BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

TRẦN THU PHƯƠNG

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA THUỐC ĐẮP HV KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP BẤM HUYỆT TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐAU VÙNG CỔ GÁY

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

TRẦN THU PHƯƠNG

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA THUỐC ĐẮP HV KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP BẤM HUYỆT TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐAU VÙNG CỔ GÁY

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

Người hướng dẫn khoa học : TS.BS. Nguyễn Tiến Chung

HÀ NỘI - 2022

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này, tôi đã nhận được sự dạy bảo tận tình của các thầy cô, sự giúp đỡ của các bạn đồng nghiệp, sự động viên to lớn của của gia đình và những người thân.

Tôi xin trân trọng cảm ơn

Ban lãnh đạo, Bộ môn Hồi sức cấp cứu & chống độc, Bộ môn Nội - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, cùng toàn thể các bác sỹ, điều dưỡng, nhân viên Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

Đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành nghiên cứu này.

Với lòng trân trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành cảm ơn:

TS. Nguyễn Tiến Chung - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, là người thầy rất tận tâm, mẫu mực đã dạy bảo và hướng dẫn tôi trên con đường học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

PGS.TS. Vũ Nam - Giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, chủ tịch hội đồng cùng các thầy cô trong hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu, đã chỉ bảo cho tôi biết hướng nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn các anh chị đi trước, các bạn bè đồng nghiệp đã luôn sẵn sàng giúp đỡ tôi trong học tập và trong cuộc sống.

Hà Nội, ngày tháng năm 2022

Trần Thu Phương

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Trần Thu Phương, Học viên cao học khóa 12 - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền. Xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS Nguyễn Tiến Chung.

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

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2022

Người viết cam đoan

Trần Thu Phương

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ 1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN 3
1.1. ĐAU VÙNG CỔ GÁY VÀ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ 3
1.1.1. Đau vùng cổ gáy 3
1.1.2. Dịch tễ học và cơ chế bệnh sinh của thoái hóa cột sống cổ 5
1.1.3. Các đánh giá về bệnh thoái hóa cột sống cổ 7
1.1.4. Điều trị đau do thoái hóa cột sống cổ 9
1.2. TIẾN TRIỂN TỰ NHIÊN CỦA THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ ... 11
1.3. ĐAU VÙNG CỔ GÁY VÀ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN 12
1.3.1. Bệnh danh 12
1.3.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ 13
1.3.3. Các thể bệnh và điều trị 13
1.4. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ 16
1.4.1. Nghiên cứu ở nước ngoài 16
1.4.2. Nghiên cứu tại Việt Nam 16
1.5. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU 17
1.5.1. Tổng quan về thuốc đắp HV 17
1.5.2. Phương pháp điện châm 19
1.5.3. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt 20
CHƯƠNG 2: CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 21
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU 21

2.1.1. Bệnh nhân nghiên cứu 21
2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu 22
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 22
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu 22
2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu 22
2.2.3. Các biến số nghiên cứu 23
2.2.4. Các bước tiến hành 26
2.3. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÍ SỐ LIỆU 33
2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU 33
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 35
3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU 35
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới 35
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp 36
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo vị trí đau và thời gian xác định bệnh 36
3.1.4. Đặc điểm tổn thương cột sống cổ trên phim X-quang 37
3.2. KẾT QUẢ CỦA THUỐC ĐẮP HV TRONG ĐIỀU TRỊ 38
3.2.1. Sự thay đổi mức độ đau tại các thời điểm đánh giá 38
3.2.2. Thay đổi tầm vận động cột sống cổ tại các thời điểm đánh giá 41
3.2.3. Sự thay đổi chức năng cột sống cổ theo thang điểm NDI 48
3.2.4. Kết quả điều trị chung 49
3.2.5. Sự thay đổi một số chỉ số xét nghiệm và tác dụng không mong muốn 50
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN 52
4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NGHIÊN CỨU VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU 52
4.1.1. Đặc điểm chung của nghiên cứu 52
4.1.2. Tuổi và giới tính 53

4.1.3. Hình ảnh X quang cột sống cổ 54
4.1.4. Nghề nghiệp của bệnh nhân 54
4.2. KẾT QUẢ GIẢM ĐAU VÀ TĂNG KHẢ NĂNG VẬN ĐỘNG CỘT SỐNG CỔ CỦA THUỐC ĐẮP HV 55
4.2.1. Giảm triệu chứng đau 55
4.2.2. Cải thiện khả năng vận động cột sống cổ 64
4.3. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN 67
KẾT LUẬN 69
KHUYẾN NGHỊ 70
TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

C1- C7	Đốt sống cổ 1 - Đốt sống cổ 7
D_0	Day 0 (Thời điểm trước điều trị)
D_3	Day 3 (Thời điểm sau 3 ngày điều trị)
D_7	Day 7 (Thời điểm sau 7 ngày điều trị)
D_{14}	Day 14 (Thời điểm sau 14 ngày điều trị)
ĐC	Đối chứng
NC	Nghiên cứu
THCSC	Thoái hóa cột sống cổ
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt
YHCT	Y học cổ truyền

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1. Thành phần Thuốc đắp HV 17
Bảng 2.1. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS 28
Bảng 2.2. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý 30
Bảng 2.3. Đánh giá chỉ số chức năng cột sống cổ theo thang điểm NDI 30
Bảng 2.4. Phân loại kết quả điều trị 32
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi 35
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm nghề nghiệp 36
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện 36
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh 37
Bảng 3.5. Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang cột sống cổ 37
Bảng 3.6. Đặc điểm vị trí tổn thương trên phim X-quang cột sống cổ 38
Bảng 3.7. Mức độ đau trước điều trị 38
Bảng 3.8. Kết quả của Thuốc đắp HV đối với đau sau 3 ngày điều trị 39
Bảng 3.9. Kết quả của Thuốc đắp HV đối với đau sau 7 ngày điều trị 40
Bảng 3.10. Kết quả của Thuốc đắp HV đối với đau sau 14 ngày điều trị 40
Bảng 3.11. Tầm vận động cột sống cổ của 2 nhóm trước điều trị 41
Bảng 3.12. Tầm vận động cột sống cổ của 2 nhóm sau 3 ngày điều trị 46
Bảng 3.13. Tầm vận động cột sống cổ của 2 nhóm sau 7 ngày điều trị 46
Bảng 3.14. Tầm vận động cột sống cổ của 2 nhóm sau 14 ngày điều trị 47
Bảng 3.15. Chức năng cột sống cổ theo thang điểm NDI 48
Bảng 3.16. Sự thay đổi một số chỉ số xét nghiệm của nhóm nghiên cứu 50
Bảng 3.17. Sự thay đổi một số chỉ số xét nghiệm của nhóm đối chứng 51
Bảng 3.18. Tác dụng không mong muốn 51

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính 35
Biểu đồ 3.2. Thay đổi mức độ đau tại các thời điểm đánh giá 39
Biểu đồ 3.3. Thay đổi tầm vận động động tác cúi 42
Biểu đồ 3.4. Thay đổi tầm vận động động tác ngửa 42
Biểu đồ 3.5. Thay đổi tầm vận động động tác nghiêng phải 43
Biểu đồ 3.6. Thay đổi tầm vận động động tác nghiêng trái 44
Biểu đồ 3.7. Thay đổi tầm vận động động tác quay phải 44
Biểu đồ 3.8. Thay đổi tầm vận động động tác quay trái 45
Biểu đồ 3.9. Đánh giá chức năng cột sống cổ tại các thời điểm điều trị bằng thang điểm NDI..... 48
Biểu đồ 3.10. Đánh giá kết quả điều trị 49

DANH MỤC CÁC HÌNH ẢNH

Hình 1.1. Thuốc đắp HV 18
Hình 2.1. X quang cột sống cổ nghiêng ở bệnh nhân Lê Bích D, hình ảnh thoái hóa cột sống cổ, giảm chiều cao đĩa đệm, gai xương trước. 25
Hình 2.2. Đo tầm vận động cột sống cổ ở bệnh nhân Đào Thị H. 26
Hình 2.3. Thước đo thang điểm VAS 27
Hình 2.4. Thước đo tầm vận động khớp 28
Hình 2.5. Đắp thuốc HV trên bệnh nhân Nguyễn Thị Hồng H. 31

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Mô hình nghiên cứu 34

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống cổ là một thuật ngữ bao gồm một loạt các thay đổi thoái hóa tiến triển ảnh hưởng đến tất cả các thành phần của cột sống cổ. Đây là một quá trình lão hóa tự nhiên và xuất hiện ở phần lớn mọi người sau năm mươi tuổi. Các triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ biểu hiện như đau cổ gáy và hạn chế vận động cột sống cổ và có thể đi kèm với các triệu chứng lan tỏa. Đau vùng cổ gáy là một tình trạng phổ biến và hay gặp thứ hai sau đau thắt lưng [1]. Do gánh nặng bệnh tật liên quan đến giảm chất lượng cuộc sống và chi phí kinh tế khi điều trị đáng kể, nên cần một chiến lược điều trị cho các bệnh nhân này.

Chiến lược điều trị đau vùng cổ gáy ở bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của các dấu hiệu và triệu chứng. Trong trường hợp không có các triệu chứng báo hiệu nguy hiểm, mục tiêu của điều trị là giảm đau, cải thiện sự hạn chế vận động cột sống cổ và ngăn ngừa tổn thương vĩnh viễn cho các cấu trúc thần kinh [2].

Cùng với y học hiện đại trong chẩn đoán và điều trị, nền Y học cổ truyền (YHCT) hàng nghìn năm lịch sử, xác định nguyên nhân phổ biến của cơn đau và hạn chế vận động cột sống cổ là do khí trệ và huyết ứ. Hơn nữa, các yếu tố gây bệnh khác như đàm và thấp có thể được xác định là yếu tố gây tắc nghẽn. Điện châm và xoa bóp có thể giảm đau bằng cách thúc đẩy lưu thông khí huyết tại chỗ và toàn thân bằng cách loại bỏ các yếu tố gây bệnh. Thao tác tại vùng cổ gáy có thể loại bỏ sự ứ đọng cục bộ của khí huyết và thúc đẩy sự lưu thông của chúng. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng điện châm và xoa bóp có thể làm giảm đau bằng cách giảm viêm và cải thiện tổn thương [3].

Hiện đã có nghiên cứu về việc kết hợp đắp chườm nóng thuốc Y học cổ truyền với các phương pháp truyền thống điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ [4]. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu tương tự nào.

Thuốc đắp HV là sự kết hợp các vị thuốc có tác dụng làm nóng các mô cục bộ, chống viêm, tiêu sưng và giảm phản xạ co cơ, đã được nghiên cứu kiểm soát lâm sàng đau quanh khớp vai [5] và đau thắt lưng [6] khi kết hợp với điện châm.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: ***"Đánh giá kết quả của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trên người bệnh đau vùng cổ gáy"*** với hai mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trên người bệnh đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ.

2. Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị này.

CHƯƠNG 1
TỔNG QUAN

1.1. ĐAU VÙNG CỔ GÁY VÀ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

1.1.1. Đau vùng cổ gáy

Đau vùng cổ gáy có thể do căng cơ hoặc dây chằng, viêm khớp hoặc dây thần kinh bị chèn ép. Khoảng 10% người lớn bị đau cổ trong cùng một thời điểm tầm soát. Hầu hết các trường hợp, bất kể nguyên nhân là gì, đau cổ gáy sẽ được cải thiện khi điều trị bảo tồn [1].

Đau cổ gáy thường được phân loại là "cấp tính" (kéo dài dưới 6 tuần), "bán cấp" (kéo dài từ 6 đến 12 tuần), hoặc "mãn tính" (kéo dài hơn 12 tuần). Trong khi hầu hết các cơn đau cấp tính thuyên giảm nhanh chóng, nhưng có một số bệnh nhân lại tiếp tục bị đau dài hơn [7].

Có nhiều nguyên nhân có thể gây ra đau cổ gáy, thường rất khó để biết chắc chắn nguyên nhân nào gây ra đau. Điều này là do khám lâm sàng, và thậm chí chẩn đoán hình ảnh không thể dễ dàng phân biệt giữa các nguyên nhân tiềm ẩn khác nhau. Ngoài ra, những thay đổi về xương và thoái hóa khớp có thể xuất hiện trên các chẩn đoán hình ảnh thường không tương quan với mức độ nghiêm trọng của cơn đau. Nói cách khác, có thể bị đau cổ gáy khi chẩn đoán hình ảnh tương đối bình thường, hoặc không (hoặc chỉ đau nhẹ) mặc dù có những bất thường đáng kể trên hình ảnh [8].

Căng cơ cổ có thể xảy ra khi có chấn thương các cơ ở cổ gáy, gây co cơ đột ngột. Căng cơ cổ gáy có thể là kết quả của những căng thẳng về thể chất trong cuộc sống hàng ngày, bao gồm sai tư thế, căng cơ do căng thẳng tâm lý hoặc thói quen ngủ sai tư thế. Các chấn thương liên quan đến thể thao cũng có thể dẫn đến căng cơ cổ gáy. Thông thường, các triệu chứng căng cơ cổ gáy bao gồm đau, cứng và căng, có thể kéo dài đến sáu tuần.

Thoái hóa cột sống cổ (THCSC) là một tình trạng gây ra bởi những thay đổi thoái hóa. Điều này dẫn đến không gian đĩa đệm dần dần bị thu hẹp, mất hình dạng xương vuông và các gai xương bình thường. Những gai này có thể làm tăng áp lực lên các mô xung quanh và dẫn đến chèn ép dây thần kinh. Quá trình thoái hóa bình thường có thể gây ra sự thay đổi ở mức độ nào đó, mặc dù những thay đổi thoái hóa nghiêm trọng không phải là điển hình.

Các triệu chứng của THCSC có thể bao gồm đau cổ gáy, tê hoặc cảm giác bất thường ở cánh tay hoặc vai, đau đầu hoặc hạn chế khả năng cử động cổ. Đau tai cũng có liên quan đến thoái hóa cột sống cổ trong một số trường hợp.

Thoái hóa đĩa đệm có thể là nguyên nhân phổ biến nhất của đau cổ gáy. Nguyên nhân là do những thay đổi thoái hóa trong cấu trúc của một hoặc nhiều đĩa đệm ở giữa các đốt sống cổ. Đau vùng cổ gáy chủ yếu xuất hiện khi xoay hoặc nghiêng đầu. Cơn đau có thể trở nên tồi tệ hơn khi cổ bị giữ ở một tư thế trong thời gian dài, chẳng hạn như xảy ra khi lái xe, đọc sách hoặc làm việc trên máy tính. Thường có sự co và căng cơ kèm theo.

Viêm các diện khớp nằm ở hai bên của đốt sống có thể gây đau ở giữa hoặc bên cạnh cổ; một số người cũng nhận thấy đau ở vai, xung quanh bả vai, ở chẩm, tai và hàm, hoặc ở một cánh tay.

Hàng loạt các nguyên nhân khác cũng có thể gây đau vùng cổ gáy bao gồm: chấn thương vùng cổ; Đau cơ vùng cổ do các rối loạn gây căng cơ bởi căng thẳng tâm lý, trầm cảm hoặc mất ngủ; Chứng phát triển xương lan tỏa vôi hóa bất thường (lắng đọng xương) ở các dây chằng và gân dọc theo cột sống cổ; Bệnh lý tủy sống cổ; Bệnh lý rễ thần kinh cổ; Những thay đổi thoái hóa và thoát vị đĩa đệm cột sống cổ [9].

1.1.2. Dịch tễ học và cơ chế bệnh sinh của thoái hóa cột sống cổ

Thoái hóa cột sống cổ là một thuật ngữ bao gồm một loạt các thay đổi thoái hóa tiến triển ảnh hưởng đến tất cả các thành phần của cột sống cổ (đĩa đệm, diện khớp, khớp, dây chằng). Đây là một quá trình lão hóa tự nhiên và xuất hiện ở phần lớn mọi người sau năm mươi tuổi [1]. Các triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ biểu hiện như đau vùng cổ gáy, hạn chế vận động và có thể đi kèm với các triệu chứng lan tỏa khi có sự chèn ép của các cấu trúc thần kinh. Đau vùng cổ gáy là một tình trạng phổ biến chỉ đứng sau đau thắt lưng. Do gánh nặng bệnh tật liên quan đến tình trạng tàn tật và chi phí kinh tế, các bác sỹ cần nhận biết bệnh thoái hóa cột sống cổ có triệu chứng và chỉ định các biện pháp can thiệp dựa trên bằng chứng, hiệu quả về chi phí.

Yếu tố nguy cơ chính góp phần vào tỷ lệ mắc bệnh thoái hóa cột sống cổ là sự thoái hóa của đĩa đệm theo thời gian và các yếu tố nguy cơ với bệnh cột sống cổ. Những thay đổi thoái hóa trong cấu trúc xung quanh, bao gồm khớp - không phải đốt sống, diện khớp, dây chằng dọc sau (PLL), và dây chằng vàng đều kết hợp gây ra hẹp ống sống và đĩa đệm. Do đó, tủy sống, mạch máu và rễ thần kinh có thể bị chèn ép, dẫn đến ba hội chứng lâm sàng mà thoái hóa cột sống cổ biểu hiện: đau cổ gáy, bệnh lý tủy cổ và bệnh lý đốt sống cổ.

Các yếu tố có thể góp phần đẩy nhanh quá trình bệnh và khởi phát sớm thoái hóa cột sống cổ bao gồm chấn thương, hẹp ống sống bẩm sinh, loạn dưỡng cơ cổ và các hoạt động thể thao chẳng hạn như bóng bầu dục, bóng đá… [9].

Hầu hết những người bị biến đổi đốt sống của cột sống cổ trên hình ảnh X quang vẫn không có triệu chứng, với 25% người dưới 40 tuổi, 50% người trên 40 tuổi và 85% người trên 60 tuổi cho thấy điều này. Các cấp độ bị ảnh hưởng thường xuyên nhất là C6-C7, tiếp theo là C5-C6. Thoái hóa cột sống

cổ có triệu chứng thường gặp là đau cổ gáy. Trong dân số nói chung, tỷ lệ hiện mắc chứng đau cổ gáy dao động từ 0,4% đến 41,5%, tỷ lệ mắc bệnh trong 1 năm từ 4,8% đến 79,5% và tỷ lệ hiện mắc suốt đời có thể cao tới 86,8% [10].

Cơ chế bệnh sinh của thoái hóa cột sống cổ bao gồm đợt thoái hóa tạo ra những thay đổi cơ sinh học ở cột sống cổ, biểu hiện là sự chèn ép thứ phát của các cấu trúc thần kinh và mạch máu. Sự gia tăng tỷ lệ keratin-chondroitin thúc đẩy thay đổi chất nền proteoglycan dẫn đến mất dịch, protein và mucopolysaccharides trong đĩa đệm. Sự kém nuôi dưỡng đĩa đệm làm cho nhân tủy mất tính đàn hồi khi nó co lại và xơ hơn. Khi nhân tủy mất khả năng duy trì trọng lượng chịu tải một cách hiệu quả, nó bắt đầu thoát vị qua các sợi xơ của vòng đệm và góp phần làm mất chiều cao đĩa đệm, dây chằng lỏng lẻo, xô lệch và chèn ép. Với việc đĩa đệm mất dịch thêm, các sợi hình khuyên trở nên bị tổn thương cơ học hơn khi chịu tải trọng nén, tạo ra những thay đổi đáng kể trong sự phân bố tải trọng dọc theo cột sống cổ. Kết quả là làm đảo ngược tình trạng bình thường của sột sống cổ. Sự tiến triển của kyphosis làm cho các sợi hình khuyên và sợi Sharpey bị bong ra khỏi các cạnh thân đốt sống, dẫn đến sự hình thành xương phản ứng. Những mỏm xương hoặc chất tạo xương này có thể hình thành dọc theo rìa bụng hoặc mặt sau của cột sống cổ, sau đó có thể phát triển vào phía ống sống và đĩa đệm. Hơn nữa, sự gián đoạn trong cân bằng tải dọc theo cột sống tạo ra tải trọng dọc trục lớn hơn lên các khớp và mặt khớp không đốt sống, gây ra sự phì đại hoặc mở rộng của các khớp và tăng tốc độ hình thành xương đẩy vào các tổ chức thần kinh xung quanh [11].

Thoát vị đĩa đệm có thể là tiền đề ban đầu cho sự phát triển của bệnh thoái hóa cột sống. Trong khi cả đĩa đệm và đốt sống đều trải qua những thay đổi thoái hóa tương tự nhau (ví dụ, thâm nhập đại thực bào, điều hòa các yếu

tố tăng trưởng và cytokine), vẫn tồn tại sự khác biệt về mô miễn dịch giữa hai quá trình bệnh. Trong một nghiên cứu năm 2008 của Kokubo và cộng sự, tổng số 500 đĩa đệm đốt sống cổ được lấy ra từ 198 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm và 166 bệnh nhân thoái hóa đốt sống đã được kiểm tra thông qua phân tích mô học và nhuộm hóa mô miễn dịch. Các tế bào chondrocytes lấy từ cả hai nhóm đều có nhiều đại thực bào dương tính với CD68, yếu tố hoại tử khối u-alpha (TNF)-alpha, metalloproteinase (MMP)-3, yếu tố nguyên bào sợi cơ bản (bFGF) và yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu (VEGF). Tuy vậy, thoát vị đĩa đệm chứng tỏ phản ứng viêm mạnh mẽ hơn liên quan đến sự xâm nhập của đại thực bào với CD68 vào lớp ngoài của sợi hình khuyên [12].

1.1.3. Các đánh giá về bệnh thoái hóa cột sống cổ

1.1.3.1. Đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng

Khai thác tiền sử bệnh nên tập trung vào diễn biến của cơn đau, hướng lan của cơn đau, các sự kiện khởi phát và các yếu tố làm trầm trọng thêm. Về mặt cổ điển, thoái hóa đốt sống cổ có triệu chứng biểu hiện như một hoặc nhiều trong ba bệnh cảnh lâm sàng chính sau đây:

- Đau cổ gáy: Bệnh nhân cảm nhận về độ cứng và đau ở cột sống cổ, nghiêm trọng nhất ở tư thế thẳng và giảm bớt khi nghỉ ngơi trên giường - khi loại bỏ tải trọng khỏi cổ. Cử động cổ, đặc biệt là trong trường hợp gập người và cúi người, thường làm tăng cơn đau.

- Đau lan tỏa (hội chứng rễ thần kinh): Các triệu chứng lan tỏa thường theo sự phân bố tùy thuộc vào các rễ thần kinh liên quan và có thể biểu hiện như đau cổ một bên hoặc hai bên, đau cánh tay, dị cảm và yếu cánh tay hoặc bàn tay. Đau trầm trọng hơn khi nghiêng đầu về phía bị ảnh hưởng hoặc do gập người và cúi người về phía bị ảnh hưởng.

- Bệnh lý tủy cổ: Thường có khởi phát âm ỉ kèm theo hoặc không kèm theo đau cổ gáy. Ban đầu có thể biểu hiện bằng tay yếu và vụng về, dẫn đến

không thể hoàn thành các công việc đòi hỏi sự phối hợp vận động tốt (ví dụ: cài cúc áo sơ mi, buộc dây giày, nhặt đồ vật nhỏ). Dáng đi không ổn định và té ngã không rõ nguyên nhân, khi mới xuất hiện, bệnh nhân có thể bất động và cứng ở đầu và cổ do đau dọc trục cổ tăng dần khi cử động cột sống cổ [13]. Cảm giác giống như điện giật truyền xuống cột sống và đến các chi là một dấu hiệu Lhermitte dương tính, có liên quan đến bệnh lý tủy sống cổ (CSM). Một dấu hiệu cụ thể hơn cho bệnh lý tủy sống cổ là dấu hiệu Hoffman [14].

1.1.3.2. Đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng cận lâm sàng

- Chụp X quang: X quang thường là một chẩn đoán hình ảnh ban đầu thích hợp cho chứng đau cổ gáy và chi trên khi không có triệu chứng cảnh báo nguy hiểm. Tuy nhiên, những thay đổi thoái hóa nhìn thấy trên hình ảnh thường kém tương quan với sự hiện diện của đau cổ gáy [15]. Các phát hiện chụp X quang phổ biến bao gồm hình thành gai xương, thu hẹp không gian đĩa đệm, xơ cứng nội mô, những thay đổi thoái hóa của các khớp và mặt đốt sống, và các mô mềm bị vôi hóa. Chụp X quang nghiêng và chếch cột sống là đủ để đánh giá tình trạng hẹp ống sống, sự liên kết và kích thước của ống sống.

- Cộng hưởng từ (MRI): MRI là chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn để đánh giá cấu trúc thần kinh và mô mềm. Nó cho phép hình dung chính xác toàn bộ cột sống cổ. Các hình ảnh cắt ngang và dọc trục có thể giúp xác định mức độ chèn ép dây thần kinh, cũng như tiết lộ những thay đổi bệnh lý gây khó chịu (ví dụ: thoát vị đĩa đệm, gai xương, phì đại dây chằng hoặc bệnh diện khớp). Tín hiệu tủy sống giảm trên T2W có thể đại diện cho phù, viêm, thiếu máu cục bộ, nhuyễn tủy hoặc viêm thần kinh đệm. Mặc dù các nghiên cứu MRI có độ nhạy cao đối với các thay đổi về cột sống, nhưng không thường xuyên được chỉ định thường quy trong chẩn đoán [16].

- Chụp cắt lớp vi tính (CT): CT cung cấp hình ảnh tốt về cấu trúc xương và nhạy cảm hơn X quang đơn thuần trong việc đánh giá tình trạng hẹp không gian đĩa đệm trong bối cảnh phì đại mặt không đốt sống. Tuy nhiên, nó kém nhạy hơn MRI khi đánh giá các mô mềm và chèn ép rễ thần kinh.

- CT sử dụng thuốc cản quang: CT hữu ích nhất khi kết hợp với tiêm thuốc cản quang nội tủy (chụp tủy) để đánh giá tốt hơn vị trí và số lượng chèn ép thần kinh. Nó xâm lấn hơn MRI nhưng có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có chống chỉ định với MRI (ví dụ, máy tạo nhịp tim).

- Hình ảnh đĩa đệm: Chẩn đoán này hiếm khi cần thiết đối với bệnh thoái hóa cột sống cổ. Nó rất hữu ích cho việc đánh giá những bệnh nhân đang bị đau cổ gáy hoặc bị chứng thoát vị nặng, trong đó khả năng phẫu thuật là rất cao. Tuy nhiên, quy trình chẩn đoán vẫn còn gây tranh cãi vì nó có thể đẩy nhanh sự thoái hóa của các đĩa đệm bình thường [17].

- Điện cơ đồ (EMG): EMG có thể hữu ích trong việc bổ sung các phát hiện về hình ảnh thần kinh trong chẩn đoán căn nguyên đau vùng cổ gáy. Nó đặc biệt có giá trị trong việc phân biệt chèn ép rễ thần kinh với các bệnh lý thần kinh đồng thời có thể xảy ra khác, bao gồm bệnh thần kinh ngoại biên, bệnh rối loạn thần kinh cánh tay, bệnh cơ và các bệnh thần kinh vận động.

1.1.4. Điều trị đau do thoái hóa cột sống cổ

Phương pháp điều trị thoái hóa cột sống cổ phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh nhân. Trong trường hợp không có các triệu chứng báo hiệu nguy hiểm hoặc bệnh lý tủy đáng kể, mục tiêu của điều trị là giảm đau, cải thiện chức năng vận động trong các hoạt động hàng ngày và ngăn ngừa tổn thương vĩnh viễn cho các cấu trúc thần kinh. Thoái hóa cột sống cổ có triệu chứng nên được tiếp cận theo cách thức từng bước, bắt đầu bằng việc xử trí không phẫu thuật.

1.1.4.1. Điều trị không phẫu thuật

Phương pháp chính của điều trị không phẫu thuật là một liệu trình vật lý trị liệu kéo dài từ bốn đến sáu tuần, bao gồm các bài tập về sức bền và đẳng áp để tăng cường cơ cổ và lưng trên.

Các thuốc điều trị bao gồm thuốc chống viêm không steroid (NSAID), steroid đường uống, thuốc giãn cơ, thuốc chống co giật và thuốc chống trầm cảm có thể được kê đơn để giảm đau. Liệu pháp có thể được nâng lên thành thuốc giảm đau opioid cho chứng đau cổ gáy kéo dài nhưng không được khuyến cáo là hàng đầu hoặc sử dụng lâu dài do các tác dụng phụ tiềm ẩn của chúng.

Trong một phân tích tổng hợp năm 2001 của Philadelphia Panel, các phương thức vật lý như kéo cổ, nhiệt, lạnh, siêu âm trị liệu, xoa bóp và máy kích thích điện dây thần kinh qua da (TENS) thiếu bằng chứng về hiệu quả của chúng trong điều trị nguyên nhân đau cổ cấp tính hoặc mãn tính [2]. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân đang trải qua cơn đau, có thể kết hợp để giảm bớt tình trạng chèn ép rễ thần kinh xảy ra.

Tiêm điểm kích hoạt có thể được sử dụng để điều trị các điểm kích hoạt cơ, có thể biểu hiện lâm sàng như đau cổ gáy, vai và cánh tay trên. Các lựa chọn điều trị can thiệp xâm lấn hơn bao gồm tiêm steroid ngoài màng cứng (ESI), tiêm mặt khớp. Trong một đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp năm 2019 của Conger và cộng sự, khoảng một nửa số bệnh nhân bị đau vùng cổ gáy đã giảm ít nhất 50% cơn đau tại các lần theo dõi một và ba tháng sau tiêm steroid ngoài màng cứng [18]. Tuy nhiên, những hạn chế của các đánh giá có hệ thống này là sự thiếu hụt các nghiên cứu chất lượng cao và đặc biệt hơn là thiếu các nghiên cứu với các nhóm so sánh giả dược.

1.1.4.2. Điều trị phẫu thuật

Can thiệp phẫu thuật nên được xem xét ở những bệnh nhân bị bệnh lý tủy cổ nặng hoặc đang tiến triển, cũng như những người bị đau cổ gáy dai dẳng hoặc bệnh lý tủy cổ sau khi thực hiện các biện pháp không phẫu thuật nhưng kém hiệu quả. Phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào hội chứng lâm sàng và các vị trí giải phẫu bệnh.

1.2. TIẾN TRIỂN TỰ NHIÊN CỦA THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

Thoái hóa cột sống cổ có thể biểu hiện lâm sàng đa dạng. Nó thường không có triệu chứng, có thể gây đau cổ, đau vùng cổ gáy và có thể gây ra thiếu hụt thần kinh cơ vòng, toàn thân hoặc tứ chi nếu có sự tham gia của tủy sống [19].

Trong phần lớn các trường hợp, bệnh nhân ở độ tuổi từ 40 đến 60, trong đó nam giới thường bị ảnh hưởng nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 3 : 2.

Thoái hóa và phồng đĩa đệm, tạo xương và xẹp đĩa đệm, phì đại dây chằng, thoái hóa đốt sống, giảm chiều cao đĩa đệm và bệnh mặt khớp đều kết hợp gây ra hẹp ống sống và đĩa đệm. Bệnh nhân có triệu chứng rễ thần kinh là kết quả của việc thu hẹp lỗ của đĩa đệm. Hẹp ống sống có thể dẫn đến chèn ép tủy sống, cuối cùng dẫn đến bệnh lý tủy do thoái hóa cột sống cổ.

Các yếu tố góp phần đẩy nhanh quá trình bệnh bao gồm có ống đốt sống hẹp bẩm sinh, một số hoạt động thể thao như bóng đá, bóng bầu dục và cưỡi ngựa, chấn thương nặng và bại não loạn dưỡng bao gồm các cơ cổ [20].

Diễn biến của bệnh và tiên lượng cuối cùng cho bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ rất biến động và vô cùng khó đoán định. Năm 1956, Clarke và Robinson đã theo dõi dọc 120 bệnh nhân mắc bệnh thoái hóa cột sống cổ và tuổi trung bình là 53 tuổi. Tác giả báo cáo rằng 75% trường hợp bệnh tiến triển theo từng đợt, 20% trường hợp có sự ổn định của các triệu chứng và 5%

trường hợp có triệu chứng khởi phát nhanh chóng sau đó là bệnh tiến triển một thời gian dài [21].

Roberts báo cáo trên 24 bệnh nhân và nhận thấy rằng thời gian kéo dài và các triệu chứng nghiêm trọng dự báo kết quả xấu sau can thiệp phẫu thuật [22]. Nurick phát hiện ra trong nghiên cứu của mình trên 37 bệnh nhân thấy rằng bệnh suy giảm giai đoạn đầu, sau đó là một giai đoạn không tái phát dài hơn kéo dài trong nhiều năm, với những bệnh nhân lớn tuổi có nhiều khả năng bị bệnh diễn biến xấu đi [23]. Epstein nhận thấy rằng chỉ hơn một phần ba số bệnh nhân được cải thiện, 38% vẫn ổn định và 26% xấu đi [24]. Ba nghiên cứu từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có cùng điều trị bảo tồn bởi Kadanka hơn 3 năm, bởi Bedarnik hơn 2 năm, và bởi Kadanka hơn 2 năm không tìm thấy sự khác biệt giữa các nhóm [25].

Dựa trên những nghiên cứu này và các nghiên cứu khác, có vẻ như sự tiến triển của thoái hóa cột sống cổ đến bệnh lý tủy của thoái hóa cột sống cổ là rất khác nhau và khó dự đoán, với nhiều bệnh nhân gặp phải một dạng bệnh tương đối lành tính; tuy nhiên, một tỷ lệ đáng kể những người có biểu hiện thiếu hụt thần kinh không có những cải thiện tự phát và có thể bị tình trạng thần kinh xấu đi theo thời gian [26].

1.3. ĐAU VÙNG CỔ GÁY VÀ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

1.3.1. Bệnh danh

Theo YHCT đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ được xếp vào chứng tý. Tý là sự bế tắc kinh mạch, khí huyết. Chứng tý là chứng kinh mạch bị ngoại tà xâm nhập làm bế tắc dẫn đến khí huyết vận hành trở ngại, bì phu cân cốt cơ nhục khớp xương đau tức ê ẩm tê bì [27].

1.3.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ

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 [28].

1.3.3. Các thể bệnh và điều trị

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 khi thắng là hành tý, hàn khi thắng là thống tý, thấp khi thắng là trước tý [27].

Theo YHCT chứng tý với bệnh danh lạc chẩm thống được chia thành các thể [28]:

1.3.3.1. Thể phong hàn

Pháp điều trị: Trừ phong tán hàn, thông kinh hoạt lạc.

Phương điều trị:

- Điều trị dùng thuốc: Quế chi gia Cát căn thang, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống ấm.

- Điều trị không dùng thuốc:

+ Châm tả các huyệt: Hậu khê, Phong trì, Đại chùy, Liệt khuyết, Kiên tỉnh, Hợp cốc, Thủ tam lý, Thiên trụ, Ngoại quan, Giáp tích C4 - C7, A thị

huyệt. Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 - 12 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 20 - 30 lần châm tuỳ theo mức độ bệnh.

+ XBBH: Thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, đấm, chặt, bóp, ấn, bấm huyệt (các huyệt như công thức điện châm), vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay), phát điều hòa. Mỗi lần xoa bóp 15 - 20 phút. Ngày xoa bóp 1 lần. Một liệu trình kéo dài từ 20 - 30 ngày tùy theo mức độ bệnh.

+ Nhĩ châm: Vùng vai cánh tay H1, gáy A5, cột sống C4, vai C3, cổ C2.

+ Các kỹ thuật châm khác: Điện châm, điện trường châm.

+ Thủy châm các huyệt: Kiên trung du, Kiên tỉnh, Kiên trinh, Thiên tông.

1.3.3.2. Thể phong thấp nhiệt tý

Pháp điều trị: Thanh nhiệt giải độc, khu phong, trừ thấp, thông lạc.

Phương điều trị:

- Điều trị dùng thuốc: Bạch hổ gia quế chi thang hoặc dùng bài Quế chi thược dược tri mẫu thang, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Điều trị không dùng thuốc:

+ Châm tả các huyệt: Hậu khê, Phong trì, Đại chùy, Ngoại quan, Kiên tỉnh, Hợp cốc, Thủ tam lý, A thị huyệt, Thiên trụ, Giáp tích C4 - C7. Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 - 12 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 20 - 30 lần châm tuỳ theo mức độ bệnh.

+ XBBH: Thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, đấm, chặt, bóp, ấn, bấm huyệt (các huyệt như công thức điện châm), vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay), phát điều hòa. Mỗi lần xoa bóp 15 - 20 phút. Ngày xoa bóp 1 lần. Một liệu trình kéo dài từ 20 - 30 ngày tùy theo mức độ bệnh.

+ Nhĩ châm, Thủy châm và các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn.

1.3.3.3. Thể huyết ứ

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

Phương điều trị:

- Điều trị dùng thuốc: Đào hồng ẩm, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Điều trị không dùng thuốc:

+ Châm tả các huyệt: Hậu khê, Thân mạch, Hợp cốc, Tam âm giao, Kiên tỉnh, Thủ tam lý, Thiên trụ, Giáp tích C4 - C7, A thị huyệt. Điện châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 - 12 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 20 - 30 lần châm tuỳ theo mức độ bệnh.

+ XBBH: Tương tự như thể phong hàn, bấm các huyệt tương tự như công thức huyệt trên.

+ Nhĩ châm, thủy châm, các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn.

1.3.3.4. Thể can thận hư

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

Phương điều trị:

- Điều trị dùng thuốc: Quyên tý thang hoặc dùng bài thuốc "Hổ tiềm hoàn", sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Điều trị không dùng thuốc:

+ Châm bổ các huyệt: Thái khê, Đại trữ, Huyền chung, Giáp tích C4 - C7, Thủ tam lý, Thiên trụ, A thị huyệt. Điện châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 - 12 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 20 - 30 lần châm tuỳ theo mức độ bệnh.

+ XBBH: Tương tự như thể phong hàn, bấm các huyệt tương tự như công thức huyệt trên.

+ Nhĩ châm, Thủy châm, các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

1.4. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

1.4.1. Nghiên cứu ở nước ngoài

Đánh giá kết quả giảm đau cổ gáy bằng phương pháp châm cứu ở 945 bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ, Zhao-Hui Liang và cộng sự (2012) cho thấy, tình trạng đau cổ gáy giảm sau 10 lần điều trị / 4 tuần, sự cải thiện tình trạng đau sau điều trị khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) [29].

Nghiên cứu trên 356 bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ, Zhiwei Wu và cộng sự (2019) tiến hành xoa bóp như một phương pháp trị liệu chủ yếu, thấy rằng đau và hạn chế vận động được cải thiện sau điều trị ($p<0,05$) [30].

1.4.2. Nghiên cứu tại Việt Nam

Lê Thị Hoài Anh (2014) nghiên cứu điều trị bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng biện pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với kéo giãn cột sống cổ và từ nhiệt cho kết quả giảm đau, tăng tầm vận động và chức năng sinh hoạt hàng ngày cải thiện rõ rệt. Kết quả sau 30 ngày điều trị tốt là 56,7%, khá 33,3%, trung bình 10% [31].

Nguyễn Tuyết Trang (2016) nghiên cứu hiệu quả của phương pháp điện châm và cấy chỉ catgut trong điều trị đau 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 $p < 0,05$ [32].

Phạm Ngọc Hà (2018), Đánh giá tác dụng của bài thuốc "Quyên tý thang" và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống. Kết quả: sau 21 ngày điều trị tác dụng giảm

đau, tăng tầm vận động và cải thiện đáng kể chức năng sinh hoạt hàng ngày. Tiến triển chung sau điều trị tốt 60%, khá 30%, trung bình 10% [33].

Nguyễn Thị Bích và cộng sự (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 [34].

1.5. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU

1.5.1. Tổng quan về thuốc đắp HV

1.5.1.1. Nguồn gốc và thành phần

Thuốc đắp HV được bào chế từ bài thuốc nghiệm phương được ứng dụng nhiều trong lâm sàng đem lại hiệu quả cao trong điều trị các bệnh đau nhức xương khớp.

Bảng 1.1. Thành phần Thuốc đắp HV

Tên vị thuốc	Tên khoa học của vị thuốc [35]	Liều lượng
Ngải cứu	*Artemisia vulgaris L*	18 g
Địa liền	*Kaempferia galanga L*	13 g
Quế chi	*Ramulus cinnamomi*	9 g
Tá dược		Vừa đủ

Hình 1.1. Thuốc đắp HV

1.5.1.2. Tác dụng

Thuốc đắp HV có tác dụng khu phong, trừ thấp, tán hàn, thông kinh lạc. "Thống thì bất thông, thông thì bất thống". Hàn làm cho khí huyết ngưng trệ, kinh mạch không thông mà sinh đau nhức. Thuốc đắp HV cấu tạo bởi các vị thuốc có tác dụng trừ phong hàn thấp trị các chứng đau nhức ở cơ biểu, vai lưng, khớp chân tay đau nhức. Trong đó:

Củ địa liền tính ấm vị cay có tác dụng làm ấm tỳ vị, giảm đau tán hàn, hành khí tiêu thực trừ thấp.

Ngải diệp vị đắng cay, tính hơi ấm, không độc tính hơi nồng là thuốc thuần dương. Chủ dụng ôn vị hành khí khai uất điều kinh, khu hàn, giải tán chứng ngoại cảm phong hàn.

Quế chi vị cay, tính nóng nhẹ, đi lên đầu mặt, giải được chứng lạnh ngoài bì phu, điều hòa dinh vệ cơ biểu trị tê tay tê chân, giải tán phong hàn, đi ngang làm thuốc dẫn kinh cho tay chân.

1.5.1.3. Chỉ định và cách dùng

Công dụng: Khu phong, trừ thấp, tán hàn, thông kinh lạc.

Chủ trị: đau lưng, viêm khớp, viêm quanh khớp vai, đau vai gáy, thoái hóa khớp gối,…

Cách dùng: 50g bột thuốc chế thêm 90 ml nước 100^0C được một hỗn hợp mềm dẻo cán mỏng thành hình đĩa tròn đường kính 15cm dầy 0,5cm có nhiệt độ tương đương 40^0C, được dán lên bộ phận bị bệnh ngày 01 lần, 30 phút/lần.

1.5.1.4. Một số nghiên cứu đã thực hiện với thuốc đắp HV

Nguyễn Tiến Chung (2020) nghiên cứu kết quả thử kích ứng da của Thuốc đắp HV trên thực nghiệm. Kết quả: Mẫu thử Thuốc đắp HV không gây kích ứng da trên thỏ thực nghiệm, chỉ số kích ứng PII = 0,0 [36].

Mai Thế Hiệp (2020) nghiên cứu kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của Thuốc đắp HV kết hợp với điện châm với nhóm nghiên cứu điều trị điện châm kết hợp với Thuốc đắp HV, nhóm đối chứng điều trị bằng điện châm kết hợp với cao dán giảm đau. Kết quả: Thuốc đắp HV kết hợp điện châm có tác dụng giảm đau trong viêm quanh khớp vai thể đơn thuần với 80% bệnh nhân hết đau của nhóm nghiên cứu và 85,7% bệnh nhân hết đau của nhóm đối chứng ($p < 0,05$) [5].

Nguyễn Thị Ngọc Ánh (2020) nghiên cứu tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm. Kết quả: tốt 71%, khá 23,7%, trung bình 5,3%, không có mức độ kém ($p < 0,05$) [6].

1.5.2. Phương pháp điện châm

Điện châm (châm điện) là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm. Có tác dụng giảm đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức; tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức, giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ [37].

Tiến hành điện châm được thực hiện theo 4 bước và liệu trình châm, điện châm ngày 1 lần, thời gian 25 - 30 phút/lần [38].

1.5.3. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt

Xoa bóp bấm huyệt (XBBH) 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 [39].

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

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Bệnh nhân nghiên cứu

Bao gồm các bệnh nhân vào viện vì lý do đau vùng cổ gáy trên 38 tuổi, được chẩn đoán xác định thoái hóa cột sống cổ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế Việt Nam [40], cụ thể như sau:

2.1.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn theo y học hiện đại

- Dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng:

+ Có thể có tiền sử đau vùng cổ gáy;

+ Hiện tại cứng và đau vùng cổ gáy;

+ Đặc điểm đau: đau nhiều ở tư thế thẳng và giảm bớt khi nghỉ ngơi trên giường; Cử động cổ làm tăng cơn đau; Đau lan ra sau tai hoặc/và chẩm.

- Dấu hiệu và triệu chứng X quang cột sống cổ thẳng - nghiêng:

+ Gai xương;

+ Hẹp khe khớp;

+ Hẹp lỗ tiếp hợp;

+ Cầu xương;

+ Mất đường cong sinh lý cột sống cổ.

- Các bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.1.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn theo Y học cổ truyền

- Lựa chọn bệnh nhân được chẩn đoán chứng tý với bệnh danh lạc chẩm thống thể can thận hư: [28]

- Đau nhức vai gáy và ngực lưng, đau căng đầu, tê bì tay, đau mỏi lưng gối, hoa mắt chóng mặt, nhìn mờ, triều nhiệt, ra mồ hôi trộm, miệng họng khô, lưỡi đỏ ít rêu. Mạch tế sác.

2.1.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Trong quá trình thu thập mẫu nghiên cứu, chúng tôi không đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân:

- Đau vùng cổ gáy liên quan đến chấn thương, các dị tật bẩm sinh cột sống cổ.

- Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ kèm dấu hiệu của bệnh lý tủy cổ, có chỉ định can thiệp phẫu thuật.

- Có bệnh lý mạn tính của gan, thận, tim; các bệnh lý về cột sống.

- Có tình trạng bệnh cấp tính như nhiễm trùng.

- Có chống chỉ định điện châm, XBBH và bệnh da vùng cổ gáy.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2021 - tháng 10/2021.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng có đối chứng.

- So sánh trước sau để đánh giá tiến triển bệnh lý trong quá trình điều trị.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tính theo công thức chọn mẫu cho so sánh giữa 2 tỉ lệ trong nghiên cứu y học [41].

$$\mathbf{n1 = n2 = \frac{\left(Z_{\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}\right)^2}{\Delta^2}}$$

Trong đó:

n_1, n_2: lần lượt là cỡ mẫu cho nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng

$\Delta = | p_1 - p_2 |$; $\bar{p} = (p_1 + p_2)/2$

$Z_{\alpha/2}$ là hằng số cho sai sót loại I ; Z_{β} là hằng số cho sai sót loại II

p_1 là tỷ lệ hiệu quả điều trị ước tính của nhóm chứng

p_2 là tỷ lệ hiệu quả điều trị ước tính của nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh (năm 2019) tỉ lệ khỏi tốt nhóm điều trị XBBH kết hợp bài thuốc KNC là 53% ta có p_1= 53% [42], tỉ lệ khỏi tốt kỳ vọng của nghiên cứu p_2 = 93% thì

$\bar{p}$ = (0,53+0,93)/2 = 0,73

Δ = |0,53-0,93| = 0,4 α = 0,01 thì $Z_{\alpha/2}$ = 2,57 β = 0,9 thì Z_{β} = 1,28

$$\mathbf{n1 = n2} = \frac{\left(2,57\sqrt{2x0,73x0,27} + 1,28\sqrt{0,53x0,47 + 0,93x0,07}\right)^2}{0,4^2} = 33,96$$

Chúng tôi tiến hành thu thập 38 bệnh nhân thuộc nhóm NC.

Nhằm đánh giá tác dụng của Thuốc đắp HV một cách khách quan, chúng tôi chọn nhóm đối chứng với số lượng xấp xỉ 1/1, và thu được 37 bệnh nhân có tuổi, giới và đặc điểm lâm sàng cũng như cận lâm sàng tương đồng với nhóm NC.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu

2.2.3.1. Biến số mô tả đối tượng nghiên cứu

- Giới: nam, nữ.

- Tuổi: được tính theo năm dương lịch, với tuổi thấp nhất từ 39 tuổi. Trong phân tích tuổi được chia thành 3 nhóm:

+ 39 – 49;

+ 50 – 59;

+ ≥ 60.

- Mức độ vận động thân thể hàng ngày dựa trên nghề nghiệp: lao động trí óc, lao động chân tay…

2.2.3.2. Biến số mô tả triệu chứng lâm sàng

- Thời gian được chẩn đoán xác định thoái thoái hóa cột sống cổ cho đến khi thu thập dữ liệu: dưới 6 tuần; từ 6 – 12 tuần và trên 12 tuần.

- Thời gian khởi phát triệu chứng cho đến khi nhập viện điều trị lần này: dưới 7 ngày và trên hoặc bằng 7 ngày.

- Mức độ đau khi nhập viện: chia làm 4 nhóm không đau (nhóm 0); đau ít (nhóm I); đau vừa (nhóm II); đau nhiều (nhóm III).

- Tầm vận động: cúi; ngửa; nghiêng phải; nghiêng trái; quay phải, quay trái.

- Mức độ hạn chế vận động với từng động tác: không hạn chế; hạn chế ít; hạn chế vừa; hạn chế nhiều.

- Biến số về kết quả điều trị: tốt, khá, trung bình và kém.

2.2.3.3. Biến số mô tả đặc điểm cận lâm sàng

Nhằm đánh giá tổng thể tình trạng sức khỏe của bệnh nhân và loại trừ những trường hợp không đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, chúng tôi thu thập các biến số sau:

- Công thức máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, Hb.

- Máu lắng.

- Sinh hóa máu: ure, creatinin, AST, ALT.

- Các biến số của chẩn đoán hình ảnh: vị trí tổn thương, hình thái tổn thương.

Hình 2.1. X quang cột sống cổ nghiêng ở bệnh nhân Lê Bích D, hình ảnh thoái hóa cột sống cổ, giảm chiều cao đĩa đệm, gai xương trước.

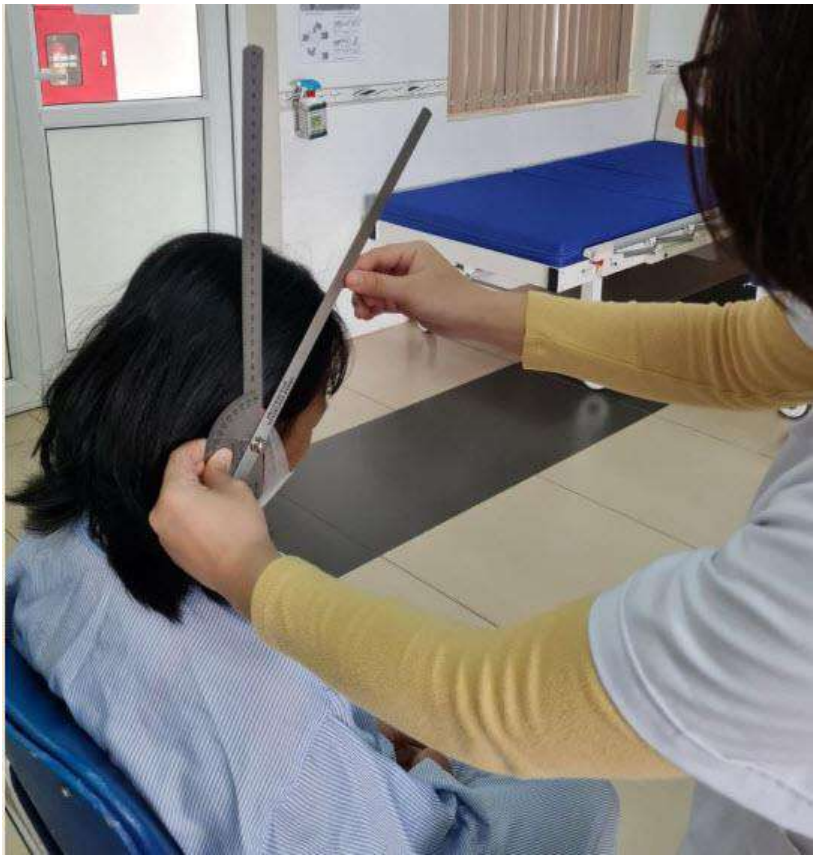
2.2.3.4. Biến số mô tả triệu chứng không mong muốn khi điều trị

- Dị ứng, mẩn ngứa;
- Rối loạn tiêu hóa;
- Hoa mắt chóng mặt;
- Đau đầu;
- Chảy máu;
- Bầm tím;
- Trầy xước da;
- Các biến đổi về thông số xét nghiệm;
- Khác (nếu có).

2.2.4. Các bước tiến hành

- Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu khi vào viện đều được:

+ Hỏi bệnh, khám lâm sàng, chụp X quang cột sống cổ (thẳng - nghiêng).



Hình 2.2. Đo tầm vận động cột sống cổ ở bệnh nhân Đào Thị H.

+ Xét nghiệm công thức máu, máu lắng, một số chỉ số xét nghiệm sinh hóa máu như glucose, ure, creatinin, ASL, ALT… để đánh giá sức khỏe tổng thể khi bệnh nhân tại thời điểm vào viện (D_0) và ngày thứ 14 (D_{14}) của liệu trình điều trị.

- Nhóm NC: điện châm ngày 1 lần theo phác đồ của Bộ Y tế, xoa bóp bấm huyệt vùng cổ gáy ngày 1 lần, kết hợp đắp Thuốc đắp HV ngày 1 lần.

- Nhóm ĐC: điện châm ngày 1 lần theo phác đồ của Bộ Y tế kết hợp với xoa bóp bấm huyệt vùng cổ gáy ngày 1 lần.

Các nhóm được sử dụng phương pháp điều trị tương ứng trong 14 ngày, đánh giá các triệu chứng: đau, tầm vận động, thang điểm NDI tại các thời điểm D_0, ngày thứ 3 (D_3), ngày thứ 7 (D_7) và D_{14}.

- Đánh giá tác dụng không mong muốn (nếu có).

2.2.4.1. Đánh giá triệu chứng đau

- Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS tại các thời điểm D_0, D_3, D_7 và D_{14} trong quá trình điều trị (Visual Analog Scale) [43].

- Phương tiện: mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thước đo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo của hãng Astra – Zeneca.

Hình 2.3. Thước đo thang điểm VAS [43]

Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt:

Một mặt chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10, trong đó mức độ đau tăng dần từ 0 đến 10 điểm, 10 điểm là đau nhất.

Một mặt có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức độ đau tăng dần:

+ Hình tượng thứ nhất (tương ứng 0 điểm): Bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào.
+ Hình tượng thứ 2 (tương ứng từ 1 - 3 điểm): Bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã.
+ Hình tượng thứ 3 (tương ứng từ 4 - 6 điểm): Bệnh nhân đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc kêu rên.
+ Hình tượng thứ 4 (tương ứng từ 7 - 8 điểm): Đau nhiều, đau liên tục, không thể vận động, luôn kêu rên.

+ Hình tượng thứ 5 (tương ứng từ 9 - 10 điểm): Đau liên tục, toát mồ hột, có thể choáng ngất.

- Cách tiến hành: trước khi đánh giá, bệnh nhân được nghỉ ngơi, không bị các kích thích khác từ bên ngoài và được giải thích phương pháp đánh giá cảm giác đau qua thang điểm VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 đến 10. Thang VAS được chia thành 5 mức độ [43].

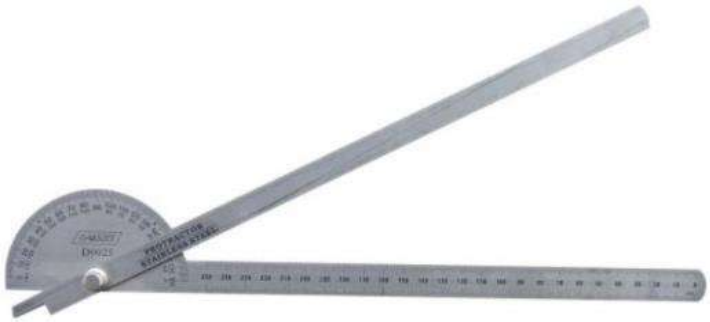
Bảng 2.1. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Kết quả thang đau (điểm)	Đánh giá mức độ đau	Mức điểm
0 điểm	Không đau	0
$0 < VAS \leq 3$	Đau ít	1
$3 < VAS \leq 6$	Đau vừa	2
$VAS > 6$	Rất đau	3

2.2.4.2. Đánh giá tầm vận động

Đánh giá tầm vận động của cột sống cổ tại các thời điểm D_0, D_3, D_7 và D_{14} trong quá trình điều trị.

Phương tiện: thước đo tầm vận động khớp: thước có gốc là mặt phẳng hình tròn, chia độ từ 0° - 360°, một cành di động và một cành cố định, dài 30cm.



Hình 2.4. Thước đo tầm vận động khớp

Phương pháp đo tầm vận động cột sống cổ dựa trên phương pháp đo tầm vận động khớp do Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình của Mỹ đề ra

[44]. Phương pháp này quy định mọi cử động khớp đều được đo từ vị trí Zero. Vị trí giải phẫu duỗi của chi và thân thể được quy ước là 0^o.

Tư thế bệnh nhân: ngồi thẳng, tựa lưng ngang vai, khớp gối và háng gập vuông góc, hai bàn chân đặt trên sàn nhà, hai tay xuôi khép sát dọc thân người. Tầm vận động của cột sống cổ được đo ở các động tác gấp duỗi (cúi, ngửa), nghiêng bên và quay.

Đo độ gấp duỗi

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

Đo độ nghiêng bên

Người đo đứng phía sau bệnh nhân, 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 và cành dị động đặt theo hướng đường nối từ điểm gốc C7 đến đỉnh đầu bệnh nhân.

Đo cử động quay

Người đo đứng ở phía sau, gốc thước là giao điểm của đường nối đỉnh vành tai hai bên cắt đường giữa thân. Hai 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.

Điểm vận động của một động tác bằng 0 khi tầm vận động trong giới hạn bình thường, hạn chế từ 1^o – 5^o được tính 1 điểm, 6^o – 10^o được tính 2 điểm, 11^o – 15^o được tính 3 điểm, trên 15^o được tính 4 điểm.

Bảng 2.2. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý [44]

Tầm vận động / Động tác	Bình thường	Bệnh lý (1=nhẹ; 2=vừa; 3=nặng; 4=rất nặng)			
Điểm	0	1	2	3	4
Cúi	45º – 55º	40º – 44º	35º – 39º	30º – 34º	< 30º
Ngửa	60º – 70º	55º – 59º	50º – 54º	45º – 49º	< 45º
Nghiêng phải	40º – 50º	35º – 39º	30º – 34º	25º – 29º	< 25º
Nghiêng trái	40º – 50º	35º – 39º	30º – 34º	25º – 29º	< 25º
Quay phải	60º – 70º	55º – 59º	50º – 54º	45º – 49º	< 45º
Quay trái	60º – 70º	55º – 59º	50º – 54º	45º – 49º	< 45º

2.2.4.3. Đánh giá chỉ số chức năng cột sống cổ theo thang điểm NDI (Neck Disability Index) [45] (Phụ lục 3)

Thang điểm NDI được đánh giá tại các thời điểm D_0, D_3, D_7 và D_{14} trong quá trình điều trị.

Bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) 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, 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 2.3. Đánh giá chỉ số chức năng cột sống cổ theo thang điểm NDI

Tổng điểm	Mức ảnh hưởng	Điểm quy đổi
0 – 10 điểm	Không ảnh hưởng	0 điểm
11 – 20 điểm	Ảnh hưởng mức nhẹ	1 điểm
21 – 30 điểm	Ảnh hưởng mức trung bình	2 điểm
31 – 50 điểm	Ảnh hưởng nặng hoặc rất nặng	3 điểm

2.2.4.4. Cách tiến hành sử dụng Thuốc đắp HV

Thuốc có nhiệt độ khoảng 40^{o}C đắp vào vùng cổ gáy người bệnh.

Yêu cầu: bệnh nhân thấy nóng vừa phải, không đau ngứa, không rát da vùng đắp thuốc. Trong thời gian đắp, thầy thuốc quan sát biểu hiện bất thường. Hết thời gian, thầy thuốc bỏ thuốc ra, làm sạch vùng da.

Hình 2.5. Đắp thuốc HV trên bệnh nhân Nguyễn Thị Hồng H.

* Liệu trình: đắp 50g Thuốc đắp HV x 30 phút/1 lần/ngày.

2.2.4.5. Phác đồ huyệt được sử dụng trong nghiên cứu:

Châm bổ các huyệt: Thái khê, Đại trữ, Huyền chung, Giáp tích C4 - C7, Thủ tam lý, Thiên trụ, A thị huyệt.

Điện châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 - 12 huyệt. [28]

2.2.4.6. Các thủ thuật Xoa bóp bấm huyệt được sử dụng trong nghiên cứu:

Thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, đấm, chặt, bóp, ấn, bấm huyệt (các huyệt như công thức điện châm), vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay), phát điều hòa. Mỗi lần xoa bóp 15 - 20 phút. Ngày xoa bóp 1 lần. [28]

2.2.4.7. Đánh giá kết quả điều trị

Dựa vào tổng điểm 3 chỉ số nghiên cứu:

- Mức độ đau theo thang điểm VAS.
- Mức độ cải thiện tầm vận động cột sống cổ.
- Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo bộ câu hỏi NDI.

Từ tổng điểm trên, quy đổi kết quả điều trị chung theo thang điểm B.Amor như sau:

$$\text{Phân loại} = \frac{Tổng\ điểm\ trước\ điều\ trị - Tổng\ điểm\ sau\ điều\ trị}{Tổng\ điểm\ trước\ điều\ trị} \text{ x } 100\%$$

Bảng 2.4. Phân loại kết quả điều trị

Phân loại	Kết quả điều trị
Tốt	Giảm ≥ 80% so với trước điều trị
Khá	Giảm ≥ 60% đến < 80% so với trước điều trị
Trung bình	Giảm ≥ 40% đến < 60% so với trước điều trị
Kém	Giảm < 40% so với trước điều trị

2.2.4.8. Theo dõi và đánh giá tác dụng không mong muốn

- Theo dõi tác dụng không mong muốn của Thuốc đắp HV như: dị ứng, mẩn ngứa, rối loạn tiêu hóa, hoa mắt chóng mặt, đau đầu,…

- Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm, XBBH như: sẩn ngứa, chảy máu, bầm tím, trầy xước da,…[46].

2.3. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÍ SỐ LIỆU

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm xử lý số liệu SPSS 25.0.

- Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

- So sánh giá trị trung bình của các nhóm bằng T - test, so sánh các tỷ lệ của các nhóm bằng kiểm định χ^2.

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

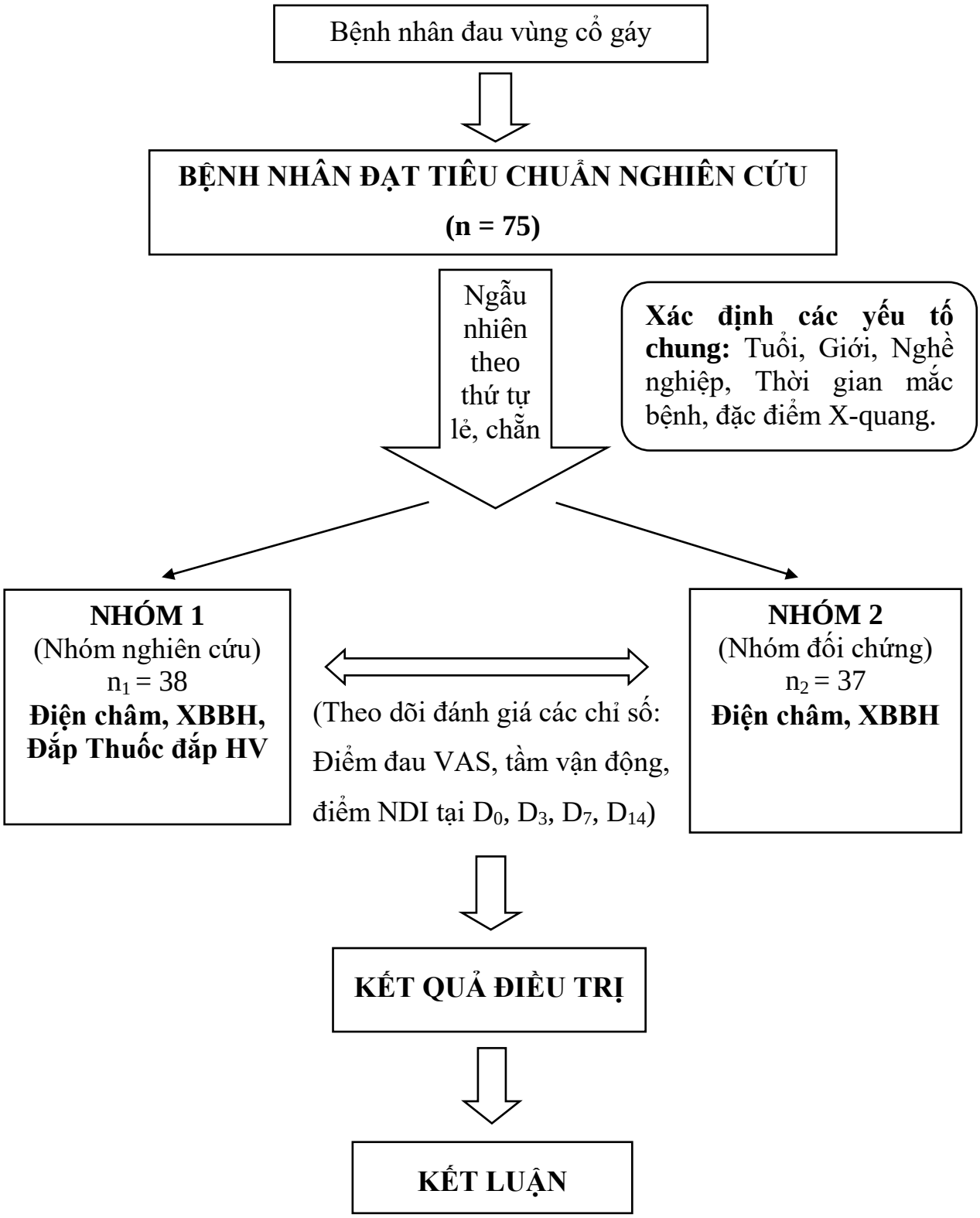
2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác.

Các bệnh nhân đều tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ phác đồ điều trị.

Khi bệnh nhân có dấu hiệu bệnh nặng thêm hoặc yêu cầu ngừng tham gia nghiên cứu, chúng tôi sẽ thay đổi phác đồ điều trị hoặc ngừng nghiên cứu.



Sơ đồ 2.1. Mô hình nghiên cứu

CHƯƠNG 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

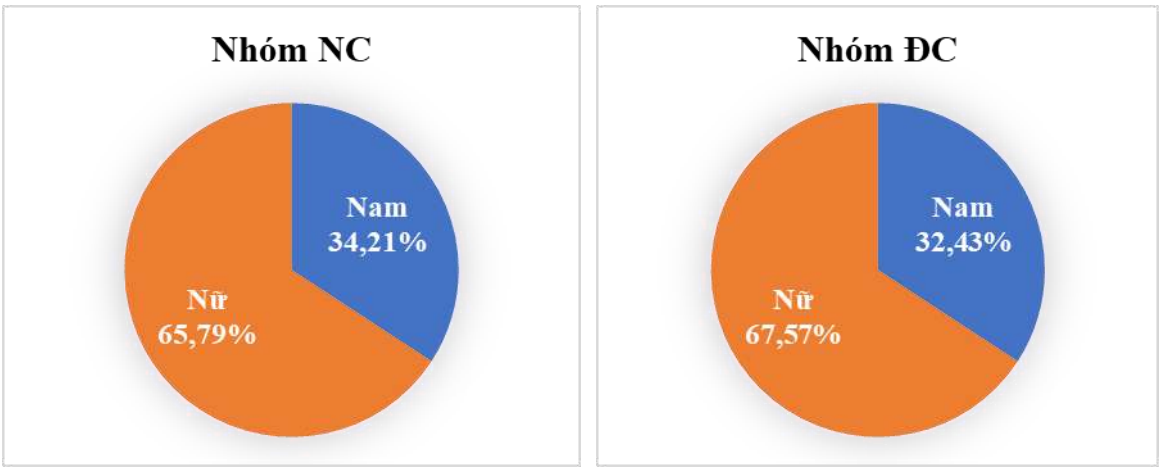
3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Nhóm NC (n= 38)	Nhóm ĐC (n= 37)	p
39 – 49 (n, %)	7 (18,42)	6 (16,22)	>0,05
50 – 59 (n, %)	8 (21,05)	7 (18,92)	
≥ 60 (n, %)	23 (60,53)	24 (64,86)	
Trung bình	64,17±12,36	64,03±13,39	>0,05

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân ở nhóm NC và nhóm ĐC tăng theo độ tuổi, phần lớn bệnh nhân ở cả hai nhóm đều có độ tuổi từ 60 trở lên. Phân bố theo độ tuổi của nhóm bệnh nhân NC và nhóm ĐC không có sự khác biệt (p>0,05).



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: Sự phân bố theo giới tính của nhóm bệnh nhân NC và nhóm ĐC không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Đối với cả hai nhóm, tỷ lệ bệnh nhân nữ gấp khoảng hai lần bệnh nhân nam.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm NC (n=38)	Nhóm ĐC (n=37)	p
Lao động trí óc (n, %)	25 (65,79)	23 (62,16)	>0,05
Lao động chân tay (n, %)	13 (34,21)	13 (35,14)	>0,05
Tổng (n, %)	38 (100)	37 (100)	>0,05

Nhận xét: Sự phân bố theo mức độ vận động thân thể của nhóm bệnh nhân NC và nhóm ĐC không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Gần 2/3 số bệnh nhân ở cả hai nhóm là những người có lịch sử ít vận động thân thể (lao động trí óc).

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo vị trí đau và thời gian xác định bệnh

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện

Thời gian (ngày)	Nhóm NC (n=38)	Nhóm ĐC (n=37)	p
< 7 (n, %)	34 (89,47)	32 (86,49)	>0,05
≥ 7 (n, %)	4 (10,53)	5 (13,51)	>0,05
Tổng (n, %)	38 (100)	37 (100)	>0,05

Nhận xét: Thời gian khởi phát triệu chứng đau vùng cổ gáy của nhóm bệnh nhân NC và nhóm ĐC không có sự khác biệt (p>0,05). Thời gian khởi phát đến khi nhập viện điều trị thường dưới 7 ngày.

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Thời gian (tuần)	Nhóm NC (n=38)	Nhóm ĐC (n=37)	p
< 6 (n, %)	7 (18,42)	8 (21,62)	>0,05
6 - 12 (n, %)	13 (34,21)	12 (32,43)	>0,05
> 12 (n, %)	18 (47,37)	17 (45,95)	>0,05
Tổng (n, %)	38 (100)	37 (100)	>0,05

Nhận xét: Thời gian được chẩn đoán lần đầu đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ của nhóm bệnh nhân NC và ĐC không có sự khác biệt (p>0,05). Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng gặp nhiều nhất với tỷ lệ gần 50%.

3.1.4. Đặc điểm tổn thương cột sống cổ trên phim X-quang

Bảng 3.5. Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang cột sống cổ

Đặc điểm	Nhóm NC (n=38)	Nhóm ĐC (n=37)	p
Gai xương (n, %)	29 (82,9)	32 (91,4)	> 0,05
Hẹp khe khớp (n, %)	16 (45,7)	15 (42,9)	> 0,05
Hẹp lỗ tiếp hợp (n, %)	8 (22,9)	10 (28,6)	> 0,05
Mất đường cong sinh lý (n, %)	27 (77,1)	26 (74,3)	> 0,05
Cầu xương (n, %)	0 (0)	0 (0)	> 0,05

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương trên X quang cột sống cổ thẳng nghiêng đã chỉ ra rằng: tỷ lệ về các đặc điểm tổn thương của nhóm NC và nhóm ĐC tương tự nhau (p>0,05). Gần như tất cả các bệnh nhân đều xuất hiện gai xương, và phần lớn cột sống cổ đã biến đổi đường cong sinh lý.

Bảng 3.6. Đặc điểm vị trí tổn thương trên phim X-quang cột sống cổ

Vị trí	Nhóm NC (n=38)	Nhóm ĐC (n=37)	p
C1 – C3 (n, %)	1 (2,63)	1 (2,7)	> 0,05
C4 – C5 (n, %)	10 (26,32)	11 (29,73)	> 0,05
C6 – C7 (n, %)	27 (71,05)	25 (67,57)	> 0,05

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương trên X quang cột sống cổ thẳng nghiêng đã chỉ ra rằng: tỷ lệ về các vị trí tổn thương không có sự khác biệt giữa nhóm NC và nhóm ĐC với p>0,05. Phần lớn bệnh nhân tổn thương tại đốt sống C6 - C7, tiếp đến là C4 - C5.

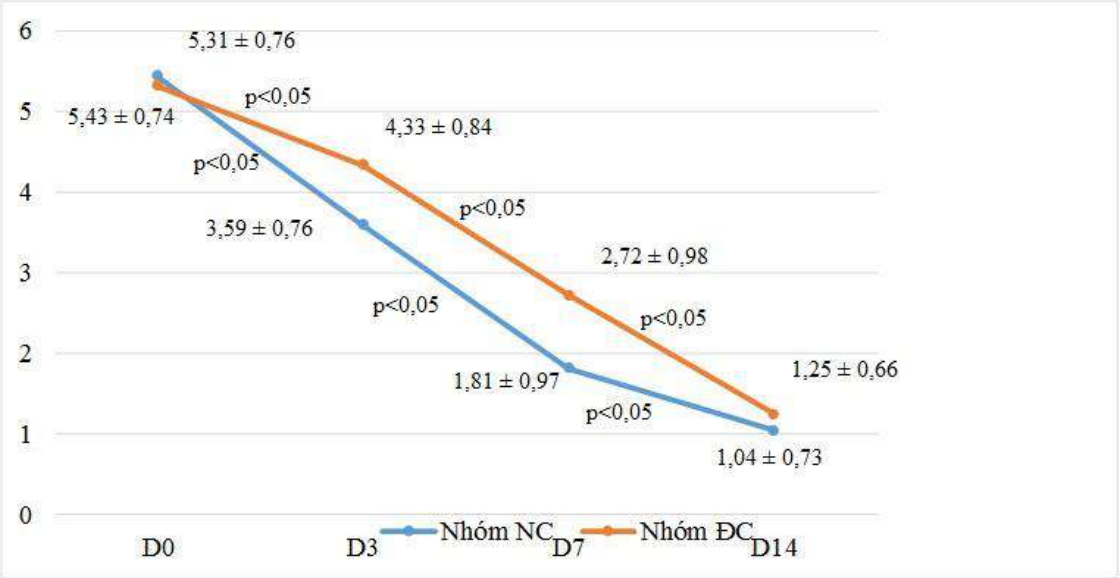
3.2. KẾT QUẢ CỦA THUỐC ĐẮP HV TRONG ĐIỀU TRỊ

3.2.1. Sự thay đổi mức độ đau tại các thời điểm đánh giá

Bảng 3.7. Mức độ đau trước điều trị

Nhóm (D_0)	Nhóm NC (n = 38) ($\overline{X}$ ± SD)	Nhóm ĐC (n = 37) ($\overline{X}$ ± SD)	p
Nhóm 0 (điểm)	0	0	
Nhóm I (điểm)	2,9 ± 0,32	2,83 ± 0,41	>0,05
Nhóm II (điểm)	5,5 ± 0,62	5,38 ± 0,65	>0,05
Nhóm III (điểm)	0	0	
Chung (điểm)	5,43 ± 0,74	5,31 ± 0,76	>0,05

Nhận xét: Đánh giá điểm số đau của nhóm NC và nhóm ĐC trước điều trị, kết quả cho thấy mức độ đau của cả hai nhóm và từng nhóm nhỏ không có sự khác biệt (p>0,05). Các bệnh nhân của cả hai nhóm nhập viện điều trị chỉ ở mức đau nhẹ và trung bình, không gặp bệnh nhân đau nặng.



Biểu đồ 3.2. Thay đổi mức độ đau tại các thời điểm đánh giá

Nhận xét: Biểu đồ mô tả biến đổi của mức độ đau ở bệnh nhân NC và ĐC trong quá trình điều trị, mức độ đau của các bệnh nhân giảm theo thời gian điều trị thể hiện ở số điểm đau giảm dần. Mức độ đau của nhóm NC giảm hơn so với nhóm ĐC, đặc biệt ngày thứ 3 và ngày thứ 7. Sự khác biệt giữa các thời điểm đánh giá ở cả hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 3.8. Kết quả của Thuốc đắp HV đối với đau sau 3 ngày điều trị

Nhóm (D_3)	**Nhóm NC (n=38)** ($\overline{X}$ ± SD)	**Nhóm ĐC (n=37)** ($\overline{X}$ ± SD)	**p**
Nhóm I (điểm)	2,51 ± 0,42	2,83 ± 0,21	<0,05
Nhóm II (điểm)	4,08 ± 0,46	4,62 ± 0,57	<0,05
Chung (điểm)	3,59 ± 0,76	4,33 ± 0,84	<0,05

Nhận xét: Khi xem xét mức độ đau của nhóm NC và nhóm ĐC và từng nhóm nhỏ sau 3 ngày điều trị, nhóm NC và từng nhóm nhỏ của nhóm NC có mức điểm giảm hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 3.9. Kết quả của Thuốc đắp HV đối với đau sau 7 ngày điều trị

Nhóm (D_7)	Nhóm NC (n=38) ($\overline{X}$ ± SD)	Nhóm ĐC (n=37) ($\overline{X}$ ± SD)	p
Nhóm I (điểm)	1,54 ± 0,68	2,23 ± 0,51	<0,05
Nhóm II (điểm)	4,00 ± 0,03	4,22 ± 0,43	<0,05
Chung (điểm)	1,81 ± 0,97	2,72 ± 0,98	<0,05

Nhận xét: Khi xem xét mức độ đau của nhóm NC và nhóm ĐC và từng nhóm nhỏ sau 7 ngày điều trị, nhóm NC và từng nhóm nhỏ của nhóm NC có mức điểm giảm hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 3.10. Kết quả của Thuốc đắp HV đối với đau sau 14 ngày điều trị

Nhóm (D_{14})	Nhóm NC (n=38) ($\overline{X}$ ± SD)	Nhóm ĐC (n=37) ($\overline{X}$ ± SD)	p
Nhóm I (điểm)	0	0	
Nhóm II (điểm)	1,54 ± 0,66	1,85 ± 0,11	>0,05
Chung (điểm)	1,04 ± 0,95	1,25 ± 0,68	>0,05

Nhận xét: Khi xem xét mức độ đau của nhóm NC và nhóm ĐC sau 14 ngày điều trị, các bệnh nhân đau ít khi nhập viện đã hết đau. Mức đau của các bệnh nhân nhóm NC giảm hơn so với nhóm ĐC, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

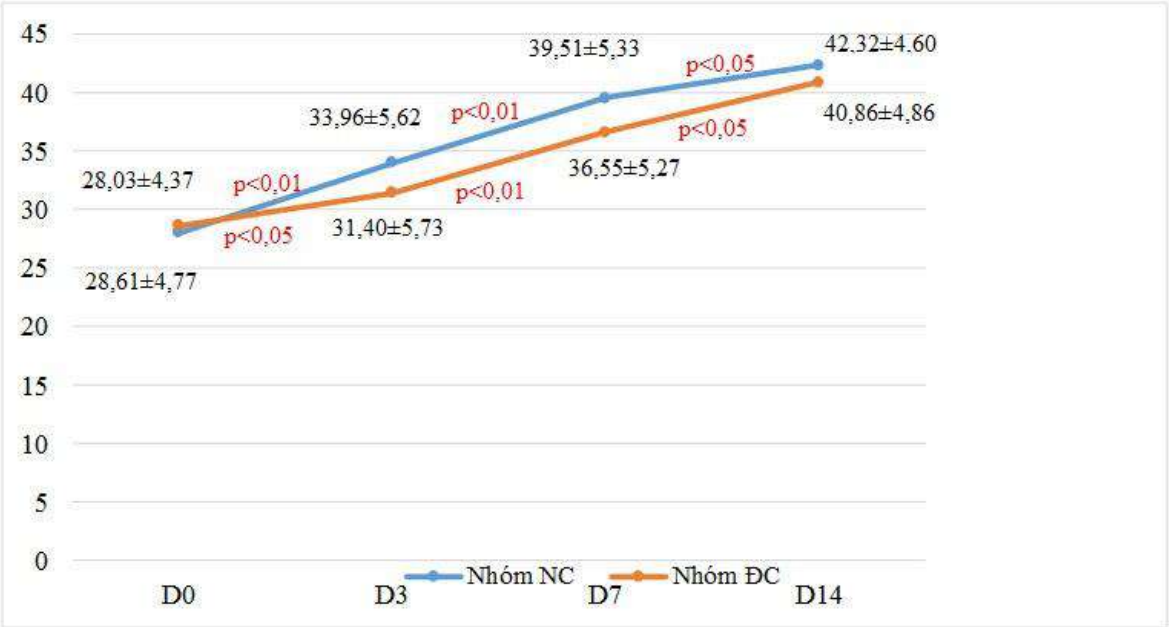
3.2.2. Thay đổi tầm vận động cột sống cổ tại các thời điểm đánh giá

3.2.2.1. Thay đổi tầm vận động cột sống cổ

Bảng 3.11. Tầm vận động cột sống cổ của 2 nhóm trước điều trị

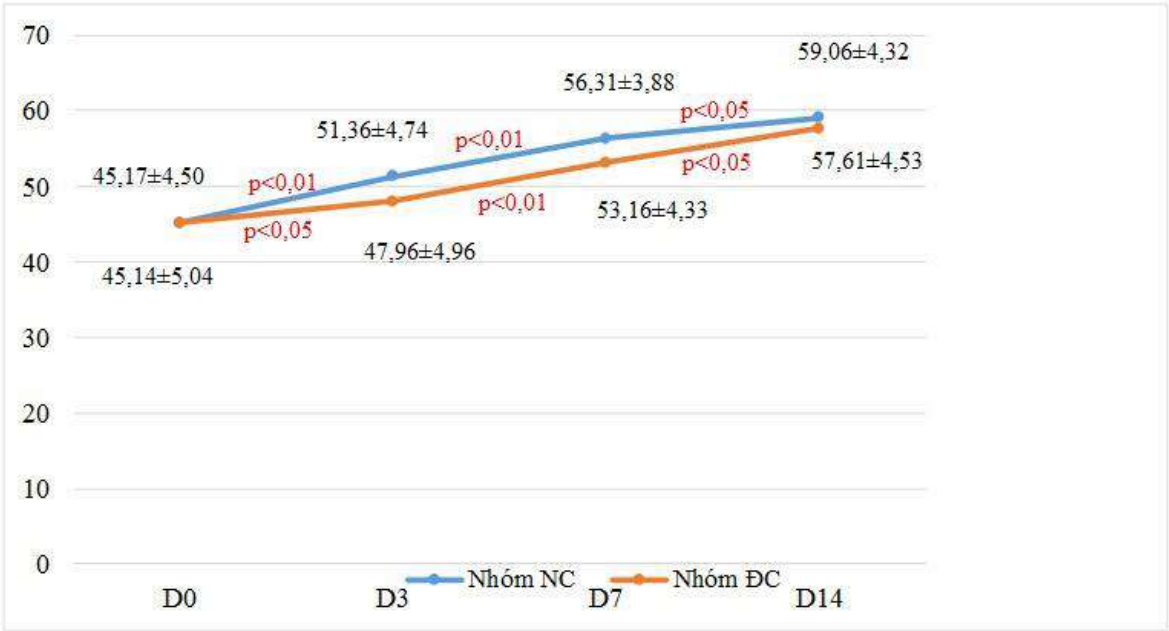
D_0	**Tầm vận động cột sống cổ (TB ± SD)**		**p**
	Nhóm NC (n=38)	**Nhóm ĐC (n=37)**	
Cúi (độ)	28,03 ± 4,37	28,61 ± 4,77	> 0,05
Ngửa (độ)	45,17 ± 4,50	45,14 ± 5,04	> 0,05
Nghiêng phải (độ)	25,43 ± 4,83	25,20 ± 4,69	> 0,05
Nghiêng trái (độ)	24,57 ± 4,53	24,26 ± 4,76	> 0,05
Quay phải (độ)	46,13 ± 3,54	46,01 ± 3,29	> 0,05
Quay trái (độ)	45,03 ± 3,99	45,43 ± 3,75	> 0,05

Nhận xét: Đánh giá tầm vận động cột sống cổ của hai nhóm NC và nhóm ĐC, mức độ vận động từng động tác của hai nhóm tương đương nhau (p>0,05).



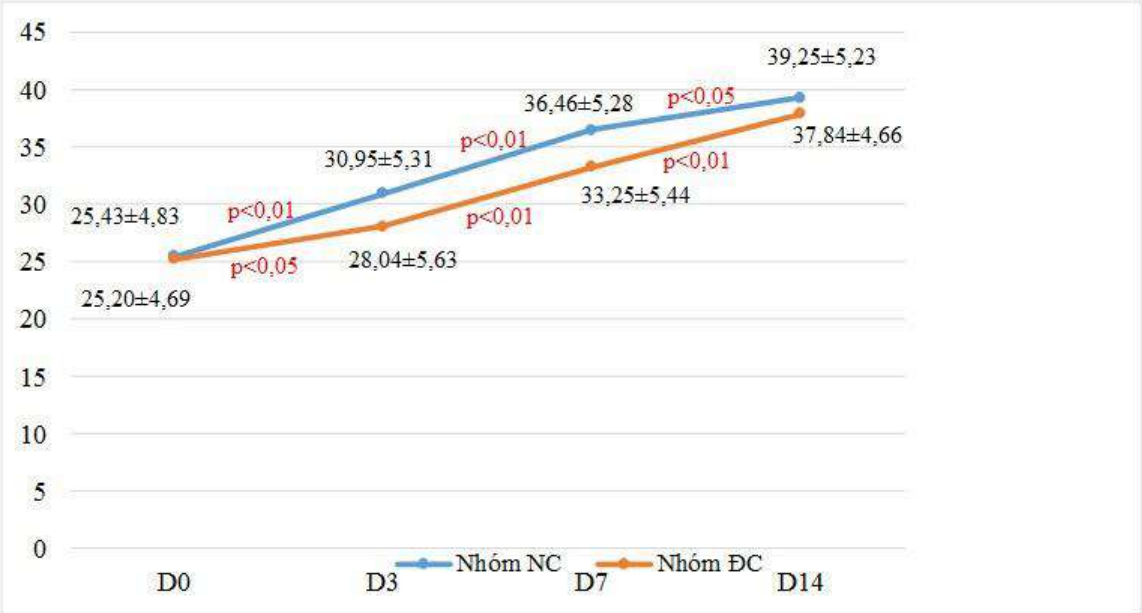
Biểu đồ 3.3. Thay đổi tầm vận động động tác cúi

Nhận xét: Biểu đồ mô tả biến đổi tầm vận động động tác cúi ở bệnh nhân NC và ĐC trong quá trình điều trị, độ vận động của động tác tăng dần theo thời gian điều trị (p<0,05). Nhưng độ vận động của nhóm NC lớn hơn nhóm ĐC.



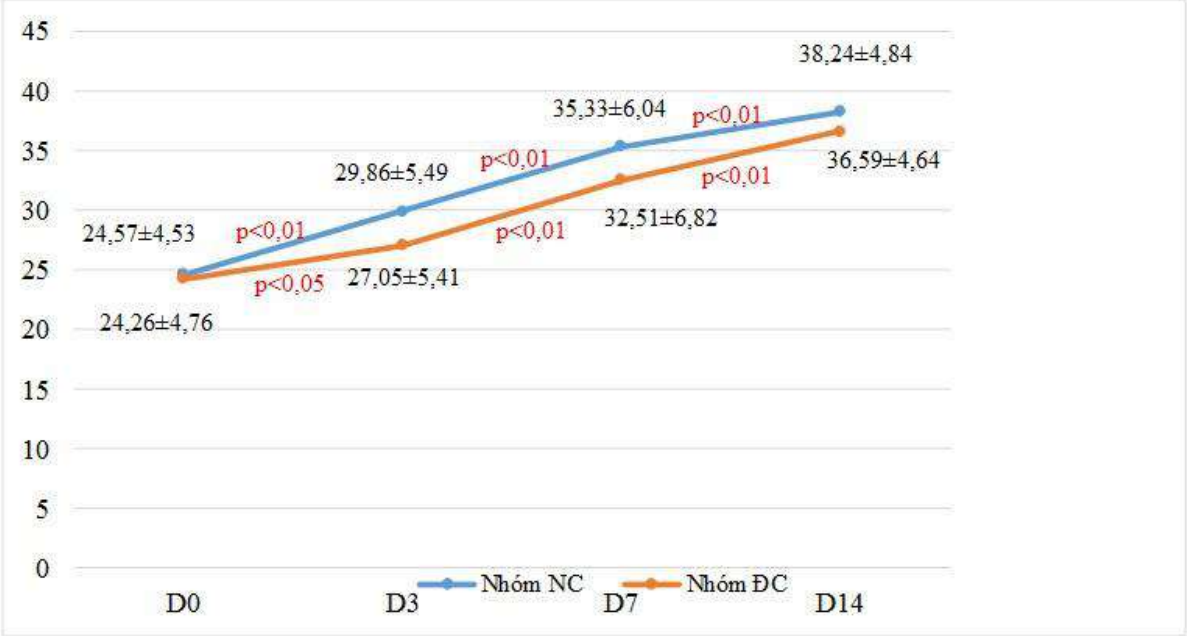
Biểu đồ 3.4. Thay đổi tầm vận động động tác ngửa

Nhận xét: Biểu đồ mô tả biến đổi tầm vận động động tác ngửa ở bệnh nhân NC và ĐC trong quá trình điều trị, độ vận động của động tác tăng dần theo thời gian điều trị (p<0,05). Nhưng độ vận động của nhóm NC lớn hơn nhóm ĐC.



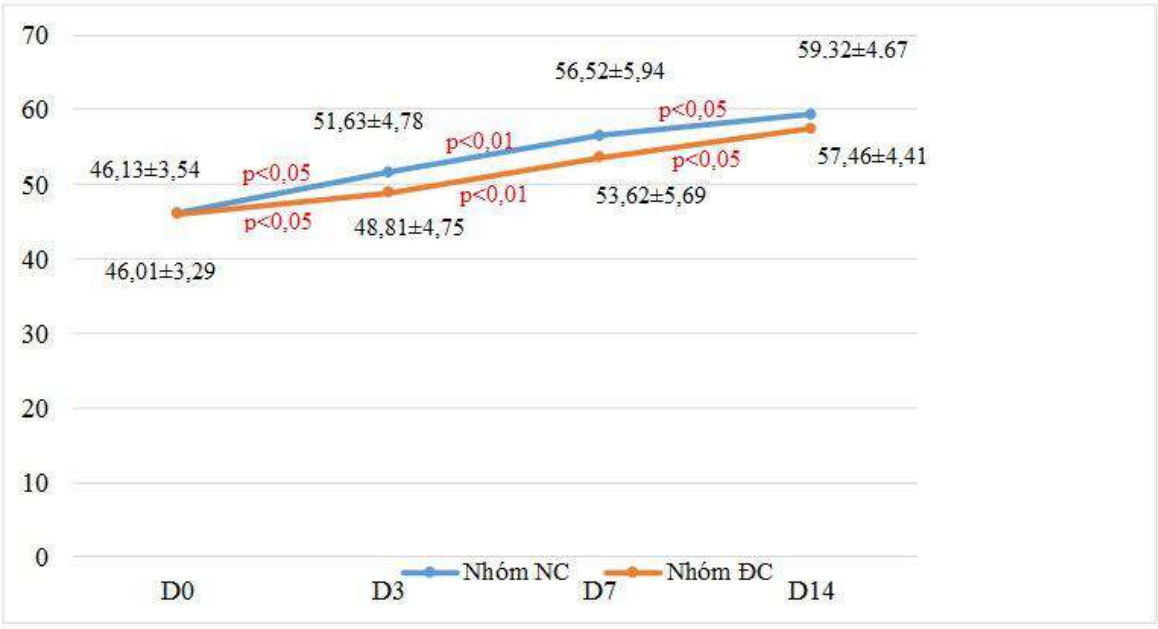
Biểu đồ 3.5. Thay đổi tầm vận động động tác nghiêng phải

Nhận xét: Biểu đồ mô tả biến đổi tầm vận động động tác nghiêng phải ở bệnh nhân NC và ĐC trong quá trình điều trị, độ vận động của động tác tăng dần theo thời gian điều trị (p<0,05). Nhưng độ vận động của nhóm NC lớn hơn nhóm ĐC.



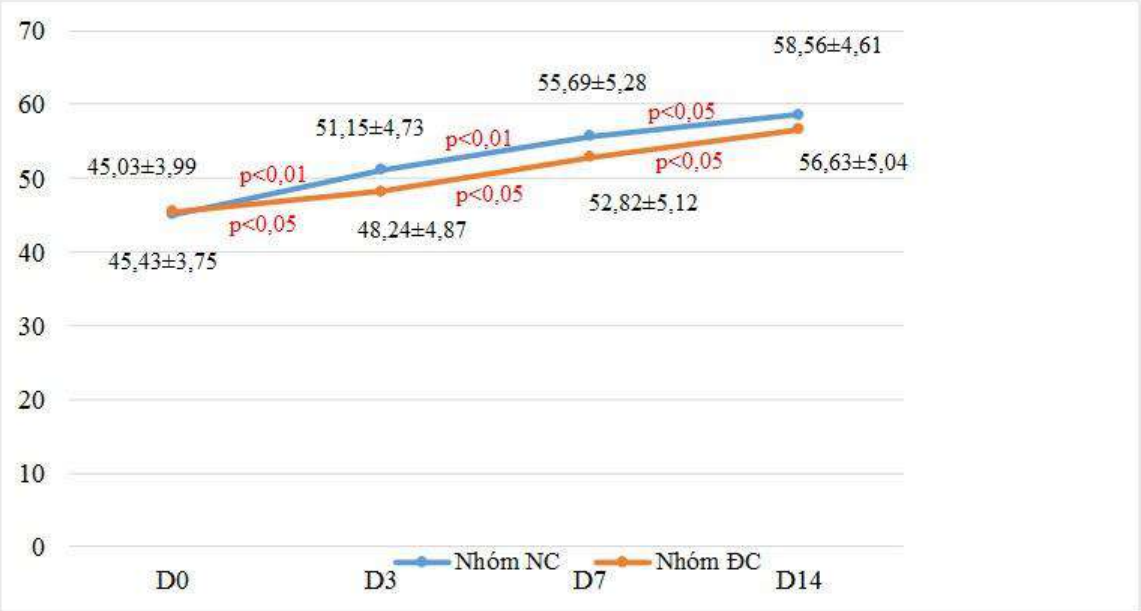
Biểu đồ 3.6. Thay đổi tầm vận động động tác nghiêng trái

Nhận xét: Biểu đồ mô tả biến đổi tầm vận động động tác nghiêng trái ở bệnh nhân NC và ĐC trong quá trình điều trị, độ vận động của động tác tăng dần theo thời gian điều trị (p<0,05). Nhưng độ vận động của nhóm NC lớn hơn nhóm ĐC.



Biểu đồ 3.7. Thay đổi tầm vận động động tác quay phải

Nhận xét: Biểu đồ mô tả biến đổi tầm vận động động tác quay phải ở bệnh nhân NC và ĐC trong quá trình điều trị, độ vận động của động tác tăng dần theo thời gian điều trị (p<0,05). Nhưng độ vận động của nhóm NC lớn hơn nhóm ĐC.



Biểu đồ 3.8. Thay đổi tầm vận động động tác quay trái

Nhận xét: Biểu đồ mô tả biến đổi tầm vận động động tác quay trái ở bệnh nhân NC và ĐC trong quá trình điều trị, độ vận động của động tác tăng dần theo thời gian điều trị (p<0,05). Nhưng độ vận động của nhóm NC lớn hơn nhóm ĐC.

3.2.2.2. Kết quả của thuốc đắp HV đối với hạn chế tầm vận động cột sống cổ

Bảng 3.12. Tầm vận động cột sống cổ của 2 nhóm sau 3 ngày điều trị

D_3	**Tầm vận động cột sống cổ ($\overline{X}$ ± SD)**		**p**
	Nhóm NC (n=38)	**Nhóm ĐC (n=37)**	
Cúi (độ)	33,96 ± 5,62	31,40 ± 5,73	< 0,05
Ngửa (độ)	51,36 ± 4,74	47,96 ± 4,96	< 0,05
Nghiêng phải (độ)	30,95 ± 5,31	28,04 ± 5,63	< 0,05
Nghiêng trái (độ)	29,86 ± 5,49	27,05 ± 5,41	< 0,05
Quay phải (độ)	51,63 ± 4,78	48,81 ± 4,75	< 0,05
Quay trái (độ)	51,15 ± 4,73	48,24 ± 4,87	< 0,05

Nhận xét: Tiến triển của tầm vận động cột sống cổ sau 3 ngày điều trị với các động tác cúi, ngửa, quay và nghiêng của nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC, thể hiện bằng độ của tầm vận động lớn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 3.13. Tầm vận động cột sống cổ của 2 nhóm sau 7 ngày điều trị

D_7	**Tầm vận động cột sống cổ ($\overline{X}$ ± SD)**		**p**
	Nhóm NC (n=38)	**Nhóm ĐC (n=37)**	
Cúi (độ)	39,51 ± 5,33	36,55 ± 5,27	< 0,05
Ngửa (độ)	56,31 ± 3,88	53,16 ± 4,33	< 0,05
Nghiêng phải (độ)	36,46 ± 5,28	33,25 ± 5,44	< 0,05
Nghiêng trái (độ)	35,33 ± 6,04	32,51 ± 6,82	< 0,05
Quay phải (độ)	56,52 ± 5,94	53,62 ± 5,69	< 0,05
Quay trái (độ)	55,69 ± 5,28	52,82 ± 5,12	< 0,05

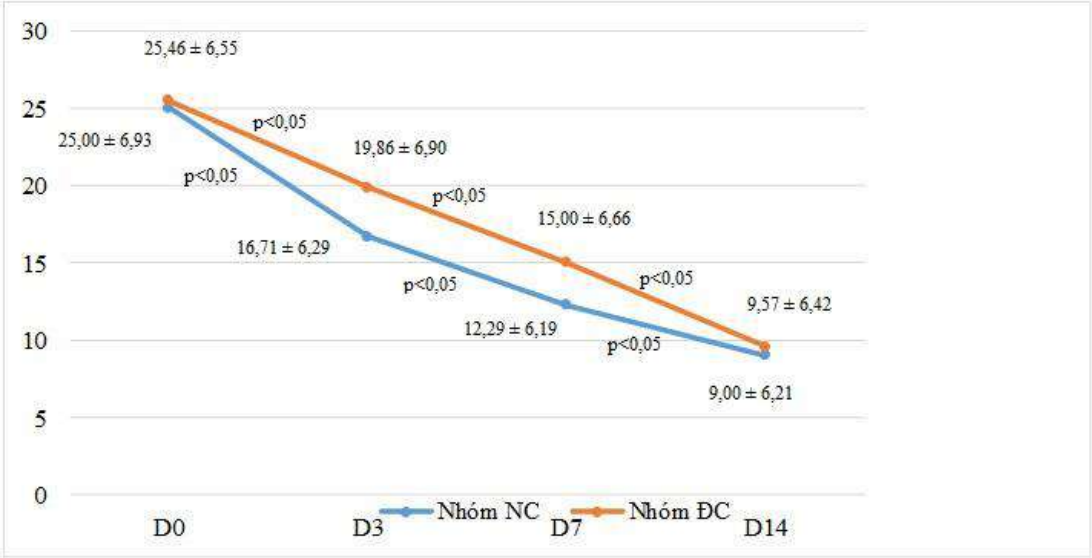
Nhận xét: Tiến triển của tầm vận động cột sống cổ sau 7 ngày điều trị với các động tác cúi, ngửa, quay và nghiêng của nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC, thể hiện bằng độ của tầm vận động lớn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 3.14. Tầm vận động cột sống cổ của 2 nhóm sau 14 ngày điều trị

D_{14}	Tầm vận động cột sống cổ ($\overline{X}$ ± SD)		p
	Nhóm NC (n=38)	Nhóm ĐC (n=37)	
Cúi (độ)	42,32 ± 4,60	40,86 ± 4,86	> 0,05
Ngửa (độ)	59,06 ± 4,32	57,61 ± 4,53	> 0,05
Nghiêng phải (độ)	39,25 ± 5,23	37,84 ± 4,66	> 0,05
Nghiêng trái (độ)	38,24 ± 4,84	36,59 ± 4,64	> 0,05
Quay phải (độ)	59,32 ± 4,67	57,46 ± 4,41	> 0,05
Quay trái (độ)	58,56 ± 4,61	56,63 ± 5,04	> 0,05

Nhận xét: Tiến triển của tầm vận động cột sống cổ sau 14 ngày điều trị với các động tác cúi, ngửa, quay và nghiêng của nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC, thể hiện bằng độ của tầm vận động lớn hơn, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.2.3. Sự thay đổi chức năng cột sống cổ theo thang điểm NDI



Biểu đồ 3.9. Đánh giá chức năng cột sống cổ tại các thời điểm điều trị bằng thang điểm NDI

Nhận xét: Biểu đồ mô tả biến đổi chức năng cột sống cổ ở bệnh nhân NC và ĐC trong quá trình điều trị, điểm số đánh giá của các bệnh nhân giảm theo thời gian điều trị thể hiện ở tổng điểm giảm dần. Nhóm NC có số điểm thấp hơn nhóm ĐC, đặc biệt ở ngày thứ 3 và 7. Sự khác biệt giữa các thời điểm trước và sau đánh giá ở cả hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

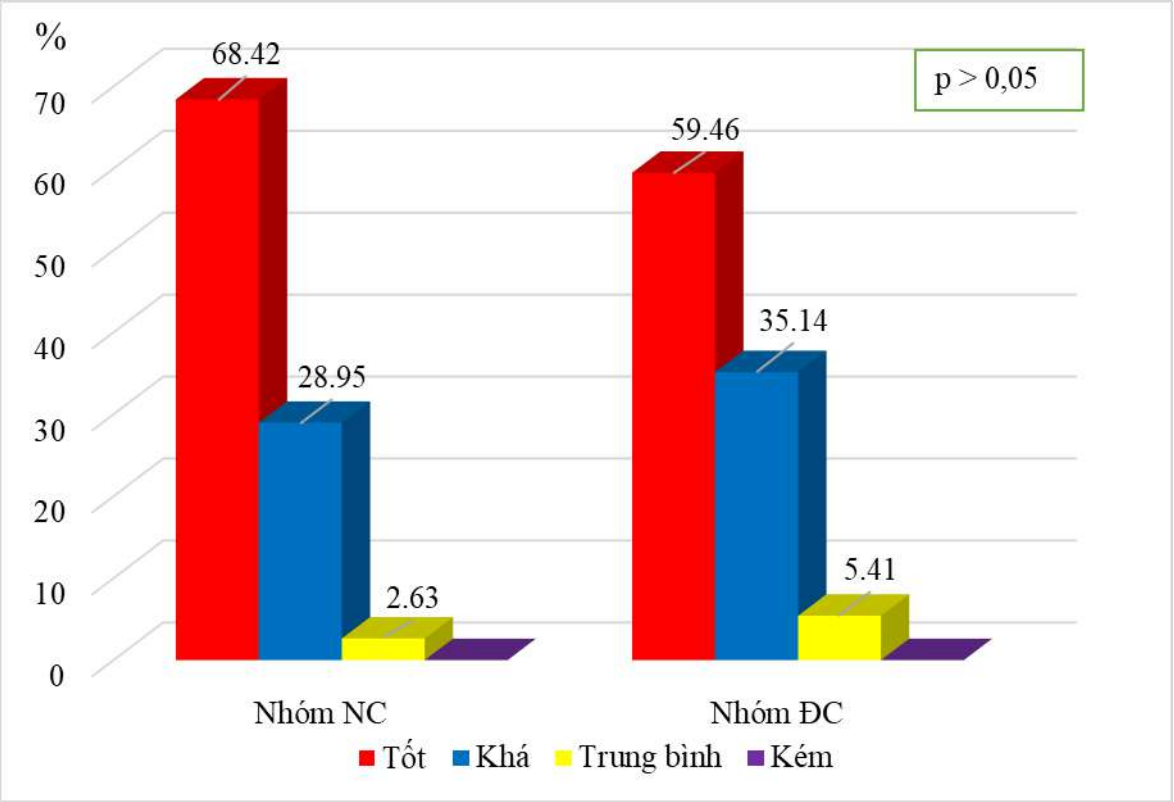
Bảng 3.15. Chức năng cột sống cổ theo thang điểm NDI

Thời gian	Điểm NDI trung bình ($\overline{X}$ ± SD)		p
	Nhóm NC (n=38)	Nhóm ĐC (n=37)	
D_0 (điểm)	25,00 ± 6,93	25,46 ± 6,55	>0,05
D_3 (điểm)	16,71 ± 6,29	19,86 ± 6,90	<0,05
D_7 (điểm)	12,29 ± 6,186	15,00 ± 6,66	<0,05
D_{14} (điểm)	9,00 ± 6,21	9,57 ± 6,42	>0,05

Nhận xét: Chức năng cột sống cổ của nhóm NC và ĐC cùng cải thiện tốt theo thời gian điều trị, nhưng nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC đặc

biết ngày thứ 3 và thứ 7 sau điều trị (p<0,05). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm sau 14 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.2.4. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.10. Đánh giá kết quả điều trị

Nhận xét: Kết quả sau liệu trình điều trị 14 ngày, sự cải thiện của bệnh nhân được đánh giá cho kết quả tốt chiếm số lượng lớn, 68,42% ở nhóm NC và 59,46% ở nhóm ĐC. Sự cải thiện của nhóm bệnh nhân NC tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.2.5. Sự thay đổi một số chỉ số xét nghiệm và tác dụng không mong muốn

Bảng 3.16. Sự thay đổi một số chỉ số xét nghiệm của nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Thời điểm điều trị ($\overline{X}$ ± SD)		p
	D_0 (n=38)	D_{14} (n=38)	
Hồng cầu (T/l)	4,60 ± 0,48	4,65 ± 0,41	>0,05
Hemoglobin (g/l)	14,01 ± 1,63	13,93 ± 1,84	>0,05
Bạch cầu (G/l)	7,96 ± 2,56	7,78 ± 1,98	>0,05
Tiểu cầu (G/l)	244,54 ± 76,72	245,50 ± 69,38	>0,05
Máu lắng giờ 1 (mm)	8,18 ± 3,17	7,99 ± 2,62	>0,05
Máu lắng giờ 2 (mm)	14,18 ± 3,85	13,89 ± 3,32	>0,05
Ure (µmol/l)	4,96 ± 1,13	4,92 ± 0,91	>0,05
Creatinin (µmol/l)	82,38 ± 10,19	82,04 ± 9,35	>0,05
AST (UI/L)	25,75 ± 6,35	25,73 ± 4,50	>0,05
ALT (UI/L)	26,99 ± 6,56	26,75 ± 4,94	>0,05

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm một số chỉ số công thức máu và sinh hóa máu ở nhóm bệnh nhân NC khi nhập viện và sau 14 ngày điều trị không có sự khác biệt (p>0,05).

Bảng 3.17. Sự thay đổi một số chỉ số xét nghiệm của nhóm đối chứng

Chỉ số	Thời điểm điều trị ($\overline{X}$ ± SD)		p
	D_0 (n=37)	D_{14} (n=37)	
Hồng cầu (T/l)	4,75 ± 0,64	4,80 ± 0,55	>0,05
Hemoglobin (g/l)	13,69 ± 1,48	13,77 ± 1,17	>0,05
Bạch cầu (G/l)	7,68 ± 2,56	7,50 ± 2,02	>0,05
Tiểu cầu (G/l)	225, 14 ± 77,15	226,93 ± 71,15	>0,05
Máu lắng giờ 1 (mm)	6,75 ± 2,96	6,83 ± 2,29	>0,05
Máu lắng giờ 2 (mm)	13,17 ± 3,89	13,60 ± 3,27	>0,05
Ure (µmol/l)	4,77 ± 1,51	4,69 ± 1,22	>0,05
Creatinin (µmol/l)	79,84 ± 17,48	81,62 ± 14,19	>0,05
AST (UI/L)	27,73 ± 11,03	26,60 ± 9,06	>0,05
ALT (UI/L)	28,24 ± 10,61	27,95 ± 8,91	>0,05

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm một số chỉ số công thức máu và sinh hóa máu ở nhóm bệnh nhân ĐC khi nhập viện và sau 14 ngày điều trị không có sự khác biệt (p>0,05).

Bảng 3.18. Tác dụng không mong muốn

Phương pháp và triệu chứng		Nhóm NC (n=38)	Nhóm ĐC (n=37)
Thuốc đắp HV	Dị ứng da (n, %)	0 (0)	0 (0)
	Rối loạn tiêu hóa (n, %)	0 (0)	0 (0)
	Chóng mặt (n, %)	0 (0)	0 (0)
	Đau đầu (n, %)	0 (0)	0 (0)
Điện châm và XBBH	Chảy máu (n, %)	0 (0)	0 (0)
	Bầm tím (n, %)	0 (0)	0 (0)
	Trầy xước da (n, %)	0 (0)	0 (0)

Nhận xét: Trong suốt quá trình điều trị, tất cả bệnh nhân NC và bệnh nhân nhóm ĐC không xuất hiện bất kỳ tác dụng không mong muốn nào.

CHƯƠNG 4
BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NGHIÊN CỨU VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

4.1.1. Đặc điểm chung của nghiên cứu

Đau cổ gáy thường được phân loại là "cấp tính", "bán cấp", hoặc "mãn tính". Trong khi hầu hết các cơn đau cấp tính thuyên giảm nhanh chóng, nhưng có một số bệnh nhân lại tiếp tục bị đau dài hơn [7].

Điện châm và XBBH, kéo dãn và đắp thuốc chườm nóng bằng YHCT đều là phương pháp điều trị phổ biến đối với bệnh nhân đau vùng cổ gáy. Nghiên cứu được thực hiện để đánh giá ảnh hưởng của sự kết hợp giữa điện châm, XBBH và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV đối với đau vùng cổ gáy ở bệnh nhân THCSC. Trong nghiên cứu đối chứng, mù đôi này, 75 bệnh nhân đủ điều kiện sẽ được chia ngẫu nhiên thành một nhóm điều trị 38 bệnh nhân (điện châm, XBBH và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV) và một nhóm chứng 37 bệnh nhân (điện châm, XBBH). Trước và trong quá trình điều trị, thang điểm đau VAS, tầm vận động cột sống cổ và thang điểm NDI được đánh giá vào ngày nhập viện, ngày thứ 3, ngày thứ 7 và ngày thứ 14 khi điều trị. Trong thời gian điều trị, bất kỳ dấu hiệu nào của các tác dụng phụ cấp tính, chẳng hạn như dị ứng da, đau, chảy máu, trầy xước da… sẽ được ghi lại ở mỗi lần khám. Mặc dù điện châm, XBBH và đắp chườm nóng thuốc YHCT để điều trị đau vùng cột sống trong nhiều năm, nhưng vẫn chưa có sự đồng thuận về hiệu quả của liệu pháp phối hợp. Nghiên cứu này sẽ cung cấp bằng chứng về kết quả của phương pháp điện châm, XBBH kết hợp với đắp chườm nóng Thuốc đắp HV trong điều trị đau vùng cổ gáy ở bệnh nhân THCSC.

Đắp chườm nóng Thuốc đắp HV là đặt bột chườm nóng thảo dược trực tiếp lên vùng cổ, có tác dụng nhiệt, làm nóng các mô cục bộ, giãn mao mạch,

thúc đẩy tuần hoàn máu, cải thiện trao đổi chất tại chỗ và đạt được tác dụng chống viêm, tiêu sưng và giảm phản xạ co cơ. Nó giúp thư giãn các cơ, giảm mệt mỏi và đau đớn, khôi phục sự cân bằng của hệ thống động lực học [47]. Và chườm với sự hỗ trợ của tác động làm ấm để đưa các thành phần thuốc của Thuốc đắp HV vào kinh mạch và các huyệt vị trực tiếp đến vị trí bệnh, hiệp đồng hiệu quả làm ấm và dược lý, để đạt được tác dụng ôn thông kinh lạc, thúc đẩy khí huyết lưu thông và chỉ thống.

4.1.2. Tuổi và giới tính

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, dựa trên kết quả điều trị lâm sàng, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân NC là 64,17±12,36 và 64,03±13,39 đối với nhóm ĐC. Phân bố về tuổi của tất cả các bệnh nhân thấy rằng tỷ lệ mắc bệnh tăng lên theo độ tuổi và phần lớn có độ tuổi ≥ 60, điều này cho thấy tuổi là một yếu tố có thể ảnh hưởng đến THCSC. Bất kể trường hợp nhóm NC hay nhóm ĐC, tuổi tác là một yếu tố liên quan quan trọng đối với THCSC [48]. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trong giai đoạn tình hình dịch bệnh Covid 19 đang diễn ra, chính vì lý do đó nên phân bố tuổi bệnh nhân khi nhập viện không giống như nghiên cứu trước với phần lớn bệnh nhân từ 45 - 60 tuổi [49]. Kết quả này chỉ ra rằng các biện pháp phòng ngừa nên khác nhau đối với các nhóm tuổi khác nhau. Thứ hai, THCSC như một bệnh mãn tính là kết quả của tác động lâu dài của các yếu tố. Xem xét hiệu ứng trễ, những người dưới 60 tuổi là trọng tâm của việc phòng ngừa.

Theo nghiên cứu của Singh S và cộng sự, giới tính không có ý nghĩa với đau cổ gáy ở bệnh nhân THCSC [50]. Nhưng giới tính có liên quan đến thoái hóa cột sống cổ trong nghiên cứu này. Tỷ lệ bệnh nhân nữ gấp khoảng hai lần bệnh nhân nam với độ tuổi trung bình từ 60 trở lên, những bệnh nhân nữ độ tuổi này thường đã mãn kinh. Một nghiên cứu cho thấy mãn kinh là

một yếu tố liên quan đến THCSC. Estrogen có thể duy trì các collagens bảo vệ đĩa đệm. Lou và cộng sự tìm thấy mối liên hệ giữa mãn kinh và sự thoái hóa của đĩa đệm. Hơn nữa, những thay đổi về nồng độ hormone trong thời kỳ mãn kinh có thể dẫn đến sự thoái hóa của đốt sống, ảnh hưởng đến sự phân bố dinh dưỡng của đĩa đệm, kết thúc là sự thoái hóa của cột sống [51]. Nữ giới trong giai đoạn tiền mãn kinh cần một số can thiệp về sức khỏe để bảo vệ sức khỏe cột sống của mình.

4.1.3. Hình ảnh X quang cột sống cổ

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu khi nhập viện đều được chỉ định chụp X quang cột sống cổ thẳng, nghiêng phục vụ chẩm đoán. Các phát hiện chụp X quang phổ biến bao gồm hình thành gai xương, hẹp khe đốt sống, những thay đổi thoái hóa của các khớp và mặt đốt sống, và các mô mềm bị vôi hóa. Phần lớn bệnh nhân có tổn thương ở C6 - C7, tiếp đến là C5 - C6. Kết quả này phù hợp với phân bố tổn thương của nghiên cứu trước đây [10].

4.1.4. Nghề nghiệp của bệnh nhân

Để đánh giá yếu tố chuyển động thân thể nói chung, cột sống cổ nói riêng, chúng tôi chia các bệnh nhân thành hai nhóm, gồm những người có lịch sử ít vận động thân thể (lao động trí óc) và những bệnh nhân có lịch sử vận động thân thể (lao động chân tay). Đau cổ gáy có liên quan chặt chẽ với chuyển động. Giữa chúng có một mối quan hệ về liều lượng dương. Chuyển động toàn thân trong quá trình làm việc hàng ngày là một yếu tố liên quan đến THCSC trong nghiên cứu này thể hiện bằng tỷ lệ số người lao động trí óc (ít vận động thân thể) chiếm tới hơn 60% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Mặc dù không có báo cáo nào chứng minh mối liên hệ giữa chuyển động thân thể và THCSC, nhưng nghiên cứu trước đây, các yếu tố nghề nghiệp góp phần đẩy nhanh quá trình thoái hóa cột sống [52]. Do đó, chuyển động toàn thân có liên quan đến cột sống cổ. Kết quả này có thể giải thích tại sao ở một mức độ

nào đó những người vận động điều độ lại có tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn những người làm việc ở vị trí tĩnh.

4.2. KẾT QUẢ GIẢM ĐAU VÀ TĂNG KHẢ NĂNG VẬN ĐỘNG CỘT SỐNG CỔ CỦA THUỐC ĐẮP HV

4.2.1. Giảm triệu chứng đau

Đau vùng cổ gáy khi thăm khám lâm sàng rất khó để biết chắc chắn nguyên nhân, và thậm chí chẩn đoán hình ảnh không thể dễ dàng phân biệt giữa các nguyên nhân cụ thể tiềm ẩn khác nhau. Ngoài ra, những thay đổi về xương và thoái hóa khớp có thể xuất hiện trên chẩn đoán hình ảnh thường không tương quan với mức độ nghiêm trọng của cơn đau. Nói cách khác, có thể bị đau cổ gáy khi chẩn đoán hình ảnh tương đối bình thường, hoặc không, hoặc chỉ đau nhẹ mặc dù có những bất thường đáng kể trên hình ảnh [8]. Đau là một triệu chứng chủ quan, vì vậy đánh giá đau bằng sự cảm nhận của bệnh nhân về đau và co cơ ở vùng cổ gáy. Cho dù cơn đau ở bệnh nhân trong nghiên cứu khi vào viện có xuất phát từ THCSC hay không thì rõ ràng nền tảng bệnh nhân 100% đã được chẩn đoán xác định THCSC.

Đau vùng cổ gáy ở bệnh nhân THCSC vẫn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn. Kết quả của nghiên cứu này sẽ tập trung vào chứng đau cổ gáy và sẽ xác định xem đắp chườm nóng Thuốc đắp HV có phải là biện pháp can thiệp hiệu quả để góp phần cùng với điện châm, XBBH giúp giảm triệu chứng này hay không.

Điện châm, XBBH là những phương pháp điều trị phổ biến của YHCT, đã là hình thức chăm sóc sức khỏe trong hàng nghìn năm. Nó đã được báo cáo là có một số lợi ích đối với bệnh nhân THCSC, giúp cải thiện các dấu hiệu và triệu chứng.

Trong nghiên cứu có đối chứng này trên bệnh nhân đau vùng cổ gáy mức độ nhẹ và vừa có THCSC, chúng tôi khảo sát kết quả điều trị vào ngày

thứ 3, thứ 7 và thứ 14 của quá trình điều trị, và độ an toàn khi đắp chườm nóng Thuốc đắp HV. Đầu tiên, chúng tôi ước tính kích thước mẫu tối ưu nhất để đảm bảo kết quả nghiên cứu đầy đủ. Thứ hai, chúng tôi đảm bảo rằng nghiên cứu này thực sự là một nghiên cứu có đối chứng ở mức độ lớn nhất có thể bằng cách thực hiện đầy đủ chia nhóm ngẫu nhiên và làm mù.

Vì cả cường độ đau và chức năng thể chất đều mang tính chủ quan. Cường độ của cơn đau ở vùng cổ gáy được đo bằng thang điểm VAS, với giá trị 0 có nghĩa là "không có cảm giác đau", 10 đại diện cho "cơn đau tồi tệ nhất có thể tưởng tượng". Bệnh nhân sẽ được hỏi: "Đau mức độ nào?". Dữ liệu sẽ được thu thập. VAS đã được chứng minh là một thước đo kết quả hợp lệ và đáng tin cậy [53]. NDI đánh giá mức độ đau cổ gáy và các hạn chế chức năng trong cuộc sống hàng ngày.

Theo YHCT, sức khỏe thể chất tốt phụ thuộc vào sự lưu thông của khí và huyết. Các nguyên nhân phổ biến của cơn đau là do khí trệ và huyết ứ. Hơn nữa, các yếu tố gây bệnh khác như đàm và thấp có thể được xác định là yếu tố gây tắc nghẽn. Điện châm và XBBH có thể giảm đau bằng cách thúc đẩy lưu thông khí huyết tại chỗ và toàn thân bằng cách loại bỏ các yếu tố gây bệnh. Thao tác tại vùng cổ gáy có thể loại bỏ sự ứ đọng cục bộ của khí huyết và thúc đẩy lưu thông của chúng. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng điện châm và XBBH có thể làm giảm đau bằng cách giảm viêm và cải thiện tổn thương của cơ xương [3].

Cả hai nhóm bệnh nhân NC và ĐC chúng tôi đều thực hiện cùng một kỹ thuật và liệu trình điện châm và XBBH. Kết quả dù là nhóm nào, các triệu chứng đau đều thuyên giảm trong quá trình điều trị ($p<0,05$). Khi so sánh kết quả giảm đau của nhóm NC có sử dụng đắp chườm nóng Thuốc đắp HV thấy rằng sự cải thiện đau nhanh hơn, rõ rệt nhất của sự khác biệt ngay ngày thứ 3 và ngày thứ 7 của liệu trình điều trị.

Các phương pháp điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi được áp dụng chung cho cả hai nhóm gồm XBBH và điện châm. Kết quả cho thấy bấm huyệt tại chỗ cải thiện hiệu quả các triệu chứng đau cổ gáy của các bệnh nhân, và hiệu quả điều trị rõ ràng ngay lập tức. Bấm huyệt ở xa cũng có hiệu quả [54]. Xoa bóp không chỉ là một phương pháp điều trị tiết kiệm chi phí, an toàn và không xâm lấn, mà còn là một phương pháp điều trị có thể được chia sẻ giữa những người chăm sóc, điều dưỡng và bác sĩ. Hơn nữa, xoa bóp là một phương pháp điều trị đơn giản, người bệnh cũng có thể tự thực hiện. Về mặt sức khỏe cộng đồng, điều này có khả năng làm giảm chi phí y tế và bệnh nhân có thể cải thiện niềm tin vào sức khỏe của chính mình.

Các cơ chế cơ bản của XBBH vẫn chưa rõ ràng. Tuy nhiên, có một số giả thuyết có thể giải thích tác dụng của XBBH đối với đau vùng cổ gáy. Đầu tiên, bấm huyệt tại chỗ có thể làm giảm căng cơ cục bộ bằng cách tác động vật lý vào vùng cơ bị ảnh hưởng và có thể dẫn đến tác dụng giảm đau thông qua lý thuyết Gate Control [55]. Thứ hai, bấm huyệt có thể điều chỉnh hoạt động của hệ thần kinh giao cảm và trục dưới đồi - tuyến yên - vỏ thượng thận để giảm sản xuất quá mức cortisol, dẫn đến phản ứng thư giãn có hệ thống, có thể thư giãn các cơ cổ gáy. Thứ ba, bấm huyệt, đặc biệt là bấm huyệt tại chỗ, có thể có tác dụng giảm đau bằng cách kích thích vật lý vào các dây thần kinh ngoại vi có vấn đề bệnh lý [56]. Thứ tư, bấm huyệt có thể có tác dụng giảm đau thông qua việc giải phóng opioid nội sinh. Thứ năm, sự thay đổi nhận thức trong nhận thức về cơn đau có thể do liệu pháp điều hòa khí kết hợp với bấm huyệt. Cuối cùng, XBBH có thể tham gia vào quá trình phục hồi bệnh tật bằng cách kiểm soát dòng năng lượng, được gọi là khí, trong các kinh mạch [57].

Mặc dù châm cứu đã được sử dụng hàng nghìn năm, nhưng cơ chế của nó vẫn chưa rõ ràng. Một số lượng lớn các nghiên cứu trên người và động vật

đã chứng minh rằng châm cứu dẫn đến các hiệu ứng sinh học khác nhau trên hệ thống thần kinh ngoại vi hoặc trung ương, dẫn truyền các yếu tố thần kinh và các chất trung gian hóa học khác.

Nhiều bằng chứng chỉ ra rằng điện châm ảnh hưởng đáng kể đến việc sản xuất và giải phóng các chất dẫn truyền thần kinh bao gồm epinephrine, norepinephrine, dopamine và 5-hydroxytryptamine [58]. Cụ thể, sự gia tăng norepinephrine, dopamine và corticosterone do căng thẳng gây ra bị ức chế sau điện châm, một quá trình có thể bị chặn bởi naloxone, cho thấy rằng điện châm ảnh hưởng đến việc giải phóng chất dẫn truyền thần kinh có khả năng được kích hoạt thông qua opioid nội sinh. Kết quả tương tự cũng được quan sát trong các nghiên cứu động vật khác về giảm đau bằng điện châm. Ý nghĩa chức năng của những thay đổi dẫn truyền thần kinh do điện châm gây ra đã được chỉ rõ trong một số nghiên cứu. Ví dụ, điện châm ở các tần số khác nhau (2, 10 hoặc 100 Hz) tạo ra tác dụng giảm đau và những tác dụng đó ít nhất có thể chặn một phần tác dụng của chất đối kháng thụ thể serotonin [59]. Nhiều vùng thân não có thể được điện châm kích hoạt có chọn lọc ở cả 4 Hz và 100 Hz, trong khi các vùng khác chỉ có thể được điện châm kích hoạt ở 4 Hz. Quan trọng là, sự kích hoạt chọn lọc trên tủy sống bởi điện châm ở các tần số khác nhau có thể liên quan đến sự giải phóng chất dẫn truyền thần kinh do điện châm ở một tần số cụ thể.

Bên cạnh tác dụng giảm đau bằng XBBH, sự điều biến giải phóng chất dẫn truyền thần kinh do điện châm gây ra cũng có thể làm trung gian cho các tác dụng điều trị khác. Có bằng chứng cho thấy điện châm ở tần số 100Hz có thể bảo vệ các tế bào thần kinh dopaminergic được axotom hóa khỏi bị thoái hóa bằng cách ức chế phản ứng viêm, tăng cường điện châm có thể được sử dụng để điều trị một số rối loạn thần kinh [60]. Có những kết quả đầy hứa hẹn trong việc điều trị chứng đau cổ gáy mãn tính bằng điện châm. Trong một

nghiên cứu, phương pháp điều trị bằng điện châm làm giảm đau mãn tính ở cổ gáy trong ít nhất ba năm, đồng thời cải thiện trầm cảm, lo lắng, chất lượng giấc ngủ, suy giảm hoạt động liên quan đến đau và chất lượng cuộc sống [61]. Một số thử nghiệm lâm sàng khác về điện châm chữa đau cổ gáy mãn tính với cỡ mẫu từ 115 đến 177 bệnh nhân cũng cho kết quả khả quan. Những nghiên cứu này đã chứng minh rằng điện châm vượt trội hơn so với các biện pháp kiểm soát đau cổ và cải thiện phạm vi chuyển động tổng thể [62].

Một nghiên cứu khác đã so sánh kết quả điều trị của điện châm kết hợp XBBH với kết quả của điện châm hoặc XBBH đơn thuần đối với bệnh nhân đau cổ gáy. Tất cả các nhóm đều cho thấy sự cải thiện đáng kể sau 1 tuần điều trị, nhưng nhóm được kết hợp giữa điện châm và XBBH có hiệu quả giảm đau và cải thiện chức năng cao hơn so với các nhóm chỉ dùng điện châm hoặc XBBH. Sự cải thiện của tất cả các nhóm được duy trì sau 6 tháng theo dõi ($p<0,05$). Dữ liệu cho thấy điều trị bằng điện châm có thể hỗ trợ và / hoặc tăng cường hiệu quả vật lý trị liệu trong việc phục hồi chức năng cơ xương khớp đối với đau cổ gáy [63].

Đau cổ gáy mạn tính thường được điều trị bằng cách tiêm điểm kích hoạt với thuốc gây tê cục bộ hoặc sử dụng kỹ thuật điện châm. Một nghiên cứu tiến cứu, ngẫu nhiên, mù đôi, đối chứng đã so sánh điện châm, châm cứu giả và châm cứu vào các điểm kích hoạt cơ tại chỗ ở những bệnh nhân bị đau cổ gáy và chức năng cột sống cổ bị hạn chế. Điện châm cho thấy kết quả tốt hơn trong việc giảm đau liên quan đến chuyển động và cải thiện phạm vi chuyển động [64]. Đối với chứng đau cổ gáy ở bệnh nhân THCSC, một nghiên cứu ở 106 bệnh nhân và chia ngẫu nhiên những đối tượng này thành nhóm châm cứu thực sự và nhóm châm cứu giả đối chứng. Tỷ lệ hiệu quả là 75,5% ở nhóm châm cứu và 52,8% ở nhóm chứng ($p <0,05$) [65]. Để khảo sát hiệu quả của điện châm, một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng đa trung

tâm đã được tiến hành ở Đức. Tổng số 14161 bệnh nhân đau cổ mãn tính (thời gian > 6 tháng) được phân ngẫu nhiên vào nhóm điện châm (1880 bệnh nhân; 15 lần điện châm trong 3 tháng) hoặc nhóm đối chứng không điện châm (1886 bệnh nhân). Ngoài ra, 10395 bệnh nhân được đưa vào một nhóm điện châm không ngẫu nhiên. Kết quả cho thấy sự cải thiện đáng kể chứng đau cổ gáy và hạn chế vận động cổ ở nhóm điện châm ngẫu nhiên (p <0,001). Điều đáng quan tâm, bệnh nhân trong nhóm điện châm không ngẫu nhiên ban đầu có các triệu chứng nghiêm trọng hơn nhưng biểu hiện đau cổ và cải thiện tình trạng hạn chế vận động hơn so với những bệnh nhân ngẫu nhiên. Nghiên cứu trên lâm sàng quy mô lớn này chứng minh rằng việc kết hợp điện châm với chăm sóc y tế thông thường ở những bệnh nhân bị đau cổ gáy mãn tính có thể giúp cải thiện cơn đau và giảm thiểu tàn tật [66].

Trong nghiên cứu phân tích tổng hợp với 14 nghiên cứu lâm sàng, có bằng chứng cho thấy điện châm hiệu quả hơn để giảm đau so với một số loại điều trị không xâm lấn khi được đo ngay sau khi điều trị và theo dõi ngắn hạn. Nhưng có ít bằng chứng cho thấy điện châm có hiệu quả hơn xoa bóp khi theo dõi dài hạn. Nhìn chung, hiệu quả ngắn hạn và hiệu quả của điện châm trong điều trị đau cổ gáy dường như là triệu chứng hiện tại [67]. Tuy nhiên, hiệu quả chi phí của điều trị điện châm ở bệnh nhân đau cổ gáy mãn tính so với bệnh nhân được chăm sóc thông thường đơn thuần vẫn được xác định. Thú vị hơn, một nghiên cứu khác với tổng số 3451 bệnh nhân (1753 nhóm điện châm, 1698 nhóm chứng), điều trị bằng điện châm có liên quan đến chi phí cao hơn trong thời gian 3 tháng đầu tiên so với chăm sóc thông thường. Sự gia tăng chi phí này chủ yếu là do chi phí vật tư để điện châm [68].

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi đã được thụ hưởng kết quả từ những phương pháp điều trị từ nền YHCT với hàng nghìn năm lịch sử, sự cải thiện triệu chứng đau và hạn chế vận động dường như là được dự đoán từ

trước. Đặc biệt hơn, chúng tôi thấy rằng các triệu chứng đau, khả năng vận động cột sống cổ của nhóm NC cải thiện sớm hơn so với nhóm ĐC. Sự khác biệt này được giải thích rằng, nhóm NC đã được bổ sung đắp chườm nóng Thuốc đắp HV trong phác đồ điều trị.

Đặc điểm lâm sàng của THCSC là phạm vi đau phù hợp với vùng dây thần kinh cột sống bị chèn ép, chủ yếu là đau, tê, giảm cảm giác và dẫn đến hạn chế vận động. Trong một số trường hợp nghiêm trọng, có thể xảy ra hiện tượng suy nhược cơ và teo cơ. Sau khi xảy ra THCSC, một số lượng lớn các yếu tố gây viêm được giải phóng khỏi mô bị tổn thương, kích thích rễ thần kinh và gây ra các triệu chứng đau. Đồng thời, nó kích hoạt nhiều con đường dẫn truyền tín hiệu tế bào, cytokine và thụ thể protein trong cơ thể, do đó có thể tạo ra interleukin-1β (IL-1β), interleukin-6 (IL-6), và yếu tố hoại tử khối u- α (TNF-α) và các cytokine tiền viêm khác được tiết ra để làm trung gian cho quá trình viêm và tạo thành một vòng luẩn quẩn của viêm [69]. Nhiệt lượng do chườm đắp chườm nóng Thuốc đắp HV tạo ra làm cho các mạch máu giãn ra và cơ được thư giãn. Liệu pháp nhiệt là một liệu pháp thay thế phổ biến để cải thiện lưu thông máu và co cơ cục bộ. Các thành phần khác nhau của Thuốc đắp HV có nhiều đặc tính giảm đau và chống viêm. Loại dược liệu trong nghiên cứu này có Quế, Địa liền và Ngải cứu. Khi nghiên cứu các chất chiết xuất từ Quế (Ramulus Cinnamomi), phát hiện ra rằng chất chiết xuất này có thể phát huy tác dụng làm giảm các phản ứng viêm thần kinh thông qua điều hòa con đường tín hiệu TLR4 / MyD88 trong tế bào BV2.

Ramulus Cinnamomi đã được báo cáo là làm giãn cơ trơn mạch máu bằng cách ức chế dòng Ca 2+ qua kênh L-type Ca 2+ và giải phóng Ca 2+ do inositol triphosphat tạo ra từ lưới cơ chất. Hơn nữa, Ramulus Cinnamomi thể hiện hoạt động chống oxy hóa và bảo vệ chống lại tổn thương tế bào trong cơ thể sống. Hwang và cộng sự (2009) cũng chỉ ra rằng Ramulus Cinnamomi thể

hiện tác dụng chống viêm bằng cách điều chỉnh giảm sự biểu hiện của các gen khác nhau liên quan đến phản ứng viêm trong các tế bào BV2 được kích thích bởi LPS [70]. Trong quá trình viêm thần kinh, mức độ cảm ứng của NOS tăng lên, và sự sản xuất NO quá mức dai dẳng là trung gian của các kích thích thích hợp như LPS hoặc các cytokine tiền viêm. Việc sản xuất quá nhiều NO có thể gây ra tổn thương thần kinh. Hơn nữa, các yếu tố tiền viêm (IL-1β, IL-6 và TNF-α) trong mô thiếu máu cục bộ được điều hòa từ các tế bào thường trú và thâm nhập vào các tế bào miễn dịch sau khi thiếu máu cục bộ [71]. COX2, enzym quan trọng chịu trách nhiệm tổng hợp prostaglandin liên quan đến viêm, có liên quan chặt chẽ với chứng viêm mãn tính. Đáng chú ý, chiết xuất Ramulus Cinnamomi đã được báo cáo để ngăn chặn sự xuất hiện COX2 và giảm sản xuất PGE2 do LPS gây ra trong các đại thực bào RAW 264.7 [72]. TLR được biểu hiện rộng rãi trong nhiều loại tế bào miễn dịch và tế bào thường trú trong hệ thần kinh, chẳng hạn như tế bào vi mô, nội mô não, tế bào thần kinh và tế bào hình sao. Kích hoạt các con đường tín hiệu TLR điều chỉnh sản xuất cytokine và chemokine. TLR4 là một thụ thể nhận dạng mẫu cụ thể cho LPS. Báo hiệu TLR liên quan đến các con đường phụ thuộc và phụ thuộc vào MyD88. Thiếu TLR2 hoặc TLR4 ít bị tổn thương do thiếu máu cục bộ hơn [73].

Nhằm phát huy tác dụng hiệp đồng của Thuốc đắp HV, thành phần của thuốc ngoài Quế, còn có Địa liền (*Kaempferia galanga L*) và Ngải cứu (*Artemisia Vulgaris L*). Các ứng dụng truyền thống của *Kaempferia galanga L* trong việc chữa đau hầu hết phụ thuộc vào tác dụng chống viêm của nó. Cơ chế đằng sau hoạt động chống viêm của *Kaempferia galanga L* có liên quan đến sự hiện diện của các chất chuyển hóa có hoạt tính sinh học bằng cách ức chế giải phóng các yếu tố gây viêm. *Kaempferia galanga L* có hoạt tính ức chế mạnh đối với phản ứng viêm qua trung gian tế bào mast HMC-1 được

kích thích bởi lipopolysaccharide (LPS) được chứng minh bằng xét nghiệm MTT. Sự giải phóng IL-6, IL-8, IL-1 βvà TNF- α giảm đáng kể ở liều 40 μmol / L. Hơn nữa, *Kaempferia galanga L* đã được báo cáo là có khả năng ức chế sản xuất nitric oxide (NO) trên các dòng tế bào RAW264,7 đại thực bào do LPS gây ra [74]. Các báo cáo trước đây đã chỉ ra rằng *Kaempferia galanga L* có thể tăng cường hoạt động điều hòa mạch máu, phù hợp với vai trò truyền thống của *Kaempferia galanga L* trong điều trị bệnh mạch máu co thắt. Liều lượng có thể ức chế phụ thuộc các cơn co thắt do trương lực gây ra bởi nồng độ cao của K+ và phenylephrine (PE). Các nghiên cứu cho thấy hoạt tính chống co mạch của nó có thể là do ức chế dòng Ca 2+ vào tế bào mạch máu và giải phóng prostacyclin và NO từ tế bào nội mô. Do đó, việc sử dụng truyền thống của loại thảo dược này trong việc điều trị chứng co thắt mạch máu có thể được giải thích rõ ràng nhờ hoạt động điều hòa mạch máu. Ở những bệnh nhân được gây mê, chiết xuất dichloromethane của *Kaempferia galanga L* có thể tạo ra hoạt tính điều hòa mạch máu bằng cách giảm áp lực động mạch trung bình (MAP). Hơn nữa, hoạt chất hoạt động được xác định bằng cách phân đoạn và phân lập có hướng dẫn sinh học [75].

Trong thành phần của Thuốc đắp HV, Ngải cứu (*Artemisia Vulgaris L*) cũng được đưa vào với kỳ vọng phát huy tác dụng tối đa giảm viêm và chống đau nhờ thành phần hóa học của nó. Nghiên cứu các đặc tính chống đau của chiết xuất Hydroalcoholic được điều chế từ *Artemisia Vulgaris L*. Kết quả đã chứng minh rằng các chất chiết xuất từ thảo dược *Artemisia Vulgaris L* có tác dụng chống đau ngoại vi vừa phải nhưng không phải là tác dụng trung tâm [76]. Ngoài ra chiết xuất Methanolic của *Artemisia Vulgaris L* phát huy rất tốt tác dụng chống viêm thông qua việc làm giảm đáng kể hoạt động của Hydroxymethylglutaryl-CoA reductase [77].

Nghiên cứu về tác dụng của Thuốc đắp HV trong điều trị chứng đau cổ gáy ở bệnh nhân THCSC, thấy rằng bài thuốc YHCT này không chỉ có thể ức chế tình trạng viêm rễ thần kinh, giảm phù nề rễ thần kinh và làm giảm cơ bản các triệu chứng gốc rễ của THCSC mà còn có thể làm tăng ngưỡng chịu đau của cơ thể, cải thiện tình trạng đau tự phát của cơ thể [78]. Sự giảm đau, giãn cơ nhờ tác động của các thành phần trong Thuốc đắp HV đã làm tăng khả năng vận động của cột sống cổ.

4.2.2. Cải thiện khả năng vận động cột sống cổ

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, tất cả các bệnh nhân hạn chế vận động cột sống cổ đi kèm với triệu chứng đau cổ. Sự hạn chế vận động ở bệnh nhân THCSC giảm khoảng 5 độ so với người bình thường và có tương quan thuận và đáng kể với cường độ đau cổ [79]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả hạn chế vận động cột sống cổ trong giai đoạn đau cấp tính vào viện trung bình khoảng 25 độ và sau 14 ngày điều trị vẫn còn giảm khoảng 10 độ. Điều này cho thấy sau khi bệnh nhân ra viện vẫn cần tiếp tục tự điều trị để đạt đến mức độ vận động chung cho các bệnh nhân THCSC.

Những nguyên nhân dẫn đến suy giảm khả năng vận động: bệnh nhân có thể bị thay đổi các tín hiệu hướng tâm từ da, khớp và các thụ thể của trục cơ do những thay đổi thoái hóa đối với các cấu trúc dạng sợi và thụ thể cơ cũng như rối loạn chức năng cơ [80]. Sự giảm sức mạnh cơ cổ đã được hình thành trong tình trạng đau cổ [81]. Bệnh nhân THCSC được chứng minh là có biểu hiện mệt và yếu cả cơ gấp sâu và cơ duỗi cổ ở mức cao so với những bệnh nhân khỏe mạnh khi đo điện cơ [82]. Sức mạnh cơ giảm và sự mỏi cơ tăng lên có thể làm thay đổi hoạt động của các thụ thể cảm giác (cơ quan gân Golgi hoặc các trục cơ) và do đó ảnh hưởng đến các đầu vào hướng tâm, dẫn đến thay đổi khả năng vận động [83]. Các chất được trung gian hóa học trong

quá trình phản ứng với cơn đau có thể làm thay đổi chức năng dây thần kinh do nhạy cảm và tạo ra cảm giác đau bất thường khi vận động [84].

Là một liệu pháp YHCT, điện châm đã được sử dụng rộng rãi trong điều trị nhiều loại bệnh. Nó điều chỉnh khí huyết của các tạng phủ và tăng cường chính khí của cơ thể chống lại bệnh tật bằng cách làm thông một số kinh mạch trong cơ thể [85]. Trong điều trị chỉnh hình lâm sàng, điện châm thường được sử dụng để làm giảm các triệu chứng co cứng cơ khớp. Việc sử dụng điện châm có thể làm giảm đáng kể đau do cột sống cổ bị cứng và cải thiện phạm vi cử động [86]. Liệu pháp XBBH cũng là một liệu pháp YHCT, bao gồm nhiều thao tác kỹ thuật và chuyển động khớp. Các bác sĩ dùng ngón tay, bàn tay, khuỷu tay… để tác động cơ học lên da, cơ, kinh lạc, huyệt và khớp, từ đó làm giãn cơ, gân, cải thiện tuần hoàn máu, điều hòa cân bằng cột sống, giảm phù nề. Nó có ý nghĩa rất lớn đối với bệnh nhân đau vùng cổ gáy. Vì vậy, XBBH và điện châm thường được sử dụng trong điều trị lâm sàng các bệnh chỉnh hình khác nhau [87]. Có rất ít nghiên cứu lâm sàng về tác dụng của XBBH kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vùng cổ gáy có biến chứng hạn chế vận động cột sống cổ. Nghiên cứu của chúng tôi tìm hiểu kết quả của điện châm, XBBH và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV đối với hạn chế vận động cột sống cổ có đau vùng cổ gáy ở bệnh nhân THCSC thông qua các chỉ số về vận động và khả năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.

Điện châm và XBBH được sử dụng rộng rãi trong điều trị lâm sàng các bệnh chỉnh hình như THCSC, hạn chế vận động cột sống cổ, và thường có thể đạt được những kết quả tuyệt vời [88]. Kết quả nghiên cứu khi kết hợp điện châm, XBBH và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV đối với hạn chế vận động cột sống cổ cho thấy sự phục hồi các hoạt động khớp và các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của nhóm NC sau điều trị tốt hơn so với nhóm ĐC. Ở đây, chúng tôi

thảo luận về những tác động từ hai khía cạnh: phục hồi chức năng thần kinh và phục hồi chức năng khớp cột sống cổ.

Theo nghiên cứu của chúng tôi về sự phục hồi chức năng thần kinh của bệnh nhân, điểm VAS của cả hai nhóm đều được cải thiện sau khi điều trị, cho thấy chức năng thần kinh được phục hồi một cách hiệu quả, nhưng nhóm bệnh nhân NC được cải thiện tốt hơn ở nhóm ĐC. Điều này cũng cho thấy điện châm có vai trò tăng cường dẫn truyền thần kinh. XBBH giúp tăng lưu lượng máu và có tác dụng phục hồi rõ rệt đối với chứng co cơ. Bên cạnh đó, XBBH có thể khiến cơ thể tiết ra β-endorphin để ức chế cơn đau ở bộ phận bị tổn thương, có tác dụng tốt đối với chứng lo âu và trầm cảm do đau dây rễ thần kinh [89]. Kết hợp với đắp chườm nóng Thuốc đắp HV, tác dụng của nhiệt và các hoạt chất trong thành phần của thuốc làm giảm viêm, giảm co cứng cơ, giảm đau đã làm tăng thêm tầm vận động cột sống cổ. Có như vậy, đắp chườm nóng Thuốc đắp HV mới có thể phục hồi chức năng thần kinh của người bệnh một cách hiệu quả. Đây cũng là lý do tại sao các bệnh nhân trong nhóm NC có sự phục hồi chức năng thần kinh tốt hơn. Tác dụng của đắp chườm nóng Thuốc đắp HV cũng làm giảm co cơ có thể tạo điều kiện phục hồi cơ năng của bệnh nhân, do đó tình trạng cơ của bệnh nhân ở nhóm NC được phục hồi tốt hơn. XBBH kết hợp với đắp chườm nóng Thuốc đắp HV thúc đẩy giải phóng β-endorphin trong quá trình điều trị, có tác dụng giảm đau cho người bệnh một cách hiệu quả. Do đó, điểm VAS của nhóm NC thấp hơn. Từ lý thuyết và thực hành lâm sàng đã chứng minh rằng điện châm, XBBH và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV có thể điều chỉnh một số cytokine gây viêm và có tác dụng điều trị đối với chứng viêm [90]. Kết quả của nghiên cứu này đã chứng minh sự kết hợp của đắp chườm nóng Thuốc đắp HV, đồng thời điện châm và XBBH có thể làm giảm mức độ các cytokine gây viêm nhanh chóng hơn. Nói chung, cả điện châm, XBBH và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV đều có thể đóng một vai trò trong việc phục hồi

chức năng thần kinh sau khi điều trị, và sự kết hợp này không chỉ có thể thúc đẩy phục hồi chức năng thần kinh, mà còn giảm đau và phản ứng viêm, giúp phục hồi tốt hơn chứng rối loạn vận động.

Chúng tôi đánh giá bệnh nhân và kết quả điều trị đối với sự phục hồi khả năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân thông qua thang điểm NDI. Việc sử dụng điện châm giúp phục hồi chức năng thần kinh của bệnh nhân, XBBH và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV làm giảm đau, mềm cơ và giảm viêm các bộ phận liên quan của bệnh nhân, góp phần phục hồi nhanh hơn. Sự kết hợp của điện châm, XBBH và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV có thể phục hồi hiệu quả chức năng khớp của bệnh nhân sau khi phục hồi chức năng thần kinh tốt hơn, và việc phục hồi chức năng khớp sẽ giúp bệnh nhân có thể thực hiện các hoạt động hàng ngày thuận lợi hơn.

Trong các nghiên cứu trong tương lai, chúng tôi sẽ xem xét mối quan hệ giữa điện châm, XBBH và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV trên các phân tử đường dẫn tín hiệu thần kinh cụ thể, điều này đã không được nghiên cứu do những hạn chế về kỹ thuật và phạm vi của luận văn. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu sau này, chúng tôi cũng sẽ chú ý đến những cảm xúc tiêu cực của bệnh nhân như lo lắng, trầm cảm để liên tục cải thiện kế hoạch điều trị và thúc đẩy sự hồi phục của bệnh nhân.

4.3. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên thực hành điều trị của điện châm, XBBH và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV. Mỗi kỹ năng chuyên môn và quy trình kỹ thuật được chúng tôi tuân thủ tuyệt đối. May mắn thay, tất cả bệnh nhân trong nhóm NC và nhóm ĐC đều không xảy ra tác dụng phụ đáng kể nào, cụ thể là:

Không có báo cáo nào trong các nghiên cứu khi thực hiện điều trị bằng điện châm, chẳng hạn như chảy máu cục bộ, tê, đau và ngất xỉu khi châm. Tất cả những tác dụng phụ này chỉ thoáng qua và nhẹ.

Đồng thời cùng với liệu pháp điện châm, tất cả bệnh nhân đều được điều trị bằng XBBH, các tác dụng phụ có thể xảy ra bao gồm: đau tăng, bầm tím, trầy xước da đã không xảy ra.

Đối với đắp chườm nóng Thuốc đắp HV, kỹ thuật đòi hỏi quy trình làm nóng bột thuốc, nhiệt độ của bột thuốc tuân thủ đúng độ ấm có thể áp lên mu bàn tay để đánh giá, nên không xuất hiện bỏng da khi điều trị và cũng không gặp trường hợp nào kích ứng da.

Một khía cạnh khác của nghiên cứu tác dụng phụ là Thuốc đắp HV với thành phần thảo dược, đắp lên da trong môi trường nóng có thể thấm sâu vào cơ thể, có thể gây ra các biến đổi các thông số sinh hóa máu. Kết quả xét nghiệm sau khi điều trị 14 ngày thu được của các bệnh nhân chỉ ra rằng, không có tác động nào ảnh hưởng đến hệ thống thể dịch trong cơ thể.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 75 bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ có đau vùng cổ gáy, bao gồm 38 bệnh nhân điện châm, xoa bóp bấm huyệt và đắp chườm nóng Thuốc đắp HV và 37 bệnh nhân điều trị theo phương pháp truyền thống bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Chúng tôi kết luận:

1. Tác dụng của Thuốc đắp HV

- Đắp chườm nóng Thuốc đắp HV khi điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ đã thúc đẩy tác dụng giảm đau cho các bệnh nhân sớm hơn so với điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt đơn thuần, đặc biệt vào ngày thứ 3 và ngày thứ 7 sau điều trị với $p<0,05$. Tuy nhiên, ngày thứ 14 sự khác biệt về mức độ đau không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

- Đắp chườm nóng Thuốc đắp HV cũng có tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống cổ so với biện pháp điều trị chỉ sử dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt đơn thuần, sự cải thiện rõ vào ngày thứ 3 và 7 trong quá trình điều trị với $p<0,05$, nhưng không có sự khác biệt tại thời điểm ngày thứ 14 ($p>0,05$).

2. Tác dụng không mong muốn của thuốc đắp HV

- Thuốc đắp HV khi thực hiện đúng quy trình kỹ thuật trong điều trị, không gây ra bất kỳ phản ứng tại chỗ cũng như toàn thân nào.

KHUYẾN NGHỊ

Thuốc đắp HV đã góp phần như là một phương pháp điều trị bổ sung có tác dụng giảm đau và cải thiện khả năng vận động cột sống cổ sớm hơn với chứng đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ, đặc biệt giai đoạn sớm khởi phát bệnh. Tác dụng của Thuốc đắp HV phát huy tốt nhất trong tuần đầu sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Daniel Shedid M.D, Edward C Benzel M.D** (2007). Cervical spondylosis anatomy: pathophysiology and biomechanics. *Neurosurgery*, 60 (1): 1-13.
2. **Philadelphia Panel** (2001). Evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for neck pain. *Phys Ther*, 81(10):1701-17.
3. **Crane JD, Ogborn DI, Cupido C, et al** (2012). Massage therapy attenuates inflammatory signaling after exercise-induced muscle damage. *Sci Transl Med*, 4(119):119-13.
4. **Xing Ding. DO MD, Jinze Wu. DO MD, Qixing Shen. DO MD, et al** (2021). Clinical control study of traditional Chinese medicine hot compress combined with traction in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy. *Medicine (Baltimore)*, 100(4): 23880.
5. **Mai Thế Hiệp** (2020). "Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của Thuốc đắp HV kết hợp với điện châm", *Luận văn Thạc sĩ y học,* Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
6. **Nguyễn Thị Ngọc Ánh** (2020). Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm. *Luận văn thạc sĩ Y học*, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
7. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2013). Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp, *Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam*, 212-216.
8. **Lu, Xin MD, Tian Ye MD, Wang Shu-Jie PhD, et al** (2017). Relationship between the small cervical vertebral body and the morbidity of cervical spondylosis. *Medicine*, 96 (31): 7557.

9. **John C. Kelly, Patrick J Groarke, Joseph S Butler, et al** (2012). The Natural History and Clinical Syndromes of Degenerative Cervical Spondylosis. *Adv Orthop*, 393642 (5).
10. **Eric L. Hurwitz, Kristi Randhawa, Hainan Yu, et al** (2018). The Global Spine Care Initiative: a summary of the global burden of low back and neck pain studies. *European Spine Journal*, 27: 796–801.
11. **Lisa A Ferrara** (2012). The Biomechanics of Cervical Spondylosis. *Advances in Orthopedics*, 493605: 5.
12. **Yasuo Kokubo, Kenzo Uchida, Shigeru Kobayashi, et al** (2008). Herniated and spondylotic intervertebral discs of the human cervical spine: histological and immunohistological findings in 500 en bloc surgical samples. *Neurosurg Spine*, 9(3):285-95.
13. **Shay Shabat MD, Yossi Leitner MD, Rami David MD, et al** (2012). The Correlation between Spurling Test and Imaging Studies in Detecting Cervical Radiculopathy. *Neuroimaging*, 22:375-378.
14. **Masaaki Machinoa, Kei Andoa, Kazuyoshi Kobayashi, et al** (2019). Cut off value in each gender and decade of 10-s grip and release and 10-s step test: A comparative study between 454 patients with cervical spondylotic myelopathy and 818 healthy subjects. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 184: 105414.
15. **Marin A McDonald MD PhD, Claudia FE Kirsch MD, Sophia C. Symko MD MS, et al** (2019). ACR Appropriateness Criteria Cervical Neck Pain or Cervical Radiculopathy. *American College of Radiology*, 16: 5.
16. **W Brinjikji, PH Luetmer, B Comstock, et al** (2015). Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in

Asymptomatic Populations. *American Journal of Neuroradiology,* 36 (4) 811-816.

17. **Jason M Cuellar, Michael P Stauff, Richard J Herzog, et al** (2016). Does provocative discography cause clinically important injury to the lumbar intervertebral disc? A 10-year matched cohort study. *Epub,* 16(3):273-80.
18. **Laxmaiah Manchikanti** (2015). Do cervical epidural injections provide long-term relief in neck and upper extremity pain? A systematic review. *Pain Physician,* 18(1):39-60.
19. **J A Tracy, B J Bartleson** (2010). Cervical spondylotic myelopathy. *Neurologist,* 16(3): 176–187.
20. **K L Quarrie, R C Cantu, D J Chalmers** (2002). Rugby Union injuries to the cervical spine and spinal cord. *Sports Medicine,* 32(10): 633–653.
21. **E Clarke, P K Robinson** (1956). Cervical myelopathy: a complication of cervical spondylosis. *Brain,* 79(3)483–510.
22. **A. Roberts** (1966). Myelopathy due to cervical spondylosis treated by collar immobillization. *Neurology.* 16: 951–954.
23. **S Nurick** (1972). The pathogenesis of the spinal cord disorder associated with cervical spondylosis. *Brain,* 95 (1): 87–100.
24. **J A Epstein, Y Janin, R Carras, et al** (1982). A comparative study of the treatment of cervical spondylotic myeloradiculopathy. Experience with 50 cases treated by means of extensive laminectomy, foraminotomy, and excision of osteophytes during the past 10 years. *Acta Neurochirurgica,* 61(1–3): 89–104.

25. **Z Kadanka, M Mareš, J Bednarík, et al** (2002). Approaches to spondylotic cervical myelopathy: conservative versus surgical results in a 3-year follow-up study. *Spine,* 27(20): 2205–2210.
26. **C C Edwards, K D Riew, P A Anderson, et al** (2003). Cervical myelopathy: current diagnostic and treatment strategies. *Spine,* 3(1): 68–81.
27. **Hoàng Bảo Châu** (2006). Nội khoa Y học cổ truyền. *Nhà xuất bản Y học*, 528-539.
28. **Bộ Y tế** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, *Nhà xuất bản Y học,* 46-51.
29. **Zhao Hui Liang, Zhong Di, Shuo Jiang, et al** (2012). The optimized acupuncture treatment for neck pain caused by cervical spondylosis: a study protocol of a multicentre randomized controlled trial. *Trials,* 13: 107.
30. **Zhiwei Wu, Lingjun Kong, Qingguang Zhu, et al** (2019). Efficacy of tuina in patients with chronic neck pain: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials,* 20: 59.
31. **Lê Thị Hoài Anh** (2014). Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với từ nhiệt và kéo giãn cột sống. *Luận văn bác sĩ Chuyên khoa II,* Trường đại học Y Hà Nội.
32. **Nguyễn Tuyết Trang** (2016). 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.
33. **Phạm Ngọc Hà** (2018). Đánh giá tác dụng của bài thuốc "Quyên tý thang" và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng

cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống, *Luận văn Thạc sĩ y học,* Trường Đại học Y Hà Nội.

34. **Nguyễn Thị Bích và cộng sự** (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 y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
35. **Bộ Y tế** (2017). Dược điển Việt Nam. *Nhà xuất bản Y học,* 1165, 1262, 1295.
36. **Nguyễn Tiến Chung** (2020). Kết quả thử kích ứng da của Thuốc đắp HV trên thực nghiệm. *Tạp chí Y học Việt Nam,* 491 (2): 158 – 161.
37. **Trần Thúy** (2012). Bài giảng Y học cổ truyền tập II. *Nhà xuất bản Y học,* 345 – 470.
38. **Bộ Y tế** (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu. *Nhà xuất bản Y học*.
39. **Đỗ Đức Nhân** (2001). Áp dụng xoa bóp trong điều trị đau lưng - Yêu thống. *Tạp chí Đông y Việt Nam*.
40. **Bộ Y tế** (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. *Nhà xuất bản Y học.*
41. **Hoàng Văn Minh, Lưu Ngọc Hoạt** (2020). Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức khỏe. *Trường Đại học Y tế công cộng.* II (19).
42. **Nguyễn Thị Thanh** (2019). Đánh giá kết quả điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc KNC, *Luận văn thạc sĩ Y học*, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
43. **Leak AM Cooper, Br J Rheumatol** (1994). The Northwick Park Neck Pain Questionaire devised to measure neck pain and diability. *Br J Rheumatol,* 33(5): 469 - 474.

44. **Nguyễn Văn Thông** (2009). Bệnh thoái hóa cột sống cổ. *Nhà xuất bản Y học*, 8-15, 17-31, 36-100.
45. **Vernon H** (1991). The Neck Disability Index: a study of reliability and validity, *The Journal of Musculoskeletal Pain*, 14(7):409-15.
46. **Bộ môn Khí công - dưỡng sinh - xoa bóp bấm huyệt** (2015). Giáo trình Xoa bóp bấm huyệt – khí công dưỡng sinh. *Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.*
47. **Gan Lin, Lan Yan, Wang Aiming, et al** (2011). Observation on the clinical efficacy of Yao medicine ironing in the treatment of radiculopathy of cervical spondylosis. *Massage Rehab Med,* 02:10–2.
48. **Singh S, Kumar D, Kumar S** (2014). Risk factors in cervical spondylosis. *J Clin Orthop Trauma*, 5:221–226.
49. **Yanwei Lv, Wei Tian, Dafang Chen, et al** (2018). The prevalence and associated factors of symptomatic cervical Spondylosis in Chinese adults: a community-based cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord,* 19: 325.
50. **Okada E, Matsumoto M, Ichihara D, et al** (2009). Aging of the cervical spine in healthy volunteers: a 10-year longitudinal magnetic resonance imaging study. *Spine (Phila Pa 1976),* 34(7):706-12.
51. **Lou C, Chen HL, Feng XZ, et al** (2014). Menopause is associated with lumbar disc degeneration: a review of 4230 intervertebral discs. *Climacteric,* 17(6):700-4.
52. **Milosavljevic S, Bagheri N, Vasiljev RM, et al** (2012). Does daily exposure to whole-body vibration and mechanical shock relate to the prevalence of low back and neck pain in a rural workforce?. *Ann Occup Hyg,* 56(1):10-7.

53. **Mawdsley RH, Moran KA, Conniff LA** (2002). Reliability of two commonly used pain scales with elderly patients. *J Geriatr Phys Ther*, 25(3):17–20.
54. **Matsubara T, Arai YC, Shiro Y, et al** (2011). Comparative effects of acupressure at local and distal acupuncture points on pain conditions and autonomic function in females with chronic neck pain. *Evid Based Complem Alternat Med*, 2011:543291.
55. **Melzak R, Wall P** (1965). Pain mechanism: a new theory. *Sciences*, 150:971–979.
56. **Wang W, Tan W, Luo D, et al** (2012). Acute pressure on the sciatic nerve results in rapid inhibition of the wide dynamic range neuronal response. *BMC Neurosci*, 13:147.
57. **Shin JS, Ha IH, Lee J, et al** (2013). Effects of motion style acupuncture treatment in acute low back pain patients with severe disability: a multicenter, randomized, controlled, comparative effectiveness trial. *Pain*, 154:1030–1037.
58. **Jing Guo Hou** (2002). Study of the acupuncture effect on monoamine transmitters in rabbit plasma and brain tissue by high performance liquid chromatography with electrochemical detection. *Se Pu*, 20(2):140-3.
59. **Chang FC, Tsai H.Y, Yu MC, et al** (2004). The Central Serotonergic System Mediates the Analgesic Effect of Electroacupuncture on Zusanli (ST36) Acupoints. *J Biomed Sci*, 11:179–185.
60. **Hi JoonPark, SabinaLim, Wan SeokJoo, et al** (2003). Acupuncture prevents 6-hydroxydopamine-induced neuronal death in the nigrostriatal dopaminergic system in the rat Parkinson's disease model. *Experimental Neurology*, 180 (1): 93-98.

61. **He D, Hostmark AT, Veiersted KB, 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.
62. **White P, Lewith G, Prescott P, et al** (2004). Acupuncture versus placebo for the treatment of chronic mechanical neck pain: A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*, 141(12):911-919.
63. **Franca DL, Senna-Fernandes V, Cortez CM, et al** (2008). Tension neck syndrome treated by acupuncture combined with physiotherapy: A comparative clinical trial (pilot study). *Complement Ther Med*, 16(5):268-277.
64. **Irnich D, Behrens N, Gleditsch JM, et al** (2002). Immediate effects of dry needling and acupuncture at distant points in chronic neck pain: Results of a randomized, double-blind, sham-controlled crossover trial. *Pain*, 99(1-2):83-89.
65. **Liang ZH, Yang YH, Yu P, et al** (2009). Logistic regression analysis on therapeutic effect of acupuncture on neck pain caused by cervical spondylosis and factors influencing therapeutic effect. *Zhongguo Zhen Jiu*, 29(3):173-176.
66. **Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, et al** (2006). Acupuncture for patients with chronic neck pain. *Pain*, 125(1-2):98-106.
67. **Fu LM, Li JT, Wu WS** (2009). Randomized controlled trials of acupuncture for neck pain: Systematic review and meta-analysis. *J Altern Complement Med*, 15(2):133-145.
68. **Willich SN, Reinhold T, Selim D, et al** (2006). Cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with chronic neck pain. *Pain*, 125(1-2):107-113.

69. **Okada S, Chang C, Chang G, et al** (2016). Venous hypertensive myelopathy associated with cervical spondylosis. *Spine J,* 16(11):e751-e754.
70. **Hwang SH, Choi YG, Jeong MY, et al** (2009). Hong YM, Lee JH, Lim S. Microarray analysis of gene expression profile by treatment of Cinnamomi Ramulus in lipopolysaccharide-stimulated BV-2 cells. *Gene,* 443:83–90.
71. **Jin R Liu L, Zhang S, Nanda A, et al** (2013). Role of inflammation and its mediators in acute ischemic stroke. *J Cardiovasc Transl Res,* 6:834–851.
72. **Park BS, Song DH, Kim HM, et al** (2009). The structural basis of lipopolysaccharide recognition by the TLR4-MD-2 complex. *Nature,* 458:1191–1195.
73. **Cao CX, Yang QW, Lv FL, et al** (2007). Reduced cerebral ischemia-reperfusion injury in Toll-like receptor 4 deficient mice. *Biochem Biophys Res Commun,* 353:509–514.
74. **Si-Yu Wang, Hui Zhao, Hong Tao Xu, et al** (2021). Kaempferia galanga L.: Progresses in Phytochemistry, Pharmacology, Toxicology and Ethnomedicinal Uses. *Front Pharmacol,* 12: 675350.
75. **Othman R, Ibrahim H, Mohd M A, et al** (2006). Bioassay-guided Isolation of a Vasorelaxant Active Compound from Kaempferia Galanga L. *Phytomedicine,* 13 (1-2), 61–66.
76. **Pires JM, Mendes FR, Negri G, et al** (2009). Antinociceptive peripheral effect of Achillea millefolium L. and Artemisia vulgaris L.: both plants known popularly by brand names of analgesic drugs. *Phytother Res,* 23(2):212-9.

77. **El-Tantawy W H** (2015). Biochemical effects, hypolipidemic and anti-inflammatory activities of Artemisia vulgaris extract in hypercholesterolemic rats. *J. Clin. Biochem. Nutr,* 57:33–38.
78. **Pickett GE, Sekhon LH, Sears WR, et al** (2006). Complications with cervical arthroplasty. *J Neurosurg Spine*, 4(2):98-105.
79. **Ravi Shankar Reddy, Jaya Shanker Tedla, Snehil Dixit** (2019). Cervical proprioception and its relationship with neck pain intensity in subjects with cervical spondylosis. BMC Musculoskelet Disord, 20: 447.
80. **Gandevia S, McCloskey D, Burke D** (1992). Kinaesthetic signals and muscle contraction. Trends Neurosci, 15(2):62–65.
81. **Prushansky T, Gepstein R, Gordon C** (2005). Cervical muscles weakness in chronic whiplash patients. Clin Biomech (Bristol, Avon), 20(8):794–798.
82. **Gogia PP, Sabbahi MA** (1994). Electromyographic analysis of neck muscle fatigue in patients with osteoarthritis of the cervical spine. Spine (Phila Pa 1976), 19(5):502–506.
83. **Hill JM** (2001). Increase in the discharge of muscle spindles during diaphragm fatigue. Brain Res, 918(1–2):166–170.
84. **Johansson H, Djupsjobacka M, Sjolander P** (1993). Influences on the gamma-muscle spindle system from muscle afferents stimulated by KCl and lactic acid. Neurosci Res, 16(1):49–57.
85. **Zhang YJ, Cao HJ, Li XL, et al** (2017). Cupping therapy versus acupuncture for pain-related conditions: a systematic review of randomized controlled trials and trial sequential analysis. *Chin Med,* 12():21.

86. **Yang C, Lv T, Yu T, et al** (2018). Acupuncture at Tiaokou (ST38) for Shoulder Adhesive Capsulitis: What Strengths Does It Have? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med,* 2018():4197659.
87. **Tang S, Qian X, Zhang Y, et al** (2016). Treating low back pain resulted from lumbar degenerative instability using Chinese Tuina combined with core stability exercises: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med,* 25():45-50.
88. **Gu CL, Yan Y, Zhang D, et al** (2019). An evaluation of the effectiveness of acupuncture with seven acupoint-penetrating needles on cervical spondylosis. *J Pain Res,* 12():1441-1445.
89. **Wei X, Wang S, Li L, et al** (2017). Clinical Evidence of Chinese Massage Therapy for Cervical Radiculopathy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med,* 2017():9519285.
90. **Jiang S, Zhang H, Fang M, et al** (2016). Analgesic effects of Chinese Tuina massage in a rat model of pain. *Exp Ther Med,* 11(4):1367-1374.

PHỤ LỤC 1

PHIẾU TỰ NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ ngày càng phổ biến. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích:

- Nghiên cứu phương pháp điều trị mới, tiện dụng hơn cho người bệnh.

- Đánh giá kết quả điều trị, xác định biện pháp điều trị hỗ trợ và chăm sóc người bệnh.

- Đóng góp dữ liệu làm cơ sở đề xuất những kiến nghị có giá trị cho công tác điều trị và chăm sóc toàn diện cho người bệnh THCS cổ.

Chúng tôi mời ông bà tham gia nghiên cứu ***"Đánh giá kết quả của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trên người bệnh đau vùng cổ gáy"***.

Chúng tôi cam kết các thông tin được ông/bà cung cấp chỉ được dùng cho mục đích nghiên cứu. Bác sĩ điều trị chính cho ông/bà sẽ được thông báo về việc ông/bà tham gia trong nghiên cứu này và chúng tôi đảm bảo rằng nghiên cứu này được thông qua bởi hội đồng đạo đức. Ông/bà có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất kì thời điểm nào và vì bất cứ lý do gì.

Chúng tôi đánh giá cao sự hợp tác của ông/bà vào nghiên cứu!

Xin chân thành cảm ơn!

Mọi thông tin chi tiết có liên quan đến nghiên cứu, ông/bà có thể liên hệ: Bác sỹ: Trần Thu Phương – Điện thoại: 097.252.0018.

Ý kiến của ông/bà về việc tham gia nghiên cứu này:

☐ Tôi đồng ý tham gia nghiên cứu này

☐ Tôi không đồng ý tham gia nghiên cứu này

Hà Nội, ngày…..tháng…..năm……

Người tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 2

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số Bệnh án: …….. Mã số: ……

NHÓM: □ Nghiên cứu. □ Đối chứng.

I. Thông tin chung:

1. Họ và tên: …….
2. Tuổi: ……
3. Giới tính: □ 1. Nam. □ 2. Nữ.
4. Nghề nghiệp:

   □ 1. Lao động trí óc. □ 2. Lao động chân tay. □ 3. Khác.
5. Thời gian mắc bệnh trước điều trị:

   □ 1. Dưới 6 tuần. □ 2. Từ 6 đến 12 tuần. □ 3. Từ 12 tuần trở lên.
6. Thời gian khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện:

   □ 1. Dưới 7 ngày. ; □ 2. Từ 7 ngày trở lên.

II. Đặc điểm lâm sàng

1. Y học hiện đại

- Dấu hiệu sinh tồn:

Thời điểm / **Chỉ số**	**D_0**	**D_3**	**D_7**	**D_{14}**
Mạch (nhịp/phút)				
Nhiệt độ (^{0}C)				
Huyết áp (mmHg)				
Nhịp thở (lần/phút)				

- Thang điểm đau VAS:

Thời điểm	**D_0**	**D_3**	**D_7**	**D_{14}**
Điểm VAS (điểm)				

- Thang điểm NDI:

Thời điểm	**D_0**	**D_3**	**D_7**	**D_{14}**
Điểm NDI (điểm)				

- Tầm vận động cột sống cổ:

Thời điểm / Tầm vận động (độ)	**D_0**	**D_3**	**D_7**	**D_{14}**
Cúi				
Ngửa				
Nghiêng trái				
Nghiêng phải				
Quay phải				
Quay trái				

- Mức độ hạn chế vận động cột sống cổ:

Thời điểm / Mức độ hạn chế (điểm)	**D_0**	**D_3**	**D_7**	**D_{14}**
Cúi				
Ngửa				
Nghiêng trái				
Nghiêng phải				
Quay phải				
Quay trái				

– Cận lâm sàng:

+ *X-quang*

. Hình ảnh tổn thương:

□ 1. Mất đường cong sinh lý cột sống cổ. ; □ 2. Gai xương. ;

□ 3. Hẹp khe đốt sống. ; □ 4. Hẹp lỗ tiếp hợp.

. Vị trí tổn thương trên phim X-quang cột sống cổ

□ 1. Vị trí C1 – C2. □ 2. Vị trí C3 – C7. □ 3. Vị trí C1 – C7.

+ *Xét nghiệm máu*

Thời điểm / **Chỉ số**	**Trước điều trị**	**Sau điều trị**
Hồng cầu (T/l)		
Hemoglobin (g/l)		
Bạch cầu (G/l)		
Tiểu cầu (G/l)		
Tốc độ máu lắng giờ 1 (mm)		
Tốc độ máu lắng giờ 2 (mm)		
Ure (µmol/l)		
Creatinin (µmol/l)		
AST (UI/L)		
ALT(UI/L)		

2. Y học cổ truyền

- Triệu chứng

Triệu chứng	**Thời điểm D_0**		**Thời điểm D_{14}**	
	Có	Không	Có	Không
Sợ gió				
Sợ lạnh				

Đau lưng				
Mỏi gối				
Hoa mắt chóng mặt				

Mạch: D_0……...; D_{14}……..

Lưỡi: D_0……; D_{14}……..

III. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

□ 1. Dị ứng, mẩn ngứa. ; □ 2. Trầy xước da. ; □ 3. Hoa mắt chóng mặt.

□ 4. Đau đầu. ; □ 5. Chảy máu. ; □ 6. Bầm tím.

□ 7. Triệu chứng khác……....

□ 8. Không có tác dụng phụ

IV. Đánh giá kết quả điều trị

- Tổng điểm:
- Phân loại:

□ 1. Tốt. ; □ 2. Khá. ; □ 3. Trung bình. ; □ 4. Kém.

Hà Nội, ngày tháng năm 20

Nghiên cứu viên

PHỤ LỤC 3

BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG CỘT SỐNG CỔ NDI

Phần	Nội dung	D_0	D_3	D_7	D_{14}
Phần 1 **Cường độ đau**	0. Hiện tại tôi không đau. 1. Hiện tại đau rất nhẹ. 2. Hiện tại đau vừa phải. 3. Hiện tại đau khá nặng. 4. Hiện tại đau rất nặng. 5. Hiện tại đau không thể tưởng tượng được				
Phần 2 **Sinh hoạt cá nhân** (Tắm, mặc quần áo,…)	0. Tôi có thể tự chăm sóc bản thân mà không gây đau thêm. 1. Tôi chăm sóc bản thân bình thường, nhưng gây đau thêm. 2. Tôi bị đau khi chăm sóc bản thân, phải làm chậm và cẩn thận. 3. Tôi cần sự giúp đỡ, nhưng tự làm được hầu hết việc chăm sóc bản thân. 4. Tôi cần giúp đỡ trong hầu hết việc chăm sóc mình. 5. Tôi không tự mặc quần áo được, phải ở trên giường.				
Phần 3 **Nâng đồ vật**	0. Tôi có thể nâng vật nặng mà không bị đau thêm. 1. Tôi có thể nâng vật nặng, nhưng bị đau thêm. 2. 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...).				

	3. Đau làm tôi không nâng được vật nặng, nhưng tôi có thể nâng vật nhẹ và vừa nếu vật ở vị trí thuận lợi. 4. Tôi có thể nâng vật rất nhẹ. 5. Tôi không nâng hay mang vác được bất cứ vật gì.				
Phần 4 **Đọc** (Sách, báo,…)	0. Tôi có thể đọc lâu bao lâu mình muốn mà không bị đau cổ. 1. Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau nhẹ ở cổ. 2. Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau vừa phải ở cổ. 3. Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau vừa phải ở cổ. 4. Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau nặng ở cổ. 5. Tôi không thể đọc được bất cứ thứ gì.				
Phần 5 **Đau đầu**	0. Tôi không bị đau đầu. 1. Tôi bị đau đầu nhẹ nhưng không thường xuyên. 2. Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng không thường xuyên. 3. Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng thường xuyên. 4. Tôi bị đau đầu nặng thường xuyên. 5. Hầu như lúc nào tôi cũng bị đau đầu.				
Phần 6 **Khả**	0. Tôi có thể dễ dàng tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn.				

năng tập trung chú ý	1. Tôi thấy hơi khó khăn để tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn. 2. Tôi thấy khá khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. 3. Tôi rất khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. 4. Tôi thấy cực kỳ khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. 5. Tôi không thể tập trung chú ý được.				
Phần 7 **Làm việc**	0. Tôi có thể làm nhiều công việc như tôi mong muốn. 1. Tôi chỉ có thể làm được những công việc thường lệ của mình. 2. Tôi chỉ có thể làm được hầu hết những công việc thường lệ của mình. 3. Tôi không thể làm được công việc thường lệ của mình. 4. Tôi hầu như không làm được việc gì. 5. Tôi không thể làm được việc gì.				
Phần 8 **Lái xe**	0. Tôi có thể lái xe mà không bị đau. 1. Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ nhẹ. 2. Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ vừa phải. 3. Tôi không thể lái xe bao lâu như mình muốn vì đau cổ vừa phải. 4. Tôi hầu như không lái xe được vì đau cổ nặng.				

	5. Tôi không thể lái được xe.				
Phần 9 **Ngủ**	0. Tôi không có vấn đề gì bất thường về ngủ. 1. Giấc ngủ của tôi bị rối loạn ít (ít hơn 1 tiếng mất ngủ). 2. Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nhẹ (1-2 tiếng mất ngủ) 3. Giấc ngủ của tôi bị rối loạn vừa phải (2-3 tiếng mất ngủ) 4. Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nặng (3-5 tiếng mất ngủ). 5. Giấc ngủ của tôi bị rối loạn hoàn toàn (5-7 tiếng mất ngủ).				
Phần 10 **Hoạt động giải trí**	0, Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải trí mà không bị đau cổ. 1. Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải trí nhưng hơi đau cổ. 2. Tôi có thể tham gia hầu hết, nhưng không phải tất cả các hoạt động giải trí vì đau cổ. 3. Tôi chỉ có thể tham gia 1 số các hoạt động trí vì đau cổ. 4. Tôi hầu như không tham gia các hoạt động giải trí vì đau cổ. 5. Tôi không thể tham gia được bất kỳ hoạt động giải trí nào.				

PHỤ LỤC 4

NHỮNG VỊ THUỐC DÙNG TRONG NGHIÊN CỨU

I. Ngải cứu

+ Tên khác: Cỏ linh ti (Thái), quá sú (H'mông), nhả ngải (tiếng Tày), ngải diệp, thuốc cứu.

+ Tên khoa học: Artemisia vulgaris.

+ Họ: Cúc (Asteraceae).

1. Mô tả cây ngải cứu và phân bố

+ Đặc điểm sinh thái của cây ngải cứu

Cây ngải cứu có chiều cao khoảng 0,4 – 1m. Cây có nhiều cành non, có lông. Lá mọc so le với phiến lá xẻ lông chim. Hai bên mặt lá đều có lông, mặt trên có màu xanh sẫm và dưới có màu trắng. Cụm hoa hình đầu nhỏ có màu lục nhạt, mọc thành từng chùm kép ở đầu cành. Quả bế không có túm lông.

+ Phân bố

Cây ngải cứu được tìm thấy chủ yếu ở các nước của khu vực Châu Á, Bắc Mỹ, Châu Âu, Bắc Phi, Alaska.

2. Bộ phận dùng, thu hái, chế biến và bảo quản

+ Bộ phận dùng: Lá tươi.

+ Thu hái và chế biến: Lá và cành ngải cứu thường được thu hoạch vào tháng 6, khoảng đầu hoặc giữa tháng 5 âm lịch. Sau khi thu hái, lá được rửa sạch, thái nhỏ và phơi khô trong bóng râm.

+ Bảo quản: Nhiệt độ phòng, nơi khô ráo.

3. Thành phần hóa học

Lá cây ngải cứu chứa nhiều tinh dầu, bao gồm các hoạt chất chính như acid amin, cholin, flavonoid, adenine.

4. Tính vị, quy kinh, tác dụng:

+ Tính vị: Tính ấm, vị đắng.

+ Quy kinh: Can, Tỳ và Thận.

+ Tác dụng : Giúp cầm máu, điều hòa kinh nguyệt và giảm đau bụng kinh, phòng ngừa ung thư, giúp sơ cứu vết thương, giảm đau nhức xương khớp, đau do thần kinh tọa, viêm khớp, điều trị đau đầu, ho, cảm cúm, chữa viêm họng, điều trị suy nhược cơ thể, giảm cân, giảm mỡ bụng, làm sáng da, trị mụn, chữa mẩn ngứa, rôm sảy, hỗ trợ lưu thông máu não, cây ngải cứu có tác dụng làm giảm mỡ bụng.

5. Cách dùng và liều lượng

Ngải cứu dùng dưới dạng thuốc sắc hoặc đắp. Liều dùng ở mỗi người thường không giống nhau. Điều này còn phụ thuộc vào độ tuổi cũng như tình trạng

sức khỏe. Tốt nhất, bệnh nhân nên thảo luận với bác sĩ trước để tìm ra liều sử dụng thích hợp. Bởi lẽ ngải cứu không an toàn nếu dùng không đúng liều.

6. Tác dụng phụ:

Dị ứng là một trong những tác dụng phụ đặc trưng ở người bệnh khi sử dụng ngải cứu.

II. Địa liền (rễ củ)

+ Tên khác: Tam nại, sơn nại, thiền liền hoặc sa khương

+ Tên khoa học: *Kaempferia galanga L*

+ Họ: Gừng (Zingiberaceae)

1. Mô tả cây địa liền và phân bố

+ Đặc điểm sinh thái của cây địa liền

Là loại cây thân thảo sống lâu năm và không có thân. Lá có 2 – 3 cái, có bẹ và mọc xòe ra trên mặt đất. Phiến lá rộng 6 – 7 cm và dài 8 – 10 cm, có hình bầu dục, thót hẹp lại thành cuống. Mép lá nguyên và mặt dưới hơi có lông. Hoa mọc ở nách lá, không có cuống, có màu trắng pha tím. Thân rễ có nhiều rễ cũ, mọc nối tiếp nhau và có hình trứng với nhiều vân ngang.

+ Phân bố: Cây địa liền mọc hoang nhiều nơi ở nước ta và các nước Châu Á như Thái Lan, Lào, Campuchia, Nam Trung Quốc, Ấn Độ, Malaysia và Indonesia,… Bên cạnh đó, cây còn được trồng ở các cơ quan thuốc nam hoặc các bệnh viện.

2. Bộ phận dùng, thu hái, chế biến và bảo quản

Bộ phận dùng: Củ

Thu hái: Thời gian thu hoạch để củ địa liền đạt chất lượng và nhiều dược tính nhất là từ tháng 11 đến hết tháng 3 hàng năm.

Chế biến: Sau khi thu hoạch, đem phần củ rửa sạch và thái mỏng rồi phơi khô.

Bảo quản: Tránh ánh sáng trực tiếp, đặt ở nơi khô ráo.

3. Thành phần hóa học:

Trong củ địa liền có chứa tinh dầu với các hợp chất chính như xinamic axit etyl, bocneola metyl và xineola.

4. Tính vị, quy kinh, tác dụng:

+ Tính vị: Tính ấm và vị cay

+ Quy kinh: Tỳ và Vị

+ Tác dụng dược lý

Theo Đông y, cây địa liền có tính ấm và vị cay có tác dụng làm ấm tỳ vị, giảm đau, hành khí, trừ uế khí, tán hàn, tiêu thực và trừ thấp. Nước chiết của cây có công dụng lợi trung tiện và hạ đờm.

Tác dụng chống viêm, giảm đau và hạ sốt.

Củ cây địa liền có tác dụng giảm đau nhức xương khớp.

Điều trị thực trệ khí trướng, viêm dạ dày, loét dạ dày, sưng mang thai, đau răng, phong thấp đau xương và một số bệnh lý khác, chữa sốt rét, ăn uống khó tiêu. Lá rửa sạch, giã nát, xào nóng và đắp lên khớp xương bị tê thấp.

Rễ thân cây địa liền chữa lở loét, cao huyết áp và bệnh hen suyễn. Hoặc dùng phần thân rễ và lá đem rửa sạch và nhai chậm chữa đau họng, ho. Riêng phần thân rễ có thể dùng thân rễ chữa cảm lạnh. Ngoài ra, ở một số nơi khác dùng rễ cây địa liền làm rau sống ăn hoặc dùng nước chiết từ cũ chữa chứng hôi miệng, làm cao dán trị nhức mỏi. Đồng thời dùng tinh dầu từ củ thoa tóc để tạo mùi thơm.

5. Cách dùng và liều lượng:

Có thể dùng cây địa liền dưới dạng thuốc sắc, ngâm rượu, tán bột hay hoàn viên. Liều lượng dùng tối đa mỗi ngày là 3 – 6 gram.

7. Tác dụng phụ:

Cây địa liền có thể gây một vài tác dụng phụ ảnh hưởng đến sức khỏe. Do đó, bệnh nhân không nên lạm dụng với liều lượng lớn trong thời gian dài. Bên cạnh đó, những đối tượng âm hư, dạ dày nóng rát hoặc thiếu máu không nên dùng cây địa liền để chữa bệnh.

III. Quế chi

1. Tên gọi, phân nhóm

+ Tên gọi khác: Quế, Quế đơn, Nhục quế, Quế thanh, Ngọc thụ,…

+ Tên khoa học: Cinnamomum cassia Presl

+ Tên Latin: *Ramulus cinnamomi*.

+ Họ: Long não (danh pháp khoa học: Lauraceae)

2. Đặc điểm sinh thái và phân bố

Mô tả: Quế chi là cây thân gỗ lớn, có chiều cao trung bình từ 10 – 20cm. Thân có vỏ nhẵn, màu nâu nhạt. Lá mọc so le, cuống ngắn, lá cứng và giòn,

không có răng cưa. Lá hình thuôn dài, màu xanh sẫm, mặt bóng. Mỗi lá có 3 gân, gân lá màu vàng và hiện rõ.

Hoa quế chi có màu trắng hoặc vàng nhạt, xuất hiện từ tháng 6 – 9 hằng năm. Hoa mọc thành cụm ở nách lá hoặc ở ngọn của cành. Hoa quế chi có màu trắng hoặc vàng nhạt. Hoa nhỏ, mỗi hoa có 4 cánh, nhị màu vàng đậm. Quả hạch, hình trứng, khi chín có bề mặt nhẵn và có màu nâu tím. Mùa hoa thường bắt đầu từ tháng 6 – 8, quả mọc vào tháng 10 – 12 đến tháng 2 – 3 năm sau.

Phân bố: Quế chi mọc nhiều ở các địa phương của nước ta, bao gồm Cao Bằng, Bắc Kạn, Bắc Giang, Yên Bái, Tuyên Quang, Thanh Hóa, Quảng Ninh, Nghệ An, Hà Tĩnh, Quảng Nam, Khánh Hòa,…

3. Bộ phận dùng, thu hái, chế biến, bảo quản

Bộ phận dùng: Bộ phận được dùng làm dược liệu của cây quế chi là cành con. Đối với cây trên 10 năm, có thể thu hoạch vỏ.

Thu hái: Thu hái vào mùa xuân.

Chế biến: Đem phơi khô trong râm hoặc phơi ngoài nắng. Sau đó đem cắt thành lát mỏng.

Bảo quản: Nơi khô thoáng.

4. Thành phần hóa học

Cây quế chi có chứa tinh dầu từ 1 – 3%, một số cây có thể chứa đến 6%, các hợp chất diterpenoid, flavonoid, tannin, phenylglycosid, coumarin, aldehyd cinnamic, bazylacetat, banzaldehyd, cinnamylacetat, aldehyd cinnamic,…

5. Tính vị, quy kinh, tác dụng:

- Tính vị: Quế chi có vị ngọt, đắng, thơm và tính ấm.
- Quy kinh: Qui vào kinh Bàng quang, Tâm và Phế.
- Tác dụng:

+Theo nghiên cứu dược lý hiện đại:

Kích thích tiêu hóa, tăng tuần hoàn, trợ hô hấp và thúc đẩy bài tiết.

Tác dụng co mạch, co bóp tử cung và tăng nhu động ruột.

Chống xơ vữa động mạch, tiêu diệt gốc tự do, hạn chế hình thành khối u.

Kích thích vị giác và đường tiêu hóa nên có thể được sử dụng như một loại gia vị. Ngoài ra, thành phần trong cây quế chi còn có khả năng ức chế vi nấm giúp thức ăn bảo quản được lâu hơn.

+Theo Y học cổ truyền:

Công năng: Giảm hội chứng ngoại sinh, tăng tiết mồ hôi, hoạt huyết, trừ hàn, làm ấm kinh lạc.

Chỉ định: Dùng cho thể phong hàn của hội chứng ngoại cảnh, thể phong hạn của hội chứng hư, dương hư ở tâm và tỳ, dương suy ở ngực, đau khớp do nhiễm phong,…

6. Cách dùng, liều dùng

Có thể sử dụng quế chi dạng bột, phơi khô hoặc ở dạng cồn, tinh dầu. Liều dùng thông thường từ 3 – 10g mỗi ngày.

PHỤ LỤC 5

VỊ TRÍ, TÁC DỤNG CÁC HUYỆT TRONG NGHIÊN CỨU

TT	Huyệt	Đường kinh	Vị trí	Điều trị
1	Thái khê (KI.3)	Túc thiếu âm Thận	Đỉnh mắt cá trong đo ra ngang sau 0,5 thốn tương ứng với huyệt Côn lôn ở phía ngoài.	Đau răng, đau bụng, ù tai, khó thở, ho hen, di tinh, liệt dương, đau lưng, mất ngủ.
2	Đại trữ (BL.11)	Túc thái dương Bàng quang	Từ N1 – N2 đo ra 1,5 thốn.	Ho, sốt, đau đầu, mỏi vai gáy.
3	Huyền chung (G.39)	Túc thiếu dương Đởm	Từ lồi mắt cá ngoài đo lên 3 thốn ngang bờ trước xương mác, đối diện với huyệt Tam âm giao	Liệt nửa người, liệt chi dưới, đau nhức vùng cổ gáy, đau nửa đầu.
4	Giáp tích C4 – C7	Huyệt ngoài kinh	Nằm cách mỏm gai sau của đốt sống 0,5 thốn	Chữa chứng nhiệt, liệt, các bệnh của tạng phủ mà đường kinh đi qua.
5	Thủ tam lý (LI.10)	Thủ dương minh Đại trường	Trên huyệt Khúc trì 2 thốn trên con đường nối huyệt Khúc trì đến huyệt Dương khê	Liệt chi trên, liệt nửa người, đau vai nách, cánh tay, đau răng, cao huyết áp, nôn nấc.
6	Thiên trụ (B.10)	Túc thái dương Bàng quang	Từ khe C1 – C2 đo ra 1,3 thốn	Đau đầu, đau mỏi cổ gáy, suy nhược thần kinh.
7	A thị huyệt	Huyệt tại chỗ	Huyệt tại vùng đau, ở chỗ ấn vào đau nhất.	Chữa các chứng đau.

PHỤ LỤC 6

MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG QUÁ TRÌNH NGHIÊN CỨU