture on pain- related social and psychological variables for women with chronic neck and shoulder pain- an RCT with six month and three year follow up, Acupunct Med., 23(2), 52 - 61.

[46] **Aslan Telci E, Karaduman A** (2010). Effects of three different conservative treatments on pain, disability, quality of life and mood in patients with cervical spondylosis, Zhongguo Zhen Jiu, 30(10), 700 - 793

[47] **Emery S.E.** (2001), Cervical spondylotic myelopathy: diagnosis andtreatment, J.Am. Acad.Orthop. Sur, 9(6), pp: 376 - 388.

[48] **Frank H. Netter, MD** (2001). Atlas of Hunman Anatomy, Summit, New Jersey, 20 – 30.

[49] **Yi GQ, Huang YX, Lu M et al** (2009). Observation on therapeutic effect of cervical spondylosis of vertebral artery type treated with both acupuncture and mild moxibustion, Chin J Integr Med, 15(6), 426 - 430.

Tiếng Trung

[50] **张喜秋 ，刘仍军** (2013). 独活寄 生汤配合推拿及中药熏洗治疗神经根型颈椎病, 长春中医药大学学报, 29(2), 298 - 299 页.
Trương Hỷ Thu, Lưu Thượng Quân (2013). Độc hoạt ký sinh thang kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị

PHỤ LỤC 1

BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG/ BỆNH VIỆN TUỆ TĨNH

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: "Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại điều trị đau vùng cổ gáy"

Người hướng dẫn: **TS. NGUYỄN ĐỨC MINH**

Học viên: Trần Mạnh Cường – CH10 Chuyên ngành YHCT

STT Nghiên cứu ☐ Chứng ☐ Số vv:

I. Hành chính:

1. Họ tên bệnh nhân:…….

2.Tuổi:……

3. Giới: Nam ☐ Nữ ☐

4. Nghề nghiệp: Lao động trí óc ☐ Lao động chân tay ☐

5. Địa chỉ:……

6. Ngày vào viện:…….

7. Ngày ra viện:……

II. Bệnh sử: Diễn biến bệnh: 1 – 3 tháng ☐ ≥ 3 tháng ☐

III. Tiền sử:

IV. Khám lâm sàng:

1. Khám toàn thân lúc vào viện:

Chiều cao…….. Cân nặng…….

Mạch …… Nhiệt độ…….. Huyết áp……..

2. Khám lâm sàng, cận lâm sàng:

Y học hiện đại:

STT	Triệu chứng		D_0	D_{10}	D_{20}
1	Mức độ đau VAS				
2	Tầm vận động cột sống cổ	Cúi (45º - 55º)			
		Ngửa (60º - 70º)			
		Nghiêng trái (40º - 50º)			
		Nghiêng phải (40º - 50º)			
		Quay trái (60º - 70º)			
		Quay phải (60º - 70º)			
3	Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày NDI				
4	Hội chứng rễ				
5	X-quang cột sống cổ	Gai xương □			
		Mất đường cong sinh lý □			
		Hẹp lỗ tiếp hợp □			
6	Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	Chảy máu □			
		Dị ứng □			
		Bỏng □			
		Sốc□			
		Đau tăng □			
7	**Tổng điểm**				

1. Cận lâm sàng (nếu có)……

2. Chẩn đoán theo YHHĐ:……

Y học cổ truyền:

Tình trạng BN		Trước điều trị	Sau điều trị
Vọng chẩn	Thần		
	Sắc		
	Hình thái		
	Bộ phận bị bệnh		
	Dáng đi, tư thế		
	Mắt, mũi, môi		
	Lưỡi: chất lưỡi, rêu lưỡi		
Văn chẩn	Tiếng nói		
	Hơi thở		
	Ho, nôn, nấc		
	Chất thải		
Vấn chẩn	Hàn nhiệt		
	Mồ hôi		
	Ẩm thực		
	Đại tiểu tiện		
	Đầu, thân mình		
	Ngực bụng		
	Ngũ quan		
	Ngủ		
	Nữ: khí hư, kinh nguyệt		
	Cựu bệnh		
Thiết chẩn	Xúc chẩn		
	Phúc chẩn		
	Mạch chẩn		

Chẩn đoán:

Chẩn đoán bát cương:

Chẩn đoán tạng phủ:

Chẩn đoán nguyên nhân:

Chẩn đoán thể bệnh:

V. Kết quả điều trị:

- Tổng điểm:
- Xếp loại:

Ngày tháng năm

Xác nhận của phòng Kế hoạch tổng hợp

Bác sỹ điều trị

PHỤ LỤC 2

BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HẠN CHẾ HOẠT ĐỘNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY DO ĐAU CỔ (THE NECK DISABILITY INDEX - NDI)

Phần	Nội dung	D_0	D_{10}	D_{20}
Phần1 **CƯỜNG ĐỘ ĐAU**	A Hiện tại tôi không đau. B Hiện tại đau rất nhẹ. C Hiện tại đau vừa phải. D Hiện tại đau khá nặng. E Hiện tại đau rất nặng. F Hiện tại đau không thể tưởng tượng được.			
Phần 2 **SINH HOẠT CÁ NHÂN (Tắm, Mặc quần áo,…)**	A Tôi có thể tự chăm sóc bản thân mà không gây đau thêm B Tôi chăm sóc bản thân bình thường, nhưng gây đau thêm C Tôi bị đau khi chăm sóc bản thân, phải làm chậm và cẩn thận. D Tôi cần sự giúp đỡ, nhưng tự làm được hầu hết việc chăm sóc bản thân. E Tôi cần giúp đỡ trong hầu hết việc chăm sóc mình. F Tôi không tự mặc quần áo được, phải ở trên giường.			
Phần3 **NÂNG ĐỒ VẬT**	A Tôi có thể nâng vật nặng mà không bị đau thêm. B Tôi có thể nâng vật nặng, nhưng bị đau thêm. C Đau làm tôi không nâng được vật nặng từ dưới sàn nhà lên, nhưng có thể nâng nếu vật ở vị trí thuận lợi (ví dụ: trên bàn…).			

	D Đau làm tôi không nâng được vật nặng, nhưng tôi có thể nâng vật nhẹ và vừa nếu vật ở vị trí thuận lợi. E Tôi có thể nâng vật rất nhẹ. F Tôi không nâng hay mang vác được bất cứ vật gì.			
Phần4 **ĐỌC (Sách, báo,…)**	A Tôi có thể đọc lâu bao lâu mình muốn mà không bị đau cổ. B Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau nhẹ ở cổ. C Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau vừa phải ở cổ. D Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau vừa phải ở cổ. E Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau nặng ở cổ. F Tôi không thể đọc được bất cứ thứ gì.			
Phần5 **ĐAU ĐẦU**	A Tôi không bị đau đầu. B Tôi bị đau đầu nhẹ nhưng không thường xuyên. C Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng không thường xuyên. D Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng thường xuyên. E Tôi bị đau đầu nặng thường xuyên. F Hầu như lúc nào tôi cũng bị đau đầu.			

Phần6 **KHẢ NĂNG TẬP TRUNG CHÚ Ý**	A Tôi có thể dễ dàng tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn B Tôi thấy hơi khó khăn để tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn. C Tôi thấy khá khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. D Tôi rất khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. E Tôi thấy cực kỳ khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. F Tôi không thể tập trung chú ý được.			
Phần7 **LÀM VIỆC**	A Tôi có thể làm nhiều công việc như tôi mong muốn. B Tôi chỉ có thể làm được những công việc thường lệ của mình. C Tôi chỉ có thể làm được hầu hết những công việc thường lệ của mình. D Tôi không thể làm được công việc thường lệ của mình. E Tôi hầu như không làm được việc gì. F Tôi không thể làm được việc gì.			
Phần8 **LÁI XE**	A Tôi có thể lái xe mà không bị đau. B Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ nhẹ. C Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ vừa phải. D Tôi không thể lái xe bao lâu như mình muốn vì đau cổ vừa phải. E Tôi hầu như không lái xe được vì đau cổ nặng. F Tôi không thể lái được xe.			
Phần9 **NGỦ**	A Tôi không có vấn đề gì bất thường về ngủ. B Giấc ngủ của tôi bị rối loạn ít (ít hơn 1 tiếng mất			

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

Phụ lục 3

BẢN CAM KẾT TÌNH NGUYỆN

Tên đề tài:“ Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại điều trị đau vùng cổ gáy”

Tôi (Họ và tên): Tuổi: Giới

Địa chỉ:

Điện thoại liên hệ:

Số CMND: N**gày cấp: Nơi cấp:**

Xác nhận rằng:

- Tôi đã đọc bản cung cấp thông tin về nghiên cứu đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại điều trị đau vùng cổ gáy và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.

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

- Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm ngẫu nhiên, tôi hoàn toàn được cho biết về điều trị được chỉ định cho tôi.

- Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu là 20 ngày nội trú.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ông/bà muốn biết thêm thông tin/ có câu hỏi liên quan đến nghiên cứu, có thể liên hệ: Bác sỹ: Trần Mạnh Cường- Điện thoại: 0913496359

Ký tên của người tham gia	Ngày/ tháng/ năm
…….....	……

PHỤ LỤC 4

CÁC THỦ THUẬT XOA BÓP BẤM HUYỆT

STT	Động tác	Cách làm	Tác dụng
1	Day	Dùng gốc bàn tay, mô ngón út, mô ngón cái ấn xuống da của người bệnh và di chuyển theo đường tròn. Tay của thầy thuốc và da của bệnh nhân dính với nhau, da của bệnh nhân di động theo tay của thầy thuốc.	Giảm sưng, đau, khu phong thanh nhiệt
2	Lăn	Dùng mu bàn tay, ô mô út hoặc các khớp bàn ngón tay vận động nhẹ nhàng khớp cổ tay với một sức ép nhất định lần lượt lăn trên da, thịt của bệnh nhân	Khu phong, tán hàn, thông kinh lạc, giảm đau
3	Bóp	Dùng hai bàn tay hoạc các ngón tay bóp vào vùng cơ, vừa bóp vừa kéo thịt lên, không để thịt và gân trượt dưới tay. Không dùng đầu ngón tay để bóp	Khu phong, tán hàn, thông kinh lạc, giải nhiệt, khai khiếu
4	Chặt	Duỗi thẳng bàn tay, dùng ô mô út chặt liên tiếp vào chỗ bị bệnh	Khu phong, tán hàn, thông kinh lạc
5	Ấn	Dùng ngón tay, gốc bàn tay, mô ngón tay cái hoặc mô ngón út ấn vào một nơi hoặc huyệt nào đó	Thông kinh lạc, giảm đau
6	Vờn	Hai bàn tay hơi cong, bao lấy một vị trí rồi chuyển động ngược chiều kéo theo cả da thịt người bệnh chỗ đó chuyển động theo.	Bình can, giải uất, thông kinh lạc, điều hòa khí huyết.

STT	Động tác	Cách làm	Tác dụng
7	Vận động cột sống cổ	Một tay để ở cằm, một tay để ở chẩm, hai tay vận động ngược chiều nhau nhẹ nhàng sau đó đột ngột làm mạnh mạnh một cái nghe tiếng kêu khục.	Thông lý, mở khớp, tán nhiệt, tăng sức vận động.

PHỤ LỤC 5

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: "**Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn hồng ngoại điều trị đau vùng cổ gáy"**

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Ngày vào	Ngày ra	Số BA

Ngày……tháng…..năm .....

Xác nhận phòng KHTH **Bác sĩ điều trị/Nghiên cứu viên**

TÀI LIỆU THAM KHẢO