

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**HÀ QUỐC TUẤN**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ ĐAU  
VÙNG CỔ GÁY BẰNG PHƯƠNG PHÁP  
TAM PHÁP ĐẠI CHÙY**

**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**



**HÀ QUỐC TUẤN**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ ĐAU  
VÙNG CỔ GÁY BẰNG PHƯƠNG PHÁP  
TAM PHÁP ĐẠI CHÙY**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**Chuyên ngành Y học cổ truyền**

**Mã số: 872 0115**

**Người hướng dẫn khoa học: TS. Ngô Quang Hải**

**TS. Nguyễn Duy Tuấn**

**HÀ NỘI – 2022**

## LỜI CẢM ƠN

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

*Em xin bày tỏ lòng biết ơn tới Ban Giám Đốc, Phòng Đào tạo Sau đại học và các Bộ môn Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, nơi em đang theo học, đã tạo mọi điều kiện tốt nhất cho em trong quá trình học tập tại trường.*

*Tôi xin được gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, các đồng nghiệp tại Bệnh viện Châm cứu Trung Ương đã giúp đỡ và tạo mọi điều kiện để tôi có thể được thu thập số liệu, làm việc và học tập tại Bệnh viện một cách thuận lợi nhất.*

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

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

*Con xin cảm ơn gia đình đã luôn ở bên cạnh, động viên, chia sẻ những lúc khó khăn nhất.*

*Xin trân trọng cảm ơn.*

*Hà Quốc Tuấn*

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Hà Quốc Tuấn, Học viên lớp Cao học khóa 12 chuyên ngành Y học cổ truyền – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của TS. Ngô Quang Hải và TS. Nguyễn Duy Tuân.

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

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

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

*Hà Nội, ngày      tháng      năm 2022*

**Người viết cam đoan**

**Hà Quốc Tuấn**

## CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
CSC	Cột sống cổ
D <sub>0</sub>	Trước điều trị
D <sub>7</sub>	Sau 7 ngày điều trị
D <sub>14</sub>	Sau 14 ngày điều trị
NNC	Nhóm nghiên cứu
NĐC	Nhóm đối chứng
NPQ	Ảnh hưởng của đau với chức năng sinh hoạt hàng ngày (Northwick Park Neck Pain Questionnaire).
NXB	Nhà xuất bản
TVĐ	Tâm vận động
THCSC	Thoái hóa cột sống cổ
VAS	Thang điểm nhìn VAS (Visual Analogue Scale)
XQ	X – quang
YHHĐ	Y học hiện đại
YHCT	Y học cổ truyền

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ.....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....</b>	<b>3</b>
1.1. GIẢI PHẪU SINH LÝ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ .....	3
1.1.1. Giải phẫu cột sống cổ .....	3
1.1.2. Chức năng cột sống cổ.....	4
1.1.3. Cơ chế gây đau vùng cột sống cổ .....	5
1.2. ĐAU CỔ GÁY THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI .....	6
1.2.1. Khái niệm.....	6
1.2.2. Nguyên nhân gây đau cổ gáy.....	6
1.2.3. Triệu chứng.....	7
1.2.4. Điều trị đau cổ gáy.....	9
1.3. ĐAU CỔ GÁY THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN .....	11
1.3.1. Bệnh danh .....	11
1.3.2. Nguyên nhân .....	11
1.3.3. Các thể lâm sàng.....	12
1.4. PHƯƠNG PHÁP CHÂM CỨU .....	16
1.4.1. Khái niệm và cơ chế giảm đau của châm cứu .....	16
1.5. HUYỆT ĐẠI CHÙY .....	20
1.5.1. Phương pháp châm Tam pháp đại chùy .....	21
1.5.2. Các phương pháp châm đặc biệt tại Việt Nam.....	22
1.6. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ ĐAU CỔ GÁY TRONG NƯỚC VÀ TRÊN THẾ GIỚI.....	23
1.6.1. Trên thế giới.....	23
1.6.2. Tại Việt Nam .....	25
<b>Chương 2 CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>27</b>

2.1. CHẤT LIỆU NGHIÊN CỨU .....	27
2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU .....	27
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	27
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	28
2.3. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU .....	28
2.3.1. Địa điểm nghiên cứu.....	28
2.3.2. Thời gian nghiên cứu .....	29
2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....	29
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu .....	29
2.4.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu .....	29
2.4.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu .....	30
2.4.4. Công cụ và kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu .....	31
2.4.5. Các bước tiến hành .....	33
2.4.6. Phương pháp đánh giá kết quả.....	34
2.5. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU .....	39
2.6. SAI SỐ VÀ KHÔNG CHẾ SAI SỐ.....	40
2.7. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU .....	40
2.8. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU.....	40
2.9. QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU .....	42
<b>Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>43</b>
3.1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU .....	43
3.1.1. Đặc điểm tuổi bệnh nhân nghiên cứu .....	43
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính .....	43
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	44
3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	45
3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC ĐIỀU TRỊ .....	46
3.2.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị .....	46

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị.....	49
3.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP TAM PHÁP ĐẠI CHUYỀN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY THỂ PHONG HÀN THẤP KẾT HỢP CAN THẬN HƯ' .....	50
3.3.1. Sự thay đổi điểm đau VAS .....	50
3.3.2. Sự thay đổi tâm vận động cột sống cổ sau điều trị.....	51
3.3.3. Sự thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày .....	54
3.3.4. Thay đổi các chứng trạng Y học cổ truyền trước và sau điều trị ..	55
3.3.5. Kết quả điều trị chung .....	56
3.4. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp .....	58
3.4.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng .....	58
<b>Chương 4 BÀN LUẬN .....</b>	<b>59</b>
4.1. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU.....	59
4.1.1. Tuổi.....	59
4.1.2. Giới tính.....	60
4.1.3. Nghề nghiệp.....	60
4.1.4. Thời gian mắc bệnh .....	61
4.2. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC ĐIỀU TRỊ.....	62
4.2.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị .....	62
4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị.....	64
4.3. BÀN LUẬN VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU CỔ GÁY BẰNG PHƯƠNG PHÁP TAM PHÁP ĐẠI CHUYỀN THỂ PHONG HÀN THẤP KẾT HỢP CAN THẬN HƯ' .....	65
4.3.1. Thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS .....	65
4.3.2. Thay đổi tâm vận động cột sống cổ.....	66
4.3.3. Thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày .....	68



4.3.4. Thay đổi chứng trạng Y học cổ truyền trước và sau điều trị.....	70
4.3.5. Kết quả điều trị chung .....	71
4.4. BÀN LUẬN VỀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP .....	72
4.4.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng .....	72
<b>KẾT LUẬN.....</b>	<b>81</b>
<b>KIẾN NGHỊ .....</b>	<b>82</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS .....	35
Bảng 2.2. Tầm vận động sinh lý và bệnh lý cột sống cổ [51].....	37
Bảng 2.3. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ [62].....	37
Bảng 2.4. Đánh giá mức độ đau ảnh hưởng tới chức năng sinh hoạt hàng ngày (NPQ) [63].....	38
Bảng 2.5. Bảng đánh giá kết quả điều trị chung .....	39
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	43
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính .....	43
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh .....	45
Bảng 3.4. Đặc điểm và thời gian đau trước điều trị của bệnh nhân.....	46
Bảng 3.5. Phân bố mức độ đau trước điều trị của bệnh nhân theo thang điểm VAS .....	48
Bảng 3.6. Đặc điểm tầm vận động cột sống cổ trước điều trị của bệnh nhân nghiên cứu .....	48
Bảng 3.7. Đặc điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân trước điều trị .....	49
Bảng 3.8. Đặc điểm phim chụp X-quang.....	49
Bảng 3.9. Thay đổi trung bình điểm đau VAS sau điều trị.....	50
Bảng 3.10. Thay đổi biên độ hoạt động cúi của cột sống cổ sau điều trị .....	51
Bảng 3.11. Thay đổi biên độ hoạt động ngửa cột sống cổ sau điều trị.....	51
Bảng 3.12. Thay đổi biên độ hoạt động nghiêng phải cột sống cổ sau điều trị .....	52
Bảng 3.13. Thay đổi biên độ hoạt động nghiêng trái cột sống cổ sau điều trị	53
Bảng 3.14. Thay đổi biên độ hoạt động quay phải cột sống cổ sau điều trị ...	53
Bảng 3.15. Thay đổi biên độ hoạt động quay trái cột sống cổ sau điều trị.....	54
Bảng 3.16. Thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 7 ngày điều trị .....	54

Bảng 3.17. Thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 14 ngày điều trị ....	55
Bảng 3.18. Sự thay đổi các chứng trạng Y học cổ truyền trước và sau điều trị .....	55
Bảng 3.19. Phân loại kết quả điều trị chung theo Y học cổ truyền.....	58
Bảng 3.20. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng .....	58

### **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm nghề nghiệp bệnh nhân nghiên cứu .....	44
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm vị trí đau trước điều trị của bệnh nhân .....	47
Biểu đồ 3.3. Kết quả sau 7 ngày điều trị .....	56
Biểu đồ 3.4. Kết quả sau 14 ngày điều trị .....	57

### **DANH MỤC SƠ ĐỒ**

Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu .....	42
---------------------------------------	----

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Giải phẫu cột sống cổ .....	3
Hình 1.2. Những biến đổi ở cột sống cổ thoái hóa .....	5
Hình 1.3. Hình ảnh X-Quang thoái hóa cột sống cổ .....	9
Hình 2.1. Thước đo thang điểm đánh giá đau VAS .....	34
Hình 2.2. Thước đo tầm vận động khớp .....	36

## DANH MỤC ẢNH

Ảnh 2.2. Cách châm tam pháp Đại chùy.....	33
---	----

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau vùng cổ gáy là tình trạng liên quan đến bệnh lý cột sống cổ, bệnh thường xảy ra đột ngột. Ngoài đau nhức mỗi vai gáy, người bệnh thường có các triệu chứng kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ. tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra và mức độ tổn thương mà biểu hiện ở mỗi loại bệnh khác nhau [1].

Theo tác giả Nguyễn Xuân Nghiên 16,83% số bệnh nhân đau cột sống do thoái hóa [2]. Thoái hóa cột sống cổ (THCSC) là bệnh đứng hàng thứ hai sau thoái hóa cột sống thắt lưng, chiếm 14% (sau thoái hóa cột sống thắt lưng 31%) trong các bệnh thoái hóa khớp [3]. Theo số liệu tại Hoa Kỳ hàng năm có khoảng 21 triệu người mắc bệnh thoái hóa khớp trong đó có 4 triệu người phải nhập viện điều trị và riêng đối với THCSC đã tiêu tốn hơn 40 triệu USD/năm. Còn bệnh lý thoát vị đĩa đệm(TVĐĐ) cột sống cổ, ở bắc mỹ theo nghiên cứu của lelseý tỷ lệ mắc TVĐĐ cột sống cổ mỗi năm chừng 5,5/100.000 người [4]. Tại Việt Nam theo GS.Trần Ngọc Ân, TVĐĐ cột sống cổ gặp tới 40% trong số thoát vị cột sống nói chung [5]. Tại các nước Châu Âu chi phí trực tiếp cho điều trị thoái hóa khớp khoảng 4.000 USD / bệnh nhân / năm [6]. Ở Việt Nam chi phí cho một nội dung đợt điều trị Thoái hóa khớp khoảng 2 đến 4 triệu đồng, chưa kể đến chi phí cho các dịch vụ khác liên quan đến điều trị [7].

Mặc dù y học có những bước phát triển vượt bậc trong điều trị bệnh lý cột sống nhưng đến nay vẫn chưa có một loại thuốc nào điều trị khỏi hoàn toàn. Điều trị đau cổ gáy chủ yếu dùng các nhóm thuốc giảm đau, chống viêm toàn thân hoặc tiêm trực tiếp vào đốt sống cổ. Các nhóm thuốc này có tác dụng giảm đau và làm chậm quá trình THCSC, nhưng đôi khi các thuốc nhóm này cũng gây một số tác dụng không mong muốn như gây xuất huyết tiêu hóa, suy thận, suy gan [8].

Y học cổ truyền (YHCT) dựa vào bệnh nguyên, bệnh cơ điều trị đau cổ gáy bằng các phương pháp dùng thuốc, không dùng thuốc (châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, xông hơi...) đã đem lại những hiệu quả nhất định, khôi phục hoạt động sinh lý cột sống cổ [9],[10].

Từ năm 1960 ở Trung Quốc phương pháp châm cứu trên huyết Đại chùy của chuyên gia Tôn Chấn Hoàn (nguyên chủ nhiệm khoa châm cứu Viện nghiên cứu Trung y Bắc kinh, Trung Quốc) được phát triển vận dụng điều trị bệnh đau cổ gáy rất hiệu quả. Năm 1961, phương pháp này đã được giới thiệu, phổ biến cho các sinh viên chuyên khoa đông y của trường Đại học Y Hà Nội, các khoa châm cứu ở miền bắc và trong bản tin đông y của viện nghiên cứu Đông y Hà Nội [11].

Nhằm kế thừa và phát huy giá trị tác dụng của Châm cứu Việt Nam, bổ sung minh chứng khoa về tác dụng của huyết đại chùy, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá tác dụng điều trị đau vùng cổ gáy bằng phương pháp tam pháp đại chùy”** với các mục tiêu sau:

*1. Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp tam pháp Đại chùy trong điều trị đau vùng cổ gáy.*

*2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.*

## Chương 1

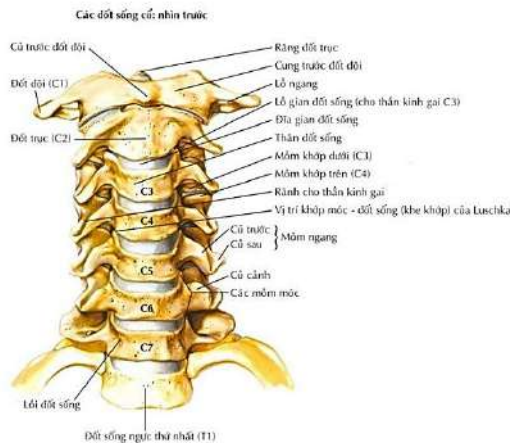
### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. GIẢI PHẪU SINH LÝ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

##### 1.1.1. Giải phẫu cột sống cổ

Nối giữa đầu và thân của người là phần cổ, để có thể nâng đỡ được đầu phần cổ phải nhờ đến hệ thống cơ và xương cột sống rất chắc khỏe.

Phần cột sống cổ là gồm 7 đốt sống cổ từ C1 đến C7.



**Hình 1.1. Giải phẫu cột sống cổ [12]**

Cột sống cổ có thân dẹp, bề ngang phía trước dày hơn phía sau, đỉnh lõm mỏm gai tách thành hai củ, mỏm gai ngang dính vào thân, vào cuống, có một số lỗ ngang để mạch đốt sống chui qua, mạch trên của mỏm ngang có rãnh thân kinh gai sống.

Lỗ đốt sống hình tam giác và rộng hơn các lỗ đốt sống khác, để chứa đoạn phình cổ của tủy gai và thích ứng với tiến độ di động lớn của đoạn sống cổ.

C1 còn có tên là đốt đội (atlat) : nâng đỡ hộp sọ, có hình tròn dẹp, thân đốt sống không rõ và lỗ đốt rất rộng, đảm bảo cho hộp sọ có thể quay chuyển được dễ dàng. Đốt sống này sờ khó thấy [12],[13].

C2 còn có tên là đốt trục (Axis): có hình khuyên tròn, phía trên và trước khuyên này lồi lên một mồm gọi là mồm xương khế, đốt sống này dày, rất khỏe, sờ thấy rõ.

Đốt C2 khớp với C1 giúp cho hộp sọ chuyển động quay phải, quay trái, cúi, ngửa được dễ dàng.

C3: đưa về phía trước.

C4: đưa về phía trước sâu nhất, sờ khó thấy.

C5: hơi đưa ra sau.

C6: là đốt lồi trên.

C7 đốt cuối cùng của 7 đốt sống cổ, là đốt lồi dưới, gai sống cao nhất và mồm không trẻ đôi.

Vì vậy đốt sống theo sinh lý sẽ là hơi cong về phía trước, cong nhất ở phần C4 và lồi ra sau cao nhất ở C7.

Khi 1 hoặc nhiều đốt sống bị lồi lệch lổm làm mất đường cong bình thường... sẽ dẫn đến cột sống cổ bị mất đường cong sinh lý [12],[13].

### 1.1.2. Chức năng cột sống cổ

Cổ tham gia vào sự phối hợp của mắt, đầu, thân mình, đồng thời tham gia vào việc định hướng trong không gian và điều khiển tư thế. Cột sống cổ có 3 chức năng: đảm bảo cho đầu chuyển động nhanh và dễ dàng:

- ❖ Bảo đảm cho đầu chuyển động nhanh và dễ dàng
- ❖ Chịu sức nặng của đầu
- ❖ Bảo vệ tủy

- Chức năng vận động:

Cột sống cổ là đoạn cột sống mềm dẻo nhất. cột sống cổ có tầm vận động linh hoạt hơn cột sống thắt lưng là do:

+ Đốt sống C1 có thể quay quanh C2

+ Khớp đốt sống cổ có góc nghiêng phù hợp cho phép chuyển động trượt giữa các thân đốt nên có thể gấp, duỗi cổ dễ dàng.



+ Khả năng đàn hồi của đĩa đệm [12],[13],[14].

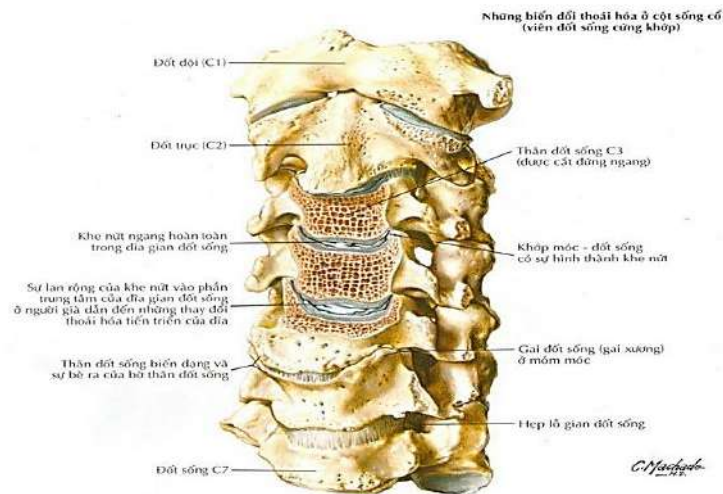
- Chức năng chịu tải trọng:

Các thân đốt sống cổ nhỏ, đĩa đệm cột sống cổ không chiếm toàn bộ bề mặt thân đốt. do đó, tải trọng tác động lên đĩa đệm cột sống cổ lớn hơn ở các phần khác trong cột sống.

Khoang gian đốt C2-C3, C4-C5 là những nơi chịu nhiều tải trọng nhất ở cột sống cổ do đó hay gặp thoái hoá cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm sống cổ vì phải thường xuyên chịu tải trọng lớn hơn và di động nhiều hơn [13],[14].

### 1.1.3. Cơ chế gây đau vùng cột sống cổ

Hai lý thuyết chính được nhiều tác giả ủng hộ trong cơ chế bệnh sinh của thoái hóa khớp nói chung là: lý thuyết cơ học và lý thuyết tế bào. Lý thuyết cơ học mô tả các vi gãy xương do suy yếu các sợi collagen dẫn tới việc hư hỏng các proteoglycan. Lý thuyết tế bào nêu lên cơ chế tăng áp lực làm tế bào sụn cứng lại, giải phóng các emzym tiêu protein làm hủy hoại dần dần các chất cơ bản [15],[16],[17].



**Hình 1.2. Những biến đổi ở cột sống cổ thoái hóa [17]**

Khi khớp bị thoái hóa các gai xương của mỏm móc nhô vào lỗ gian đốt sống chèn ép thần kinh gây đau.

Luschka phát hiện một nhánh của rễ thần kinh xuất phát từ hạch cạnh sống chui qua lỗ gian đốt sống, mạc đốt sống, dây chằng dọc sau, các màng của tủy sống và mạch máu khi bị kích thích sẽ gây đau.

Đám rối thần kinh cánh tay và động mạch dưới đòn phải chui qua khe cơ bậc thang giữa và cơ bậc thang trước. khi khe này bị hẹp chèn ép đám rối thần kinh sẽ đau như kim châm dọc mặt trong cánh tay lan đến tận ngón 4,5. Đau có thể lan lên vùng cằm và tới ngực [15],[17].

## **1.2. ĐAU CỔ GÁY THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI**

### **1.2.1. Khái niệm**

Đau cổ gáy là tình trạng bệnh lý do co cứng các cơ thang, cơ ức đòn chũm sau khi gặp lạnh hoặc sau khi gánh vác nặng, do tư thế. Bệnh thường đột ngột, sau một đêm ngủ dậy thấy đau nhức khắp mình, đặc biệt đau tê vùng vai gáy, nhiều khi đau lan xuống cả vai làm tê mỏi các cánh tay, cẳng tay và ngón tay, kèm theo có hạn chế vận động cột sống cổ [17],[18].

### **1.2.2. Nguyên nhân gây đau cổ gáy**

Đau cổ gáy do nhiều nguyên nhân gây ra, trong đó người ta chia ra 2 nhóm là nguyên nhân cơ học và nguyên nhân do các bệnh lý về xương khớp [17],[18],[19].

#### **1.2.2.1. Nguyên nhân cơ học**

- Chấn thương: Chấn thương có thể đến do chơi thể thao hoặc do tai nạn trong cuộc sống. Nếu chấn thương gây ảnh hưởng đến cột sống, gân, chằng,... thì việc bị đau mỏi hay thậm chí là viêm vai gáy là điều khó tránh khỏi.

- Nhiễm lạnh: Cơ thể bị nhiễm lạnh cũng khiến khí huyết ngưng trệ, tổn thương dây thần kinh và làm cơn đau tăng lên.

- Thiếu dinh dưỡng: Khi cơ thể bị thiếu hụt chất dinh dưỡng sẽ làm dây thần kinh ngoại vi hoạt động yếu dần. Lâu ngày sẽ gây ra đau vai gáy.

- Tập luyện quá sức: Vận động thể thao là điều cần thiết cho sức khỏe nhưng nếu vận động quá sức sẽ gây phản tác dụng. Đặc biệt nếu tập không đúng kỹ thuật thì nguy cơ đau vai gáy là rất cao.

- Tính chất công việc: Nếu bạn ngồi một chỗ quá lâu cũng sẽ khiến cho các cơ ở vùng cổ, vùng bả vai bị chèn ép, khí huyết lưu thông chậm và gây đau cổ vai gáy. Ngồi làm việc sai tư thế cũng có thể là nguyên nhân gây nên công việc này.

- Nằm ngủ sai tư thế: Khi bạn gối đầu quá cao, nằm quá lâu ở một tư thế, ngủ gục trên bàn, ... thì mạch máu ở vùng cổ bị chèn ép và kém lưu thông gây đau mỗi vùng vai gáy [17],[18],[19].

#### **1.2.2.2. Nguyên nhân về các bệnh lý xương khớp**

- Thoái hóa cột sống cổ: Gai xương xuất hiện do thoái hóa cột sống cổ gây chèn ép dây thần kinh vai gáy. Người sau tuổi 40 sẽ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn.

- Viêm hóa cột sống: Căn bệnh này cũng làm hình thành các gai xương, chúng chèn ép rễ thần kinh trong ống sống gây đau cổ, đau vai gáy.

- Rối loạn chức năng thần kinh: Căn bệnh khiến dây thần kinh vùng vai gáy bị kéo giãn.

- Rối loạn khớp bả vai lồng ngực: Bệnh thường gặp ở lái xe, thợ may, nhân viên văn phòng, ... do phải ngồi ở một tư thế trong thời gian dài. Bệnh gây đau vai gáy, khiến cho vùng vai gáy nhức mỏi. Nếu bệnh trở nặng, người bệnh có thể gặp khó khăn trong một vài tư thế như xoay cổ, cúi đầu,...

- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ và chấn thương vùng cổ là bệnh lý hay gặp và chữa rất vất vả đối với bệnh nhân [17],[18],[19].

### **1.2.3. Triệu chứng**

#### **1.2.3.1. Triệu chứng lâm sàng**

- Hội chứng cột sống cổ:

+ Đau vùng cổ gáy, có thể khởi phát cấp tính sau chấn thương, sau động tác vận động cổ quá mức, hoặc tự nhiên sau khi ngủ dậy. Đau cũng có thể xuất hiện từ từ, âm ỉ, mạn tính

+ Hạn chế vận động cột sống cổ, có thể kèm theo dấu hiệu vẹo cổ, hay gặp trong đau cột sống cổ cấp tính

+ Điểm đau cột sống cổ khi ấn vào các gai sau, cạnh cột sống cổ tương ứng các rễ thần kinh [3],[17],[19].

- Hội chứng rễ thần kinh:

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

+ Rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ; yếu cơ và rối loạn cảm giác như rất bông, kiến bò, tê bì ở vùng vai, cánh tay, hoặc ở bàn tay và các ngón tay.

+ Một số nghiệm pháp đánh giá tổn thương rễ thần kinh cổ:

Dấu hiệu chuông bấm: Ấn cạnh cột sống tương ứng với lỗ tiếp hợp thấy đau xuất hiện từ cổ lan xuống vai và cánh tay

Nghiệm pháp dạng vai : Bệnh nhân ngồi, cánh tay đưa lên trên đầu và ra sau, các triệu chứng rễ giảm hoặc mất

Nghiệm pháp kéo giãn cổ : Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc dùng tay giữ vùng chẩm và cằm và kéo từ từ theo trục dọc, làm giảm triệu chứng [3],[20]

- Hội chứng tủy cổ:

+ Do lồi hoặc thoát vị đĩa đệm gây chèn ép tủy cổ tiến triển trong một thời gian dài

+ Biểu hiện sớm là dấu hiệu tê bì và mất khéo léo hai bàn tay, teo cơ hai tay, đi lại khó khăn, nhanh mỏi. Giai đoạn muộn tùy vị trí tổn thương có thể thấy liệt trung ương tứ chi; liệt ngoại vi hai tay và liệt trung ương hai chân; rối loạn phản xạ đại tiểu tiện [3],[20]

- Các triệu chứng khác:

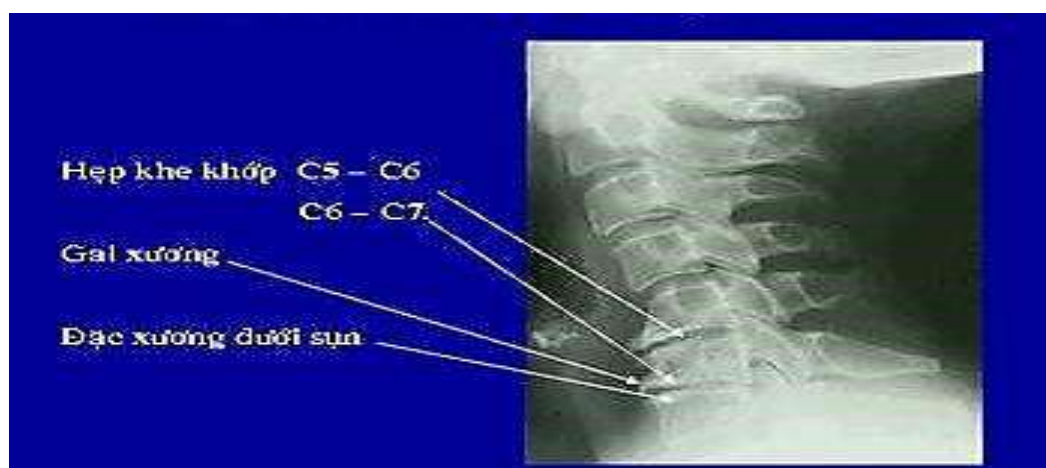
+ Hội chứng động mạch sống nền: đau vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, mờ mắt, đôi khi có giảm thị lực thoáng qua, mất thăng bằng, mệt mỏi.

+ Có thể có các rối loạn thần kinh thực vật: đau kèm theo ù tai, rối loạn thị lực, rối loạn vận mạch vùng chẩm vai hoặc tay.

+ Khi có các triệu chứng toàn thân như sốt, rét run, vã mồ hôi vào ban đêm, sụt cân,... cần phải lưu ý loại trừ bệnh lý ác tính, nhiễm trùng [3],[17],[19]

### 1.2.3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu : ít có giá trị chuẩn đoán trong bệnh lý cột sống cổ và đĩa đệm gây chèn ép cơ học. Trong những bệnh như khối u, viêm, nhiễm trùng có thể thấy thay đổi trong một số xét nghiệm như tế bào máu ngoại vi, tốc độ máu lắng, CRP, phosphatase kiềm, điện di protein huyết thanh, v.v....



**Hình 1.3. Hình ảnh X-Quang thoái hóa cột sống cổ [19]**

### 1.2.4. Điều trị đau cổ gáy

#### 1.2.4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng.
- Phục hồi chức năng của cột sống cổ, hạn chế sự tàn tật.
- Hạn chế tác dụng không mong muốn của thuốc [3],[17],[19].

### 1.2.4.2. Điều trị cụ thể

Điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật, trong đó điều trị bảo tồn là chủ yếu. Điều trị bảo tồn có thể kết hợp dùng thuốc nội khoa và các phương pháp vật lý trị liệu, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng [3],[17],[19].

- Các phương pháp không dùng thuốc:

+ Giáo dục bệnh nhân thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc.

+ Trong giai đoạn cấp có đau nhiều có thể bất động CSC tương đối bằng đai cổ mềm.

+ Tập vận động cột sống cổ, vai, cánh tay bằng những bài thích hợp.

+ Vật liệu trị liệu: chiếu đèn hồng ngoại, điện xung, từ trường, siêu âm liệu pháp, kéo giãn cột sống.

- Các phương pháp sử dụng thuốc:

+ Thuốc điều trị triệu chứng nhanh như thuốc chống viêm không steroid (meloxicam, diclofenac ..), corticoid (không sử dụng đường toàn thân, chỉ sử dụng nội khớp), thuốc giãn cơ vân (mydocalm, myonal ..). Thuốc giảm đau sử dụng theo bậc thang giảm đau của tổ chức y tế thế giới. Khi sử dụng các nhóm thuốc này cần lưu ý chỉ định, chống chỉ định và phụ tác dụng.

+ Thuốc điều trị triệu chứng chứng minh tác dụng chậm bao gồm các thuốc ức chế men tiêu sụn (chondroitin sulfate), tăng cường tổng hợp proteoglycan và tăng sản xuất chất nhầy dịch khớp (glucosamin sulfate).

+ Các nhóm vitamin B đặc biệt được sử dụng khi có tổn thương thần kinh.

- Điều trị phẫu thuật: được chỉ định khi các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng hoặc đã điều trị bảo tồn tại cơ sở chuyên khoa không kết quả các dấu hiệu X-quang chứng tỏ có sự chèn ép thần kinh phù hợp với thăm khám trên lâm sàng hoặc trường hợp nặng có chỉ định phẫu thuật nói rộng khớp mỏm móc – đốt [3],[17],[19].

### 1.3. ĐAU CỔ GÁY THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

#### 1.3.1. Bệnh danh

Y học cổ truyền mô tả đau cổ gáy thuộc phạm vi chứng tý có bệnh danh là lạc chẩm [21],[22].

#### 1.3.2. Nguyên nhân

##### 1.3.2.1. Ngoại nhân

Do tà khí thực, phong, hàn, thấp tà cùng kết hợp xâm nhập vào hệ thống kinh lạc, cân xương gây nên sự bế tắc ở kinh lạc làm cho sự lưu thông khí huyết bị thất thường từ đó sinh ra bệnh.

+ Phong tà: Phong là gió, chủ về mùa xuân, có tính chất di chuyển, xuất hiện và mất đi đột ngột. Kỳ Bá nói: “Phong tà ở ngoài bì phu, trong không thể thông, ngoài không thể tiết. Nó dẫn đi nhanh chóng mà biến đổi luôn làm tẩu lý sơ hở”

+ Hàn tà: Chủ khí về mùa đông, có tính chất ngưng trệ, làm cho khí huyết kinh lạc bị tắc nghẽn. Mặt khác bệnh nhân có tình trạng khí huyết ứ trệ kinh lạc thì càng dễ có điều kiện phát bệnh. Tính co rút của Hàn tà rất cao gây co rút cân cơ, ngoài ra gây cảm giác đau buốt như xuyên, ố hàn (sợ lạnh). Hàn quá hóa nhiệt nên thỉnh thoảng bệnh nhân có cảm giác nóng rát nơi đau.

+ Thấp tà: Chủ khí về cuối mùa hạ, thường có xu hướng phát triển từ dưới lên. Thấp tà gây nên một số triệu chứng có tính chất đặc trưng như: cảm giác tê bì, nặng nề, rêu lưỡi nhờn dính, chất lưỡi bệu...

Tuệ Tĩnh bàn về ba tà khí Phong, Hàn, Thấp xâm nhập cơ thể và gây bệnh như sau [31]:“ Tê thấp là mình mẩy, các khớp xương không đỏ, không sưng, mà tự nhiên phát đau, có khi lại không cựa được, nguyên nhân do nguyên khí suy kém, ba khí ấy xâm nhập vào kinh lạc trước, rồi xâm nhập vào cân cốt thì nặng nề không giơ lên được, vào mạch thì huyết động không lưu thông được, vào cân thì có mà không duỗi ra được, vào cơ nhục thì tê dại cấu không biết

đau, vào bì phu thì lạnh. Sách chia ra nhiều tên gọi, mà bệnh thì do ba tà khí”. [23],[24],[25].

### 1.3.2.2. Nội nhân

Do chính khí cơ thể bị hư yếu, rối loạn chức năng của các tạng phủ nhất là tạng can và tạng thận

Can tàng huyết, can chủ cân, chức năng của tạng can hư yếu, không tàng được huyết, không nuôi dưỡng được cân dẫn đến huyết bị suy kém, cân yếu mỏi hoặc co rút lại.

Thận chủ cốt tủy, thận tàng tinh, tinh sinh huyết. Thận hư thì cốt tủy không vững chắc, cân cốt yếu, huyết ít đều có ảnh hưởng góp phần gây nên chứng kiến tý [23],[24],[25].

### 1.3.2.3. Bất nội ngoại nhân

Do lao động vất vả, ăn uống, tình dục không điều độ làm khí huyết suy; hoặc do đàm ẩm, huyết ứ mà gây bế tắc kinh lạc. Do bê vác vật nặng sai tư thế, do bị sang chấn ( bị đánh, bị va đập, bị ngã...) làm huyết ứ, khí trệ, dẫn tới bế tắc kinh khí gây đau [23],[24],[25].

## 1.3.3. Các thể lâm sàng

### 1.3.3.1. Thể phong hàn thấp

Đau vai gáy do lạnh

- Triệu chứng: Đột nhiên vai gáy cứng đau, vận động cơ khó, ấn vào cơ thang, cơ ức đòn chũm đau, cơ cơ cứng hơn bên lành, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng, mạch phù hoặc phù khản [26],[27].

- Pháp điều trị: Khu phong, tán hàn, ôn thông kinh lạc

- Phương điều trị

+ Phương thuốc: “Ma hoàng quế chi thang” gia giảm

Ma hoàng	0,8g	Sinh khương	0,4g
Phòng phong	0,8g	Bạch chỉ	0,8g
Quế chi	0,8g	Đại táo	12g



Cam thảo 0,6g

Sắc uống ngày 1 thang , chia 2 lần.

+ Phương pháp không dùng thuốc

*Châm cứu:* A thị, Phong trì, Thiên trụ, Kiên tỉnh, Phong môn, thiên tông, Dương lăng tuyền, Hợp cốc, Huyền chung (bên đầu ). Châm tả kết hợp với điện châm, ôn châm hoặc cứu. Liệu trình : mỗi ngày châm 1 lần, mỗi lần 25 – 30 phút [28],[29].

*Xoa bóp bấm huyệt :* Dùng các thủ thuật xoa, miết, day, bóp, lăn, bấm huyệt, vùng các cơ ức đòn chũm, cơ thang, vận động cột sống cổ [30],[31],[32].

*Thủy châm:* Dùng dung dịch thuốc Vitamin nhóm B (B1, B6, B12), Piroxicam 20mg thủy châm các huyệt Kiên tỉnh, A thị huyệt. 1-1,5 ml huyệt, 1 lần / ngày, 7 đến 10 lần / đợt điều trị. Lưu ý nên thay đổi vị trí thủy châm để tránh xơ hoá [33],[34].

### 1.3.3.2. *Thể huyết ứ*

Đau vai gáy do mang vác nặng, do sai tư thế.

- Triệu chứng: Đột nhiên vai gáy cứng đau, vận động cổ khó, ấn vào cơ thang, cơ ức đòn chũm đau, cơ có cứng hơn bên lành, thường xảy ra sau khi mang vác nặng, do sai tư thế (nằm ngủ gối đầu quá cao, ngồi làm việc quá lâu một tư thế...), vận động cổ gáy khó khăn, có thể kèm theo tê lan xuống vai cánh tay, rêu lưỡi mỏng, lưỡi có điểm ứ huyết, mạch phù [26],[27].

- Pháp điều trị : Hoạt huyết tiêu ứ, thư cân hoạt lạc

- Phương điều trị

+ *Phương thuốc:* Bài thuốc nghiệm phương

Xuyên khung	12g	Uất kim	0,8g
Đan sâm	12g	Chỉ xác	0,6g
Ngưu tất	12g	Trần bì	0,6g
Kê huyết đằng	12g	Hương phụ	0,6g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần

+ *Phương pháp không dùng thuốc*

*Châm cứu:* Châm tả kết hợp với điện châm, ôn châm hoặc cứu các huyệt A thị, Phong trì, Thiên trụ, Kiên tinh, Phong môn, Thiên tông, Dương lăng tuyền, Hợp cốc, Huyền chung (bên đầu). Liệu trình: mỗi ngày châm 1 lần, mỗi lần 25 – 30 phút [28],[29].

*Xoa bóp bấm huyệt:* dùng các thủ thuật xoa, miết, day, bóp, lăn, bấm huyệt, vùng các cơ ức đòn chũm, cơ thang, vận động cột sống cổ [30],[31],[32].

*Thuỷ châm:* dùng dung dịch thuốc Vitamin nhóm B, B1, B6, b12), Piroxicam 20mg thuỷ châm các huyệt Kiên tinh, A thị. 1-1,5 ml / huyệt. Liệu trình ngày 1 lần, 7 đến 10 lần / đợt điều trị. Lưu ý nên thay đổi vị trí thuỷ châm để tránh xơ hoá [33],[34].

**1.3.3.3. Thử Phong thấp nhiệt**

Do viêm nhiễm

- Triệu chứng: Đau và hạn chế vận động vùng vai gáy, cơ cổ gáy co cứng, cột sống cổ và xung quanh sưng, nóng đỏ, bệnh nhân có thể sốt, hạn chế vận động cổ gáy, lưỡi đỏ, mạch phù sắc [26],[27].

- Pháp điều trị: Khu phong, thanh nhiệt giải độc, hành khí hoạt huyết

- Phương điều trị

+ *Phương thuốc:* “Bạch hổ quế chi thang” gia vị

Thạch cao sống	40g	Tang chi	16g
Hoàng bá	12g	Tri mẫu	12g
Kim ngân hoa	20g	Ngạnh mễ	12g
Thương truật	16g	Quế chi	0,6g
Phòng kỷ	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống từ 7 – 10 thang.

+ *Phương pháp không dùng thuốc*

*Châm cứu:* châm tả, điện châm các huyệt: A thị, Phong trí, Thiên trụ, Kiên tinh, Phong môn, Thiên tông, Dương lăng tuyền, Huyền chung (bên đầu).

Toàn thân: Đại chùy, Khúc trì, Hợp cốc. Không nên xoa bóp bấm huyệt [28],[29].

#### 1.3.3.4. *Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư*

Đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ

- Triệu chứng: vai gáy cứng đau, vận động cổ khó, ấn vào cơ thang, cơ ức đòn chũm đau, cơ cứng hơn bên lành, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế [26],[27].

- Pháp điều trị: Khu phong, tán hàn, ôn thông kinh lạc, bổ can thận.

- Phương điều trị:

+ *Phương dược*: “Quyên tý thang” gia giảm

Khương hoạt	12g	Quế chi	0,8g
Tần giao	12g	Thục địa	12g
Đương quy	12g	Độc hoạt	12g
Nhũ hương	0,6g	Xuyên khung	0,8g
Đương quy	12g	Bắc mộc hương	0,6g
Hà thủ ô	12g	Bạch thược	12g
Tang chi	30g	Trích thảo	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ *Phương pháp không dùng thuốc*

*Châm cứu*: Châm tả kết hợp với điện châm, ôn châm hoặc cứu các huyệt: A thị, Phong trì, Thiên trụ, Kiên tĩnh, Phong môn, Thiên tông, Dương lăng tuyền, Hợp cốc, Huyền chung (bên đau). Liệu trình: mỗi ngày châm 1 lần, mỗi lần 25 – 30 phút [28],[29].

- *Xoa bóp bấm huyệt*: dùng các thủ thuật xoa, miết, day, bóp, lăn, bấm huyệt, vùng các cơ ức đòn chũm, cơ thang, vận động cột sống cổ [30],[31],[32].

- *Thuỷ châm*: dùng dung dịch thuốc Vitamin nh

óm B (B1, B6, B12), Piroxicam 20mg thủy châm các huyết Kiên tinh, A thị huyết. 1-1,5 ml/ huyết, ngày 1 lần, 7 đến 10 lần là một đợt điều trị. Lưu ý nên thay đổi vị trí thủy châm để tránh xơ hoá [33],[34].

#### **1.4. PHƯƠNG PHÁP CHÂM CỨU**

##### **1.4.1. Khái niệm và cơ chế giảm đau của châm cứu**

###### **1.4.1.1. Khái niệm**

Châm là dùng kim châm vào huyết để kích thích sự phản ứng của cơ thể nhằm gây được tác dụng điều khí, làm thông kinh mạch, tạo lên trạng thái cân bằng âm dương, nghĩa là phục hồi trạng thái sinh lý, loại trừ trạng thái bệnh lý, đưa cơ thể trở lại hoạt động bình thường để đạt được mục đích phòng bệnh và chữa bệnh [35].

Những loại kim thường dùng châm chữa bệnh gồm có 9 loại (cửu châm) trong đó hay dùng nhất là loại kim số 7, dài 2-8cm, đường kính 0.2-0.3 mm gọi là hào châm. Các nghiên cứu về dòng điện trên cơ thể đã đưa ra kết luận là: Khi dòng xung điện có tần số thích hợp, cường độ, điện thế thấp thì có tác dụng tốt để kích thích hoặc ức chế thần kinh gây co cơ hoặc giảm co thắt cơ, tăng cường điều chỉnh tuần hoàn đặc biệt là tác dụng giảm đau [36].

Điện châm là phương pháp dùng một dòng điện nhất định tác động lên các huyết châm cứu để phòng và chữa bệnh. Dòng điện được tác động lên huyết qua kim châm, hoặc qua các điện cực nhỏ đặt lên da vùng huyết [36].

Theo y học cổ truyền, âm dương là thuộc tính của mỗi vật trong vũ trụ. Hai mặt âm dương luôn có quan hệ đối lập nhưng luôn thống nhất với nhau. Âm dương trong cơ thể bao giờ cũng thăng bằng nương tựa vào nhau để hoạt động giúp cho cơ thể luôn luôn thích ứng với hoàn cảnh xã hội, thiên nhiên. Bệnh tật phát sinh ra là do sự mất cân bằng của âm dương. Sự mất cân bằng đó gây nên bởi các tác nhân gây bệnh bên ngoài (Tà khí của lục dâm) hoặc do thể trạng suy yếu, sức đề kháng kém (chính khí hư) hoặc cũng có khi do những nguyên nhân khác như thể chất của người bệnh quá kém, sự ăn uống, nghỉ ngơi,

sinh hoạt không điều độ... Trên lâm sàng, bệnh lý biểu hiện hoặc hàn hoặc nhiệt, hoặc hư hoặc thực (hư hàn thuộc về âm, thực nhiệt thuộc về dương), nhiều khi bệnh tật rất phức tạp, các dấu hiệu thuộc về hàn nhiệt rất khó phân biệt (kiêm chứng)... Nguyên tắc điều trị chung là điều hòa mối cân bằng của âm dương. Cụ thể trong điều trị bằng châm cứu, muốn đánh đuổi tà khí, nâng cao chính khí (sức đề kháng của cơ thể) phải tùy thuộc vào vị trí nông sâu của bệnh, trạng thái hàn nhiệt, hư thực của người bệnh để vận dụng thích đáng dùng châm hay cứu, dùng thủ thuật như nhiệt thì châm hàn thì cứu, hư thì bổ, thực thì tả...[35],[37]

#### **1.4.1.2. Cơ chế giảm đau của châm cứu**

##### **Theo Y học hiện đại**

Như chúng ta đã biết châm cứu là một phương pháp điều trị bệnh có nhiều hiệu quả phạm vi ứng dụng rộng rãi và ngày một phát triển, do đó nghiên cứu về cơ chế châm cứu là một lẽ tất nhiên. Từ trước đến nay đã có nhiều học thuyết được nêu ra để giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu (cơ chế thể dịch, thay đổi điện sinh học, thay đổi cửa kiểm soát... tuy nhiên trong số đó thì cơ chế thần kinh phản xạ được chấp nhận rộng rãi nhất, và cũng là cơ chế giải thích được trong nhiều trường hợp, khía cạnh khác nhau của châm cứu[38].

Châm cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới có khả năng ức chế hoặc phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Vogralic và Kassin (Liên Xô cũ) căn cứ vào vị trí tác dụng của nơi châm đề ra 3 loại phản ứng của cơ thể đó là: phản ứng tại chỗ, phản ứng tiết đoạn và phản ứng toàn thân.

- Phản ứng tại chỗ: Châm cứu vào huyết là một kích thích gây một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế cung phản xạ bệnh lý: như làm giảm cơn đau, giải phóng sự co cơ... Những phản xạ đột trực của hệ thần kinh thực vật làm ảnh hưởng đến sự vận mạch, nhiệt, sự tập trung bạch cầu... làm giảm xung huyết bớt nóng, giảm đau ...

- Phản ứng tiết đoạn thần kinh: Khi nội tạng có tổn thương bệnh lý thì có những thay đổi cảm giác vùng da ở cùng một tiết đoạn với nó, ngược lại nếu có kích thích từ vùng da của một tiết đoạn nào đó sẽ ảnh hưởng đến nội tạng của cùng tiết đoạn đó.

- Phản ứng toàn thân: Bất cứ một kích thích nào cũng liên quan đến hoạt động của vỏ não, nghĩa là có tính chất toàn thân. Khi nhắc đến phản ứng toàn thân, cần nhắc lại hiện tượng nguyên lý chiếm ưu thế của vỏ não. Khi châm cứu gây những biến đổi về thể dịch và nội tiết, sự thay đổi các chất trung gian hóa học như Enkephalin, Catecholamin, Endorphin... như số lượng bạch cầu tăng, số lượng kháng thể tăng cao [35].

### **Theo Y học cổ truyền**

Về nguyên nhân gây đau và làm cho hết đau, trong các y văn cổ đã ghi: “Khí tổn thương thì đau”, “đau do khí huyết không lưu thông, khí huyết bị ứ trệ”, nghĩa là sự vận hành của “khí huyết” trong kinh mạch có trở ngại, không thông thì gây nên đau, do đó chữa bệnh cần “làm thông kinh mạch, điều hòa khí huyết” [38]

Sách Linh khu, thiên 73 Quan năng nhân mạnh “người thầy thuốc khi châm cần rõ tác dụng điều khí. Điều quan trọng trong châm là không được quên cái thần của nó”. Thần nói ở đây chủ yếu là chỉ hoạt động tinh thần và ý thức, mà người xưa thường quy nó vào chức năng của Tâm [35]. Người xưa rất coi trọng tác dụng của “thần”, sách Linh khu, thiên “Bản thần” và thiên “Châm giải” viết: “Phàm các phép châm, trước tiên phải dựa vào thần, thông qua việc chế ngự thần khí để vận hành lưu thông” nghĩa là để chữa bệnh, trị đau việc đầu tiên là phải trị thần, tức là làm cho người bệnh yên tâm, không lo lắng. Khí và huyết có liên quan mật thiết với nhau” khí là soái của huyết, khí hành thì huyết hành, khí ngưng thì huyết trệ, huyết mạch hòa lợi thì tinh thần còn. Huyết hòa thì kinh mạch lưu hành, nuôi dưỡng lại âm dương, làm khỏe gân xương, làm lợi quan tiết”. Như vậy, đau có quan hệ mật thiết với khí - huyết – thần.

Châm có tác dụng thúc đẩy khả năng tự điều chỉnh của cơ thể đưa cơ thể trở về trạng thái hoạt động sinh lý bình thường và duy trì cho cơ thể luôn ở trạng thái bình thường đó. Các thầy thuốc cổ đại đều nhấn mạnh châm phải gây được “đắc khí” mới đạt hiệu quả chữa bệnh. Đắc khí là cảm giác kim bị nút chặt, cảm giác nặng chặt ở tay người châm và cảm giác tức, nặng trướng của người được châm. Trong các sách cổ có viết “Nếu thần khí đến, kim thấy chặt”, nói lên cảm giác căng nặng sinh ra lúc châm vào huyết có quan hệ với hoạt động của “thần khí”.

Trên lâm sàng, các thầy thuốc đã biết vận dụng tác dụng này của châm cứu theo nguyên tắc bệnh ở kinh cần thì “lấy nơi đau làm huyết” gọi là A thị huyết, Thiên ứng huyết hay Thống điểm huyết. Châm vào những huyết đó sẽ làm cho kinh mạch lưu thông, khí huyết điều hòa sẽ đạt đến “thông tắc bất thống” có nghĩa là thông thì không đau.

Bệnh tật sinh ra do nguyên nhân bên ngoài hoặc nguyên nhân bên trong dẫn đến sự bế tắc vận hành kinh khí trong đường kinh. Châm cứu tác dụng điều hòa công năng hoạt động của hệ kinh lạc. Nếu tà khí thịnh thì dùng phép tả để loại bỏ tà khí ra bên ngoài, nếu chính khí hư thì dùng phép bổ để nâng cao chính khí, bồi bổ cho đầy đủ. Một khi chính khí của cơ thể được nâng cao, kinh khí trong các đường kinh vận hành được thông suốt thì tà khí sẽ được giải trừ, bệnh tật sẽ đẩy lùi [35],[38].

#### **1.4.1.3. Chỉ định, chống chỉ định của châm**

##### **Chỉ định:**

- Dùng để cắt chứng đau một số bệnh: đau khớp, đau răng, đau dây thần kinh, cơn đau nội tạng...
- Chữa tê liệt, teo cơ trong các chứng liệt: liệt nửa người, liệt các dây thần kinh ngoại biên (liệt VII ngoại biên, liệt đám rối thần kinh cánh tay...)
- Châm tê tiên hành phẫu thuật.

**Chống chỉ định:**

- Các trường hợp bệnh lý thuộc cấp cứu.
- Người có sức khỏe yếu, thiếu máu, có tiền sử mắc bệnh tim, phụ nữ đang có thai hoặc hành kinh.
- Cơ thể ở trạng thái không thuận lợi: vừa lao động xong, mệt mỏi, đói...
- Một số chứng huyết không được chỉ định châm hoặc cắm châm sâu ( phong phủ, nhũ trung ...)

Tóm lại, theo lý luận y học cổ truyền, châm là dùng kim kích thích vào huyết với mục đích điều khí, hoà huyết để duy trì sự hoạt động bình thường của cơ thể, tiêu trừ các hiện tượng mất thăng bằng. Cơ sở của châm chính là kinh lạc và huyết vị. Tác động lên huyết một lượng kích thích thích hợp ta có thể điều hòa được khí, khí hòa thì huyết hòa. Khi huyết hòa, tuần hoàn của khí huyết trong kinh mạch thuận lợi, khí huyết lưu thông, lập lại thăng bằng âm dương, đưa cơ thể trở về trạng thái sinh lý bình thường [35],[36].

**1.5. HUYỆT ĐẠI CHÙY**

- Tên khác: Trung quốc hay gọi là thủ thuật “Tam pháp Đại chùy”. Việt Nam có tên khác “Mãng châm huyết Đại chùy” hay còn gọi “Tam thoa huyết Đại chùy”
- Xuất Xứ: Thiên ‘Khí Phủ Luận’ [35]
- Vị trí: Huyết ở dưới xương to (đại) ở cổ, có hình dáng giống quả chùy (chùy) vì vậy gọi là Đại chùy.

Huyết Đại chùy còn có tên gọi là Bách lao.

- Đặc Tính
  - + Huyết thứ 14 của Mạch Đốc.
  - + Hội của mạch Đốc với 6 kinh Dương.
  - + Là huyết thuần dương lên chủ về biểu.
- Cách xác định huyết: ngồi ngay, hơi cúi đầu xuống một ít, phân dưới cổ nổi lên từ 1-3 u xương tròn, đặt lên mỗi u xương 1 ngón tay rồi bảo người bệnh



quay đầu qua lại về bên phải, bên trái, cúi ngửa, u xương tròn nào cao nhất động đập dưới ngón tay nhiều là đốt sống cổ 7, huyết ở chỗ lõm ngay dưới đầu móm gai của đốt này

- Tác dụng huyết Đại chùy:

+ Tại chỗ: Đau cứng cổ gáy, đau cứng lưng, đau đầu.

+ Toàn thân: mệt mỏi, sốt rét, cảm cúm ho, đau sườn, đau tức ngực, nhiều đờm dãi, tiết ứ dịch phế quản.

+ Theo đường kinh để trị các chứng sốt rét, cảm cúm, ho, đau ngực, lao phổi, động kinh, viêm khí quản, phổi khí thũng [40].

- Khi chọn huyết Đại chùy thì chủ yếu là châm mà ít cứu, để tả mà ít bổ.

- Bấm vào huyết Đại chùy mà thấy đau, đó là dấu hiệu của huyết áp đang cao, não xung huyết hoặc có bệnh ở mũi [41],[42].

- Lưu ý:

Không nên châm sâu quá.

Nếu có cảm giác như điện giật thì rút kim ra, dùng dùng cách ‘Đề Tháp’ hoặc vê kim nữa.

Trong điều trị chứng phế quản tiết ứ dịch, khi vê kim để kích thích, nếu người

bệnh có phản ứng thở dội lên thì thường có kết quả tốt [35],[39]

### **1.5.1. Phương pháp châm Tam pháp đại chùy**

#### **1.5.1.1. Xuất xứ**

Thủ thuật Tam pháp Đại chùy xuất xứ từ kinh nghiệm của chuyên gia Tôn Chân Hoàn (nguyên Chủ nhiệm Khoa Châm cứu Viện nghiên cứu Trung y Bắc Kinh, Trung Quốc) được kế thừa từ năm 1960. Trên cơ sở đó, được tác giả nâng cao, phát triển, áp dụng trên lâm sàng và năm 1961 đã giới thiệu, phổ biến cho các sinh viên chuyên khoa Đông y của trường Đại học Y khoa Hà Nội, các khoa Châm cứu ở miền Bắc và trong Bản tin Đông y của Viện nghiên cứu Đông y Hà Nội.

Năm 1978 đã được giới thiệu tại Tokyo (Nhật Bản) [11].

### 1.5.2. Các phương pháp châm đặc biệt tại Việt Nam

Có 6 phương pháp gồm:

- *Phương pháp châm đối trị (hai bên đối nhau)*: Tức là trên cùng một đường kinh dùng 2 kim Mãng châm cùng hướng vào một chỗ để châm, hai mũi kim tiếp giáp nhưng đối lập nhau.

- *Phương pháp châm “Phân lưu”*: Tức là trên cùng một đường kinh, dùng 2 Mãng châm ở ngang gần nơi có bệnh nhưng mỗi kim châm theo một hướng đối lập nhau nhằm phân tán khí chuyển đi chỗ khác.

- *Phương pháp “Trục đảo”*: Tức là trên một kinh nào đó, tìm những huyết đạo đặc hiệu mà tiến hành châm sâu châm chéch, châm theo góc nghiêng, hướng không nhất định thuận hoặc ngược đường kinh, chủ yếu nhằm mục đích “Tả”.

- *Phương pháp châm “Tam thoa”*: Phương pháp châm “Tam thoa” là phương pháp dùng 3 Mãng châm mà 3 mũi kim hướng vào một chỗ làm thành hình tam giác

- *Phương pháp châm theo hình cung (cung hình)*: Tức là châm kim vào huyết sau đó kim uốn cong theo đường đi của kinh lạc, mũi kim tiếp tục đẩy tới huyết cần thiết, hình cung to nhỏ khác nhau được quyết định do huyết đạo. Phương pháp châm theo hình cung thuộc về pháp bổ, thích nghi với điều trị đau thần kinh 3 nhánh, đau đầu, đau lưng, tâm thần, điên cuồng.

- *Phương pháp véo da lên để châm*: Khi châm kim, muốn cho thân kim đi thông suốt nhẹ nhàng, đồng thời không được để kim chọc vào tạng phủ, nhất là ở những người gầy, thường dùng phương pháp véo da lên để châm. Như đối với những huyết đạo ở trước ngực, sau lưng, ở vùng bụng ... khi châm và đẩy kim theo huyết đạo, có thể véo da lên mà châm kim, đẩy kim, véo da lên để châm thường thường đẩy kim chậm chậm qua huyết đạo, thủ pháp này thuộc phép [36],[39].

## 1.6. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ ĐAU CỔ GÁY TRONG NƯỚC VÀ TRÊN THẾ GIỚI

### 1.6.1. Trên thế giới

He D. và cộng sự (2005) ở khoa Y, Đại học tổng hợp Oslo, Na Uy đã nghiên cứu tác dụng giảm đau cột sống cổ và đau vai mạn tính của châm cứu 24 phụ nữ làm công việc văn phòng (47- 49 tuổi) có thời gian đau từ 3 – 21 năm. Kết quả cho thấy châm cứu ngoài tác dụng giảm đau, còn có tác dụng cải thiện giấc ngủ, giảm các triệu chứng lo lắng, trầm uất và cải thiện chất lượng cuộc sống. Theo dõi tiếp tục trong 6 tháng đến 3 năm các tác giả thấy các triệu chứng này vẫn được cải thiện hơn ở nhóm nghiên cứu so với nhóm đối chứng [43].

Xing Qing Chang và Huang Zhen Jun (2013) ở Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện 309 của PLA đã dùng phương pháp 72 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành một nhóm điều trị và một nhóm đối chứng, nhóm điều trị được châm cứu huyết Dazhui (Đại chùy) và bôi bột Bingshe, 3 ngày một lần và 5 lần trong một đợt điều trị. 4 g lần, 3 lần / ngày, 15 ngày cho một đợt điều trị. Trước và sau khi điều trị, hai nhóm bệnh nhân được chấm điểm theo phương pháp đánh giá tương tự hình ảnh (VAS) và thang điểm 20, và hiệu quả của hai nhóm được so sánh và phân tích. Kết quả Sau khi điều trị, điểm VAS và thang điểm 20 của hai nhóm tốt hơn đáng kể so với trước khi điều trị ( $p < 0,01$ ). Điểm VAS của nhóm điều trị thấp hơn nhóm đối chứng và thang điểm 20 cao hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tổng tỷ lệ hữu hiệu của nhóm điều trị là 94,29%, tổng tỷ lệ hữu hiệu của nhóm đối chứng là 82,33%, và nhóm điều trị cao hơn nhóm đối chứng ( $p < 0,05$ ). Kết luận châm huyết Dazhui (Đại chùy) kết hợp với bôi ngoài Bingshe San có thể làm giảm hiệu quả các triệu chứng và dấu hiệu của bệnh thoái hóa đốt sống cổ [44].

Jiang Zhen Ya, Li Chang Du (2001). Phương pháp điều trị bệnh thoái hóa đốt sống cổ bằng phương pháp châm cứu trên huyết Đại chùy được so sánh với phương pháp châm cứu thông thường. Kết quả cho thấy, tổng tỷ lệ hiệu quả của nhóm điều trị là 93,3% và nhóm đối chứng là 90,0%, không có sự khác biệt đáng kể về tổng tỷ lệ hiệu quả giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ), nhưng sự khác biệt về tỷ lệ hồi phục giữa hai nhóm là có ý nghĩa. ( $p < 0,05$ ) [45].

Cheng Bing và Peng Xu Ming (2014) ở Đại học Y học cổ truyền Trung Quốc Quảng Châu, Tỷ lệ hiệu quả của điều trị bằng châm cứu là 83,3% và tỷ lệ hiệu quả của điều trị bằng châm cứu thông thường ở nhóm đối chứng là 80%. Và đạt ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), cho thấy việc áp dụng huyết Đại chùy có tác dụng tốt trong việc giảm đau cho bệnh nhân thoái hóa đốt sống cổ, trong đó tác dụng của châm sâu Đại chùy là có ý nghĩa hơn cả [46].

Xiao Rong Hou cùng cộng sự (2013) tại Viện nghiên cứu châm cứu và kinh mạch, Đại học y học cổ truyền Trung Quốc An Huy, Khoa Giải phẫu con người, Trường Trung y Cổ truyền & Phương Tây kết hợp, Đại học Y học Cổ truyền Trung Quốc An Huy đã nghiên cứu thành công Châm cứu tại huyết bách hội và Đại chùy làm giảm quá trình apoptosis của tế bào não trong các chỉ định heroin [47].

Wang Xin cùng cộng sự (2015) tại Đại học Y học Trung Quốc Bắc Kinh, Trung tâm Điều trị Y học Cổ truyền Trung Quốc và Học viện Khoa học Y tế Trung Quốc & Đại học Y Liên hiệp Bắc Kinh đã nghiên cứu thành công châm cứu 2 huyết Đại chùy và mệnh môn điều chỉnh sự biểu hiện Wnt1, Wnt3 a và  $\beta$ -catenin trong con đường tín hiệu Wnt /  $\beta$ -catenin, thể hiện tác dụng bảo vệ thần kinh chống lại tổn thương tủy sống [48].

Young-Wook Park cùng cộng sự (2019) tại Đại học Quốc gia Pusan, khoa Khoa học Y tế Hàn Quốc, Trung tâm Nghiên cứu Khoa học Y tế Hàn Quốc về Sức khỏe-Lão hóa đã nghiên cứu thành công châm cứu tại Bách hội

(GV 20) và Đại chùy (GV 14) để cải thiện phục hồi chức năng lâu dài sau khi thiếu máu não cục bộ trong mô hình chuột đột quy quang huyết khối [49].

Fan Wen Tao cùng cộng sự (2016) tại Đại học Y học Cổ truyền Trung Quốc, Đại học Y khoa Quảng Châu; Khoa Dược, Trường Trung cấp Y học Cổ truyền, Đại học Nam Y đã nghiên cứu thành công tác dụng kích thích các huyết Feishu (Phế du) và Dazhui (Đại chùy) đối với sự hấp thu qua da của sinapine thiocyanate trong gel hen suyễn. Kết quả: Thí nghiệm thẩm thấu qua da trên chuột in vivo đã chứng minh rằng phương trình số lượng - thời gian cho thấy mối tương quan tuyến tính tốt với động học bậc 0 ( $r > 0,99$ ). Hành vi thẩm thấu qua da phù hợp với mô hình tốc độ mở bậc một, trong đó tốc độ thẩm thấu qua da và lượng sinapine thiocyanate tích lũy trong da tại các vị trí huyết lớn hơn so với qua da của vị trí không có huyết. Nồng độ tối đa toàn thân và diện tích dưới đường cong của sinapine thiocyanate trong nhóm có huyết lớn hơn đáng kể so với nhóm không châm [50].

### **1.6.2. Tại Việt Nam**

Nguyễn Thị Thắm (2008) đánh giá hiệu quả điều trị đau cổ vai gáy trong thoái hóa cột sống cổ bằng một số phương pháp hồng ngoại và kéo giãn kết hợp vận động trị liệu. Sau điều trị, 70,7% BN không đau, 82,8% không hạn chế sinh hoạt, 87,9% không hạn chế TVĐ, kết quả điều trị tốt 70,7%, khá 29,3% [51].

Hồ Đăng Khoa (2011) sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyết có kết hợp tập vận động theo YHCT trong điều trị đau vai gáy do THCSC mang lại kết quả 86, % tốt, 10% khá, 3,3% trung bình [52].

Lê Thị Diệu Hằng (2012). Đánh giá điều trị triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ bằng magnet điện châm kết hợp bài thuốc quyên tí thang. Sau điều trị, 70,7% BN không đau, 82,% không hạn chế sinh hoạt, 87,9% không hạn chế TVĐ, kết quả điều trị tốt 70,7%, khá 29,3% [53]

Nguyễn Tuyết Trang (2013) nghiên cứu hiệu quả điều trị đau vai gáy do THCSC bằng phương pháp cấy chỉ catgut mang lại kết quả VAS trung bình

giảm từ  $7,38 + 1,21$  điểm xuống  $1,52 + 0,85$  điểm, 71,1 % BN ảnh hưởng ít tới sinh hoạt và 13,3 % bệnh nhân không ảnh hưởng tới sinh hoạt hàng ngày [60]. Nguyễn Thị Hương Giang (2015) đánh giá hiệu quả điều trị đau vai gáy do THCS bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt cho kết quả VAS trung bình giảm từ  $4,69 + 0,93$  xuống  $0,91 + 0,66$ . Kết quả điều trị trung bình đạt 17,1 % rất tốt , 34,3 % tốt ; 40 % khá và 8,6 % trung bình [54].

Nguyễn Thị Hương Giang (2015) đánh giá hiệu quả điều trị đau vai gáy do THCS bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt cho kết quả VAS trung bình giảm từ  $6.81 \pm 0,93$  xuống  $1.21 \pm 0,66$ . Kết quả điều trị trung bình đạt 17,1 % rất tốt , 34,3 % tốt ; 40 % khá và 8,6 % trung bình [55]

Nguyễn Ngọc mậu (2019) nghiên cứu tác dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc TK1 trong điều trị đau cổ vai tay: điểm đau VAS trung bình giảm từ  $6,67 + 1,21$  xuống  $2,96 + 2,36$  điểm; cải thiện biên độ cột sống cổ. Kết quả điều trị chung: tốt 36,67% và khá 56,67% [56].

## Chương 2

### CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. CHẤT LIỆU NGHIÊN CỨU

Phác đồ huyết được sử dụng trong nghiên cứu là phác đồ được ban hành kèm theo quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn “Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu” gồm [59] :

Phong trì, Phong phủ, Thiên trụ, Đại chùy, Kiên ngưng, Kiên tinh, Kiên trinh, Tiểu hải, hợp cốc, Ngoại quan, Lạc châm, Hậu Khê, A thị huyết, Giáp tích C4-C7 (mỗi lần châm chọn 6-8 huyết).

Thủ thuật châm tam pháp huyết Đại chùy.

#### 2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

##### 2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 30 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính và nghề nghiệp.
- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị
- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo các tiêu chuẩn của y học hiện đại và y học cổ truyền bao gồm:

##### *Tiêu chuẩn theo Y học hiện đại*

- Hội chứng cột sống (+)
  - + Đau vùng cổ gáy.
  - + Hạn chế vận động cột sống cổ.
  - + Điểm đau cột sống cổ khi ấn vào các gai sau, cạnh cột sống cổ tương ứng các rễ thần kinh
- Hội chứng rễ thần kinh (+)
  - + Đau vùng gáy lan lên vùng cằm hoặc xuống vai, cánh tay, bàn tay,
  - + Dấu hiệu chuông bấm: Ấn cạnh cột sống tương ứng với lỗ tiếp hợp thấy đau xuất hiện từ cổ lan xuống vai và cánh tay

- Mức độ đau theo thang nhìn VAS 4 – 6 điểm
- Thoái hóa cột sống cổ: Chẩn đoán dựa trên hình ảnh chụp X-quang quy ước cột sống cổ thẳng, nghiêng hoặc chếch  $\frac{3}{4}$  có một hoặc nhiều hình ảnh: đặc xương dưới sụn, hẹp khe khớp, tân tạo xương mới (cầu xương, gai xương).

### ***Tiêu chuẩn lựa chọn theo Y học cổ truyền***

Bệnh nhân được chẩn đoán là Lạc chẩm thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư

- Triệu chứng chính: Đau nhức vùng cổ gáy, vận động cột sống cổ hạn chế, cơ cổ gáy co cứng, cảm giác tê bì hoặc tức nặng, sợ lạnh, râu lưỡi trắng
- Triệu chứng phụ: ăn kém, ngủ ít, đau đầu, ù tai, mất ngủ, lưng gối mỏi, mạch trầm tế [26],[27].

### **2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Các trường hợp vẹo cổ cấp.
- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.
- Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh ung thư, lao cột sống.
- Các trường hợp loãng xương nặng biểu hiện trên phim X- Quang như lún, xẹp, vỡ thân đốt sống.
- Bệnh nhân đã điều trị thuốc chống viêm không steroid trong vòng 10 ngày hoặc đã tiêm corticoid tại chỗ trong vòng 3 tháng gần đây.
- Bệnh nhân không tuân thủ nguyên tắc điều trị
- Có kèm theo các bệnh mạn tính khác: Suy tim, suy thận, viêm gan cấp, xơ gan, tăng huyết áp chưa ổn định, bệnh lý ác tính, rối loạn tâm thần hoặc bệnh nhân có rối loạn vận động.
- Phụ nữ có thai.
- Bệnh nhân có các chứng trạng thuộc thể huyết ứ, thể phong thấp nhiệt.

## **2.3. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU**

### **2.3.1. Địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.



### 2.3.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 06/2021 đến hết tháng 12/2021

## 2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp can thiệp lâm sàng có nhóm đối chứng so sánh trước – sau điều trị đồng thời so với nhóm đối chứng.

### 2.4.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

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

Sử dụng công thức cỡ mẫu cho trường hợp thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên cho hai nhóm đối tượng (một nhóm sử dụng Tam pháp Đại chùy; một nhóm sử dụng điện châm huyết theo phác đồ Bộ Y tế điều trị đau vùng cổ gáy) và mục tiêu nghiên cứu là so sánh tỷ lệ hiệu quả sau can thiệp (theo các mức Tốt, Khá, Trung bình và Không thay đổi), áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)} \times \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{\beta} \times \sqrt{P_1 \times (1-P_1) + P_2 \times (1-P_2)}}{(P_1 - P_2)^2} \quad [60]$$

Trong đó:

n Cỡ mẫu nghiên cứu

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

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

$P_1$  ước lượng tỷ lệ bệnh nhân sử dụng Tam pháp Đại chùy điều trị đau cổ gáy do thoái hóa có hiệu quả tốt  $\rightarrow$  Do chưa có nghiên cứu từ trước, giả định  $P_1 = 0,8$ .

$P_2$  ước lượng tỷ lệ bệnh nhân điều trị đau cổ gáy do thoái hóa bằng châm cứu theo phác đồ Bộ Y tế có hiệu quả tốt. Dựa trên các nghiên cứu trước, chọn  $P_2 = 0,5$ .

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

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

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

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

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

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

### **2.4.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu**

#### **2.4.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi: 30-39, 40-49, 50-59,  $\geq 60$
- Giới tính: Nam, nữ
- Nghề nghiệp: nhóm nghề có nguy cơ cao (lao động chân tay, bê vác nặng...), nhóm nghề có nguy cơ thấp (nội trợ)
- Thời gian mắc bệnh: < 1 tháng, 1-3 tháng, > 3 tháng
- Vị trí đau: đau vùng chẩm; đau tại cột sống cổ; đau xuống ngón tay, cánh tay, cẳng tay, đau lan ra vai.
- Đặc điểm XQ cột sống cổ trước điều trị: mọc gai xương; hẹp lỗ liên đốt; Mờ, hẹp khe khớp đốt sống; Thay đổi đường cong sinh lý; Cầu xương; Đạc xương dưới sụn.

#### **2.4.3.2. Thay đổi về kết quả của phương pháp tam pháp Đại chùy trong điều trị đau vùng cổ gáy**

- Sự thay đổi điểm đau VAS tại các thời điểm ( $D_0$ ,  $D_7$ ,  $D_{14}$ )

- Sự thay đổi tâm vận động cột sống cổ tại các thời điểm (D<sub>0</sub>, D<sub>7</sub>, D<sub>14</sub>)
  - + Cúi
  - + Ngửa
  - + Nghiêng
  - + Xoay
- Sự thay các chức năng sinh hoạt và làm việc trong cuộc sống hàng ngày tại các thời điểm (D<sub>0</sub>, D<sub>7</sub>, D<sub>14</sub>)

- Sự thay đổi các chứng trạng Y học cổ truyền trước và sau điều trị ((D<sub>0</sub>, D<sub>14</sub>)

#### **2.4.3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp**

- Tác dụng không mong muốn của Tam pháp Đại chùy: vụng châm, chảy máu, bầm tím nơi châm, đau, buồn nôn, nhức đầu.

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

##### **2.4.4.1. Công cụ sử dụng trong nghiên cứu**

- Máy chụp X-quang

##### **2.4.4.2. Công cụ và kỹ thuật thực hiện**

a) Công cụ:

+ Kim châm cứu vô khuẩn dài từ 5-7 cm, dùng riêng cho từng người (kim châm cứu hãng An Triết, đường kính 0,30 – 0,40mm, Năm sản xuất 07/2020, hạn sử dụng 6/2024).

+ Bông vô khuẩn.

+ Cồn y tế 70 độ.

+ Panh, khay đựng dụng cụ Tất cả dụng cụ này đều phải được tiệt trùng bằng phương pháp vô khuẩn thích hợp.

+ Thước đo điểm VAS, thước đo tâm vận động, Đánh giá chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi NPQ.

+ Bệnh án nghiên cứu( phụ lục 1).

b) Kỹ thuật:

**Quy trình thực hiện kỹ thuật “Tam pháp Đại chùy”:**

- *Bước 1:* Chuẩn bị dụng cụ

- *Bước 2:* Tư thế người bệnh (NB): có thể nằm sấp hoặc ngồi gục đầu trên 2 cánh tay (tư thế này tạo cho khe giữa 2 đốt sống C7-D1 được giãn rộng).

- *Bước 3:* Bác sỹ sử dụng kim dài (có thể dùng kim dài từ 5-7 cm). Sau khi xác định huyết và sát trùng da đúng qui định, dùng kim 0,30 – 0,40 mm.

- *Bước 4:* Kim đầu tiên châm kim nhanh qua da, từ huyết Đại chùy hướng kim từ trên xuống dưới dọc theo đốt sống ngực. Rồi vê kim theo kỹ thuật châm tả cho bệnh nhân đạt cảm giác (tê, căng, tức vùng huyết).

- *Bước 5:* Dùng kim thứ 2 châm nghiêng vào huyết Đại chùy (hướng kim từ phải qua trái và vuông góc  $90^0$  so với kim đầu tiên) rồi vê kim theo kỹ thuật châm tả cho bệnh nhân đạt cảm giác (tê, căng, tức vùng huyết).

- *Bước 6:* Kim thứ 3 châm giống kim thứ 2 châm nghiêng vào huyết Đại chùy (hướng kim từ trái qua phải và vuông góc  $90^0$  so với kim đầu tiên) rồi vê kim theo kỹ thuật châm tả cho bệnh nhân đạt cảm giác (tê, căng, tức vùng huyết).

- *Bước 7:* rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

\* Thời gian thực hiện: 30 phút/lần/ngày x 14 ngày.

Sau khi tiến hành châm cứu, bệnh nhân sẽ được cho nghỉ ngơi trong vòng 10 phút.



**Ảnh 2.1. Cách châm tam pháp Đại chùy**

***Quy trình thực hiện kỹ thuật châm cứu Theo phác đồ huyết của Bộ y tế:***

*Bước 1:* xác định huyết và sát trùng da vùng huyết và chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng châm.

*Bước 2:* châm kim vào huyết theo các thì sau: *thì 1:* tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết. *thì 2:* đẩy kim từ từ theo huyết, một tay đẩy một tay đón đầu kim sao cho hướng kim đi đúng theo đường huyết đã được xác định, kích thích kim cho đến khi đạt “đắc khí”.

*Bước 3:* rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

*Thời gian thực hiện:* 30 phút/lần/ngày x 14 ngày.

Sau khi tiến hành châm cứu bệnh nhân sẽ được cho nghỉ ngơi trong vòng 10 phút.

**2.4.5. Các bước tiến hành**

*Bước 1:* Mời các bệnh nhân đau vùng cổ gáy đạt tiêu chuẩn chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ vào nghiên cứu.

*Bước 2:* Chia bệnh nhân thành 2 nhóm, đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh.

Bước 3: Can thiệp điều trị

- Nhóm nghiên cứu: châm Tam pháp Đại chùy thời gian 30 phút/lần/ngày x 14 ngày.

- Nhóm đối chứng: Châm theo phác đồ của Bộ Y tế thời gian 30 phút/lần/ngày x 14 ngày.

Bước 4: Đánh giá kết quả tại thời điểm D<sub>0</sub>, D<sub>7</sub>, D<sub>14</sub> (dựa trên các chỉ tiêu theo dõi).

Bước 5: Tổng hợp số liệu và báo cáo kết quả

## 2.4.6. Phương pháp đánh giá kết quả

### 2.4.6.1. Sự thay đổi điểm đau VAS

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ của hãng Astra – Zeneca. Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt:

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

- Bệnh nhân sẽ tự đánh giá mức độ đau sau đó chọn một mức phù hợp nhất trên thước đo mức độ đau theo thang điểm VAS



**Hình 2.1. Thước đo thang điểm đánh giá đau VAS [61]**

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chủ động lựa chọn các bệnh nhân có VAS 4 – 6 điểm. Do đó, phân loại và đánh giá cho điểm mức độ đau được mô tả theo bảng dưới đây:

**Bảng 2.1. Phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS**

Thang điểm VAS	Mức độ đau	Điểm Quy đổi	Đánh giá hiệu quả
VAS = 0 điểm	Hoàn toàn không đau	0	Tốt
$0 < VAS \leq 2$ điểm	Đau nhẹ	1	Khá
$2 < VAS \leq 4$ điểm	Đau vừa	2	Trung bình
$4 < VAS \leq 6$ điểm	Đau nặng	3	Kém

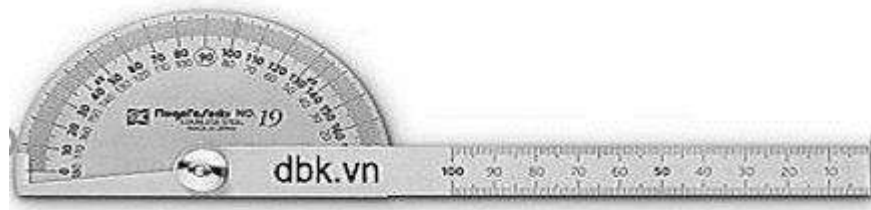
Đánh giá và so sánh mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị của từng nhóm và giữa hai nhóm ở các thời điểm  $D_0$ ;  $D_7$ ;  $D_{14}$

#### **2.4.6.2. Thay đổi tầm vận động cột sống cổ**

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

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

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



**Hình 2.2. Thước đo tầm vận động khớp**

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

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

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

Mức độ chính xác và yếu tố ảnh hưởng phụ thuộc vào trình độ và sự thận trọng của người đo, hiểu biết và sự hợp tác của đối tượng. Đánh giá mức độ đau của từng nhóm và so sánh hai nhóm ở các thời điểm sau 7 ngày, 14 ngày điều trị



**Bảng 2.2. Tầm vận động sinh lý và bệnh lý cột sống cổ [51]**

Tầm vận động Động tác	Mức điểm			
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Cúi	$\geq 40^0$	$35^0 - 39^0$	$30^0 - 34^0$	$< 30^0$
Ngửa	$\geq 55^0$	$50^0 - 54^0$	$45^0 - 49^0$	$< 45^0$
Nghiêng phải	$\geq 35^0$	$30^0 - 34^0$	$25^0 - 29^0$	$< 25^0$
Nghiêng trái	$\geq 35^0$	$30^0 - 34^0$	$25^0 - 29^0$	$< 25^0$
Quay phải	$\geq 55^0$	$50^0 - 54^0$	$45^0 - 49^0$	$< 45^0$
Quay trái	$\geq 55^0$	$50^0 - 54^0$	$45^0 - 49^0$	$< 45^0$

**Bảng 2.3. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ [62]**

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

Đánh giá và so sánh mức độ hạn chế vận động trước và sau điều trị của từng nhóm và giữa hai nhóm ở các thời điểm  $D_0$ ;  $D_7$ ;  $D_{14}$

#### **2.4.6.3. Ảnh hưởng của đau tới chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NPQ**

Dựa vào bảng câu hỏi NPQ (Northwick Park Neck Pain Questionnaire). Bảng câu hỏi NPQ dùng đánh giá mức độ đau và ảnh hưởng của đau vùng cổ lên chức năng sinh hoạt hàng ngày. Đây là một phương pháp đơn giản, dễ sử dụng trong lâm sàng và cung cấp một công cụ đo đặc khách quan triệu chứng

theo thời gian được xây dựng và sử dụng tại bệnh viện NorthWick Park, Middlesex ( Anh ).

Bảng NPQ gồm 8 câu hỏi đánh giá các rối loạn do thoái hoá cột sống cổ về mức độ đau, dị cảm, thời gian kéo dài triệu chứng, ảnh hưởng lên giấc ngủ, khả năng mang xách đồ vật, khả năng ngồi đọc sách báo hoặc xem tivi, các công việc sinh hoạt tại nhà và khả năng ra ngoài làm các công việc xã hội (Chi tiết bảng NPQ trình bày trong phần phụ lục 3).

Số điểm càng cao tương ứng ảnh hưởng chức năng càng nhiều. Điểm tối đa cho phần đánh giá này là 32 điểm. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của từng nhóm và so sánh hai nhóm ở các thời điểm sau 7 ngày, 14 ngày điều trị.

**Bảng 2.4. Đánh giá mức độ đau ảnh hưởng tới chức năng sinh hoạt hàng ngày (NPQ) [63]**

Điểm đánh giá	Mức hạn chế	Điểm quy đổi
0 – 2	Không ảnh hưởng	0 điểm
3 – 8	Ảnh hưởng ít	1 điểm
9 – 16	Ảnh hưởng trung bình	2 điểm
17 – 32	Ảnh hưởng nhiều	3 điểm

Đánh giá và so sánh mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày trước và sau điều trị của từng nhóm và giữa hai nhóm ở các thời điểm  $D_0$ ;  $D_7$ ;  $D_{14}$

#### **2.4.6.4. Sự thay đổi chứng trạng Y học cổ truyền**

Được đánh giá dựa trên giảm triệu chứng hoặc hết triệu chứng so với trước điều trị

#### **2.4.6.5. Đánh giá kết quả điều trị chung**

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

**Bảng 2.5. Bảng đánh giá kết quả điều trị chung**

<b>VAS</b>	<b>TVĐK</b>	<b>Mức độ ảnh hưởng sinh hoạt NPQ</b>	<b>Điểm</b>	<b>Kết quả</b>
Hoàn toàn không đau	Không hạn chế	Không ảnh hưởng	0 – 3	Tốt
Đau nhẹ	Hạn chế ít	Ảnh hưởng ít	4 – 12	Khá
Đau vừa	Hạn chế vừa	Ảnh hưởng trung bình	13 – 20	Trung bình
Đau nặng	Hạn chế nhiều	Ảnh hưởng nhiều	21 - 30	Kém

Đánh giá kết quả điều trị chung của từng nhóm và so sánh hai nhóm ở các thời điểm  $D_7$ ,  $D_{14}$ .

- Đánh giá kết quả điều trị chung theo Y học cổ truyền:

+ Tốt: triệu chứng lâm sàng hết hoặc cơ bản hết, chứng hậu giảm  $\geq 95\%$ .

+ Khá: triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, chứng hậu giảm  $\geq 70\%$  nhưng  $< 95\%$ ;

+ Trung bình: triệu chứng lâm sàng cải thiện, chứng hậu giảm  $\geq 30\%$  nhưng  $< 70\%$ ;

+ Kém: triệu chứng lâm sàng không cải thiện hoặc tăng lên, chứng hậu giảm  $< 30\%$ ;

## **2.5. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU**

Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 20.0

- Sử dụng các thuật toán :

+ Tính tỷ lệ (%)

+ Tính trung bình

+ Độ lệch chuẩn (SD)

+ So sánh hai giá trị trung bình dùng T - test student.

Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## 2.6. SAI SỐ VÀ KHÔNG CHẾ SAI SỐ

- Sai số chọn mẫu, không ngẫu nhiên: Là sai sót xuất hiện trong khi chọn ca bệnh hay chọn đối tượng nghiên cứu do nghiên cứu viên gây ra.

*Cách khắc phục:* đảm sát phải dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng, biện chứng luận trị, tứ chẩn.

- Sai số nhập viện: Do chỉ điều tra những người nhập viện, người không nhập viện không được điều tra. Hoặc người bệnh đến Bệnh viện trong khoảng thời gian nghiên cứu, do đó không nghiên cứu được người bệnh ngoài khoảng thời gian nghiên cứu trên đây...

*Cách khắc phục:* đã tăng số lượng mẫu lên để thêm tính chính xác cho kết quả nghiên cứu.

- Sai số thông tin là sai số quy cho những sai sót trong quá trình thu thập, xử lý thông tin hoặc sử dụng công cụ đo lường có tính giá trị thấp, không đo được chính xác đặc tính mà chúng ta muốn đo đạc. Hoặc sai sót của công cụ thu thập thông tin: Bộ câu hỏi, bảng kiểm không đảm bảo, dụng cụ đo lường bị sai số...hay đặt ra thang phân loại không tốt

*Cách khắc phục:* dựa trên các bảng phân loại hoặc bảng đánh giá đã được công nhận của tổ chức Y tế thế giới.

## 2.7. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

- Đối với các bệnh nhân mắc bệnh thoái hóa cột sống cổ thường vào viện nhiều lần và biết quy trình điều trị như: châm cứu, xoa bóp, thủy châm, điện xung... nên thuyết phục bệnh nhân điều trị theo phương pháp châm “Tam pháp Đại chùy” và châm theo phác đồ bộ y tế cần tư vấn tốt.

## 2.8. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

- Cam kết tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực trong nghiên cứu, áp dụng những nguyên lý về nghiên cứu và đạo đức trong nghiên cứu cũng như phổ biến kết quả nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu, bệnh nhân có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

- Trong quá trình điều trị, bệnh không đỡ hoặc tăng lên thì bệnh nhân sẽ được ngừng nghiên cứu, đổi phương pháp điều trị và loại ra khỏi nhóm nghiên cứu.

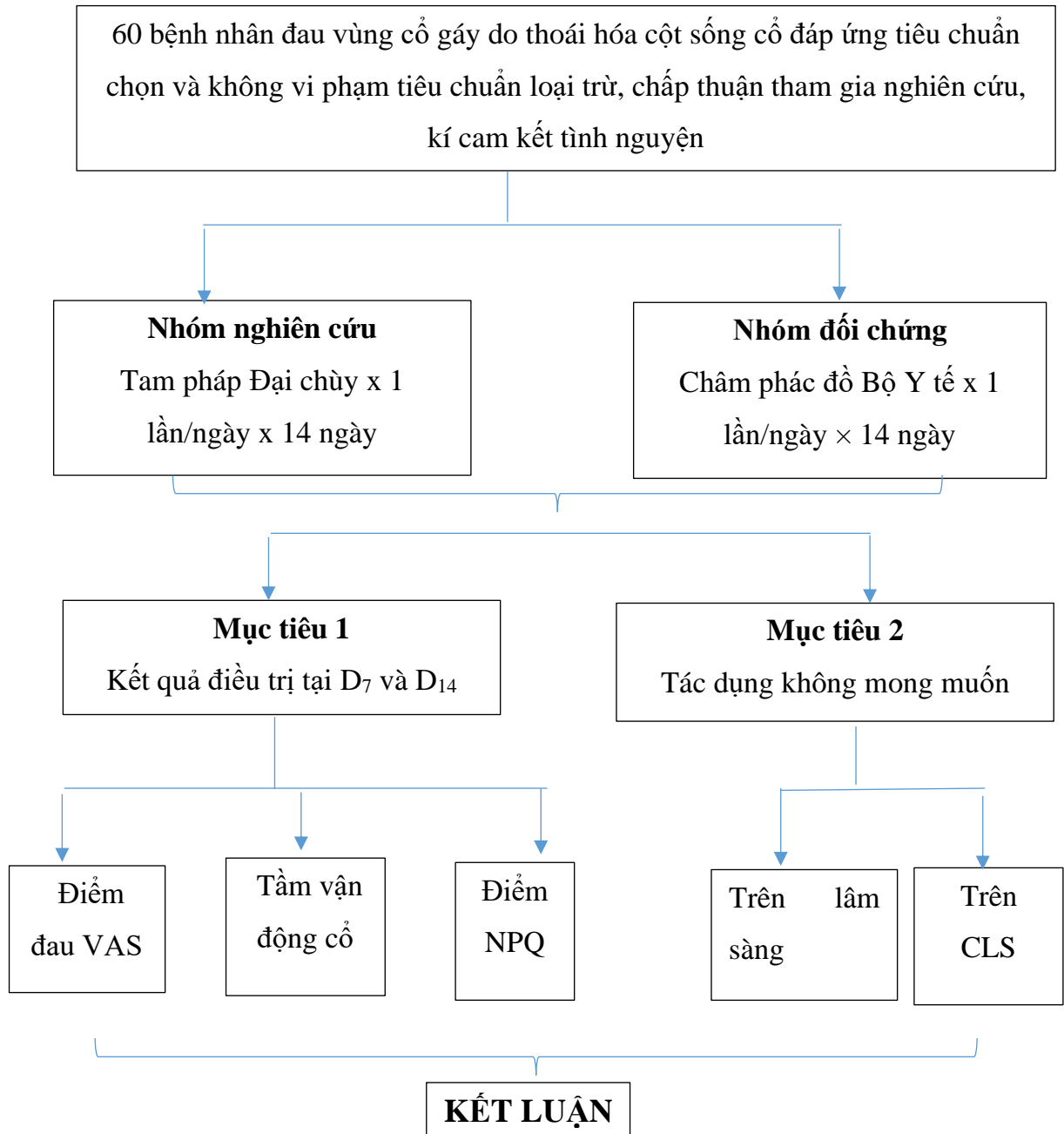
- Các kết quả nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu được công bố cho mọi người và đối tượng nghiên cứu biết.

- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

- Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe con người, không nhằm mục đích nào khác.

- Đề cương nghiên cứu được thông qua của Hội đồng khoa học – Học viện Y dược cổ truyền Việt Nam và được sự đồng ý của Ban Giám Đốc Bệnh viện Châm Cứu Trung ương tiến hành tại Bệnh viện.

## 2.9. QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU



Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

#### 3.1.1. Đặc điểm tuổi bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

Nhóm Tuổi	NNC (n =30)		NĐC (n = 30)		Tổng (n = 60)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
30 – 39	5	16,67	4	13,33	9	15,00
40 – 49	11	36,67	14	46,67	25	41,67
50 – 59	7	23,33	6	20,00	13	21,67
≥60	7	23,33	6	20,00	13	21,67
Tuổi TB ( $\bar{X} \pm SD$ )	43,15 ± 6,09		42,51 ± 6,18		42,83 ± 6,14	
P(NNC-NĐC)	p>0,05					

Nhận xét: đau cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ nhiều nhất trong độ tuổi 40-49 ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 42,83 ± 6,14. Sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

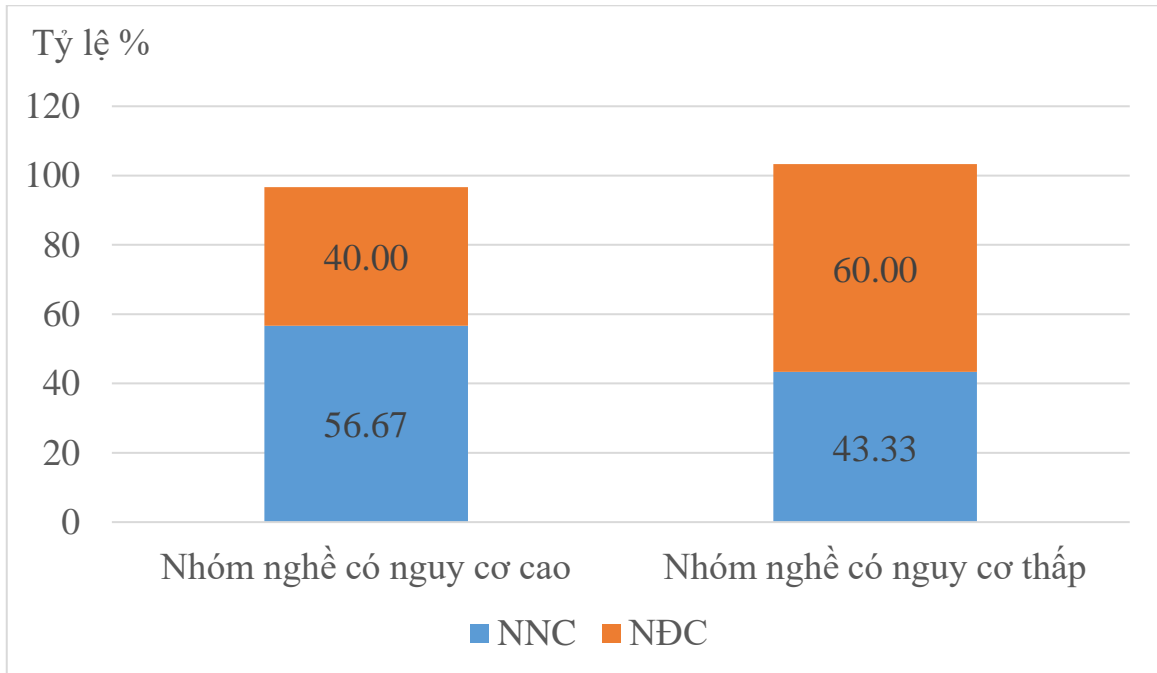
#### 3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

**Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính**

Nhóm Giới	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		Tổng (n = 60)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Nam	12	40,00	13	43,33	26	43,33
Nữ	18	60,00	17	56,67	34	56,67
P(NNC-NĐC)	p> 0,05					

Nhận xét: sự khác biệt về giới giữa 2 nhóm và trong từng nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp



**Biểu đồ 3.1. Đặc điểm nghề nghiệp bệnh nhân nghiên cứu**

Nhận xét: Ở nhóm nghiên cứu 56,67% bệnh nhân nhóm nghề nghiệp nguy cơ cao và 43,33% nhóm nghề nghiệp nguy cơ thấp. Ở nhóm đối chứng bệnh nhân nhóm nghề nghiệp nguy cơ cao là 60,00% và 40,00% bệnh nhân là nhóm nghề nghiệp nguy cơ thấp. Tuy nhiên sự khác biệt về nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



### 3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

**Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh**

Thời gian	Nhóm	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		Tổng (n = 60)	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
< 1 tháng		7	23,33	8	26,66	15	25,00
1 – 3 tháng		11	36,66	10	33,33	21	35,00
>3 tháng		12	40,00	12	40,00	24	40,00
Thời gian TB ( $\bar{X} \pm SD$ )		9,12 $\pm$ 1,88		9,26 $\pm$ 2,02		9,19 $\pm$ 1,95	
$P_{(NNC-NĐC)}$		> 0,05					

Nhận xét: bệnh nhân đau cổ gáy do thoái hóa đốt sống cổ có thời gian mắc bệnh từ 1 tháng trở lên chiếm tỷ lệ cao ở cả NNC và NĐC. Thời gian mắc bệnh trung bình là  $9,19 \pm 1,95$ . Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh thời gian mắc bệnh của 2 nhóm với  $p > 0,05$ .

### 3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

#### 3.2.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị

**Bảng 3.4. Đặc điểm và thời gian đau trước điều trị của bệnh nhân**

Đặc điểm		Nhóm		NNC		NĐC		p <sub>(NNC-NĐC)</sub>
		n	%	n	%	n	%	
Đau tăng khi	Cúi, Ngửa	14	46,67	12	40,00	p > 0,05		
	Nghiêng, xoay	16	53,33	18	60,00			
Đau tê bì hoặc tức nặng	Thỉnh thoảng	18	60,00	17	56,67	p > 0,05		
	Thường xuyên	12	40,00	13	43,33			
Thời gian đau	Thỉnh thoảng	13	43,33	13	43,33	p > 0,05		
	<1 giờ	5	16,67	5	16,67			
	1- 4 giờ	6	20,00	5	16,67			
	>4 giờ	6	20,00	7	23,33			

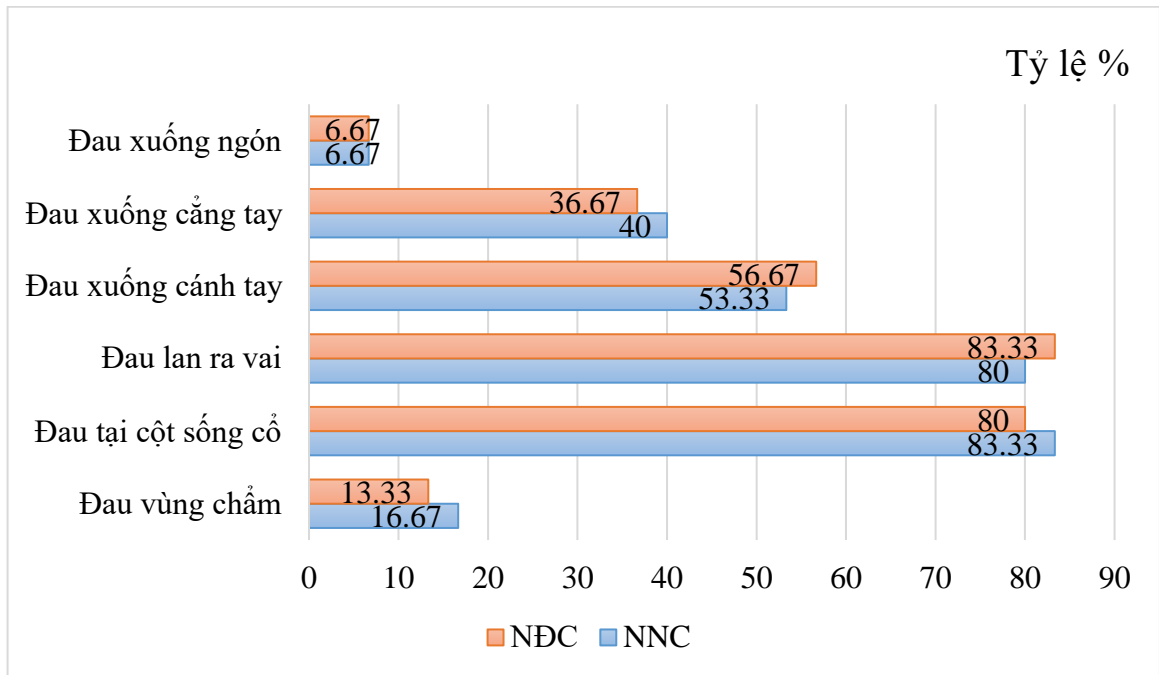
Nhận xét:

Đau tăng khi nghiêng, xoay chiếm tỷ lệ cao ở nhóm nghiên cứu (53,33%), nhóm đối chứng (60,00 %). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Ở cả hai nhóm, cảm giác Đau tê bì hoặc tức nặng thỉnh thoảng cao hơn Đau tê bì hoặc tức nặng thường xuyên. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Ở nhóm nghiên cứu, thời gian đau thỉnh thoảng chiếm tỷ lệ cao nhất 43,33%. Ở nhóm đối chứng thời gian đau thỉnh thoảng chiếm tỷ lệ cao nhất 43,33%, còn thời gian đau <1 giờ và 1- 4 giờ tương đương nhau và chiếm tỷ lệ

thấp nhất 16,66%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



### **Biểu đồ 3.2. Đặc điểm vị trí đau trước điều trị của bệnh nhân**

Nhận xét: vị trí đau hay gặp nhất của bệnh nhân là đau tại cột sống cổ (>80% trong cả 2 nhóm). Bệnh nhân đau lan ra vai chiếm tỷ lệ cao, chiếm 80,00% nhóm nghiên cứu và 83,33% nhóm đối chứng, mỗi nhóm chỉ có 6,67% bệnh nhân đau xuống ngón tay. Sự khác biệt về vị trí đau trước điều trị của bệnh nhân ở cả 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.5. Phân bố mức độ đau trước điều trị của bệnh nhân theo thang điểm VAS**

Điểm VAS \ Nhóm	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		P(NNC-NĐC)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
0 điểm	0	0	0	0	>0,05
0 <VAS ≤ 2 điểm	0	0	0	0	
2 <VAS ≤ 4 điểm	0	0	0	0	
4 <VAS ≤ 6 điểm	30	100	30	100	
TB VAS ( $\bar{X} \pm SD$ )	5,67 ± 1,23		5,54 ± 1,05		

Nhận xét: sự khác biệt về mức độ đau theo thang điểm VAS ở cả 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.6. Đặc điểm tầm vận động cột sống cổ trước điều trị của bệnh nhân nghiên cứu**

Nhóm \ Tầm vận động(độ)	NNC (n = 30)	NĐC (n = 30)	P(NNC-NĐC)
	Cúi	25,47 ± 3,12	
Ngửa	37,84 ± 4,63	37,56 ± 4,81	
Nghiêng trái	30,57 ± 4,28	31,03 ± 4,32	
Nghiêng phải	32,15 ± 3,76	32,23 ± 3,34	
Quay phải	40,83 ± 5,34	40,03 ± 5,09	
Quay trái	42,23 ± 6,26	42,33 ± 6,02	

Nhận xét: Sự khác biệt về tầm vận động các động tác cúi, ngửa, nghiêng, quay của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.7. Đặc điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân trước điều trị**

Mức độ \ Nhóm	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		P <sub>(NNC-NĐC)</sub>
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Không ảnh hưởng	0	0	0	0	>0,05
Ảnh hưởng ít	0	0	0	0	
Ảnh hưởng trung bình	16	53,33	14	46,67	
Ảnh hưởng nhiều	14	46,67	16	53,33	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét: Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân theo NPQ trước nghiên cứu chủ yếu ở ảnh hưởng nhiều (chiếm 46,67% nhóm nghiên cứu và 53,33% nhóm đối chứng), ảnh hưởng trung bình (chiếm 53,33% nhóm nghiên cứu và 46,67% nhóm đối chứng), không có sự khác biệt giữa hai nhóm với  $p > 0,05$

### 3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị

**Bảng 3.8. Đặc điểm phim chụp X-quang**

Kết quả XQ \ Nhóm	NNC		NĐC		P <sub>(NNC-NĐC)</sub>
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Mọc gai xương	17	56,67	16	53,33	> 0,05
Hẹp lỗ liên đốt	18	60,00	17	56,67	
Mờ, hẹp khe khớp đốt sống	15	50,00	16	53,33	
Thay đổi đường cong sinh lý	5	16,66	4	13,33	
Cầu xương	2	6,66	1	3,33	
Đặc xương dưới sụn	1	3,33	1	3,33	

Nhận xét: Dấu hiệu hẹp lỗ liên đốt và mọc gai xương chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, nhóm nghiên cứu (60,00%, 56,67%), nhóm đối chứng

(56,67%, 53,33%). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP TAM PHÁP ĐẠI CHUYỀN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY THỂ PHONG HÀN THẤP KẾT HỢP CÁN THẬN HƯ.

#### 3.3.1. Sự thay đổi điểm đau VAS

**Bảng 3.9. Thay đổi trung bình điểm đau VAS sau điều trị**

Thời gian	Điểm đau trung bình theo VAS ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Điểm)		$P_{(NNC-NĐC)}$
	NNC (n=30)	NĐC (n=30)	
D <sub>0</sub>	5,67 ± 1,23	5,54 ± 1,05	> 0,05
D <sub>7</sub>	3,74 ± 1,22	4,06 ± 1,96	< 0,05
D <sub>14</sub>	1,11 ± 0,81	2,23 ± 1,02	< 0,05
D <sub>0</sub> - D <sub>7</sub>	1,93 ± 0,01	1,48 ± 0,91	< 0,05
D <sub>0</sub> - D <sub>14</sub>	4,56 ± 0,42	3,31 ± 0,03	< 0,05

Nhận xét: Trung bình điểm đau VAS thay đổi có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau 7 ngày, 14 ngày điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, nhóm nghiên cứu cho hiệu quả cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng (ý nghĩa với  $p < 0,05$ ).

### 3.3.2. Sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ sau điều trị

**Bảng 3.10. Thay đổi biên độ hoạt động cúi của cột sống cổ sau điều trị**

Thời gian		NNC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	NĐC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	$P_{(NNC-NĐC)}$
D <sub>0</sub>		26,16 ± 2,82	26,73 ± 2,71	> 0,05
D <sub>7</sub>		31,26 ± 3,15	29,93 ± 2,87	< 0,05
D <sub>14</sub>		39,43 ± 2,67	37,06 ± 2,42	< 0,05
Hiệu suất	D <sub>7</sub> - D <sub>0</sub>	5,1 ± 1,48	3,16 ± 1,45	< 0,05
	D <sub>14</sub> - D <sub>7</sub>	8,16 ± 1,67	7,13 ± 1,45	< 0,05
Tăng	D <sub>14</sub> - D <sub>0</sub>	13,26 ± 1,15	10,30 ± 1,29	< 0,05

Nhận xét: Biên độ cúi sau 7 và 14 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau các thời điểm nghiên cứu D<sub>7</sub> và D<sub>14</sub> so với D<sub>0</sub> mức chênh lệch nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm đối chứng, ở thời điểm nghiên cứu D<sub>7</sub> nhóm nghiên cứu tăng lên 5,1 ± 1,48 hơn nhóm đối chứng 3.16 ± 1.45, ở thời điểm D<sub>14</sub> nhóm nghiên cứu tăng lên rõ rệt 13,26 ± 1,15 hơn nhóm đối chứng 10,30 ± 1,29.

**Bảng 3.11. Thay đổi biên độ hoạt động ngửa cột sống cổ sau điều trị**

Thời gian		NNC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	NĐC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	$P_{(NNC-NĐC)}$
D <sub>0</sub>		36,86 ± 4,67	37,56 ± 4,81	> 0,05
D <sub>7</sub>		40,40 ± 3,87	39,73 ± 4,42	< 0,05
D <sub>14</sub>		50,26 ± 4,28	48,03 ± 4,60	< 0,05
Hiệu suất	D <sub>7</sub> - D <sub>0</sub>	3,51 ± 1,43	2,16 ± 1,61	< 0,05
	D <sub>14</sub> - D <sub>7</sub>	9,86 ± 2,44	8,30 ± 2,62	< 0,05
Tăng	D <sub>14</sub> - D <sub>0</sub>	13,40 ± 2,68	10,46 ± 2,49	< 0,05

Nhận xét: Biên độ ngửa sau 7 và 14 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau các thời điểm nghiên cứu

cứ  $D_7$  và  $D_{14}$  so với  $D_0$  mức chênh lệch nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm đối chứng, ở thời điểm nghiên cứu  $D_7$  nhóm nghiên cứu tăng lên  $3,51 \pm 1,43$  hơn nhóm đối chứng  $2,16 \pm 1,61$ , ở thời điểm  $D_{14}$  nhóm nghiên cứu tăng lên rõ rệt  $13,40 \pm 2,68$  hơn nhóm đối chứng  $10,46 \pm 2,49$ .

**Bảng 3.12. Thay đổi biên độ hoạt động nghiêng phải cột sống cổ sau điều trị**

Thời gian		NNC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	NĐC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	$P_{(NNC-NĐC)}$
$D_0$		$31,10 \pm 3,75$	$32,23 \pm 3,34$	$> 0,05$
$D_7$		$37,16 \pm 4,21$	$36,03 \pm 3,94$	$< 0,05$
$D_{14}$		$44,23 \pm 4,15$	$41,10 \pm 4,62$	$< 0,05$
Hiệu suất	$D_7 - D_0$	$6,06 \pm 1,26$	$3,80 \pm 1,05$	$< 0,05$
	$D_{14} - D_7$	$7,06 \pm 2,48$	$5,06 \pm 2,22$	$< 0,05$
Tăng	$D_{14} - D_0$	$13,13 \pm 3,78$	$8,86 \pm 2,98$	$< 0,05$

Nhận xét: Sự thay đổi biên độ hoạt động nghiêng phải trước và sau điều trị có ý nghĩa với  $p < 0,05$  ở 2 nhóm. NNC tăng biên độ hoạt động nghiêng nhiều hơn NĐC ( $p < 0,05$ ).



**Bảng 3.13. Thay đổi biên độ hoạt động nghiêng trái cột sống cổ sau điều trị**

Thời gian		NNC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	NĐC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	$P_{(NNC-NĐC)}$
D <sub>0</sub>		29,56 ± 4,26	31,03 ± 4,32	> 0,05
D <sub>7</sub>		36,20 ± 4,11	35,10 ± 4,15	< 0,05
D <sub>14</sub>		42,86 ± 5,13	40,23 ± 5,17	< 0,05
Hiệu suất	D <sub>7</sub> - D <sub>0</sub>	6,63 ± 1,69	4,06 ± 1,48	< 0,05
	D <sub>14</sub> - D <sub>7</sub>	6,66 ± 2,46	5,13 ± 2,55	< 0,05
Tăng	D <sub>14</sub> - D <sub>0</sub>	13,30 ± 3,94	9,20 ± 3,96	< 0,05

Nhận xét: Sự thay đổi biên độ hoạt động nghiêng trái trước và sau điều trị có ý nghĩa với  $p < 0,05$  ở 2 nhóm. NNC tăng biên độ hoạt động nghiêng nhiều hơn NĐC ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.14. Thay đổi biên độ hoạt động quay phải cột sống cổ sau điều trị**

Thời gian		NNC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	NĐC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	$P_{(NNC-NĐC)}$
D <sub>0</sub>		42,83 ± 5,31	43,03 ± 5,07	> 0,05
D <sub>7</sub>		51,26 ± 6,24	49,83 ± 5,96	< 0,05
D <sub>14</sub>		61,06 ± 6,44	55,10 ± 6,23	< 0,05
Hiệu suất	D <sub>7</sub> - D <sub>0</sub>	7,43 ± 2,20	6,80 ± 2,32	< 0,05
	D <sub>14</sub> - D <sub>7</sub>	9,80 ± 2,32	5,26 ± 2,68	< 0,05
Tăng	D <sub>14</sub> - D <sub>0</sub>	17,23 ± 3,14	12,06 ± 3,37	< 0,05

Nhận xét: trước và sau điều trị, biên độ hoạt động quay phải của NNC và NĐC cải thiện có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt khi so sánh giữa 2 nhóm với nhau có ý nghĩa với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.15. Thay đổi biên độ hoạt động quay trái cột sống cổ sau điều trị**

Thời gian		NNC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	NĐC (n=30) ( $\bar{X} \pm SD$ ) (Độ)	$P_{(NNC-NĐC)}$
D <sub>0</sub>		44,23 ± 6,20	43,16 ± 6,42	> 0,05
D <sub>7</sub>		52,20 ± 6,18	48,83 ± 6,22	< 0,05
D <sub>14</sub>		62,26 ± 6,95	54,83 ± 6,45	< 0,05
Hiệu suất	D <sub>7</sub> - D <sub>0</sub>	7,96 ± 1,60	5,66 ± 1,20	< 0,05
	D <sub>14</sub> - D <sub>7</sub>	10,06 ± 2,34	6,00 ± 2,22	< 0,05
Tăng	D <sub>14</sub> - D <sub>0</sub>	18,03 ± 3,29	11,66 ± 3,46	< 0,05

Nhận xét: sau 7 ngày, 14 ngày điều trị, biên độ hoạt động quay trái cả 2 nhóm cải thiện tốt, mức độ cải thiện của NNC tốt hơn NĐC.

### 3.3.3. Sự thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày

**Bảng 3.16. Thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 7 ngày điều trị**

Mức độ \ Nhóm	NNC (n=30)		NĐC (n=30)		$P_{(NNC-NĐC)}$
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Không ảnh hưởng	0	0	0	0	>0,05
Ảnh hưởng ít	23	76,67	16	53,33	
Ảnh hưởng trung bình	7	23,33	14	46,67	
Ảnh hưởng nhiều	0	0	0	0	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét: Ảnh hưởng ít tăng lên chiếm 76,67% (nhóm nghiên cứu) và 53,33% (nhóm đối chứng). Ảnh hưởng trung bình giảm xuống chiếm 23,33% nhóm nghiên cứu và 46,67% nhóm đối chứng. tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.17. Thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 14 ngày điều trị**

Mức độ	Nhóm	NNC (n=30)		NĐC (n=30)		p <sub>(NNC-NĐC)</sub>
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Không ảnh hưởng		26	86,67	17	56,67	<0,05
Ảnh hưởng ít		4	13,33	13	43,33	
Ảnh hưởng trung bình		0	0	0	0	
Ảnh hưởng nhiều		0	0	0	0	
Tổng		30	100	30	100	

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, không ảnh hưởng chiếm 86,67% nhóm nghiên cứu cao hơn 56,67% nhóm đối chứng. Ảnh hưởng ít chiếm 13,33% (nhóm nghiên cứu) và 43,33% (nhóm đối chứng). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.3.4. Thay đổi các chứng trạng Y học cổ truyền trước và sau điều trị

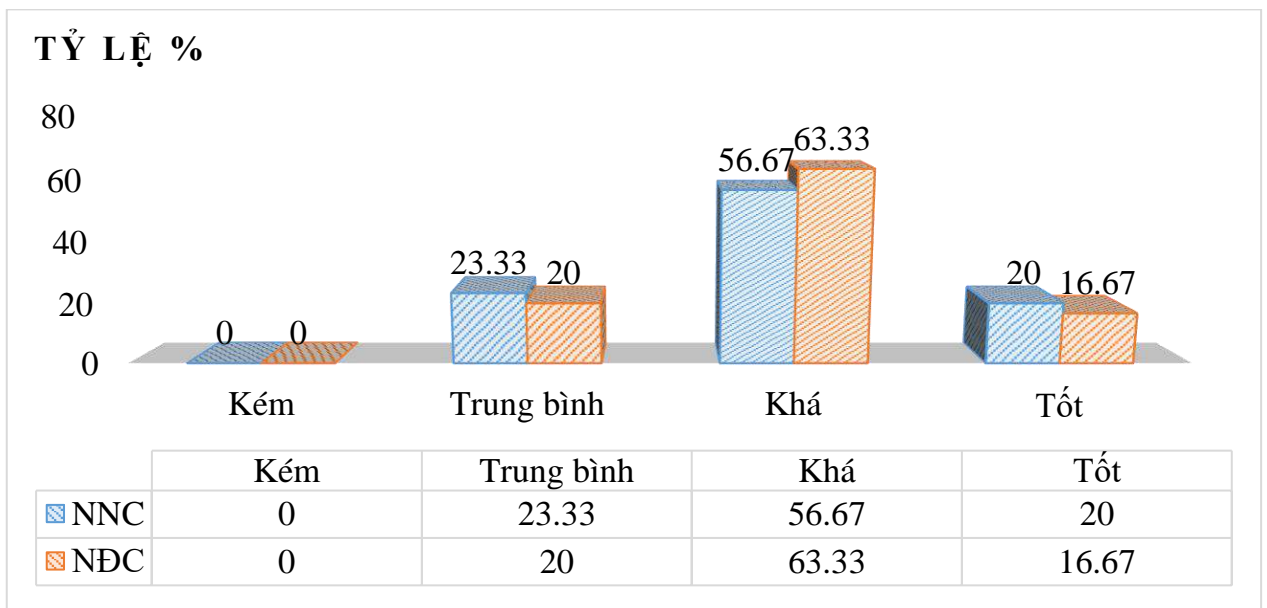
**Bảng 3.18. Sự thay đổi các chứng trạng Y học cổ truyền trước và sau điều trị**

Triệu chứng	Nhóm		NNC (n=30)					NĐC (n=30)					p <sub>(NNC-NĐC)</sub>
	D <sub>0</sub>		D <sub>14</sub>		p <sub>D0-D14</sub>	D <sub>0</sub>		D <sub>14</sub>		p <sub>D0-D14</sub>			
	n	%	n	%		n	%	n	%				
Cơ cổ gáy co cứng	25	83,33	1	3,33	<0,05	24	80,00	4	13,33	<0,05	<0,05		
Đau nhức cổ gáy	30	100,00	2	6,67	<0,05	30	100,00	6	20%	<0,05	<0,05		
Tê bì hoặc tức nặng	30	100,00	5	16,67	<0,05	30	100,00	9	30,00	<0,05	<0,05		
Đau đầu	30	100,00	2	6,67	<0,05	30	100,00	5	16,67	<0,05	>0,05		
Ù tai	4	13,33	2	6,67	>0,05	4	13,33	3	10,00	>0,05	>0,05		
Mất ngủ	10	33,33	4	13,33	<0,05	7	23,33	4	13,33	<0,05	>0,05		

Lung gỏi đau mồi	12	40,00	9	30,00	>0,05	8	26,67	5	16,67	>0,05	>0,05
Chát lưỡi đỏ	15	50,00	4	13,33	>0,05	16	53,33	6	20,00	<0,05	>0,05
Rêu lưỡi trắng	18	60,00	6	20,00	<0,05	17	56,67	8	26,67	<0,05	>0,05
Mạch trầm tế	10	33,3	4	16,67	<0,05	12	40,00	8	26,67	<0,05	>0,05
Sợ lạnh	30	100,00	2	6,67	<0,05	30	100,00	6	20%	<0,05	<0,05

Nhận xét: hầu hết các bệnh nhân đều có cải thiện các chứng trạng YHCT sau 14 ngày điều trị (khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ). Các chứng trạng chủ chứng ở nhóm nghiên cứu thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê các chứng trạng thứ chứng khi so sánh 2 nhóm với nhau ( $p > 0,05$ )

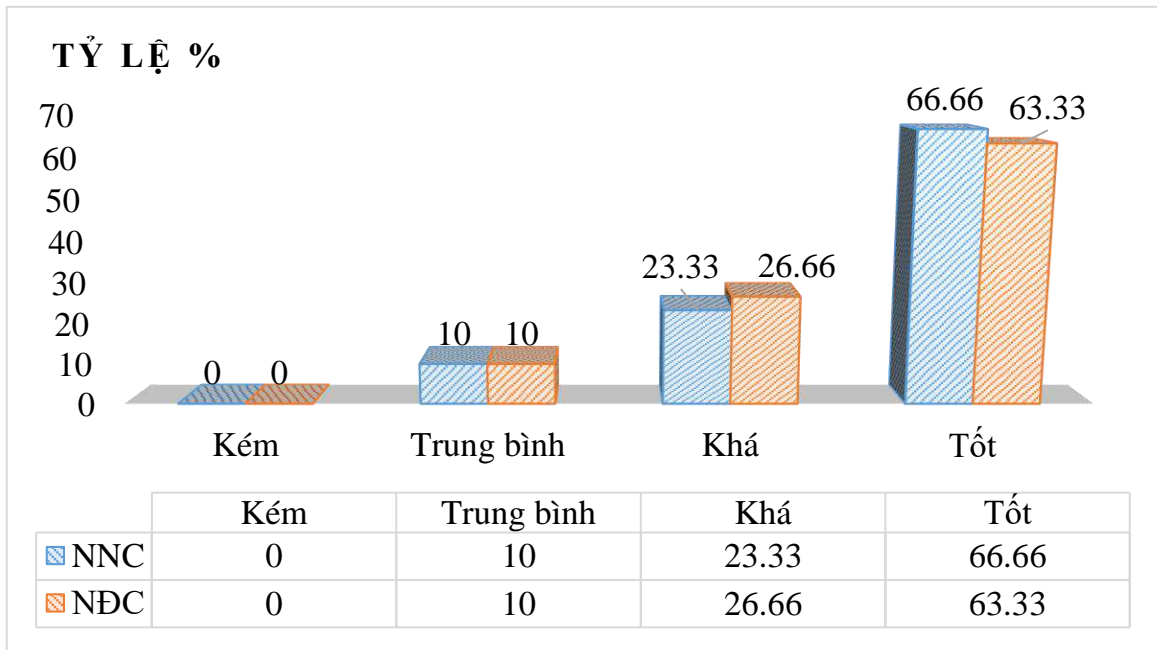
### 3.3.5. Kết quả điều trị chung



**Biểu đồ 3.3. Kết quả sau 7 ngày điều trị**

Nhận xét: Sự khác biệt về tác dụng điều trị của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Biểu đồ 3.4. Kết quả sau 14 ngày điều trị**



Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, cả hai nhóm đều đạt kết quả cao, kết quả tốt 66,66% và khá 23,33% ở nhóm nghiên cứu, kết quả tốt 63,33%, khá 26,66% và kết quả trung bình 10% nhóm đối chứng. Kết quả điều trị ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.19. Phân loại kết quả điều trị chung theo Y học cổ truyền**

Thể bệnh YHCT	NNC (n = 30)								NĐC (n = 30)							
	Tốt (1)		Khá (2)		Trung bình (3)		Kém (4)		Tốt (5)		Khá (6)		Trung bình (7)		Kém (8)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Phong hàn thấp kết hợp can thận hư	20	66,66	7	23,33	3	10	0	0	19	63,33	8	26,66	3	10	0	0
p	p(1-5),(2-6),(3-7) <0,05															

Nhận xét: Tỷ lệ tốt, khá, trung bình của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ )

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

#### 3.4.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

**Bảng 3.20. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng**

Triệu chứng \ Nhóm	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		P <sub>NNC-NĐC</sub>
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Đau	4	13,33	5	16,66	> 0,05
Buồn nôn	0	0	0	0	
Nhức đầu	0	0	0	0	
Hoa mắt chóng mặt	0	0	0	0	
Chảy máu	2	6,66	3	10,00	
Vụng châm	0	0	0	0	
Không ảnh hưởng	24	80	22	73,33	

Nhận xét: trong quá trình thực hiện thủ thuật, có một số bệnh nhân có biểu hiện đau và chảy máu tại nơi châm, tuy nhiên tình trạng này chỉ xuất hiện trong 1, 2 ngày đầu điều trị.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU**

##### **4.1.1. Tuổi**

Trong nghiên cứu chúng tôi, nhóm tuổi trên 40 hầu hết có dấu hiệu đau cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ, tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $42,83 \pm 6,14$ , sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuyết Trang cho thấy lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 30-59 tuổi [54], Narayan P, Haid RW tuổi trung bình là 50 tuổi [4], nghiên cứu của Park Young-Wook và cộng sự tuổi trung bình là  $50,45 \pm 7,78$  [49].

Kết quả của chúng tôi khác biệt so với kết quả nghiên cứu của tác giả Hồ Đăng Khoa về đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp tập vận động theo y học cổ truyền: tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $60,40 \pm 9,92$  [52]. Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên cao hơn nghiên cứu của Xin Wang, Su-hua, Shi Hai-jiang Yao và cộng sự (24,5%) [48], Nguyễn Thị Hương Giang (10%) [55], Nguyễn Ngọc Mậu (10,7%) [56].

Như vậy ở độ tuổi lao động đã có những biến đổi về hình thái ở cột sống cổ và gây ra những triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng nên bệnh có ý nghĩa xã hội, làm ảnh hưởng chất lượng cuộc sống và hiệu quả lao động của người bệnh. Mặt khác, các nghiên cứu trên đều chỉ ra, 100% bệnh nhân đều có tuổi từ 30 trở lên. Điều này hoàn toàn phù hợp với lý thuyết, vì thoái hóa bản chất là quá trình tự nhiên của cơ thể và tăng dần theo tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân thoái hóa cột sống nói chung và thoái hóa cột sống cổ nói riêng tăng cao ở người trên 40 tuổi,

đạt đỉnh ở 50 tuổi, sau đó, biểu hiện triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ khiến bệnh nhân phải nhập viện giảm dần

#### 4.1.2. Giới tính

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở cả 2 nhóm đều có tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn tỉ lệ bệnh nhân nam, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả: Lê Thị Diệu Hằng với kết quả nữ 69% và nam 31% [53]; Nguyễn Thị Hương Giang: nam 33,3%, nữ 66,7% [55]; Nguyễn Ngọc Mậu với nữ 72,2%, nam 27,8% [56];

Ở một số nghiên cứu khác cho tỷ lệ nam/nữ ở bệnh nhân THCSC tương đương nhau. Phương pháp điều trị bệnh thoái hóa đốt sống cổ bằng phương pháp châm cứu trên huyết đại chùy của Jiang Zhenya, Li Changdu là 51,2 % bệnh nhân nữ là 48,8% [45].

Theo y học cổ truyền, nữ ứng với số (7) 7x7 bằng 49, người nam ứng với số (8), 8x8 bằng 64. Đến 49 tuổi ở nữ và 64 tuổi ở nam, thiên quý kiệt. Thận hư không dưỡng được cốt tủy gây đau mỗi xương khớp, can huyết hư không dưỡng được cân gây co cứng cơ, chính khí suy giảm, tả khí xâm phạm gây chứng tý. Tuổi thiên quý kiệt ở phụ nữ sớm hơn nam giới, hơn nữa phụ nữ qua sinh đẻ làm hao tổn khí huyết nhiều nên sự bồi dưỡng cân cơ xương khớp bị ảnh hưởng, do đó giải thích cho tỉ lệ bệnh nhân nữ mắc bệnh đau cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ cao hơn so với nam giới.

#### 4.1.3. Nghề nghiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Số bệnh nhân trong nhóm nghề nguy cơ cao gồm: hành chính làm việc ngồi trên 6 giờ như kế toán, cán bộ làm trực tiếp, kỹ sư, lái xe, làm ruộng... chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm nghề nguy cơ thấp bao gồm: cán bộ làm gián tiếp, nội trợ, tự do.... Ở nhóm nghiên cứu 56,67% bệnh nhân nhóm nghề nghiệp nguy cơ cao và 43,33% nhóm nghề nghiệp nguy cơ thấp. Ở nhóm đối chứng bệnh nhân nhóm nghề nghiệp nguy cơ



cao là 60,00% và 40,00% bệnh nhân là nhóm nghề nghiệp nguy cơ thấp. Giữa hai nhóm, sự khác biệt về nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Nghiên cứu của các tác giả Lê Thị Diệu Hằng [53], Nguyễn Tuyết Trang (66,7%) [54], Hồ Đăng Khoa [52] cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm nghề nghiệp cao cao hơn so với nhóm có nguy cơ thấp với kết quả lần lượt là: 58,6%, 66,7%, 55%.

Một thực tế cho thấy khi xã hội phát triển, nhu cầu chuyên môn hóa càng cao, con người không phải vận động cơ bắp nhiều, làm việc trong một tư thế gò bó, ít vận động nên một số nhóm cơ phải làm việc quá sức, cơ có thể bị co cứng, gáy đau mỏi, hạn chế động tác. Mặt khác, nghề nghiệp nhóm viên chức đặc trưng bệnh lý văn phòng chủ yếu làm việc với thời gian kéo dài 1 tư thế cúi cổ thường xuyên gây tăng nguy cơ thoái hóa cột sống cổ dẫn đến đau vai gáy.

#### **4.1.4. Thời gian mắc bệnh**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân phần lớn có thời gian mắc bệnh lâu hơn 1 tháng: NNC chiếm 76,66% với thời gian mắc bệnh trung bình là  $9,12 \pm 1,88$  và NĐC chiếm 73,33% với thời gian mắc bệnh trung bình là  $9,26 \pm 2,02$ , trong đó ở cả 2 nhóm, thời gian mắc bệnh lâu hơn 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Kết quả nghiên về thời gian mắc bệnh lâu hơn 3 tháng của tác giả Nguyễn Thị Mộng Trang, Lê Thị Anh Thư là 34,4% [7]; Lê Thị Diệu Hằng là 48,3% [53]. Kết quả này và kết quả của chúng tôi tương đồng nhau.

Có thể giải thích vấn đề này như sau: thoái hóa cột sống cổ, các triệu chứng lâm sàng nhiều khi không điển hình hoặc dễ bị lẫn với triệu chứng của bệnh lý khác hoặc do bệnh nhân không cảm thấy nguy hiểm nên không đi khám sớm hoặc bệnh nhân tự điều trị ở nhà bằng các phương pháp khác không khỏi hoặc các triệu chứng ngày càng nặng lên mới đi khám. Chỉ có những trường hợp THCS cổ gây nên các triệu chứng như: đau, hạn chế vận động nhiều làm ảnh

hưởng đến chức năng sinh hoạt hàng ngày thì bệnh nhân mới đi khám, do đó bệnh nhân vào viện có thời gian bị bệnh khá lâu.

## **4.2. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC ĐIỀU TRỊ**

### **4.2.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: 100% bệnh nhân đều đau tăng khi vận động hoặc thay đổi tư thế (nghiêng, xoay) ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Thoái hóa cột sống là kết quả của sự hao mòn trong nhiều năm trên xương cột sống. Các đốt sống khi bị tổn thương có thể chèn ép hoặc đè nén lên những dây thần kinh gần đó, gây ra tình trạng tê ở cánh tay, bàn tay và ngón tay. Bệnh diễn biến âm ỉ, do đó, cảm giác thỉnh thoảng đau tê bì hoặc tức nặng cao hơn cảm giác đau tê bì hoặc tức nặng thường xuyên ở cả 2 nhóm. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Phần lớn bệnh nhân đau âm ỉ trong ngày hoặc nhiều ngày mới xuất hiện đau: 43,33% ở cả NNC và NĐC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mộng Trang, Lê Thị Anh Thư [7] đau tăng khi nghiêng, xoay chiếm tỷ lệ cao ở nhóm nghiên cứu (56.2%), nhóm chứng (59.4%).

Trong nghiên cứu, vị trí đau hay gặp nhất của bệnh nhân là đau tại cột sống cổ (>80% trong cả 2 nhóm). Bệnh nhân đau lan ra vai chiếm tỉ lệ cao, chiếm 80,00% nhóm nghiên cứu và 83,33% nhóm chứng. Mỗi nhóm chỉ có 6,67% bệnh nhân đau xuống ngón tay. Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân đau ở từng vị trí trước điều trị ( $p > 0,05$ ) (biểu đồ 3.2). Đau đầu đỉnh chẩm có nguyên nhân mạch máu, thần kinh và cơ. Vùng đỉnh chẩm được cấp máu bởi hai động mạch đốt sống. Hai động mạch này đi qua các lỗ ghép, vị trí có thể hẹp trong thoái hóa cột sống cổ. Thần kinh cảm giác vùng đỉnh chẩm là các thần kinh chẩm lớn và chẩm bé, nguyên ủy từ các rễ C1, C2, C3. Thoái hóa cổ cao gây chèn ép các thần kinh này cũng là nguyên nhân gây đau đầu đỉnh chẩm. Ngoài ra, các căng thẳng tâm lý, cơ cứng cơ, tác nhân vật lý

như tư thế, nhiệt tạo ra vi chấn thương cho sợi cơ, hình thành các điểm co cứng cơ (điểm cân kết trong liệu pháp kinh cân, trigger points trong dry needling) [4]. Các điểm co cứng cơ chằm, cơ trán và mạc trên sọ gây đau đầu đỉnh chằm, các điểm co cứng cơ của cơ gối đầu, gối cổ, điểm bám gân của cơ thang, cơ cổ dài, cơ nâng vai thường xuất hiện trong đau đầu vùng chằm.

Trước nghiên cứu, 100% bệnh nhân đều có biểu hiện đau theo các mức độ khác nhau. Điểm đau VAS trung bình nhóm nghiên cứu là  $5,67 \pm 1,23$  điểm, nhóm chứng là  $5,54 \pm 1,05$  điểm. Trong nghiên cứu, các bệnh nhân có mức độ đau nặng ( $4 < \text{VAS} \leq 6$  điểm) chiếm tỷ lệ cao 100% nhóm nghiên cứu và 100% nhóm chứng. Sự khác biệt về 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Mức độ đau của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuyết Trang là  $5,93 \pm 1,41$  [54], thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hương Giang là  $6,81 \pm 1,21$  [55], Xiaorong Hou, Rongjun Zhang, Hang Lv et al là  $6,06 \pm 1,24$  điểm [47]. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về thời gian, địa điểm lấy bệnh nhân.

Trước điều trị các bệnh nhân đều hạn chế tầm vận động cột sống cổ (bảng 3.6). Động tác cúi ở nhóm nghiên cứu là  $25,47 \pm 3,12$  và  $26,23 \pm 2,79$  ở nhóm chứng. Động tác ngửa ở nhóm nghiên cứu là  $37,84 \pm 4,63^\circ$  và  $37,56 \pm 4,81$  ở nhóm chứng. Động tác nghiêng trái ở nhóm nghiên cứu là  $30,57 \pm 4,28^\circ$  và  $31,03 \pm 4,32$  ở nhóm chứng. Động tác nghiêng phải ở nhóm nghiên cứu là  $32,15 \pm 3,76$  và  $32,23 \pm 3,34$  ở nhóm chứng. Động tác xoay phải ở nhóm nghiên cứu là  $40,83 \pm 5,34^\circ$  và  $43,03 \pm 5,09$  ở nhóm chứng. Động tác xoay trái ở nhóm nghiên cứu là  $43,23 \pm 6,26^\circ$  và  $42,33 \pm 6,02$  ở nhóm chứng. Sự khác biệt về tầm vận động các động tác cúi, ngửa, nghiêng, quay của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả này phù hợp với 100% bệnh nhân đều có biểu hiện đau ảnh hưởng đến chức năng vận động cột sống cổ của người bệnh.

Đau và hạn chế vận động khiến cho 100% bệnh nhân ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày từ mức độ ảnh hưởng trung bình đến mức độ nhiều. Khác biệt về đặc điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  (bảng 3.7).

#### **4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Dấu hiệu hẹp lỗ liên đốt và mọc gai xương chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, nhóm nghiên cứu (60,00%; 56,67%), nhóm đối chứng (56,67%; 53,33%). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu Nguyễn Thị Hương Giang (66,7%) [55], Nguyễn Tuyết Trang (tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh hẹp khe khớp trên X – quang là 64,6%) [54]. 60% bệnh nhân trong nghiên cứu có hình ảnh hẹp lỗ tiếp hợp trên phim X– quang. Theo Nguyễn Thị Hương Giang thì tỷ lệ này lần lượt là 50% [55]. Đau vai gáy trong thoái hóa cột sống cổ phụ thuộc vào yếu tố cơ học và tâm lý. Tổn thương thân đốt sống, đĩa đệm, mặt khớp, các dây chằng, cơ vùng cổ vai gáy dưới các tác động của nhiệt, vì chấn thương, vận động quá tầm. stress... gây đau. Tổn thương trên phim X - quang thường không tương xứng với mức độ đau trên lâm sàng [14].

### **4.3. BÀN LUẬN VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU CỔ GÁY BẰNG PHƯƠNG PHÁP TAM PHÁP ĐẠI CHÙY THỂ PHONG HÀN THẤP KẾT HỢP CAN THẬN HƯ**

#### **4.3.1. Thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS**

Chúng tôi đánh giá mức độ đau dựa vào thang điểm VAS vì thang điểm đơn giản, dễ thực hiện, có thể lặp đi lặp lại nhiều lần để so sánh. Thang điểm dựa vào đánh giá chủ quan của bệnh nhân nên chúng tôi theo dõi tại 3 thời điểm để đạt được kết quả chính xác hơn.

Sau 7 ngày và 14 ngày điều trị, mức độ đau của các bệnh nhân nghiên cứu đều được cải thiện tốt, không có bệnh nhân đau rất nặng hay nghiêm trọng ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Khi kết thúc điều trị, mức độ đau (theo thang VAS) của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là  $1,11 \pm 0,81$  và  $2,23 \pm 1,02$  điểm, sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê khi so sánh trước và sau điều trị, so sánh 2 nhóm với nhau với  $p < 0,05$ .

Ở cả hai nhóm đều giảm điểm đau trung bình theo VAS sau 7 ngày và 14 ngày điều trị. Nhóm nghiên cứu có hiệu suất giảm nhiều hơn nhóm chứng và ngày khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Mậu [56].

He D. và cộng sự đã nghiên cứu tác dụng giảm đau cột sống cổ và đau vai mạn tính của châm cứu 24 phụ nữ làm công việc văn phòng (47- 49 tuổi) có thời gian đau từ 3 – 21 năm [43] cho kết quả: điểm VAS trung bình trước điều trị là  $5,30 \pm 1,91$  điểm (nhóm nghiên cứu),  $5,49 \pm 1,56$  điểm (nhóm chứng). Sau điều trị 1 tháng  $2,89 \pm 1,59$  điểm (nhóm nghiên cứu),  $3,49 \pm 1,41$  điểm (nhóm đối chứng). Như vậy, trước điều trị, điểm VAS trung bình trên bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu He D. và cộng sự. Sau điều trị, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm VAS trung bình giảm nhiều hơn so với kết quả của He D. Tuy nhiên, các tác giả trên đều ghi

nhận bệnh nhân có thời gian đau trước điều trị ngắn có tốc độ giảm đau nhanh hơn so với các bệnh nhân có thời gian đau trước điều trị dài.

Đau đầu đỉnh chẩm có nguyên nhân mạch máu, thần kinh và cơ. Vùng đỉnh chẩm được cấp máu bởi hai động mạch đốt sống. Hai động mạch này đi qua các lỗ ghép, vị trí có thể hẹp trong thoái hóa cột sống cổ. Thần kinh cảm giác vùng đỉnh chẩm là các thần kinh chẩm lớn và chẩm bé, nguyên ủy từ các rễ C1, C2, C3. Thoái hóa cổ cao gây chèn ép các thần kinh này cũng là nguyên nhân gây đau đầu đỉnh chẩm. Ngoài ra, các căng thẳng theo lý, cơ cứng cơ, tác nhân vật lý như tư thế, nhiệt tạo ra vi chấn thương cho sợi cơ. hình thành các điểm cơ cứng cơ (điểm cân kết trong liệu pháp kinh cận trigger points trong dry needling) (4) Các điểm cơ cứng cơ chẩm, cơ trán và mạc trên sọ gây đau đầu đỉnh chẩm, các điểm cơ cứng cơ của cơ gối đầu, gối cổ, điểm bám gân của cơ thang, cơ cổ dài, cơ nâng vai thường xuất hiện trong đau đầu vùng chẩm.

Theo y học cổ truyền, "chứng tý" là do nguyên khí, tinh khí bên trong trống rỗng, cho nên 3 khí tà phong, hàn, thấp xâm nhập, không biết giải trừ đi, thì nó sẽ lưu trú tại kinh lạc, lâu ngày thành chứng tê thấp. Do kinh lạc bị tắc trở khiến khí huyết không thông lợi gây đau.

#### **4.3.2. Thay đổi tầm vận động cột sống cổ**

Cột sống cổ là phần hoạt động linh động nhất trong toàn bộ cột sống của cơ thể. Sự vận động đó nhờ vào đốt sống C1 có khả năng quay quanh C2 và các khớp đốt sống cổ có góc nghiêng phù hợp cho phép chuyển động trượt giữa các thân đốt sống. Ngoài ra khả năng đàn hồi của đĩa đệm cũng đóng một vai trò quan trọng trong hoạt động của các đốt sống cổ. Trong thoái hóa cột sống cổ, hạn chế tầm vận động cột sống cổ là hậu quả của triệu chứng đau, sự co rút các cơ cạnh sống, di lệch khớp đốt sống, co kéo các tổ chức liên kết bao gồm gân cơ, dây chằng, bao khớp....

Cải thiện TVĐ cột sống cổ là một tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị. Việc đo tầm vận động được đánh giá cao do đặc tính khách quan

của nó. Với phương pháp đo dựa vào nguyên tắc Zero bằng khớp ké của Hồ Hữu Lương thì đo tầm vận động lại càng thể hiện tính khách quan, do nguyên tắc và cách đo rõ ràng, khoa học.

Trong nghiên cứu, để đánh giá mức cải thiện tầm vận động khớp chúng tôi dựa vào mức cải thiện biên độ hoạt động cột sống cổ trước và sau điều trị. Cùng với mức độ đau thì chức năng vận động của cột sống cổ cũng được cải thiện rõ rệt.

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

Biên độ cúi sau 7 ngày và 14 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau các thời điểm nghiên cứu  $D_7$  và  $D_{14}$  so với  $D_0$  mức chênh lệch nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, ở thời điểm nghiên cứu  $D_7$  nhóm nghiên cứu tăng lên  $5,10 \pm 1,48$  hơn nhóm chứng  $3,16 \pm 1,45^\circ$ , ở thời điểm  $D_0$  nhóm nghiên cứu tăng lên rõ rệt  $13,26 \pm 1,15$  hơn nhóm chứng  $10,30 \pm 1,29$ .

Biên độ ngửa sau 7 ngày và 14 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau các thời điểm nghiên cứu  $D_7$  và  $D_{14}$  so với  $D_0$  mức chênh lệch nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, ở thời điểm nghiên cứu  $D_7$  nhóm nghiên cứu tăng lên  $3,51 \pm 1,43$  hơn nhóm chứng  $2,16 \pm 1,61$ , ở thời điểm  $D_{14}$  nhóm nghiên cứu tăng lên rõ rệt  $13,40 \pm 2,68$  hơn nhóm chứng  $10,46 \pm 2,49$ .

Biên độ nghiêng phải sau 7 ngày và 14 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau các thời điểm nghiên cứu  $D_7$  và  $D_{14}$  so với  $D_0$  mức chênh lệch nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, ở thời điểm nghiên cứu  $D_7$  nhóm nghiên cứu tăng lên  $6,06 \pm 1,26$  hơn nhóm chứng  $3,80 \pm 1,05$ , ở thời điểm  $D_{14}$  nhóm nghiên cứu tăng lên rõ rệt  $13,13 \pm 3,78$  hơn nhóm chứng  $8,86 \pm 2,98$ .

Biên độ nghiêng trái sau 7 ngày và 14 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau các thời điểm nghiên cứu

$D_7$  và  $D_{14}$  so với  $D_0$  mức chênh lệch nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, ở thời điểm nghiên cứu  $D_7$  nhóm nghiên cứu tăng lên  $6,63 \pm 1,69$  hơn nhóm chứng  $4,06 \pm 1,48$ , ở thời điểm  $D_{14}$  nhóm nghiên cứu tăng lên rõ rệt  $13,30 \pm 3,94^\circ$  hơn nhóm chứng  $9,20 \pm 3,96$ .

Biên độ quay phải sau 7 ngày và 14 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau các thời điểm nghiên cứu  $D_7$  và  $D_{14}$  so với  $D_0$  mức chênh lệch nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, thời điểm nghiên cứu  $D_7$  nhóm nghiên cứu tăng lên  $7,43 \pm 2,20$  hơn nhóm chứng  $6,80 \pm 2,23$  không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ , ở thời điểm  $D_{14}$  nhóm nghiên cứu tăng lên rõ rệt  $17,23 \pm 3,14^\circ$  hơn nhóm chứng  $12,06 \pm 3,37$ .

Biên độ quay trái sau 7 ngày và 14 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau các thời điểm nghiên cứu  $D_7$  và  $D_{14}$  so với  $D_0$  mức chênh lệch nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, ở thời điểm nghiên cứu  $D_7$  nhóm nghiên cứu tăng lên  $7,96 \pm 1,60^\circ$  hơn nhóm chứng  $5,66 \pm 1,20^\circ$ , ở thời điểm  $D_{14}$ , nhóm nghiên cứu tăng lên rõ rệt  $18,03 \pm 3,29$  hơn nhóm chứng  $11,66 \pm 3,46$ .

Mức cải thiện biên độ vận động khớp ở nhóm nghiên cứu nhanh hơn so với nhóm chứng, điều này tương đương mức cải thiện đau ở nhóm nghiên cứu so với nhóm chứng. Như vậy có thể thấy rằng, hai nhóm đều sử dụng châm cứu có tác dụng thông kinh lạc giảm đau nhưng nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp tam pháp đại chùy có tác dụng ưu thế hơn trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu Nguyễn Tuyết Trang điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyết [54].

#### **4.3.3. Thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày**

Sự đau đớn và hạn chế TVĐ cột sống cổ ở bệnh nhân đau vùng cổ gáy biểu hiện bằng những hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Trong



nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi đánh giá ảnh hưởng chức năng NPQ của bệnh viện North Wick Park Middlesex (Anh) vì các câu hỏi trong bảng dễ hiểu, dễ sử dụng, không quá phức tạp, tự bệnh nhân có thể đánh giá được. Bảng gồm 8 câu hỏi: cường đau, đau và giấc ngủ, dị cảm tuy về đêm, thời gian kéo dài triệu chứng, mang xách đồ vật, đọc hoặc xem tivi, làm việc nhà và tham gia của các hoạt động xã hội.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: 100% bệnh nhân đều giảm được sự ảnh hưởng của đau cổ gáy đến chức năng sinh hoạt hàng ngày.

Sau 7 ngày điều trị, có 76,67% bệnh nhân bị ảnh hưởng ít đến chức năng sinh hoạt hàng ngày (nhóm nghiên cứu) và 53,33% (nhóm chứng). Ảnh hưởng trung bình giảm xuống 30,00% nhóm nghiên cứu và chưa thấy sự thay đổi rõ ràng trong mức độ ảnh hưởng trung bình ở nhóm đối chứng. Tuy

Sau 14 ngày điều trị, có 86,67% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu không còn bị ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt hàng ngày, cao hơn 30,00% % nhóm chứng (56,67%). Ảnh hưởng ít chiếm 13,33% (nhóm nghiên cứu) thấp hơn 30% so với nhóm chứng là 43,33%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Mức cải thiện chức năng sinh hoạt ở nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng. Các mức độ cải thiện giữa các chức năng sinh hoạt hàng ngày trước và sau điều trị 7 ngày, 14 ngày có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

So sánh với nghiên cứu của Lê Thị Diệu Hằng [53], không ảnh hưởng là 82%, thì nghiên cứu của chúng tôi là tương đương 86,67%. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tương ứng với mức độ giảm triệu chứng bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Như đã phân tích ở trên, phương pháp điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi có tác dụng giảm đau, tăng tâm vận động cột sống cổ, từ đó mà chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân được cải thiện

#### 4.3.4. Thay đổi chứng trạng Y học cổ truyền trước và sau điều trị

Các bệnh nhân đau vùng cổ gáy trong nghiên cứu thuộc thể phong thấp hàn kết hợp can thận hư nên trước điều trị có các triệu chứng: đau tức vùng cổ gáy, co cứng cơ, đau đầu, ù tai, mất ngủ, đau lưng, mỏi gối, chát lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế, sợ lạnh.

Sau điều trị 14 ngày, các triệu chứng đau tức vùng cổ gáy, co cứng cơ, đau đầu, mất ngủ, chát lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng, sợ lạnh đều giảm có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm với  $p < 0,05$ . Chứng trạng ù tai, đau lưng mỏi gối có xu hướng giảm, tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê khi so sánh với trước điều trị. Cũng có thể giải thích do huyết Đại chùy giải biểu, thông dương, thanh não, định thần, sơ biểu tà ở 3 đường kinh dương, thông dương khí toàn thân, thanh Tâm, định thần, điều khí, nâng cao sức đề kháng cơ thể, mà đau lưng mỏi gối là chứng trạng của can thận hư, nên việc lựa chọn bệnh nhân có phong thấp hàn là thể bệnh chủ yếu có thể kèm theo hoặc không kèm theo can thận hư của chúng tôi là có căn cứ lý luận y học cổ truyền. Các chứng trạng chủ chứng cải thiện tốt hơn ở nhóm nghiên cứu so với nhóm đối chứng. Thái dương chủ về phần biểu của toàn thân, khi phong hàn bó ở phần cơ biểu làm cho vệ khí không tuyên đạt được mà gây sợ gió, sợ lạnh. Đầu là nơi hội tụ của các khí dương, chứa khí thanh dương, đường kinh thủ túc tam dương đều đi lên đầu mặt, khi phong hàn thấp tà xâm nhập, theo đường kinh thái dương đi lên đầu, làm cho dương khí bị ngăn trở, hàn thấp ngưng trệ, đường lạc tắc trở gây đau đầu. Não là bể tủy, chủ yếu nhờ tinh huyết của can thận nhu dưỡng, thận hư não tủy trống rỗng gây đau đầu. Thận tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy chứa trong khoang rỗng của xương, có tác dụng nuôi dưỡng xương. Khi thận hư không sinh được tủy, xương mất sự nuôi dưỡng nên sinh ra chứng đau lưng, mỏi gối [26],[42].

### 4.3.5. Kết quả điều trị chung

#### 4.3.5.1. Kết quả điều trị theo Y học hiện đại

Trong thoái hóa cột sống cổ, hầu hết bệnh nhân đến điều trị là do đau nhiều hoặc chức năng sinh hoạt hàng ngày bị ảnh hưởng. Nghiên cứu của chúng tôi 60 bệnh nhân chia thành 2 nhóm. Do đó, tiêu chí đánh giá kết quả dựa vào mức độ giảm đau, cải thiện biên độ hoạt động cột sống cổ và cải thiện chức năng sinh hoạt.

Sau 7 ngày điều trị, kết quả nhóm nghiên cứu; tốt 20,00%, khá 56,67%, trung bình 23,33%, nhóm chứng tốt 16,67%, khá 63,33%, trung bình 20%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Sau 14 ngày điều trị, kết quả tốt 66,66% và khá 23,33%, 10% trung bình ở nhóm nghiên cứu; nhóm chứng: tốt 63,33%, khá 26,66%, trung bình 10%. NNC có hiệu quả điều trị so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

Một số kết quả nghiên cứu điều trị thoái hóa cột sống cổ:

Fan Wentao, Huang Yuwei, Wang Lisheng và cộng sự [50] phân tích Tác dụng của việc kích thích các huyết Feishu (BL 13) và Dazhui (GV14) đối với sự hấp thu qua da của sinapine thiocyanate trong gel trị hen suyễn cho kết quả: thang điểm VAS và chức năng sinh hoạt NPQ giảm ở cả hai nhóm sau điều trị và sau một tháng theo dõi, nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn so với nhóm chứng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tuy nhiên có sự khác biệt giữa các hội chứng trong thoái hóa cột sống cổ theo thang điểm VAS ở mỗi nhóm, không có sự khác biệt giữa các hội chứng trong thoái hóa cột sống cổ khi đánh giá bằng bảng câu hỏi NPQ ( $p > 0,05$ ) ở mỗi nhóm.

Jiang Zhenya và Li Changdu [45]: so sánh hiệu lâm sàng về điều trị thoái hóa đốt sống cổ bằng chọc điểm đại chùy (nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên), 34 bệnh nhân, một nhóm thực sự, một nhóm giả châm. Đánh giá theo thang điểm VAS, trong nhóm châm thực sự, điểm VAS giảm sau điều trị và có ý

nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Lê Thị Diệu Hằng [53] sử dụng bài thuốc Quyên tý thang kết hợp măng-điện châm cho kết quả sau 30 ngày điều trị, cả hai nhóm đều đạt kết quả cao, kết quả tốt 71,9% ở nhóm nghiên cứu, kết quả tốt 65,6% ở nhóm chứng và sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### **4.3.5.2. Kết quả điều trị theo y học cổ truyền**

Bảng 3.18 cho thấy: hiệu quả điều trị tốt, khá, trung bình của nhóm NC (tam pháp đại chủ) có hiệu quả ngang với nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Nền y học hiện đại đang từng bước phát triển từng ngày, từng giờ do đó y học cổ truyền cũng sẽ phát triển không ngừng với mục đích nâng cao chất lượng điều trị chăm sóc sức khỏe bệnh nhân. Đặc biệt với những bệnh nhân sợ đau khi châm cứu thì đây là phương pháp tối ưu trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh với châm cứu thông thường.

### **4.4. BÀN LUẬN VỀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP**

#### **4.4.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng**

Kết quả nghiên cứu được trình bày trên bảng 3.20 cho thấy hầu hết số bệnh nhân trong nghiên cứu này ít gặp các tác dụng không mong muốn. Chỉ có 4 trường hợp đau tăng sau châm và 2 trường hợp chảy máu khi châm, tuy nhiên tình trạng này chỉ kéo dài 1,2 lần trong những ngày đầu châm. Điều này có thể do trong quá trình châm, do châm chưa đúng huyết hoặc châm quá sâu, châm kim vào tĩnh mạch gây chảy máu. Tuy nhiên, các tác dụng phụ này không ảnh hưởng nhiều đến bệnh nhân.

Châm là phương pháp điều trị không dùng thuốc từ lâu đời của YHCT được nhân dân ưu tiên lựa chọn sử dụng trong điều trị nhiều chứng bệnh như các chứng đau, chứng liệt.... Cho đến nay điện châm đã được nghiên cứu ứng

dụng trong điều trị nhiều chứng bệnh và đã được chứng minh là phương pháp điều trị an toàn.

Có được kết quả này là phương pháp điều trị không dùng thuốc của y học cổ truyền đều dựa trên nguyên tắc giúp cơ thể tự điều chỉnh lập lại cân bằng âm dương mà không đưa bất cứ một loại thuốc nào vào cơ thể. Chúng tôi đã nghiên cứu kết hợp phương pháp này để ứng dụng điều trị đau cổ gáy, một chứng bệnh thường gặp ở người cao tuổi là đối tượng được khuyến cáo hạn chế dùng các thuốc giảm đau do quan ngại ảnh hưởng tới người bệnh bởi các tác dụng phụ của thuốc và những bệnh nhân sợ châm cứu, những bệnh nhân có tài chính hạn hẹp và hơn nữa đó là làm phong phú phương pháp điều trị đó chính là ưu điểm của phương pháp điều trị không dùng thuốc của y học cổ truyền, an toàn, dễ áp dụng, hiệu quả.

## KẾT LUẬN

### **1. Kết luận về kết quả điều trị đau cổ gáy thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư của phương pháp tam pháp Đại chùy**

Kết quả điều trị chung: Tốt 66,66% , Khá 23,33%; Trung bình 10%, không có hiệu quả kém. Cụ thể:

- Tác dụng giảm đau: Điểm đau trung bình của nhóm nghiên cứu là  $5,67 \pm 1,23$  và giảm đến ngày thứ 14 chỉ còn  $1,11 \pm 0,81$ , nhóm chứng  $5,54 \pm 1,05$  và giảm đến ngày thứ 14 chỉ còn  $2,23 \pm 1,02$ . Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Tăng biên độ hoạt động cúi, ngửa, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay phải, xoay trái so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Cải thiện tốt chức năng sinh hoạt hàng ngày: 86,67% bệnh nhân không còn bị ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày.

Kết quả của NNC có hiệu quả ngang với NĐC và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### **2. Kết luận về tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp**

Trong thời gian 14 ngày sử dụng phương pháp Tam pháp Đại chùy, không ghi nhận bất kỳ biểu hiện không mong muốn nào trên lâm sàng ảnh hưởng đến người bệnh;

Không có bệnh nhân nào phải bỏ điều trị do tác dụng không mong muốn.

## **KIẾN NGHỊ**

Từ kết quả nghiên cứu thu được, nhóm nghiên cứu một số kiến nghị sau:

- Nghiên cứu đa trung tâm từ đó áp dụng rộng rãi trên lâm sàng
- Nên tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn, cũng như trên nhiều thể bệnh với nhiều nguyên nhân của cột sống cổ để đánh giá phạm vi ứng dụng của của phương pháp này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2015). *Bài giảng Y học cổ truyền tập 1 (tài liệu đào tạo sau đại học)* Nhà xuất bản Cục trưởng Cục quản lý Y Dược cổ truyền – Bộ Y tế, tr 318.
2. **Nguyễn Xuân Nghiên** (2008). *Phục hồi chức năng*, NXB Y học, Tr.19-23.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2010). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, NXB Y học, Hà Nội, Tr 140 -153.
4. **Narayan P, Haid RW** (2001). *Treatment of degenerative cervical discdisease*, Neurol Clin.,19 (1), pp: 217-29.
5. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2005). *Phác đồ chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, Tr 145 -149.
6. **Gabriel SE, Crowson CS, Champion ME** (1997). *Direct medical costs unique to people with arthritis*, *J Rheumatol.* 24(4), pp. 719-25.
7. **Nguyễn Thị Mộng Trang, Lê Thị Anh Thư** (2004). Tình hình thoái hóa khớp tại khoa nội cơ xương khớp Bệnh viện Chợ Rẫy trong 3 năm (2/2001 – 2/2004), *báo cáo khoa học hội thảo khớp học lần thứ 3. Hội thảo khớp học Việt Nam*, tr. 13-18.
8. **Ngô Quý Châu** (2018). *Bệnh học nội khoa tập 2*, nhà xuất bản y học Hà Nội, tr 171.
9. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2015). *Bài giảng Y học cổ truyền tập 2 (tài liệu đào tạo sau đại học)* Nhà xuất bản : Cục trưởng Cục quản lý Y Dược cổ truyền – Bộ Y tế, tr 255.
10. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2006). *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr 249 -440.



11. **Nguyễn Liễn** (2014). *Thuật châm cứu*, NXB Thành phố Hồ Chí Minh, tr.450-451.
12. **Frank H.Netter** (2009). *atlas giải phẫu người (Vietnamese edition)*, nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. **Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh** (2016). *Giải phẫu người (Sách đào tạo sau đại học) tập 2*, NXB Y học, tr8-14
14. **Hồ Hữu Lương** (2012). *thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm*, NXB Y học, tr.196, 7-32,53-59,60-61,92-96.
15. **Bộ môn sinh lý bệnh và miễn dịch** (2018). *Sinh lý bệnh và miễn dịch*, NXB Y học, tr 140-141.
16. **Học viện quân Y** (2003). *Bệnh học nội khoa tập 2: Bệnh khớp- nội tiết (giáo trình giảng dạy đại học và sau đại học*, NXB Quân đội nhân dân, tr 57.
17. **Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Ngọc Ân** (2004). *Thoái hóa khớp (hư khớp) và thoái hóa cột sống*, Bệnh học nội khoa tập 1 (dùng cho đối tượng sau đại học), NXB Y học, tr 422-435.
18. **Khoa cơ xương khớp – Phòng chỉ đạo tuyến – Bệnh viện Bạch Mai** (2002). *Tài liệu đào tạo chuyên ngành cơ xương khớp*, tr 1-53, tr 166-174, tr 244-282.
19. **Ngô Quý Châu** (2020). *Triệu chứng học nội khoa*, NXB Y học, tr. 230-234.
20. **Lê Quang Cường** (2008). *Triệu chứng học thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr36.
21. **Hoàng Bảo Châu** (2010). *Nội khoa học cổ truyền*, Nhà xuất bản thời đại, tr. 528- 538.

22. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2018). *Nội khoa Y học cổ truyền (sách dùng cho đối tượng sau đại học)* NXB Y học, tr. 156.
23. **Nguyễn Nhược Kim chủ biên** (2011). *Lý luận Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr 47.
24. **Nguyễn Tử Siêu** (dịch, 1992). *Hoàng Đế nội kinh tố vấn*, Nhà xuất bản thành phố Hồ Chí Minh, tr 283, 286, 289
25. **Dật Danh** (2019). *Hoàng đế nội kinh linh khu*, NXB Hồng Đức, tr 314.
26. **Khoa Y học cổ truyền -Trường Đại học Y Hà Nội** (2005). *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, NXB Y học, Tr.152 - 156.
27. **Bộ môn Y học cổ truyền** (2011). *Bệnh học Nội khoa học cổ truyền*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr. 412- 413.
28. **Hoàng Quý** (2015). *Châm cứu học trung quốc*, NXB Văn hoá thông tin, tr.300 -301. (hồ hưu lương THCS và TVDD 30-31)
29. **Nguyễn Tài Thu** (2014). *Châm cứu chữa bệnh*, NXB tổng hợp Đồng Nai, tr72-77.
30. **Nguyễn Xuân Nghiên** (2016). *phục hồi chức năng*, NXB Y học, tr.193-195.
31. **Lý Ngọc Diễm** (2014). *Thực hành bấm huyệt chữa bệnh*, NXB Thanh niên, tr.142- 145.
32. **Nguyễn Xuân Nghiên** (2017). *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng – sách chuyên khảo dùng cho cán bộ ngành phục hồi chức năng*, NXB Y học, tr.304-306.
33. **Lê Quý Nguu** (2009). *Châm cứu các phương pháp kết hợp*, NXB Thuận hóa, tr 12-13.
34. **Southern orthopedic Speciallists** (2001). *cervical spine: degenerativeconditions, Curr Rev Musculoskelet Med,4(4), pp:168-74.*

35. **Trần Thúy và Nguyễn Tài Thu** (2015). *Châm cứu sau đại học*, NXB y học, tr 48-49.
36. **Nguyễn Tài Thu** (2012). *Tân Châm*, NXB Y học, tr 43-44.
37. **Hoàng Bảo Châu** (2017). *Châm cứu học trong nội kinh, nạn kinh và sự tương đồng với y học hiện đại*, NXB Y học, tr 210-212.
38. **Hoàng Phủ Mật** (2018). *Châm cứu giáp ất kinh tập 1*, NXB Thuận hóa, tr 53-55.
39. **Nguyễn Tài Thu** (2012). *Mãng châm chữa bệnh*, NXB Y học, tr 67-68.
40. **Nguyễn Tài Thu** (2012). *Châm cứu ở tuyến cơ sở*, NXB Y học, tr 43-44
41. **Lê Quý Nguru** (2016). *Học châm cứu bằng hình ảnh*, NXB Thuận hóa, tr 67-68.
42. **Hồ Hữu Lương** (2017). *Huyết châm cứu trong thần kinh học*, NXB y học, tr 142-143.
43. **Dong He, Arne T Hostmark, Kaj bo Veiersted 等** (2005年)。  
 强烈针刺对患有慢性颈肩痛的女性疼痛相关的社会和心理变量的影响-一项为期6个月零3年的RCT随访。第23 (2) 卷, 52-61。  
 Dong He, Arne T Hostmark, Kaj bo Veiersted và cộng sự (2005). Hiệu quả của châm cứu chuyên sâu đối với các biến số xã hội và tâm lý liên quan đến đau đối với phụ nữ bị đau cổ và vai mãn tính - một RCT với sáu tháng và ba năm theo dõi. Mục 23 (2), 52-61
44. **邢庆昌和黄振军** (2013)。  
 解放军第309医院康复科, 大冰针灸配合外用丙she散治疗神经根型颈椎病的临床研究, 7 (8) :12-15。  
 Xing Qingchang và Huang Zhenjun (2013). Nghiên cứu lâm sàng về châm cứu tại Dazhui với bột Bing-cô bên ngoài điều trị thoái hóa đốt

sống cổ loại rễ thần kinh, Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện 309 PLA, 7 (8): 12 - 15

45. **姜振亚和李昌都** (2001) 。 **戳大椎八珍穴治疗颈椎病的临床观察** , 成都中医药大学附属医院 , 四川 , 12 (6) : 178-246.

Jiang Zhen Ya và Li Chang Du (2001). Quan sát lâm sàng về điều trị thoái hóa đốt sống cổ bằng chọc điểm Dazhui Bazhen, Bệnh viện trực thuộc Đại học Y Dược Trung Hoa Truyền thống Thành Đô, Tứ Xuyên, 12 (6): 178-246.

46. **程兵和彭旭明** (2014) 。 **深层针刺大椎·针灸和推拿 (专业学位) 大师治疗神经根型颈椎病的临床观察** Master 10 (4) : pp : 181-236。

Cheng Bing và Peng xuming (2014). Quan sát lâm sàng về điều trị bệnh thoái hóa đốt sống cổ rễ thần kinh bằng Deep Needling Dazhui, Châm cứu và Tuina (bằng cấp chuyên nghiệp) Thạc sĩ 10 (4): pp: 181-236.

47. **侯晓荣, 张荣军, 吕绿 el** (2013) 。 **百会和大寨针灸可以降低海洛因依赖者的脑细胞凋亡** , 安徽中医药大学中西医结合学院 , 安徽中医药大学针灸骨科学院 , 针灸推拿系 11 (3) : pp 174 -259。

Xiaorong Hou, Rongjun Zhang, Hang Lv el at (2013). Châm cứu tại Baihui và Dazhui làm giảm quá trình apoptosis của tế bào não trong các chỉ định sử dụng heroin, Trường Y học Phương Tây và Trung Quốc Cổ truyền Tích hợp, Đại học Y học Cổ truyền An Huy, Khoa Châm cứu và Tuina, Trường Châm cứu & Xương, Đại học Y học Cổ truyền Trung Quốc An Huy 11 (3): trang 174 - 259.

48. **王新, 苏华, 姚世江 等 (2015)**。北京中医药大学针灸百会穴 (GV 20) 和明门穴 (GV 4) 调节Wnt / $\beta$ -catenin信号通路中Wnt1, Wnt3a和 $\beta$ -catenin的表达, 证明对脊髓损伤具有神经保护作用, 中医治疗中心, 中医科学院和北京协和医科大学。PP 232-240
- Wang Xin, Su-hua, Shi Hai-jiang Yao và cộng sự (2015). châm cứu tại Baihui (GV 20) và Mingmen (GV 4) điều chỉnh sự biểu hiện của Wnt1, Wnt3 a và  $\beta$ -catenin trong con đường tín hiệu Wnt /  $\beta$ -catenin, chứng minh tác dụng bảo vệ thần kinh chống lại tổn thương tủy sống, tại Đại học Y khoa Trung Quốc Bắc Kinh, Trung tâm Điều trị Y học Cổ truyền Trung Quốc và Học viện Khoa học Y tế Trung Quốc & Đại học Y khoa Liên hiệp Bắc Kinh. Trang 232-240
49. **Park Young-Wook Park, Gi Yoon Heo, Min Jae Kim 等 (2019)**。针刺百会 (GV 20) 和大椎 (GV 14) 来改善光血栓性中风小鼠模型缺血后的长期康复, 釜山大学, 韩国医学科学系, 韩国医学健康研究中心180 3) Pp 350-410
- Park Young-Wook Park, Gi Yoon Heo, Min Jae Kim và cộng sự (2019). châm cứu tại Baihui (GV 20) và Dazhui (GV 14) để cải thiện khả năng phục hồi lâu dài sau khi thiếu máu cục bộ trên mô hình chuột đột quỵ do huyết khối ảnh, Đại học Quốc gia Pusan, Khoa Khoa học Y tế Hàn Quốc, Trung tâm Nghiên cứu Khoa học Y tế Hàn Quốc về Sức khỏe-Người cao tuổi 180 3) Trang 350-410

50. **范文涛, 黄玉伟, 王立生 等 (2016)**。刺激肺俞 (BL 13) 和大椎 (GV14) 穴对哮喘凝胶中芥子碱硫氰酸盐经皮摄取的影响, 广州中医药大学药学院·中药学院药理学教研室, 南方医科大学, 14 (3) Pp 120 – 348。
- Fan Wentao, Huang Yuwei, Wang Lisheng và cộng sự (2016). Tác dụng của việc kích thích các huyệt Feishu (BL 13) và Dazhui (GV14) đối với sự hấp thu qua da của sinapine thiocyanate trong gel trị hen suyễn, Khoa Dược, Đại học Y học cổ truyền Trung Quốc, Đại học Y khoa Quảng Châu, Khoa Dược, Trường Y học Cổ truyền Trung Quốc, Đại học Y khoa Miền Nam, 14 (3) Tr 120 - 348.
51. **Nguyễn Thị Thắm (2008)**. Đánh giá hiệu quả điều trị đau cổ vai gáy trong các cột sống cổ bằng một số phương pháp vật lý kết hợp vận hành trị liệu, *Luận văn học thuật*, Trường Đại học Y Hà Nội.
52. **Hồ Đăng Khoa (2011)**. *đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp tập vận động theo y học cổ truyền*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam..
53. **Lê Thị Diệu Hằng (2012)**. *Đánh giá điều trị triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ bằng mẫn điện châm kết hợp bài thuốc quyên tí thang*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
54. **Nguyễn Tuyết Trang (2013)**. Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ (thể phong hàn thấp tý) bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyệt, *Luận văn thạc sỹ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
55. **Nguyễn Thị Hương Giang (2015)**. Đánh giá hiệu ứng chữa đau thắt lưng THCS bằng điện châm và xoa bóp, *Y học thực hành*, số 8, tập 614 + 615, tr. 72-74

56. **Nguyễn Ngọc Mậu** (2019) *Đánh giá tác dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc TK1 trong điều trị đau cổ vai tay*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội
57. **Bộ Y tế** (2008). *Điện châm điều trị hội chứng vai gáy*, quy trình kỹ thuật y học cổ truyền, Tr 120-121.
58. **Hinton R, Moody RL, Davis AW** (2002). Osteoarthritis: Diagnosis and therapeutic considerations, *Am Fam Physician*, Mar 1; 65(5):pp. 848-8
59. **Bộ Y tế** (2015). Quy trình kỹ thuật châm cứu, *Tài liệu hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Quy trình 46, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
60. **Nguyễn Văn Tuấn** (2008). *Y học thực chứng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90
61. **Victoria Quality Council** (2007). *Acute pain management measurement toolkit*, Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia.
62. **Đặng Trúc Quỳnh, Trịnh Thị Lụa, Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự** (2015). Tác dụng giảm co cứng cơ và giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày của bài thuốc Cát căn thang kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy do đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ, *Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*, 47(2015), tr 25-34.
63. **Marchettini P, Marangoni C, Lacerenza M, Formaglio F**. The Lindblom roller. *Eur J Pain* 2003;7:359–64

**Phụ lục 1**  
**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**

Số

NNC

NĐC

**I. Phần hành chính**

1. Họ và tên:.....
2. Tuổi:.....
3. Giới:.....
4. Nghề nghiệp:.....
5. Địa chỉ:.....
6. Ngày vào viện:.....
7. Ngày ra viện:.....
8. Số bệnh án:.....
9. Lý do vào viện:.....

**II. Bệnh sử:**

- Thời gian bị bệnh:

- Diễn biến:

.....  
.....  
.....

**III. Tiền sử:**

1. Bản thân:

.....

2. Gia đình:

.....



## IV. Khám Y học hiện đại

### 1. Lâm sàng:

#### 1.1. Hội chứng lâm sàng

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

#### 1.2. Vị trí đau

- Đau xuống ngón
- Đau xuống cẳng tay
- Đau xuống cánh tay
- Đau lan ra vai
- Đau tại cột sống cổ
- Đau vùng chẩm

#### 1.3. Tính chất đau và các triệu chứng khác kèm theo

- Đau tăng khi: Cúi  Ngửa  Nghiêng  Xoay
- Cảm giác kiến bò và tê tay chân chích: Thỉnh thoảng  Thường xuyên
- Thời gian đau:
  - Chóng mặt khi quay đầu Có  Không
  - ù tai, cảm giác ve kêu trong tai Có  Không
  - Đau ngực Có  Không
  - Cảm giác nghẹn cổ, vã mồ hôi Có  Không
  - Giảm phản xạ gân cơ nhị đầu Có  Không

## 2. Cận lâm sàng

- Hình ảnh X-Quang:

.....

.....

.....

3. Chẩn đoán:.....

## 4. Thang điểm VAS

Phân loại	Mức độ đau	Thang điểm	D <sub>0</sub>	D <sub>7</sub>	D <sub>14</sub>
Mức 0 điểm	Hoàn toàn không đau	0			
Mức 1- 2 điểm	Đau nhẹ	1			
Mức 2- 4 điểm	Đau vừa	2			
Mức 4- 6 điểm	Đau nặng	3			

## 5. Đánh giá tiến độ về tầm vận động khớp

Động tác	D <sub>0</sub>	D <sub>7</sub>	D <sub>14</sub>
Cúi			
Ngửa			
Xoay T			
Xoay T			
Nghiêng T			
Nghiêng P			
Tổng điểm			





- Vụng chằm

Có

Không

## VII. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

<b>Kết quả</b>	<b>Tổng Điểm</b>	<b>VAS</b>	<b>TVĐK</b>	<b>Mức độ ảnh hưởng chức năng</b>
Tốt	0-3	Hết đau hoặc đau ít	Hết hạn chế TVĐK	Không ảnh hưởng
Khá	4-12	Đau mức ít	Hết hạn chế hoặc hạn chế ít	Ảnh hưởng ít
Trung bình	13-21	Đau mức ít	Hạn chế mức trung bình	Ảnh hưởng trung bình
Kém	22-39	Đau nhiều hoặc tăng lên	Hạn chế nhiều	Ảnh hưởng nhiều

- Tổng điểm sau 7 ngày điều trị:

- Tổng điểm sau 14 ngày điều trị:

Nghiên cứu viên

Bác sĩ Hà Quốc Tuấn

**Phụ lục 2**  
**PHÁC ĐỒ ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ**  
**HỘI CHỨNG VAI GÁY CỦA BỘ Y TẾ**

**QUY TRÌNH SỐ 46: ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VAI GÁY**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Hội chứng đau vai gáy là bệnh hay gặp trên lâm sàng, bệnh liên quan đến bệnh lý đốt sống cổ. Tùy theo mức độ và vị trí tổn thương bệnh nhân có những rối loạn cảm giác và vận động do các rễ thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay chi phối. Thường gặp đau hoặc tê sau gáy lan xuống vai tay có thể đơn độc hoặc kết hợp với yếu, giảm trương lực các cơ tương ứng với các rễ thần kinh bị thương tổn chi phối.

- Theo Y học cổ truyền, do tấu lý sơ hở phong hàn thấp thừa cơ xâm nhập gây tổn thương kinh lạc, cản trở lưu thông khí huyết, gây đau. Bệnh lâu ngày gây tổn thương cân cơ gây yếu, teo cơ.

**2. CHỈ ĐỊNH:** Đau vai gáy do thoái hoá đốt sống cổ

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đau vai gáy trong bệnh cảnh có ép tuỷ cổ (viêm tuỷ, thoát vị đĩa đệm thể trung tâm, u tuỷ, rong tuỷ ...)

**4. CHUẨN BỊ**

4.1. Cán bộ y tế: Bác sỹ, y sỹ, lương y đã được đào tạo về châm cứu.

4.2. Phương tiện

- Máy điện châm hai tần số bỏ, tả
- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-8-10 cm, dùng riêng cho từng người bệnh
- Khay men, kim có máu, bông, cồn70<sup>0</sup>

4.3. Người bệnh

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Tư thế người bệnh ngồi.

## 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 5.1. Phác đồ huyết

- |                   |               |                 |
|-------------------|---------------|-----------------|
| - Phong trì       | - Phong phủ   | - Thiên trụ     |
| - Giáp tích C4-C7 | - Đại chùy    | - Kiên trung du |
| - Kiên tỉnh       | - Kiên ngưng  | - Kiên trình    |
| - Thiên tông      | - Khúc trì    | - Tiểu hải      |
| - Ngoại quan      | - Hợp cốc     | - Lạc chẩm      |
| - Hậu Khê         | - A thị huyết |                 |

### 5.2. Thủ thuật

Xác định và sát trùng da vùng huyết, châm kim qua da nhanh đẩy kim từ từ theo hướng đã định, châm phải đạt đặc khí .

Mỗi lần chọn 6-8 huyết, châm tả.

### 5.3. Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz,
- Cường độ: 14-150 microAmpe, tăng dần tới ngưỡng bệnh nhân chịu được.
- Thời gian: 20- 30 phút cho một lần điện châm.

### 5.4. Liệu trình điều trị

- Điện châm ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10- 20 lần châm tùy theo mức độ bệnh và đáp ứng điều trị .

## 6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi: toàn trạng bệnh nhân, rối loạn cảm giác , vận động .

### 6.2. Xử lý tai biến

6.1. *Vùng châm*: Người bệnh hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, cho người bệnh nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết: Thái dương, Nội quan. Theo dõi sát mạch, huyết áp.

6.2. *Chảy máu khi rút kim*: dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

**Phụ lục 3**  
**BẢNG CÂU HỎI NPQ**  
**(NORTHWICK PARK NECK PAIN QUESTIONNAIRE )**

<b>Phần</b>	<b>Nội dung</b>	<b>D<sub>0</sub></b>	<b>D<sub>7</sub></b>	<b>D<sub>14</sub></b>
Cường độ đau	A. Không đau, đau ít B. Đau trung bình C. Đau nhiều			
Đau và giấc ngủ	A. Ngủ bình thường B. Đôi khi bị đau ảnh hưởng C. Thường xuyên			
Dị cảm về đêm	A. Không có B. Đôi khi C. Thường xuyên D. Ngủ < 5h do tê hoặc dị cảm			
Thời gian kéo dài triệu chứng	A. Cổ và tay bình thường suốt ngày B. Có triệu chứng <1h C. Xuất hiện và mất đi trong vòng 1-4h D. Triệu chứng kéo dài > 4h			
Mang xách đồ vật	A. Có thể xách nặng không đau thêm B. Có thể xách nặng nhưng đau thêm C. Có thể xách nặng vừa phải D. Chỉ xách được vật nhẹ			
Đọc hoặc xem tivi	A. Bình thường B. Làm được nếu tư thế thoải mái C. Làm được nhưng gây đau thêm D. Làm thời gian ít hơn do đau			



Làm việc / làm việc nhà	A. Bình thường B. Làm được nhưng đau thêm C. Làm ½ thời gian bình thường D. Làm khoảng ¼ thời gian bình thường			
Hoạt động xã hội	A. Bình thường B. Bình thường nhưng đau thêm C. Hạn chế nhưng có thể ra ngoài D. Chỉ làm được ở nhà			

Cách cho điểm

A: 0 điểm

B: 1 điểm

C: 2 điểm

D: 3 điểm

## Phụ lục 4

### VỊ TRÍ HUYỆT TRONG PHÁC ĐỒ HUYỆT CHÂM CỨU

Tên huyệt	Đường kinh	Vị trí
Đại chùy	Mạch đốc	phần lồi cạnh ngay gai đốt sống số 7
Phong trì	Túc thiếu dương Đờm	chỗ lõm của bờ trong cơ ức đòn chũm và bờ ngoài cơ thang bám vào đáy hộp sọ
Phong phủ	Mạch đốc	Chỗ lõm giữa gáy và ở trên chân tóc gáy 1 thốn. Giữa khe của xương chẩm và đốt sống cổ thứ I
Thiên trụ	Túc thái dương Bàng Quang	Ở vùng gáy, dưới u lồi chẩm phía ngoài, ở bờ ngoài cơ thang
Kiên ngưng	Thủ dương minh Đại Trường	Dang cánh tay thẳng, huyệt ở chỗ lõm, phía trước và ngoài khớp,
Kiên tinh	Túc thiếu dương Đờm	Huyệt ở chỗ lõm vùng trên vai
Kiên trình	Thủ thái dương Tiểu Trường	Đặt cánh tay lên hông sườn, huyệt ở mặt sau vai, từ đầu chỉ nếp nách thẳng lên 1 thốn
Tiểu hải	Thủ thái dương Tiểu Trường	huyệt ở giữa mỏm khuỷu và mỏm trên ròng rọc đầu dưới xương cánh tay, nơi tận cơ 3 đầu cánh tay
Hợp cốc	Thủ dương minh Đại Trường	Khép ngón trỏ và ngón cái sát nhau, huyệt ở điểm cao nhất của cơ ngón trỏ ngón cái
Ngoại quan	Kinh tam tiêu	Trên lằn chỉ cổ tay 2 thốn, giữa xương quay và xương trụ, ở mặt giữa sau cánh tay.

Lạc chẩm	Kỳ huyết	nằm ở mu bàn tay, giữa đốt xương bàn tay ngón 2 và 3, sau khớp nối bàn và ngón tay khoảng 0,5 thốn
Hậu Khê	Thủ thái dương Tiểu Trường	Khi gấp ngón tay vào bàn tay, sẽ lộ rõ đường chỉ tâm đạo (giống như khe suối = Khê), huyết ở cuối của đường vân này
Giáp tích C4	Ngoài đường kinh	Từ Mỏm gai đốt sống c4 đo ngang 0,5 thốn
Giáp tích C5	Ngoài đường kinh	Từ Mỏm gai đốt sống c5 đo ngang 0,5 thốn
Giáp tích C6	Ngoài đường kinh	Từ Mỏm gai đốt sống c6 đo ngang 0,5 thốn
Giáp tích C7	Ngoài đường kinh	Từ Mỏm gai đốt sống c7 đo ngang 0,5 thốn

## Phụ lục 5

### CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi (Họ và tên): .....

Tuổi: .....Giới .....

Địa chỉ: .....

Điện thoại liên hệ: .....

Xác nhận rằng:

- Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho đề tài: **Đánh giá tác dụng điều trị đau vùng cổ gáy bằng phương pháp tam pháp Đại chủy** tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.

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

- Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu là 14 ngày liên tục điều trị tại Bệnh viện Châm cứu trung ương

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

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

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

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

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

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

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

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

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Nếu cần:

Ký và ghi rõ họ tên của Bác sỹ

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Ký, ghi rõ họ tên người hướng dẫn khoa  
học

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]	<b>Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội</b> (2015). <i>Bài giảng Y học cổ truyền tập 1 (tài liệu đào tạo sau đại học)</i> Nhà xuất bản Cục trưởng Cục quản lý Y Dược cổ truyền – Bộ Y tế, tr 318.
[2]	<b>Nguyễn Xuân Nghiê</b> n (2008). <i>Phục hồi chức năng</i> , NXB Y học, Tr.19-23.
[3]	<b>Nguyễn Thị Ngọc Lan</b> (2010). <i>Bệnh học cơ xương khớp nội khoa</i> , NXB Y học, Hà Nội, Tr 140 -153.
[4]	<b>Narayan P, Haid RW</b> (2001). <i>Treatment of degenerative cervical discdisease</i> , Neurol Clin.,19 (1), pp: 217-29.
[5]	<b>Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan</b> (2005). <i>Phác đồ chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp thường gặp</i> , Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, Tr 145 -149.
[6]	<b>Gabriel SE, Crowson CS, Champion ME</b> (1997). <i>Direct medical costs unique to people with arthritis</i> , <i>J Rheumatol.</i> 24(4), pp. 719-25.
[7]	<b>Nguyễn Thị Mộng Trang, Lê Thị Anh Thư</b> (2004). Tình hình thoái hóa khớp tại khoa nội cơ xương khớp Bệnh viện Chợ Rẫy trong 3 năm (2/2001 – 2/2004), <i>báo cáo khoa học hội thảo khớp học lần thứ 3. Hội thảo khớp học Việt Nam</i> , tr. 13-18.
[8]	<b>Ngô Quý Châu</b> (2018). <i>Bệnh học nội khoa tập 2</i> , nhà xuất bản y học Hà Nội, tr 171.
[9]	<b>Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội</b> (2015). <i>Bài giảng Y học cổ truyền tập 2 (tài liệu đào tạo sau đại học)</i> Nhà xuất bản : Cục trưởng Cục quản lý Y Dược cổ truyền – Bộ Y tế, tr 255.
[10]	<b>Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội</b> (2006). <i>Nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr 249 -440.

[11]	<b>Nguyễn Liễn</b> (2014). <i>Thuật châm cứu</i> , NXB Thành phố Hồ Chí Minh, tr.450-451.
[12]	<b>Frank H.Netter</b> (2009). <i>atlas giải phẫu người (Vietnamese edition)</i> , nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[13]	<b>Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh</b> (2016). <i>Giải phẫu người (Sách đào tạo sau đại học) tập 2</i> , NXB Y học, tr8-14
[14]	<b>Hồ Hữu Lương</b> (2012). <i>thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm</i> , NXB Y học, tr.196, 7-32,53-59,60-61,92-96.
[15]	<b>Bộ môn sinh lý bệnh và miễn dịch</b> (2018). <i>Sinh lý bệnh và miễn dịch</i> , NXB Y học, tr 140-141.
[16]	<b>Học viện quân Y</b> (2003). <i>Bệnh học nội khoa tập 2: Bệnh khớp- nội tiết (giáo trình giảng dạy đại học và sau đại học</i> , NXB Quân đội nhân dân, tr 57.
[17]	<b>Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Ngọc Ân</b> (2004). <i>Thoái hóa khớp (hư khớp) và thoái hóa cột sống</i> , Bệnh học nội khoa tập 1 (dùng cho đối tượng sau đại học), NXB Y học, tr 422-435.
[18]	<b>Khoa cơ xương khớp – Phòng chỉ đạo tuyến – Bệnh viện Bạch Mai</b> (2002). <i>Tài liệu đào tạo chuyên ngành cơ xương khớp</i> , tr 1-53, tr 166-174, tr 244-282.
[19]	<b>Ngô Quý Châu</b> (2020). <i>Triệu chứng học nội khoa</i> , NXB Y học, tr. 230-234.
[20]	<b>Lê Quang Cường</b> (2008). <i>Triệu chứng học thần kinh</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr36.
[21]	<b>Hoàng Bảo Châu</b> (2010). <i>Nội khoa học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản thời đại, tr. 528- 538.
[22]	<b>Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội</b> (2018). <i>Nội khoa Y học cổ truyền (sách dùng cho đối tượng sau đại học)</i> NXB Y học, tr. 156.
[23]	<b>Nguyễn Nhược Kim chủ biên</b> (2011). <i>Lý luận Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr 47.

[24]	<b>Nguyễn Tử Siêu</b> (dịch, 1992). <i>Hoàng Đế nội kinh tố vấn</i> , Nhà xuất bản thành phố Hồ Chí Minh, tr 283, 286, 289
[25]	<b>Dật Danh</b> (2019). <i>Hoàng đế nội kinh linh khu</i> , NXB Hồng Đức, tr 314.
[26]	<b>Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội</b> (2005). <i>Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền</i> , NXB Y học, Tr.152 - 156.
[27]	<b>Bộ môn Y học cổ truyền</b> (2011). <i>Bệnh học Nội khoa học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr. 412- 413.
[28]	<b>Hoàng Quý</b> (2015). <i>Châm cứu học trung quốc</i> , NXB Văn hoá thông tin, tr.300 -301. (hồ hưu lương THCS và TVDD 30-31)
[29]	<b>Nguyễn Tài Thu</b> (2014). <i>Châm cứu chữa bệnh</i> , NXB tổng hợp Đồng Nai, tr72-77.
[30]	<b>Nguyễn Xuân Nghiê</b> n (2016). <i>phục hồi chức năng</i> , NXB Y học, tr.193-195.
[31]	<b>Lý Ngọc Điêm</b> (2014). <i>Thực hành bấm huyệt chữa bệnh</i> , NXB Thanh niên, tr.142- 145.
[32]	<b>Nguyễn Xuân Nghiê</b> n (2017). <i>Vật lý trị liệu phục hồi chức năng – sách chuyên khảo dùng cho cán bộ ngành phục hồi chức năng</i> , NXB Y học, tr.304-306.
[33]	<b>Lê Quý Nguru</b> (2009). <i>Châm cứu các phương pháp kết hợp</i> , NXB Thuận hóa, tr 12-13.
[34]	<b>Southern orthopedic Speciallists</b> (2001). <i>cervical spine: degenerative conditions</i> , <i>Curr Rev Musculoskelet Med</i> ,4(4), pp:168-74.
[35]	<b>Trần Thúy và Nguyễn Tài Thu</b> (2015). <i>Châm cứu sau đại học</i> , NXB y học, tr 48-49.
[36]	<b>Nguyễn Tài Thu</b> (2012). <i>Tân Châm</i> , NXB Y học, tr 43-44.
[37]	<b>Hoàng Bảo Châu</b> (2017). <i>Châm cứu học trong nội kinh, nạn kinh và sự tương đồng với y học hiện đại</i> , NXB Y học, tr 210-212.
[38]	<b>Hoàng Phủ Mật</b> (2018). <i>Châm cứu giáp ất kinh tập 1</i> , NXB Thuận hóa, tr 53-55.



[39]	<b>Nguyễn Tài Thu</b> (2012). <i>Mãng châm chữa bệnh</i> , NXB Y học, tr 67-68.
[40]	<b>Nguyễn Tài Thu</b> (2012). <i>Châm cứu ở tuyến cơ sở</i> , NXB Y học, tr 43-44
[41]	<b>Lê Quý Nguru</b> (2016). <i>Học châm cứu bằng hình ảnh</i> , NXB Thuận hóa, tr 67-68.
[42]	<b>Hồ Hữu Lương</b> (2017). <i>Huyết châm cứu trong thần kinh học</i> , NXB y học, tr 142-143.
[43]	<p><b>Dong He, Arne T Hostmark, Kaj bo Veiersted 等</b> (2005年)。强烈针刺对患有慢性颈肩痛的女性疼痛相关的社会和心理变量的影响 - 一项为期6个月零3年的RCT随访。第23 (2) 卷, 52-61.</p> <p>Dong He, Arne T Hostmark, Kaj bo Veiersted và cộng sự (2005). Hiệu quả của châm cứu chuyên sâu đối với các biến số xã hội và tâm lý liên quan đến đau đối với phụ nữ bị đau cổ và vai mãn tính - một RCT với sáu tháng và ba năm theo dõi. Mục 23 (2), 52-61</p>
[44]	<p><b>邢庆昌和黄振军</b> (2013)。解放军第309医院康复科, 大冰针灸配合外用丙she散治疗神经根型颈椎病的临床研究, 7 (8) :12-15.</p> <p>Xing Qingchang và Huang Zhenjun (2013). Nghiên cứu lâm sàng về châm cứu tại Dazhui với bột Bing-cô bên ngoài điều trị thoái hóa đốt sống cổ loại rễ thần kinh, Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện 309 PLA, 7 (8): 12 - 15</p>
[45]	<p><b>姜振亚和李昌都</b> (2001)。戳大椎八珍穴治疗颈椎病的临床观察, 成都中医药大学附属医院, 四川, 12 (6) : 178-246.</p> <p>Jiang Zhen Ya và Li Chang Du (2001). Quan sát lâm sàng về điều trị thoái hóa đốt sống cổ bằng chọc điểm Dazhui Bazhen, Bệnh viện trực thuộc Đại học Y Dược Trung Hoa Truyền thống Thành Đô, Tứ Xuyên, 12 (6): 178-246.</p>

[46]	<p><b>程兵和彭旭明</b> (2014) 。 <b>深层针刺大椎· 针灸和推拿</b> ( 专业学位 ) 大师治疗神经根型颈椎病的临床观察 <i>Master</i> 10 (4) : pp : 181-236。</p> <p>Cheng Bing và Peng xuming (2014). Quan sát lâm sàng về điều trị bệnh thoái hóa đốt sống cổ rễ thần kinh bằng Deep Needling Dazhui, Châm cứu và Tuina (bằng cấp chuyên nghiệp) <i>Thạc sĩ</i> 10 (4): pp: 181-236.</p>
[47]	<p><b>侯晓荣· 张荣军· 吕绿 el</b> (2013) 。 <b>百会和大寨</b> 针灸可以降低海洛因依赖者的脑细胞凋亡，安徽中医药大学中西医结合学院，安徽中医药大学针灸骨科学院，针灸推拿系 11 (3) : pp 174 -259。</p> <p>Xiaorong Hou, Rongjun Zhang, Hang Lv el at (2013). Châm cứu tại Baihui và Dazhui làm giảm quá trình apoptosis của tế bào não trong các chỉ định sử dụng heroin, Trường Y học Phương Tây và Trung Quốc Cổ truyền Tích hợp, Đại học Y học Cổ truyền An Huy, Khoa Châm cứu và Tuina, Trường Châm cứu &amp; Xương, Đại học Y học Cổ truyền Trung Quốc An Huy 11 (3): trang 174 - 259.</p>
[48]	<p><b>王新, 苏华· 姚世江 等</b> (2015) 。 <b>北京中医药大学</b> 针灸百会穴 ( GV 20) 和明门穴 ( GV 4) 调节Wnt /<math>\beta</math>-catenin信号通路中Wnt1, Wnt3a和<math>\beta</math>-catenin的表达, 证明对脊髓损伤具有神经保护作用，中 医治疗中心，中医科学院和北京协和医科大学。 PP 232-240</p> <p>Wang Xin, Su-hua, Shi Hai-jiang Yao và cộng sự (2015). châm cứu tại Baihui (GV 20) và Mingmen (GV 4) điều chỉnh sự biểu hiện của Wnt1, Wnt3 a và <math>\beta</math>-catenin trong con đường tín hiệu Wnt / <math>\beta</math>-catenin, chứng minh tác dụng bảo vệ thần kinh chống lại tổn thương tủy sống, tại Đại học Y khoa Trung Quốc Bắc Kinh, Trung tâm Điều trị Y học Cổ truyền</p>

	Trung Quốc và Học viện Khoa học Y tế Trung Quốc & Đại học Y khoa Liên hiệp Bắc Kinh. Trang 232-240
[49]	<p><b>Park Young-Wook Park, Gi Yoon Heo, Min Jae Kim 等 (2019)</b>  。 针刺百会 (GV 20) 和大椎 (GV 14) 来改善光血栓性中风小鼠模型缺血后的长期康复, 釜山大学, 韩国医学科学系, 韩国医学健康研究中心180 3) Pp 350-410</p> <p>Park Young-Wook Park, Gi Yoon Heo, Min Jae Kim và cộng sự (2019). châm cứu tại Baihui (GV 20) và Dazhui (GV 14) để cải thiện khả năng phục hồi lâu dài sau khi thiếu máu cục bộ trên mô hình chuột đột quỵ do huyết khối ảnh, Đại học Quốc gia Pusan, Khoa Khoa học Y tế Hàn Quốc, Trung tâm Nghiên cứu Khoa học Y tế Hàn Quốc về Sức khỏe-Người cao tuổi 180 3) Trang 350-410</p>
[50]	<p><b>范文涛, 黄玉伟, 王立生 等 (2016)</b> 。 刺激肺俞 (BL 13) 和大椎 (GV14) 穴对哮喘凝胶中芥子碱硫氰酸盐经皮摄取的影响, 广州中医药大学药学院, 中药学院药理学教研室, 南方医科大学, 14 (3) Pp 120 – 348。</p> <p>Fan Wentao, Huang Yuwei, Wang Lisheng và cộng sự (2016). Tác dụng của việc kích thích các huyết Feishu (BL 13) và Dazhui (GV14) đối với sự hấp thu qua da của sinapine thiocyanate trong gel trị hen suyễn, Khoa Dược, Đại học Y học cổ truyền Trung Quốc, Đại học Y khoa Quảng Châu, Khoa Dược, Trường Y học Cổ truyền Trung Quốc, Đại học Y khoa Miền Nam, 14 (3) Tr 120 - 348.</p>
[51]	<p><b>Nguyễn Thị Thắm (2008)</b>. Đánh giá hiệu quả điều trị đau cổ vai gáy trong các cột sống cổ bằng một số phương pháp vật lý kết hợp vận hành trị liệu, <i>Luận văn học thuật</i>, Trường Đại học Y Hà Nội.</p>

[52]	<b>Hồ Đăng Khoa</b> (2011). <i>đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp tập vận động theo y học cổ truyền</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam..
[53]	<b>Lê Thị Diệu Hằng</b> (2012). <i>Đánh giá điều trị triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ bằng mẫn điện châm kết hợp bài thuốc quỳên tí thang</i> , Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
[54]	<b>Nguyễn Tuyết Trang</b> (2013). <i>Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ (thể phong hàn thấp tý) bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyệt</i> , <i>Luận văn thạc sĩ y học</i> , Trường Đại học Y Hà Nội.
[55]	<b>Nguyễn Thị Hương Giang</b> (2015). <i>Đánh giá hiệu ứng chữa đau thắt lưng THCSC bằng điện châm và xoa bóp</i> , <i>Y học thực hành</i> , số 8, tập 614 + 615, tr. 72-74
[56]	<b>Nguyễn Ngọc Mậu</b> (2019) <i>Đánh giá tác dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc TK1 trong điều trị đau cổ vai tay</i> , Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội
[57]	<b>Bộ Y tế</b> (2008). <i>Điện châm điều trị hội chứng vai gáy</i> , quy trình kỹ thuật y học cổ truyền, Tr 120-121.
[58]	<b>Hinton R, Moody RL, Davis AW</b> (2002). Osteoarthritis: Diagnosis and therapeutic considerations, <i>Am Fam Physician</i> , Mar 1; 65(5):pp. 848-8
[59]	<b>Bộ Y tế</b> (2015). <i>Quy trình kỹ thuật châm cứu</i> , <i>Tài liệu hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu</i> , Quy trình 46, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[60]	<b>Nguyễn Văn Tuấn</b> (2008). <i>Y học thực chứng</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90
[61]	<b>Victoria Quality Council</b> (2007). <i>Acute pain management measurement toolkit</i> , Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia.

[62]	<p><b>Đặng Trúc Quỳnh, Trịnh Thị Lụa, Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự</b> (2015). Tác dụng giảm co cứng cơ và giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày của bài thuốc Cát căn thang kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy do đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ, <i>Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam</i>, 47(2015), tr 25-34.</p>
[63]	<p><b>Marchettini P, Marangoni C, Lacerenza M, Formaglio F.</b> The Lindblom roller. <i>Eur J Pain</i> 2003;7:359–64</p>