

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

BỘ Y TẾ

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



NGUYỄN HỒNG HẠNH

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA CAO DÁN ÔN KINH PHƯƠNG
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẮM HUYỆT
TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2024

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

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



NGUYỄN HỒNG HẠNH

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA CAO DÁN ÔN KINH PHƯƠNG
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẨM HUYỆT
TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS. NGUYỄN TIẾN CHUNG

HÀ NỘI - 2024

LỜI CẢM ƠN

Trong suốt thời gian học tập và nghiên cứu tại Học Viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, tôi đã nhận được nhiều sự giúp đỡ tạo điều kiện của các tập thể, cá nhân, gia đình, cơ quan, bạn bè và đồng nghiệp.

Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Ban Giám Đốc, Phòng Đào tạo sau đại học, Phòng kế hoạch tổng hợp cùng các Phòng ban của Học Viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong quá trình học tập.

Đặc biệt với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới **TS.BS.Nguyễn Tiến Chung** – Người Thầy luôn tâm huyết với các thế hệ học viên đã trực tiếp hướng dẫn, giảng dạy và chỉ bảo những kinh nghiệm quý báu, luôn tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong suốt quá trình học tập, thực hiện nghiên cứu và hoàn thiện luận văn này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới tất cả các Giáo sư, Phó giáo sư, Tiến sĩ trong Hội đồng: là những người Thầy, những Nhà Khoa học đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu và khoa học để tôi hoàn thành và bảo vệ thành công luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới Đảng ủy, Ban giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an cùng toàn thể cán bộ nhân viên của Bệnh viện, những người đồng nghiệp nơi tôi công tác đã quan tâm, giúp đỡ, động viên tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình thực hiện luận văn này.

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

Lời cảm ơn cuối cùng tôi muốn dành tình cảm tới những người thân trong gia đình cùng cơ quan, bạn bè, đồng nghiệp đã luôn động viên, khích lệ, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập cũng như hoàn thành khóa luận.

Hà Nội, ngày tháng năm 2024

Nguyễn Hồng Hạnh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Nguyễn Hồng Hạnh**, học viên lớp cao học – Khóa 15, Học Viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là Luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của thầy TS.BS.Nguyễn Tiến Chung.
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 nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2024

Người viết cam đoan

Nguyễn Hồng Hạnh

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống theo Y học hiện đại.....	3
1.1.1. Khái niệm	3
1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	4
1.1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.....	4
1.1.4. Chẩn đoán và điều trị.....	7
1.1.5. Phòng bệnh.....	9
1.2. Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống theo Y học cổ truyền.....	9
1.2.1. Bệnh danh.....	9
1.2.2. Nguyên nhân	10
1.2.3. Các thể lâm sàng.....	10
1.3. Tổng quan phương pháp can thiệp trong nghiên cứu	12
1.3.1. Cao dán Ôn kinh phương.....	12
1.3.2. Điện châm	15
1.3.3. Xoa bóp bấm huyệt	19
1.4. Một số nghiên cứu điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ	20
1.4.1. Trên thế giới	20
1.4.2. Tại Việt Nam	21
Chương 2. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 23	
2.1. Chất liệu nghiên cứu	23
2.1.1. Công thức cao dán Ôn kinh phương.....	23
2.1.2. Bào chế và cách sử dụng cao dán Ôn kinh phương	23
2.1.3. Phương tiện nghiên cứu	24
2.2. Đối tượng nghiên cứu	24
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn	25
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	25

2.3. Phương pháp nghiên cứu	26
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	26
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	26
2.3.3. Phương pháp tiến hành.....	27
2.3.4. Các biến số nghiên cứu	29
2.4.4. Phương pháp lượng giá kết quả điều trị	30
2.4. Thời gian địa điểm nghiên cứu	33
2.5. Phương pháp xử lý số liệu	33
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu.....	33
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	36
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	36
3.1.1. Đặc điểm chung	36
3.1.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu.....	38
3.1.3. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang	41
3.2. Hiệu quả điều trị.....	41
3.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS sau điều trị	41
3.2.2. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống cổ sau điều trị.....	43
3.2.3. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI ...	44
3.2.4. Hiệu quả điều trị chung.....	45
3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị	46
3.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	46
3.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng.....	46
Chương 4. BÀN LUẬN	48
4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	48
4.1.1. Đặc điểm chung	48
4.1.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu	53
4.1.3. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang	55
4.2. Hiệu quả điều trị.....	55

4.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS sau điều trị	55
4.2.2. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống cổ sau điều trị.....	62
4.2.3. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI ...	66
4.2.4. Hiệu quả điều trị chung	67
4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị	69
4.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	69
4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng.....	70
KẾT LUẬN	71
KHUYẾN NGHỊ	72
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ALT	Alanine aminotransferase
AST	Aspartate aminotransferase
CSC	Cột sống cổ
D ₀	Trước điều trị
D ₇	Sau 07 ngày
D ₁₄	Sau 14 ngày
D ₂₁	Sau 21 ngày
ĐC	Đối chứng
NC	Nghiên cứu
NDI	Neck Disability Index (Bộ câu hỏi đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày do đau cổ)
THCSC	Thoái hóa cột sống cổ
VAS	Visual analog scale
	Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Công thức cao dán Ôn kinh phương	23
Bảng 2.2. Phân loại đau theo VAS	30
Bảng 2.3. Đánh giá tầm vận động của cột sống cổ	31
Bảng 2.4. Phân loại tầm vận động cột sống cổ	31
Bảng 2.5. Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI ..	32
Bảng 2.6. Đánh giá hiệu quả điều trị chung	32
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	36
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	37
Bảng 3.3. Phân bố mức độ đau theo VAS trước điều trị	38
Bảng 3.4. Tầm vận động cột sống cổ trước điều trị	39
Bảng 3.5. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị	39
Bảng 3.6. Phân bố chức năng sinh hoạt hàng ngày theo điểm NDI trước điều trị	40
Bảng 3.7. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang trước điều trị	41
Bảng 3.8. Điểm VAS trung bình theo thời gian điều trị.....	41
Bảng 3.9. Hiệu suất giảm đau sau điều trị.....	42
Bảng 3.10. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị.	43
Bảng 3.11. Tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị.....	43
Bảng 3.12. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	46
Bảng 3.13. Chỉ số tổng phân tích tế bào máu ngoại vi trước và sau điều trị ..	46
Bảng 3.14. Chỉ số chức năng gan thận trước và sau điều trị	47

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới.....	37
Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	38
Biểu đồ 3.3. Điểm NDI trung bình theo thời gian điều trị	44
Biểu đồ 3.4. Hiệu quả điều trị chung sau 21 ngày điều trị.....	45

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1. Quy trình sản xuất cao dán Ôn kinh phương.....	13
Sơ đồ 2.2. Sơ đồ nghiên cứu	35

DANH MỤC HÌNH

Hình 2.1. Cao dán Ôn Kinh Phương	24
Hình 2.2. Thước đánh giá đau VAS	30

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau vùng cổ gáy (Mã ICD 10: M54.2) là một triệu chứng thường gặp trong chăm sóc sức khoẻ ban đầu, có tới 48,5% dân số trưởng thành mắc bệnh tại một thời điểm trong đời [1], [2]. Nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật toàn cầu 2019 công bố trên tạp chí Lancet (2020) cho thấy đau vùng cổ gáy là một gánh nặng bệnh tật lớn, với tỷ lệ hiện mắc, tỷ lệ mắc mới, số năm sống mất đi do bệnh tật cao [3]. Có nhiều nguyên nhân gây đau vùng cổ gáy, trong đó đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống cổ (THCSC) là nguyên nhân thường gặp trong thực hành lâm sàng [2]. Thoái hóa cột sống cổ (Cervical spondylosis) là bệnh lý mạn tính, tổn thương cơ bản là tình trạng thoái hóa sụn khớp và/hoặc đĩa đệm ở cột sống cổ, do tình trạng biến đổi hóa sinh học và cơ sinh học xảy ra mạn tính ở đĩa đệm, sụn bề mặt thân đốt sống, mô xương dưới sụn, khớp liên mấu và khớp mỏm móc vùng cột sống cổ [4], [5], [6].

Tại Việt Nam, thống kê về THCSC và đau vùng cổ gáy do THCSC còn chưa nhiều, tuy nhiên theo nghiên cứu của Trần Ngọc Ân tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai, THCSC chiếm 14% trong bệnh lý thoái hóa khớp [7]. Một nghiên cứu tại Bệnh viện Quân Y 103 năm 2017 cho thấy, THCSC đứng thứ 2 và chiếm 23,6% trong các bệnh thoái hóa khớp [6].

Đau vùng cổ gáy ảnh hưởng đến sức khoẻ và chất lượng cuộc sống người bệnh. Cho nên nghiên cứu điều trị bệnh là mối quan tâm của nhiều chuyên ngành. Theo Y học hiện đại (YHHĐ), phương pháp điều trị đau vùng cổ gáy do THCSC chủ yếu là điều trị triệu chứng, nội khoa kết hợp với vật lý trị liệu, phục hồi chức năng. Mục tiêu điều trị là giảm đau, cải thiện vận động cột sống cổ, giảm tình trạng cơ cơ và hạn chế ảnh hưởng đến sinh hoạt của người bệnh [4], [5], [6].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau vùng cổ gáy do THCSC thuộc phạm vi chứng Tý. Nguyên nhân gây bệnh do vệ khí của cơ thể suy yếu, tà

khí từ bên ngoài thừa cơ xâm phạm vào gân, cơ, khớp, xương, kinh lạc... làm bế tắc kinh mạch, khí huyết không lưu thông gây đau; hoặc do người già chức năng tạng phủ suy yếu, thận hư không chủ được cốt tủy, can huyết hư không nuôi dưỡng được gân, mà gây ra xương khớp đau nhức, sưng nề, cơ bắp co cứng, vận động khó khăn. Do đó pháp điều trị thường là khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc. Việc sử dụng bài thuốc uống cổ phương hay các phương pháp không dùng thuốc như điện châm, xoa bóp bấm huyệt... đã được chứng minh mang lại hiệu quả điều trị cao [8], [9].

Ôn kinh phương là chế phẩm dùng ngoài được nghiên cứu với tên gọi “Bột thuốc đắp HV”, gồm 5 vị thuốc Ngải cứu, Địa liền, Quế chi, Ô đầu, Dây gắm được sản xuất và nghiên cứu ở dạng thô tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, có tác dụng khu phong trừ hàn, thông kinh lạc, chứng minh mang lại tác dụng khả quan trong điều trị bệnh lý cơ xương khớp [10], [11], [12]. Trên thực tế lâm sàng, chuyển dạng cao dán Ôn kinh phương có nhiều ưu điểm, thuận tiện trong quá trình điều trị. Vì vậy, để đánh giá hiệu quả chuyển dạng cao dán Ôn kinh phương, giúp có thêm cơ sở khoa học cho bác sĩ lâm sàng có thêm sự lựa chọn trong điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: ***“Đánh giá kết quả của cao dán Ôn kinh phương kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị Đau vùng cổ gáy”*** với hai mục tiêu sau:

- 1. Đánh giá kết quả của cao dán “Ôn kinh phương” kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị Đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống cổ.***
- 2. Mô tả một số tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.***

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

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

1.1.1. Khái niệm

Đau vùng cổ gáy là một triệu chứng thường gặp trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, với tỷ lệ mắc từ 10,4 đến 21,3% mỗi năm, là nguyên nhân hàng thứ tư gây ra tàn tật trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc đau vùng cổ gáy cao hơn ở người lớn tuổi, do sự biến đổi thoái hoá của khớp bề mặt và sự xẹp lún của đĩa đệm cột sống [13].

Phân loại đau vùng cổ gáy theo thời gian mắc bệnh [13], [14]:

- Cấp tính: < 6 tuần,
- Bán cấp: 6 tuần – 12 tuần.
- Mạn tính: > 12 tuần.

Nguyên nhân cấp tính của đau vùng cổ gáy [13], [14]:

- Nhiễm trùng: viêm đĩa đệm, áp xe ngoài màng cứng, herpes zoster, viêm màng não, viêm xương...
- Bệnh lý viêm: viêm cột sống dính khớp, viêm đa cơ dạng thấp, viêm khớp dạng thấp...
- Ung thư: ung thư xương, di căn, khối u tuỷ sống...
- Bệnh lý tuỷ sống: xơ cột bên teo cơ, , viêm tuỷ ngang...
- Tình trạng cấp cứu: lóc tách động mạch...

Thoái hóa cột sống cổ (Cervical spondylosis) là bệnh lý mạn tính khá phổ biến, tiến triển chậm, thường gặp ở người lớn tuổi và/hoặc liên quan đến tư thế vận động. Tôn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và/hoặc đĩa đệm ở cột sống cổ. Có thể gặp thoái hóa ở bất kỳ đoạn nào song đoạn C5-C6-C7 là thường gặp nhất. Đau vùng cổ gáy là triệu chứng thường gặp của thoái hóa cột sống cổ [1], [4].

1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.1.2.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân thoái hoá cột sống cổ (THCSC) thường do các yếu tố như sau [15]:

- Do quá trình lão hóa: các tế bào sụn và đĩa đệm giảm khả năng tổng hợp các sợi collagen và mucopolysaccharid.

- Các yếu tố cơ giới: là yếu tố quan trọng đẩy nhanh quá trình lão hóa, thường được gọi là hiện tượng quá tải. Ví dụ như yếu tố chấn thương, đặc biệt là các chấn thương mạn tính.

- Các yếu tố khác: Cơ chế nhiễm khuẩn dị ứng, di truyền dị dạng cột sống, bệnh lý tự miễn, rối loạn nội tiết, chuyển hóa.

1.1.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Tùy thuộc vào tuổi và bệnh lý mắc phải (do vi chấn thương, nhiễm khuẩn, dị ứng, rối loạn chuyển hóa, tự miễn...) mà cơ chế bệnh sinh của đau vai gáy do THCSC khác nhau. Hiện nay có hai lý thuyết được đề nghị để giải thích cơ chế bệnh sinh của đau vai gáy do THCSC. Đó là lý thuyết cơ học và lý thuyết tế bào. Cụ thể, lý thuyết cơ học mô tả các vị trí gãy xương do giảm các sợi collagen dẫn đến việc hư hỏng các chất proteoglycan. Lý thuyết tế bào mô tả cơ chế tăng áp khiến tế bào sụn cứng lại, giải phóng các enzyme tiêu protein làm hủy hoại chất căn bản [15].

1.1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.1.3.1. Triệu chứng lâm sàng

Đau vùng cổ gáy là triệu chứng thường gặp nhất, thường đi kèm với biểu hiện đa dạng khác của bệnh THCSC. Trên lâm sàng, triệu chứng của THCSC gồm 5 hội chứng sau [4], [6], [15], [16]:

Hội chứng cột sống cổ: gặp 100% các trường hợp, trên lâm sàng triệu chứng thường gặp nhất là đau vùng cột sống cổ: đau có thể kèm theo co cứng cơ cạnh cột sống cổ cấp hoặc mạn tính; triệu chứng đau tăng lên ở tư thế cổ

thẳng nghiêng hoặc cúi đầu kéo dài, mệt mỏi, căng thẳng, lao động nặng, thay đổi thời tiết đặc biệt bị nhiễm lạnh; có điểm đau cột sống cổ, hạn chế vận động cột sống cổ.

Hội chứng rễ thần kinh: thường gặp khoảng 70% trường hợp, chủ yếu là tổn thương rễ C5-C6 (45% các trường hợp) với biểu hiện đầu tiên là các rối loạn cảm giác kiểu rễ [15]. Vị trí đau là đặc điểm quan trọng nhất: đau một bên, vị trí hằng định. Rối loạn cảm giác có đặc điểm rễ. Đau tăng khi gắng sức, ho, song không rõ như trong trường hợp đau dây thần kinh tọa. Khi nằm ngửa, do áp lực dịch não tủy tăng lên, đau tăng, thậm chí nhiều khi bệnh nhân có thể không chịu đựng nổi [4]. Bệnh có thể kèm theo dị cảm vùng da do rễ thần kinh bị chèn ép như cảm giác tê bì, kiến bò, nóng rát... Giai đoạn sau có thể có các rối loạn vận động kiểu rễ: giảm vận động một số cơ chi trên tùy thuộc vào rễ thần kinh bị chèn ép (thường ít khi liệt), giảm hoặc mất phản xạ gân xương do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép. Teo cơ chi trên (có thể teo ô môi cái) ít gặp [6], [15].

Hội chứng động mạch đốt sống (hội chứng giao cảm cổ sau Barré Liéou): chiếm 35% các trường hợp. BN nhức đầu hoặc đau vùng chẩm từng cơn (chiếm 30%), đau lan tới vùng đỉnh, thái dương, tới hốc mắt, thường đau buổi sáng, đau một bên, chóng mặt, ù tai, tiếng ve kêu trong tai (chiếm 20%), đau tai, loạn cảm thành sau họng...) thường gặp ở nữ giới tiền mãn kinh hoặc mãn kinh. Trên lâm sàng BN khám phát hiện dấu hiệu rung giật nhãn cầu (chiếm 5%), hội chứng tiểu não, hội chứng giao bên. Trên X-quang thường thấy hình ảnh hẹp khe gian đốt, gai xương, thoái hóa khớp – mòm móc phía sau [4], [15].

Hội chứng chèn ép tủy cổ: Đây là hội chứng nghiêm trọng nhất và nguyên nhân phổ biến nhất của hội chứng tủy ở người cao tuổi. Trên lâm sàng BN thường dáng đi không vững, vận động hạn chế, dị cảm chi trên, chi dưới,

tê, yếu hoặc liệt tứ chi, teo cơ ngón chi, rối loạn vận động và rối loạn cơ tròn. Khám phát hiện một số dấu hiệu sau:

- Dấu hiệu Spurling: khi ấn đầu xuống trong tư thế ngửa cổ và nghiêng đầu về bên đau, BN xuất hiện đau từ vùng cổ lan xuống vai, cánh tay, cẳng tay và bàn tay. Đây là dấu hiệu quan trọng đánh giá đau kiểu rễ.

- Dấu hiệu Lhermitte: Cảm giác như điện giật đột ngột lan từ cột sống cổ xuống cột sống thắt lưng khi cúi cổ. Trong THCS, dấu hiệu này chỉ gặp ở nhóm BN có hội chứng tủy cổ.

Hội chứng rối loạn thần kinh thực vật: Đau nửa đầu hoặc vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, mờ mắt hoặc mất thị lực thoáng qua, cơn rối loạn vận mạch, phù cứng ở hai bàn tay, mất nếp nhăn da bàn tay, có khi xanh tím, giảm nhiệt độ so với bên lành.

Ngoài ra còn một số dấu hiệu khác như viêm quanh khớp vai – cánh tay, hội chứng vai – tay, hội chứng nội tạng khác...

1.1.3.1. Triệu chứng cận lâm sàng

Các xét nghiệm phát hiện dấu hiệu viêm, bilan Phosphor – calci thường ở trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên cần chỉ định xét nghiệm bilan viêm, các xét nghiệm cơ bản nhằm mục đích loại trừ những vị trí viêm nhiễm, bệnh lý ác tính và cần thiết khi chỉ định thuốc [4].

X-quang cột sống cổ ở tư thế thẳng, nghiêng, chếch $\frac{3}{4}$: Theo phân giai đoạn thoái hóa của Kellgren - Lawrence, trên phim X-quang xuất hiện các hình ảnh sau: gai xương nhỏ, hoặc nghi ngờ có gai xương; mọc gai xương rõ, hẹp khe khớp vừa, hẹp lỗ tiếp hợp (tư thế chếch $\frac{3}{4}$) kèm đặc xương dưới sụn, phì đại mấu bán nguyệt. Mất đường cong sinh lý cột sống cổ.

Cộng hưởng từ cột sống cổ: phương pháp có giá trị nhất nhằm xác định chính xác vị trí rễ bị chèn ép, vị trí khối thoát vị, mức độ thoát vị đĩa đệm, mức độ hẹp ống sống, đồng thời có thể phát hiện các nguyên nhân ít gặp khác (viêm đĩa đệm đốt sống, khối u...).

Cắt lớp vi tính: do hiệu quả chẩn đoán kém chính xác hơn nên chỉ được chỉ định khi không có điều kiện chụp cộng hưởng từ.

Điện cơ: Phát hiện các tổn thương có nguồn gốc thần kinh và phân biệt với bệnh lý tủy cổ với bệnh lý rễ và dây thần kinh ngoại biên [4].

1.1.4. Chẩn đoán và điều trị

1.1.4.1. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và triệu chứng cận lâm sàng [15], [17].

Trên lâm sàng có ít nhất một triệu chứng của hội chứng cột sống: Đau, có điểm đau cột sống và cạnh cột sống cổ, co cứng cơ cạnh sống, hạn chế vận động cột sống cổ.

Có ít nhất một triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh: Đau vai gáy âm ỉ, đau tăng nặng từng cơn, có thể lan lên vùng chẩm, xuống vai, cánh tay kèm tê dọc cánh tay, cẳng tay, ngón tay... do các gai xương mỏm móc hoặc mỏm khớp trên của gian đốt sống làm hẹp lỗ gian đốt kèm chèn ép vào rễ thần kinh.

Trên phim X-quang chụp 3 tư thế, có ít nhất 1 trong 3 hình ảnh: Phi đại máu bán nguyệt, gai xương thân đốt, hẹp lỗ tiếp hợp.

- Chẩn đoán phân biệt [4], [15]:

Bệnh lý cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm: U cột sống cổ (ung thư cột sống, u lành tính cột sống), viêm cột sống cổ nhiễm khuẩn (lao, do các vi khuẩn khác), chấn thương cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống cổ, đa u tủy xương...

Bệnh lý bên trong ống sống cổ: U tủy, xơ cứng cột bên teo cơ...

Bệnh lý ngoài cột sống cổ: Viêm đám rối thần kinh cánh tay, liệt dây thần kinh quay, trụ, giữa, bệnh lý hệ động mạch đốt sống nền...

Các rối loạn thần kinh cơ: Viêm màng não, viêm não, các bệnh liệt cứng, liệt cơ vùng cổ do các nguyên nhân khác...

Bệnh lý của hệ động mạch sống nền.

1.1.4.2. Điều trị

- Nguyên tắc điều trị:

- Cần phối hợp phương pháp nội khoa và phục hồi chức năng, luyện tập, thay đổi lối sống nhằm bảo vệ cột sống, tránh tái phát.

- Áp dụng các liệu pháp giảm đau theo mức độ nhẹ - vừa – nặng, hạn chế sử dụng dài ngày.

- Cần tăng cường các nhóm thuốc điều trị bệnh theo nguyên nhân.

- Chỉ định ngoại khoa khi cần thiết [4].

- Điều trị cụ thể:

- Nội khoa:

Giảm đau: Paracetamol: đây là lựa chọn ưu tiên với sự cân bằng giữa tác dụng phụ và hiệu quả mong muốn. Có thể đơn chất hoặc phối hợp với các chất giảm đau trung ương như codein, dextropropoxiphene... Tramadol: có hiệu quả, chỉ dùng khi không đáp ứng với nhóm giảm đau nêu trên và tránh dùng kéo dài. Một vài trường hợp hiếm hữu, thể tăng đau có thể chỉ định opioids ngắn ngày và liều thấp nhất có thể.

Thuốc giãn cơ.

Nhóm thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm (piascedine 300mg/ngày; glucosamine sulfate: 1500mg/ngày, dùng đơn độc hoặc phối hợp với chondroitin sulfate); hoặc diacerein 50mg x 2 viên/ngày.

Các thuốc khác: khi bệnh nhân có biểu hiện đau kiểu rễ, có thể sử dụng phối hợp với các thuốc giảm đau thần kinh như: Gabapentin: 600-1200 mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều thấp); Pregabalin: 150-300 mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều thấp); Các vitamin nhóm B (B1, B6, B12), mecobalamin.

Tiêm Glucocorticoid cạnh cột sống: có hiệu quả từ vài ngày đến vài tháng. Không nên tiêm quá 3 lần trên cùng một khớp trong một năm. Cần có sự hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa. Trường hợp chèn ép rễ, có thể tiêm thâm phân corticosteroid tại rễ bị chèn ép dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính.

- Phục hồi chức năng:

Cần thực hiện các bài tập vận động vùng cổ, đặc biệt với bệnh nhân đã mang nẹp cổ thời gian dài, bệnh nhân có công việc ít vận động vùng cổ.

Nghỉ ngơi, giữ ấm, tránh thay đổi tư thế cột sống cổ đột ngột.

Các liệu pháp vật lý trị liệu: sử dụng nhiệt, sóng siêu âm... Có thể kéo giãn cột sống cổ song nên thực hiện với mức độ tăng dần từ từ.

- Ngoại khoa: Chỉ chỉ định trong các trường hợp: có biểu hiện chèn ép rễ thần kinh hoặc tủy sống tiến triển nặng, trượt đốt sống độ 3 - 4 hoặc đã thất bại với điều trị nội khoa, phục hồi chức năng sau 03 tháng [4].

1.1.5. Phòng bệnh

Chống các tư thế xấu trong sinh hoạt và lao động. Giữ ấm vùng cổ vai gáy tránh mưa gió lạnh. Cần có chế độ nghỉ ngơi thích hợp để thư giãn cột sống cổ. Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột, sai tư thế, bê vác vật nặng. Phát hiện sớm các dị dạng của xương khớp, cột sống để chỉnh hình, ngăn ngừa quá trình thoái hóa.

Tập vận động và xoa bóp vùng cột sống cổ nhẹ nhàng; kiểm tra định kỳ phát hiện sớm các biểu hiện bệnh lý và điều chỉnh kịp thời [4], [6], [15], [18].

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

1.2.1. Bệnh danh

Đau vùng cổ gáy do THCS thuộc phạm vi chứng Tý. Tý là tắc, chứng Tý nghĩa là sự bế tắc khí huyết, kinh mạch. Bệnh phát sinh trên cơ sở chính khí suy kém, âm dương khí huyết không điều hòa. Theo quan niệm YHCT, “thông thì bất thông, thông thì bất thông”, khi các tà khí (phong, hàn, thấp, nhiệt) từ bên ngoài thừa cơ xâm phạm vào cân, cơ, khớp, xương, kinh lạc... làm kinh mạch bế tắc, khí huyết không lưu thông gây đau; hoặc do người cao tuổi, hoặc bị bệnh lâu ngày, chức năng các tạng phủ suy yếu, thận hư không chủ được cốt tủy, can huyết hư không nuôi dưỡng được cân, tỳ hư cơ nhục yếu mà gây ra xương khớp đau nhức, sưng nề, cân cơ cứng, teo cơ, vận động khó khăn [8], [19], [20], [21].

1.2.2. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây chứng Tý rất đa dạng bao gồm 3 nhóm nguyên nhân chính theo YHCT: Ngoại nhân, nội nhân và bất nội ngoại nhân [8], [19], [22].

Ngoại nhân: do tà khí bên ngoài như phong, hàn, thấp thừa cơ tẩu lý sơ hở xâm nhập vào gây bệnh, phong hàn thấp tà uất lâu ngày hóa nhiệt hoặc kinh lạc có tích nhiệt, nay lại có phong hàn tà xâm nhập.

Nội nhân: do rối loạn tình chí hoặc tiên thiên bất túc. Do chính khí cơ thể bị hư yếu, rối loạn chức năng tạng phủ đặc biệt là tạng can, thận, tỳ, trên nền đó ngoại tà thừa cơ xâm nhập vào làm bế tắc kinh lạc.

Bất nội ngoại nhân: như lao động vất vả, ăn uống, tình dục không điều độ làm khí huyết suy hoặc do đàm ẩm, huyết ứ sau chấn thương mà gây bế tắc kinh lạc.

1.2.3. Các thể lâm sàng

1.2.3.1. Thể phong hàn

Chủ chứng: Đau âm ỉ thường có cảm giác căng cứng ở cổ và lưng hoặc chi trên. Vùng vai có cảm giác lạnh, chườm nóng hoặc xoa bóp thì giảm nhẹ. Bệnh nhân sợ gió, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng, mạch phù khẩn.

Pháp: Khu phong tán hàn, thông kinh hoạt lạc.

Phương: Cát căn thang.

Châm cứu: cứu hoặc ôn châm Phong trì, Kiên tỉnh, Thiên tông, Kiên ngưng, Cự cốt, Đại trử, Phế du. Ngoài ra có thể châm tả một huyết Tuyệt cốt.

Kết hợp xoa bóp bấm huyết.

1.2.3.2. Thể hàn thấp

Chủ chứng: do nằm lâu nơi ẩm lạnh hoặc khi ra nhiều mồ hôi lại bị ngấm nước lạnh, xuất hiện vùng vai gáy và cơ bắp cục bộ đau kịch liệt, cảm giác lạnh, sợ lạnh, chườm nóng cảm giác đau tạm thời giảm nhẹ nhưng chốc lát trở lại như cũ. Bệnh tình kéo dài thường kèm chứng khí hư tự ra mồ hôi, đoản hơi, dễ cảm mạo, chất lưỡi nhợt, rêu trắng, mạch tế nhược hoặc huyền tế.

Pháp: Tán hàn, trừ thấp ôn thông kinh lạc.

Phương: Ô đầu thang gia Thương truật, Bạch Truật, Phục Linh.

Châm cứu: ôn châm các huyết tại chỗ đau: Kiên ngưng, Kiên tinh, Kiên trinh, Đại trử, Cao hoang. Toàn thân cứu Quan nguyên, Khí hải, Phong trì, Túc tam lý.

Kết hợp xoa bóp bấm huyết kết hợp tác động cột sống.

1.2.3.3. *Thẻ khí trệ huyết ứ*

Chủ chứng: Sau mang vác quá sức hoặc bị đánh ngã, vai gáy đau, vận động cổ khó, cơ vùng cổ co cứng, chất lưỡi có ban tím, mạch sáp.

Pháp: Hoạt huyết, hành khí, thông kinh lạc.

Phương: Thân thống trực ứ thang gia giảm.

Châm cứu: Châm các huyết giống thẻ Hàn thấp, thêm Cách du.

Kết hợp xoa bóp bấm huyết kết hợp tác động cột sống.

1.2.3.4. *Thẻ thấp nhiệt*

Chủ chứng: Bệnh nhân đau và hạn chế vận động vùng vai gáy. Vùng vai sưng, nóng, đỏ, đau, hạn chế vận động. Người nóng, sốt, mạch phù sáp.

Pháp: Khu phong, thanh nhiệt, giải độc, trừ thấp, hành khí, hoạt huyết.

Phương: Bạch hổ quế chi gia vị thang.

Châm: Đại chùy, Phong môn, Hợp cốc, Túc tam lý, Huyết hải, Phong long, Thương Khâu, A thị huyết.

1.2.3.5. *Thẻ phong hàn thấp kèm can thận hư*

Chủ chứng: Vai gáy thường đau mỏi, thích xoa chườm, khi lao động mệt nhọc thì đau tăng, nghỉ ngơi đỡ đau, thường phát đi phát lại, kèm đau đầu, hoa mắt chóng mặt, mắt ngủ tâm phiền, chất lưỡi đỏ ít rêu, mạch huyền tế sáp.

Pháp: Bổ can thận, khu phong trừ thấp, tán hàn, thư cân hoạt lạc.

Phương: Quyên tý thang gia giảm.

Châm cứu: châm cứu các huyết A thị và lân cận vùng đau

Xoa bóp bấm huyết, kết hợp tác động cột sống [8], [19], [20], [23].

1.3. Tổng quan phương pháp can thiệp trong nghiên cứu

1.3.1. Cao dán Ôn kinh phương

1.3.1.1. Xuất xứ

Bài thuốc kinh nghiệm Ôn kinh phương xuất xứ từ Trung Quốc, được ứng dụng nhiều trong lâm sàng đem lại hiệu quả cao trong điều trị các bệnh lý cơ xương khớp. Bài thuốc Ôn kinh phương với tên gọi cũ là Bột thuốc đắp HV được nghiên cứu đánh giá độc tính kích ứng da trên thực nghiệm, đánh giá lâm sàng trên người bệnh đau lưng do thoái hóa cột sống, viêm quanh khớp vai thể đơn thuần, thoái hóa khớp gối, hội chứng cổ vai tay và bệnh nhân đau vùng cổ gáy, được chứng minh mang lại tác dụng khả quan [10], [11], [24], [25], [26]. Với mục đích tạo dựng một dạng bào chế tiện dụng hơn, từng bước cung cấp cho người bệnh thêm một sự lựa chọn trong điều trị chứng đau nhức do bệnh lý cơ xương khớp, chúng tôi chuyển dạng bào chế thành dạng cao dán (với tên gọi mới là cao dán Ôn kinh Phương). Cao dán Ôn kinh phương đã được đánh giá không gây kích ứng da trên thực nghiệm [27].

1.3.1.2. Thành phần

Công thức cho mỗi 1 kilogram bột thô nguyên liệu bào chế cao dán Ôn kinh phương được trình bày theo bảng sau:

STT	Tên vị thuốc	Tên khoa học của vị thuốc	Khối lượng (g)
1	Ngải cứu	<i>Artemisia vulgaris L</i>	300
2	Địa liên	<i>Keampferia galanga L</i>	200
3	Quế chi	<i>Ramulus cinnamoni</i>	150
4	Ô đầu	<i>Radix Aconiti</i>	50
5	Dây gấm	<i>Gnetum montanum</i>	250
6	Tá dược	Bột kết dính	50

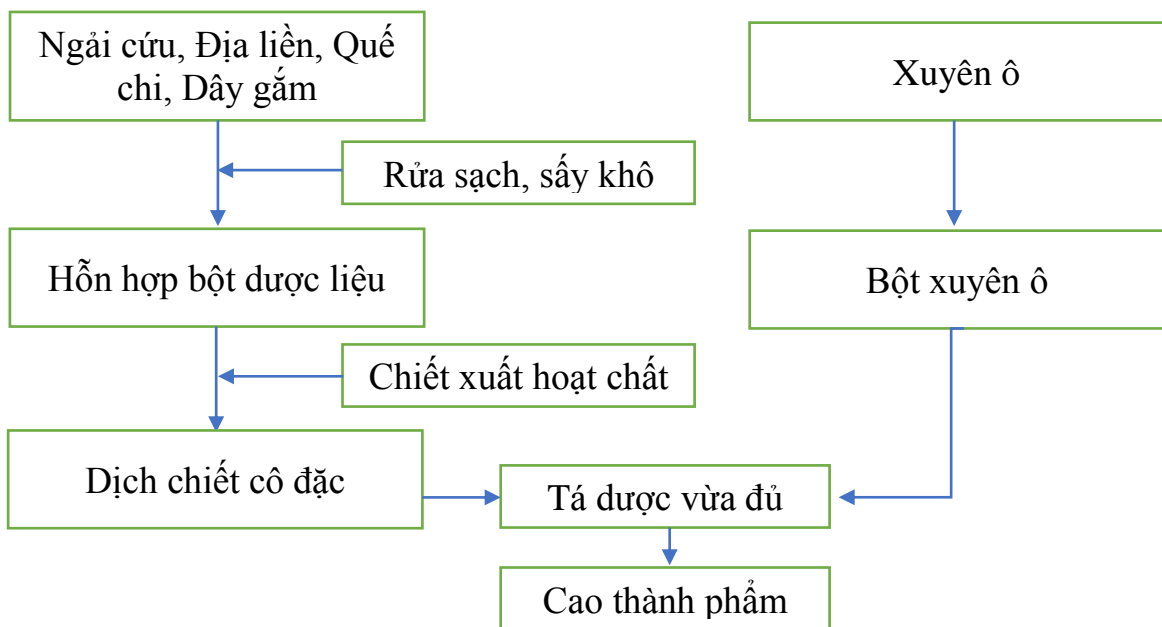
Nguyên liệu thuốc sử dụng trong bài thuốc được dùng dưới dạng nguyên liệu khô, đạt tiêu chuẩn theo Dược điển Việt Nam V, do khoa Dược

bệnh viện Tuệ Tĩnh cung cấp. Thuốc được bào chế dưới dạng cao dán tại khoa Dược - Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

1.3.1.3. Tác dụng

Cao dán Ôn kinh phương có tác dụng khu phong trừ hàn, thông kinh lạc. “Thống thì bất thông, thông thì bất thống”. Hàn làm cho khí huyết ngưng trệ, kinh mạch không thông mà sinh đau nhức. Cao dán Ôn kinh phương được cấu tạo bởi các vị thuốc có tác dụng trừ phong hàn thấp trị các chứng đau nhức ở cơ biểu, vai lưng, khớp chân tay đau nhức [28], [29], [30] (Phụ lục 5).

1.3.1.4. Bào chế và cách sử dụng



Sơ đồ 1.1. Quy trình sản xuất cao dán Ôn kinh phương

Các vị thuốc được chọn theo dược điển Việt Nam V, được bào chế thành dạng cao thuốc dán. Cao thành phẩm sẽ được bảo quản trong các bao bì cách ẩm đạt tiêu chuẩn cơ sở, khi sử dụng sẽ phết lên các miếng dán có kích thước 10x15cm, mỗi lớp có độ dày 1-2mm, diện tích lớp cao khoảng 10x10cm, sau đó dán lên vị trí đau.

Nguồn dược liệu: được cung cấp bởi công ty Mediplantex.

Địa điểm bào chế: Khoa Dược - Bệnh viện Tuệ Tĩnh, số 2 Trần Phú, Hà Đông, Hà Nội.

Cao dán Ôn kinh phương được sản xuất thành dạng miếng, kích thước 10x15 cm. Độ ẩm và tá dược trong cao dán chiếm < 20%.

Cách sử dụng: làm ấm cao dán bằng đèn hồng ngoại trong 5 phút. Kiểm tra mức độ nóng phù hợp của miếng cao trước khi dán cho bệnh nhân. Khi sử dụng dán ngoài da, ngày 01 lần, mỗi lần 01 miếng, 30 phút/lần.

1.3.1.5. Một số nghiên cứu đã thực hiện với bài thuốc Ôn kinh phương

Nguyễn Tiến Chung (2021) nghiên cứu kết quả thử kích ứng da của “Thuốc đắp HV” trên thực nghiệm. Kết quả mẫu thử “Thuốc đắp HV” không gây kích ứng da trên thỏ thực nghiệm, chỉ số kích ứng PII = 0,0 [27].

Mai Thế Hiệp (2021) nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của “Thuốc đắp HV” kết hợp điện châm: nhóm NC điều trị bằng điện châm và thuốc đắp HV, nhóm ĐC điều trị bằng điện châm và cao dán giảm đau. Kết quả: “Thuốc đắp HV” kết hợp với điện châm có tác dụng giảm đau trong viêm quanh khớp vai thể đơn thuần với 90% bệnh nhân hết đau trong nhóm NC và 85,7% bệnh nhân hết đau trong nhóm ĐC ($p < 0,05$) [10].

Nguyễn Thị Ngọc Ánh (2021) nghiên cứu đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng “Thuốc đắp HV” kết hợp điện châm. Kết quả thu được: hiệu quả điều trị loại tốt đạt 71%, khá 23,7%, trung bình 5,3%, không có người bệnh mức độ kém ($p < 0,05$) [11].

Trần Thu Phương (2022) đánh giá tác dụng giảm đau vùng cổ gáy ở bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ của “Bột đắp HV”, cho kết quả: Mức độ đau của tất cả 75 bệnh nhân (nhóm NC và nhóm ĐC) đều được cải thiện theo thời gian điều trị, sau 14 ngày điểm VAS trung bình giảm từ $5,43 \pm 0,74$ xuống $1,03 \pm 0,73$ điểm ($p < 0,05$), tốt hơn nhóm ĐC (giảm từ $5,31 \pm 0,76$ xuống còn $1,25 \pm 0,66$ điểm) với $p < 0,05$ [12].

Lê Thị Kim Dung (2022) đánh giá kết quả của “bột thuốc đắp HV” trên người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát, cho kết quả: sau 20 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có hiệu suất giảm điểm đau theo thang điểm VAS là $4,20 \pm$

1,10 (điểm) và nhóm đối chứng là $3,53 \pm 1,43$ (điểm) với $p < 0,05$. Hiệu suất tăng điểm về tầm vận động gấp khớp gối ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương ứng là $31,8 \pm 7,62$ (độ) và $25,8 \pm 12,1$ (độ) ($p < 0,05$). Hiệu suất giảm điểm của chỉ số gót mông ở nhóm nghiên cứu là $13,30 \pm 4,86$ (cm) và nhóm chứng là $10,40 \pm 5,93$ (cm) ($p < 0,05$). Hiệu suất tăng điểm theo thang điểm WOMAC ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương ứng là $41,20 \pm 13,6$ (điểm) và $34,00 \pm 14,0$ (điểm) ($p < 0,05$) [24].

Nguyễn Thị Kim Dung (2022) nghiên cứu kết quả của “bột đắp HV” trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống, cho kết quả: Sau 20 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có hiệu suất giảm điểm đau theo thang điểm VAS là $4,13 \pm 1,33$ và nhóm đối chứng là $3,30 \pm 1,66$ ($p < 0,05$). Hiệu suất giảm điểm theo mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI) ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương ứng là $13,43 \pm 6,15$ và $10,00 \pm 5,81$ ($p < 0,05$). Tầm vận động cúi, ngửa, nghiêng, quay ở nhóm nghiên cứu cải thiện hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [25].

Lương Công Nam (2023) đánh giá tác dụng của cao dán “Ôn kinh phương” trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống cho kết quả: nhóm sử dụng cao dán “Ôn kinh phương” giảm 79,07% mức độ đau theo VAS so với D_0 , tăng 54,3 % chỉ số Schober so với D_0 , cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng, cải thiện chất lượng cuộc sống tăng 73,7% mức độ tốt so với D_0 . Hiệu quả điều trị chung đạt loại tốt là 71,1%, khá là 13,2%, trung bình là 15,7%. Phương pháp can thiệp không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng [31].

1.3.2. Điện châm

1.3.2.1. Khái niệm

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm cứu với kích thích bằng dòng điện. Hiện nay thường sử dụng máy phát ra xung điện có tính năng ổn định, an toàn, điều chỉnh thao tác an toàn, đơn giản. Kích

thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức; tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức; giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ [32], [33].

1.3.2.2. Cơ chế tác dụng

- Cơ chế tác dụng theo Y học hiện đại

Châm cứu là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Vogralic và Kassin căn cứ vào vị trí và tác dụng của nơi châm cứu đề ra 3 loại phản ứng của cơ thể làm cơ sở giải thích cho cơ chế tác dụng của châm cứu:

Phản ứng tại chỗ: Châm cứu là một kích thích tạo ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, thay đổi tính chất của tổn thương, làm giảm cơn đau, giải phóng sự co cơ.

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

Phản ứng toàn thân: Bất kỳ một kích thích nào cũng liên quan đến hoạt động của vỏ não, nghĩa là có tính chất toàn thân. Khi châm cứu còn gây ra những sự biến đổi về thể dịch và nội tiết, sự thay đổi các chất trung gian hóa học... như số lượng bạch cầu tăng, sự tiết ACTH, số lượng kháng thể tăng cao.

Điện châm là phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc phối hợp tác dụng chữa bệnh của châm cứu với tác dụng của dòng điện thông qua máy điện châm thay cho thủ pháp vê kim. Kích thích của dòng điện có tác dụng làm dịu cơn đau, kích thích hoạt động cơ, tăng cường dinh dưỡng tổ chức.

- Cơ chế tác dụng theo Y học cổ truyền

Theo YHCT, bệnh tật phát sinh ra do sự mất thăng bằng về âm dương. Chữa bệnh bằng châm cứu có tác dụng điều hòa âm dương. Khi điều trị bằng châm cứu có tác dụng cụ thể là nâng cao chính khí, đuổi tà khí ra ngoài.

Bệnh tật phát sinh ra làm rối loạn hoạt động của hệ kinh lạc và phương pháp chữa bệnh bằng châm cứu cơ bản là điều hòa cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc. Bệnh tật phát sinh ra do nguyên nhân bên ngoài gọi là tà khí hoặc do nguyên nhân bên trong cơ thể bị suy yếu gọi là chính khí hư. Nếu do nguyên nhân bên ngoài xâm nhập sẽ gây bế tắc sự vận hành kinh khí, châm cứu vào các huyết trên đường kinh để loại trừ tác nhân gây bệnh ra ngoài (khu tà). Nếu cơ thể suy nhược, chính khí không đầy đủ, châm hay cứu các huyết trên đường kinh sẽ làm tăng chính khí cho sức khỏe đầy đủ đạt mục đích chữa bệnh (bổ chính).

Nếu tạng phủ nào có bệnh sẽ có những thay đổi bệnh lý ở đường kinh mang tên, biểu hiện bên ngoài bằng các triệu chứng lâm sàng riêng biệt, người ta sẽ sử dụng châm cứu để điều chỉnh công năng các tạng phủ đó [32].

1.3.2.3. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định

Các chứng liệt: liệt do tai biến mạch máu não, di chứng bại liệt... Bệnh ngũ quan như giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn...

Các chứng đau cấp và mạn tính: đau các khớp hoặc phần mềm quanh khớp, đau đầu, đau lưng, đau thần kinh tọa...

Cơ năng và triệu chứng của một số bệnh: rối loạn thần kinh tim, mất ngủ, kém ăn, đầy bụng, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc...

Một số bệnh do viêm nhiễm như viêm tuyến vú, chắp, lậu.

Châm tê phẫu thuật.

- Chống chỉ định

Bệnh lý thuộc cấp cứu.

Người có sức khỏe yếu cơ thể suy kiệt, thiếu máu, có tiền sử hoặc đang mắc bệnh tim, phụ nữ đang có thai hoặc hành kinh.

Cơ thể ở trạng thái không thuận lợi: Vừa lao động xong, mệt mỏi, đói....

Một số huyết không có chỉ định châm hoặc cắm châm sâu như Phong phủ, Á môn, Nhũ trung [32], [33].

1.3.2.4. Quy trình và liệu trình điện châm

Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết.

Chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng định 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 đạo, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (Người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, người thực hiện cảm giác kim mót chặt tại vị trí huyết).

Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm. Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bỏ - tả của máy điện châm:

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

Cường độ: nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng phù hợp của người bệnh).

Thời gian: 20-30 phút.

Bước 4: Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

Thường điện châm 1 lần/ngày, mỗi lần 20 – 25 phút, 1 liệu trình điều trị từ 10 – 15 ngày hoặc dài hơn tùy yêu cầu điều trị [32], [33].

1.3.2.5. Công thức huyết điện châm

Công thức huyết theo Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu Bộ Y tế [33]:

Châm tả huyết vùng cổ - vai: Phong trì (GB.20), Bách hội (GV.20), Kiên trung du (SI.15), Kiên ngoại du (SI.14), Đại chử (BL.11), Kiên tinh (GB.21), Kiên liêu (TE.14), Kiên ngưng (LI.15), Kiên trinh (SI.9), Thiên tông (SI.11).

Châm bổ: Nếu Can hư: Thái xung (LR.3), Tam âm giao (SP.6). Nếu Thận hư: Thái khô (KI.3), Thận du (BL.23).

1.3.3. Xoa bóp bấm huyệt

1.3.2.1. Khái niệm

Xoa bóp là phương pháp người làm xoa bóp dùng sự khéo léo và sức mạnh chủ yếu của đôi bàn tay của mình tác động lên cơ thể của người được xoa bóp một lực thích hợp nhằm tạo cho người được xoa bóp cảm giác sảng khoái nhằm làm dịu đi chứng đau mỏi của cơ, khớp, thần kinh... Đây là một loại kích thích vật lý, trực tiếp tác động vào da thịt và các cơ quan cảm thụ của da và cơ, gây nên những thay đổi về thần kinh, thể dịch, nội tiết, từ đó ảnh hưởng đến toàn thân [19], [34].

1.3.2.2. Các thủ thuật chính của xoa bóp

Bao gồm 18 thủ thuật chính:

Tác động lên da là chính: xoa, xát, miết, phân, hợp, vỗ, phát, véo.

Tác động lên cơ là chính: day, lăn, bóp, đấm, chặt, vòn.

Tác động lên huyết là chính: ấn, bấm, điểm.

Vận động khớp [19], [34].

1.3.2.3. Quy trình xoa bóp vùng vai gáy

- Chỉ định:

Điều trị các trường hợp đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ.

- Chống chỉ định:

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

- Quy trình:

Quy trình xoa bóp bấm huyệt theo Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu Bộ Y tế [33]:

Xát, xoa, miết, phân, nhào cơ vai, gáy, day lăn, chặt, đấm vùng vai gáy.

Vận động khớp cổ: Kéo khớp cổ, quay cổ hai bên, ngửa cổ ra trước sau.

Bấm tả các huyệt: Phong trì, Phong phù, Thiên trụ, Giáp tích C4-C7, Đại chùy, Kiên trung du, Kiên tinh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Khúc trì, Tiểu hải, Ngoại quan, Hợp cốc, Lạc chẩm, Hậu khê, A thị huyệt.

Thời gian: 30 phút/lần/ngày.

Một liệu trình điều trị từ 10 – 15 lần xoa bóp.

Kết hợp với điều trị nguyên nhân cho đến khi người bệnh ổn định [33].

- Theo dõi và xử trí tai biến:

Theo dõi:

Toàn trạng và các triệu chứng kèm theo nếu có.

Xử trí tai biến:

Choáng: người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: dùng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp [33].

1.4. Một số nghiên cứu điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ

1.4.1. Trên thế giới

Năm 2013, Nakajima và cộng sự nghiên cứu đánh giá hiệu quả lâm sàng của châm cứu đối với bệnh nhân THCSC. Kết quả 90% bệnh nhân tiến triển tốt, giảm đáng kể VAS và NDI sau 4 tuần điều trị với $p < 0,001$ [35].

Năm 2015, Mã Chúc Cao nghiên cứu bài Cát căn thang gia giảm điều trị 69 ca THCSC cho kết quả khỏi bệnh 45,5%, đỡ bệnh 52,1% [36].

Năm 2015, Trương Linh dùng bài Hoàng kỳ quế chi ngũ vật thang kết hợp điều trị châm cứu trên 100 bệnh nhân THCSC cho kết quả khỏi 40,1%, đỡ 52% [37].

Năm 2018, Zhang S và cộng sự đã nghiên cứu cơ chế tác dụng của châm cứu trong điều trị đau vai mạn tính trên 24 bệnh nhân tại khoa Châm cứu – Bệnh viện Trung Y Bắc Kinh thuộc đại học Y khoa Capital. Kết quả cho thấy châm cứu có tác dụng làm giảm cường độ đau và tăng cường chức năng khớp vai thông qua cơ chế tác dụng của vỏ não trước [38].

Năm 2019, Gu và cộng sự đánh giá hiệu quả của phương pháp châm 7 kim xuyên huyết trên bệnh nhân THCS. 60 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu châm 7 kim xuyên huyết kết hợp kéo giãn cột sống cổ, nhóm chứng châm cứu các huyết vùng cổ gáy kết hợp kéo giãn. Kết quả 90% nhóm nghiên cứu và 76,6% nhóm chứng đạt kết quả tốt với $p < 0,05$. Điểm VAS, NDI sau điều trị ở nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm chứng với $p < 0,05$. Phương pháp châm xuyên huyết kết hợp với kéo giãn cột sống có hiệu quả hơn, giảm đau, cải thiện chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân [39].

1.4.2. Tại Việt Nam

Năm 2018, Phạm Nhật Minh Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp vận động không xung lực trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ. Sau điều trị điểm VAS giảm từ $5,23 \pm 0,97$ điểm xuống còn $1,23 \pm 0,98$ điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, điểm NDI giảm từ $17,05 \pm 5,26$ còn $5,37 \pm 2,55$. Kết quả điều trị loại tốt chiếm 53,33% [40].

Năm 2019, Trần Quốc Hiệp đánh giá tác dụng của liệu pháp kinh cân trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ, kết quả sau 20 ngày điều trị điểm VAS trung bình giảm từ $5,80 \pm 1,65$ xuống $1,13 \pm 1,04$ điểm, cải thiện tầm vận động CSC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; Điểm NDI giảm từ $17,47 \pm 8,11$ xuống $7,63 \pm 6,26$ điểm ($p < 0,05$). Hiệu quả điều trị tốt chiếm 80%, khá 12,33%, trung bình 6,67% [41].

Năm 2020, Mâu Tiến Dũng đánh giá kết quả điều trị của điện châm kết hợp tác động cột sống trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ: sau 20 ngày điều trị, Nhóm NC có điểm VAS trung bình giảm từ $6,08 \pm 0,91$ xuống $1,23 \pm 0,94$, tỷ lệ co cơ giảm từ 100% xuống 42,5%, 37,5% bệnh nhân không hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày. Tỷ lệ kết quả điều trị loại tốt chiếm 60%, khá 35% và 5% trung bình [42].

Năm 2021, Đỗ Thị Kim Chung đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp bài quyền tý thang điều trị đau vai gáy trên bệnh nhân thoái hóa

cột sống cổ cho kết quả: Điểm VAS trung bình giảm từ $5,70 \pm 1,30$ xuống còn $1,6 \pm 0,90$ trong nhóm nghiên cứu và từ $5,58 \pm 1,25$ xuống còn $1,72 \pm 0,97$ trong nhóm chứng. Sau 30 ngày điều trị, Nhóm NC có tỷ lệ đau cột sống cổ giảm từ 100% còn 26%, đau lan xuống cánh tay giảm từ 62% còn 20%, đau lan lên vùng cằm giảm từ 88% xuống 24%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiệu quả điều trị tốt chiếm 70% trong nhóm NC cao hơn nhóm chứng 64% ($p > 0,05$) [43].

Năm 2022, Trần Thu Phương và cộng sự đánh giá tác dụng giảm đau vùng cổ gáy ở bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ của thuốc đắp HV, cho kết quả: Mức độ đau của tất cả 75 bệnh nhân (nhóm NC và nhóm ĐC) đều được cải thiện theo thời gian điều trị, mức đau tại thời điểm sau giảm hơn thời điểm trước có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 14 ngày điều trị nhóm NC có điểm VAS trung bình giảm từ $5,43 \pm 0,74$ xuống $1,04 \pm 0,73$, nhóm chứng giảm từ $5,31 \pm 0,76$ xuống còn $1,25 \pm 0,66$ ($p < 0,05$) [12].

Chương 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Công thức cao dán Ôn kinh phương

Công thức cho mỗi 1 kilogam bột thô nguyên liệu bào chế cao dán Ôn kinh phương được trình bày theo bảng sau:

Bảng 2.1. Công thức cao dán Ôn kinh phương

STT	Tên vị thuốc	Tên khoa học của vị thuốc	Khối lượng (g)
1	Ngải cứu	<i>Artemisia vulgaris L</i>	300
2	Địa liên	<i>Keampferia galanga L</i>	200
3	Quế chi	<i>Ramulus cinnamoni</i>	150
4	Ô đầu	<i>Radix Aconiti</i>	50
5	Dây gấm	<i>Gnetum montanum</i>	250
6	Tá dược	Bột kết dính	50

Nguyên liệu thuốc sử dụng trong bài thuốc được dùng dưới dạng nguyên liệu khô, đạt tiêu chuẩn theo Dược điển Việt Nam V, do khoa Dược bệnh viện Tuệ Tĩnh cung cấp. Thuốc được bào chế dưới dạng cao dán tại khoa Dược, bệnh viện Tuệ Tĩnh.

Cao dán Ôn kinh phương được sản xuất thành dạng miếng, kích thước 10x15 cm. Độ ẩm và tá dược trong cao dán chiếm < 20%.

Khi sử dụng dán ngoài da, ngày 01 lần, mỗi lần 01 miếng, 30 phút/lần.

2.1.2. Bào chế và cách sử dụng cao dán Ôn kinh phương

Các vị thuốc được chọn theo dược điển Việt Nam V, được bào chế thành dạng cao thuốc dán. Cao thành phẩm sẽ được bảo quản trong các bao bì cách ẩm đạt tiêu chuẩn cơ sở, khi sử dụng sẽ phết lên các miếng dán có kích thước 10x15cm, mỗi lớp có độ dày 1-2mm, diện tích lớp cao khoảng 10x10cm.

Nguồn dược liệu: được cung cấp bởi công ti Mediplantex.

Địa điểm bào chế: Khoa Dược bệnh viện Tuệ Tĩnh, số 2 Trần Phú, Hà Đông, Hà Nội.

<p>BỆNH VIỆN TUỆ TĨNH THUỐC NGHIÊN CỨU CAO DÁN ÔN KINH PHƯƠNG</p> <p>Thành phần: Ngải cứu 10g, Địa liền 10g, Quế chi 8g, Ô đầu 10, Dây gấm 20g, Tá dược Công dụng: Khử hàn trừ thấp, ôn kinh hoạt huyết, chỉ thống Chủ trị: Thoái hóa cột sống thắt lưng, đau lưng, thoái hóa khớp, các bệnh lý về xương khớp... Thuốc dùng cho mục đích nghiên cứu Không dùng cho mục đích khác</p>



Hình 2.1. Cao dán Ôn Kinh Phương

Cách sử dụng: làm ấm cao dán bằng đèn hồng ngoại trong 5 phút.

Kiểm tra mức độ nóng phù hợp của miếng cao trước khi dán cho bệnh nhân.

Khi sử dụng dán ngoài da, ngày 01 lần, mỗi lần 01 miếng, 30 phút/lần.

2.1.3. Phương tiện nghiên cứu

- Thước đo thang điểm Visual analog scale (VAS) của hãng AstraZeneca.
- Thước đo tầm vận động cột sống cổ.
- Thang điểm Neck Disability Index (NDI) đánh giá mức độ cải thiện hoạt động cột sống cổ trong sinh hoạt hàng ngày (Phụ lục 2).
- Kim châm cứu làm bằng thép không gỉ, có độ dài 5cm, đường kính 0,3mm của công ty Đông Á sản xuất, kim vô trùng đóng túi dùng 1 lần.
- Máy điện châm KWD – 8081 của Trung Quốc
- Bông, cồn 70°, panh có máu, khay quả đậu;
- Bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo mẫu thống nhất (Phụ lục 1).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an, từ tháng 04 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tiêu chuẩn lựa chọn theo YHHĐ:

- Bệnh nhân từ 40 tuổi, được chẩn đoán Đau cổ gáy do THCSC dựa trên triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng [15], [17]:
 - + Trên lâm sàng có ít nhất một triệu chứng của hội chứng cột sống: đau, co cứng cơ, hạn chế vận động cột sống cổ.
 - + Trên X-quang có ít nhất 1 trong 3 triệu chứng hình ảnh: phì đại mấu bán nguyệt, gai xương, hẹp lỗ tiếp hợp.
- Điểm VAS 3 - 6 điểm.
- Bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu.
- Không áp dụng các phương pháp điều trị khác trong quá trình điều trị.

- Tiêu chuẩn lựa chọn theo YHCT:

Bệnh nhân được chẩn đoán chứng Tý thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư: vai gáy thường đau mỗi, thích xoa chườm, khi lao động mệt nhọc thì đau tăng, nghỉ ngơi đỡ đau, thường phát đi phát lại, kèm đau đầu, hoa mắt chóng mặt, mất ngủ tâm phiền, chất lưỡi đỏ ít rêu, mạch huyền tế sắc [8], [19], [20], [23].

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đau cổ gáy kèm hội chứng chèn ép tủy.

Bệnh nhân có bệnh lý loãng xương nặng, lao, ung thư hay nghi ngờ ung thư, bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, viêm da.

Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng cột sống cổ.

Bệnh nhân mắc các bệnh lý tim mạch nặng (suy tim, rung nhĩ, đặt máy tạt nhịp...), bệnh phổi nặng (Hen phế quản...), suy thận, suy gan, bệnh về máu...

Bệnh nhân bỏ điều trị và không tuân theo quy trình điều trị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu, so sánh trước sau có nhóm chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tính theo công thức chọn mẫu cho so sánh giữa 2 tỷ lệ trong nghiên cứu y học:

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{\Delta^2}$$

Trong đó:

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

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

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

p_1 : tỷ lệ hiệu quả điều trị ước tính của nhóm ĐC.

p_2 : tỷ lệ hiệu quả điều trị ước tính của nhóm NC.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (2015) tỷ lệ khỏi tốt của nhóm điều trị điện châm và xoa bóp bấm huyệt là 51% [44], ta có $p_1 = 0,51$, tỷ lệ khỏi tốt kỳ vọng của nghiên cứu là $p_2 = 0,95$. Ta có: $\bar{p} = (0,51 + 0,95)/2 = 0,73$; $\Delta = 0,44$; $\alpha = 0,01$; $Z_{\frac{\alpha}{2}} = 2,75$; $\beta = 0,09$; $Z_{\beta} = 1,28$

$$n_1 = n_2 = \frac{(2,75\sqrt{2 \times 0,73 \times 0,27} + 1,28\sqrt{0,51 \times 0,49 + 0,95 \times 0,05})^2}{0,44^2} = 30,37$$

Chúng tôi tiến hành thu thập 35 bệnh nhân thuộc nhóm NC.

Nhằm đánh giá tác dụng của “cao dán Ôn kinh phương” một cách khách quan chúng tôi chọn nhóm ĐC với số lượng 1/1, được 35 bệnh nhân nhóm ĐC.

2.3.3. Phương pháp tiến hành

2.3.3.1. Chọn đối tượng, khám và lượng giá đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau vùng cổ gáy do THCSC, đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ, được thăm khám lâm sàng và được chia vào 2 nhóm nghiên cứu. Bệnh nhân ở 2 nhóm có sự tương đồng về tuổi, giới, mức độ đau theo VAS. Chúng tôi chia bệnh nhân thành 2 nhóm:

- Nhóm Nghiên cứu (NC): 35 bệnh nhân, điều trị theo trình tự xoa bóp bấm huyệt, cao dán Ôn kinh phương, điện châm.

- Nhóm Đối chứng (ĐC): 35 bệnh nhân, điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm.

Liệu trình điều trị 21 ngày, đánh giá kết quả tại ngày thứ 7 (D₇), ngày thứ 14 (D₁₄), ngày thứ 21 (D₂₁) (kể cả thứ 7 và chủ nhật).

2.3.3.2. Quy trình Xoa bóp bấm huyệt

Quy trình xoa bóp bấm huyệt theo Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu Bộ Y tế [33]:

Xát, xoa, miết, phân, nhào cơ vai, gáy, day lăn, chặt, đấm vùng vai gáy.

Vận động khớp cổ: Kéo khớp cổ, quay cổ hai bên, ngửa cổ ra trước sau.

Bấm tả các huyệt: Phong trì, Phong phù, Thiên trụ, Giáp tích C4-C7, Đại chùy, Kiên trung du, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Khúc trì, Tiểu hải, Ngoại quan, Hợp cốc, Lạc chẩm, Hậu Khê, A thị huyệt.

Thời gian: 30 phút/lần/ngày.

Một liệu trình điều trị từ 10 – 15 lần xoa bóp.

2.3.3.3. Quy trình điều trị bằng cao dán Ôn kinh phương

Chuẩn bị địa điểm, dụng cụ, bệnh nhân.

- Chuẩn bị: lấy một miếng cao dán Ôn kinh phương.

- Làm ấm cao dán bằng chiếu đèn hồng ngoại trong 5 phút, kiểm tra mức độ nóng phù hợp của miếng cao trước khi dán cho bệnh nhân.

- Dán vào vùng cổ gáy tương ứng với vị trí đau.

- Trong thời gian dán, thầy thuốc quan sát biểu hiện bất thường.
- Hết thời gian 30 phút, bóc làm sạch da dán cao thuốc.

2.3.3.4. Quy trình Điện châm

Công thức huyệt điện châm theo Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu Bộ Y tế [33]:

Châm tả: Phong trì (GB.20), Bách hội (GV.20), Kiên trung du (SI.15), Kiên ngoại du (SI.14), Đại chử (BL.11), Kiên tinh (GB.21), Kiên liêu (TE.14), Kiên ngưng (LI.15), Kiên trinh (SI.9), Thiên tông (SI.11).

Châm bổ: Can huyệt: Thái xung (LR.3), Tam âm giao (SP.6). Thận huyệt: Thái khê (KI.3), Thận du (BL.23).

Quy trình điện châm:

Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyệt.

Chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng định châm.

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

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

Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

Thì 2: Đẩy kim từ từ theo huyệt đạo, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (Người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, người thực hiện cảm giác kim mót chặt tại vị trí huyệt).

Bước 3: Kích thích huyệt bằng máy điện châm. Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ - tả của máy điện châm:

Tần số (đặt tần số cố định): tần số tả từ 5 - 10Hz, tần số bổ từ 1 - 3Hz.

Cường độ: nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng phù hợp của người bệnh).

Thời gian: 20-30 phút.

Bước 4: Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm.

Thường điện châm 1 lần/ngày, mỗi lần 20 – 25 phút.

Một liệu trình điều trị từ 10 - 15 ngày hoặc dài hơn tùy yêu cầu điều trị [32], [33].

2.3.4. Các biến số nghiên cứu

2.3.4.1. Biến số mô tả đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi: tuổi được tính theo năm dương lịch, với tuổi thấp nhất là 40 tuổi. Trong phân tích tuổi được chia thành 3 nhóm: 40 – 49; 50 – 59; \geq 60.

Giới: Nam; nữ.

Nghề nghiệp: Lao động chân tay; lao động trí óc.

2.3.4.2. Biến số mô tả đặc điểm lâm sàng

Thời gian mắc bệnh: Thời gian mắc bệnh được tính từ khi bệnh nhân được chẩn đoán THCS cho tới khi thu thập dữ liệu: \leq 12 tuần; $>$ 12 tuần.

Mức độ đau theo VAS chia làm 4 nhóm: không đau (nhóm 0), đau ít (nhóm I), đau vừa (nhóm II), đau nhiều (nhóm III).

Tầm vận động cột sống cổ: cúi, ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái, quay phải, quay trái.

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

Mức độ hạn chế vận động sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI: không hạn chế; hạn chế nhẹ; hạn chế trung bình; hạn chế nghiêm trọng.

Biến số về kết quả điều trị: tốt; khá; trung bình; kém.

2.3.4.3. Biến số mô tả đặc điểm cận lâm sàng

Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang CSC: gai xương; hẹp khe đốt sống; hẹp lỗ tiếp hợp; đặc xương dưới sụn; mất đường cong sinh lý.

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

- Trên lâm sàng:
 - + Bỏng;
 - + Dị ứng, mẫn ngứa;
 - + Viêm da, nhiễm khuẩn tại chỗ;

- + Chảy máu, bầm tím;
- + Vụng chàm;
- + Đau cơ, bầm dập cơ.

- Trên cận lâm sàng: chỉ số tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (số lượng tế bào bạch cầu, hồng cầu, tiểu cầu), chức năng gan (AST, ALT) và chức năng thận (ure, creatinin).

2.4.4. Phương pháp lượng giá kết quả điều trị

2.4.4.1. Đánh giá hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS

Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau VAS là thang điểm được sử dụng phổ biến nhất trên lâm sàng, để lượng giá mức độ đau chủ quan của bệnh nhân. Chia làm 5 mức độ (Phụ lục 3) [45], [46].



Hình 2.2. Thước đánh giá đau VAS [46]

Cách đánh giá:

Bảng 2.2. Phân loại đau theo VAS

VAS	Mức độ	Điểm quy đổi
VAS = 0	Không đau	0 điểm
$0 < VAS \leq 3$	Đau nhẹ	1 điểm
$3 < VAS \leq 6$	Đau vừa	2 điểm
VAS > 6	Đau nặng	3 điểm

2.4.4.2. Tầm vận động cột sống cổ

Đánh giá tầm vận động theo phương pháp Zero. Đánh giá tầm vận động chủ động của bệnh nhân theo cách đánh giá sau [7], [47]:

Bảng 2.3. Đánh giá tầm vận động của cột sống cổ

Điểm / Tầm vận động	Bình thường	Bệnh lý (1 = nhẹ; 2 = vừa; 3 = nặng; 4 = rất nặng)			
	0	1	2	3	4
Độ gấp (cúi)	45°-55°	40°-44°	35°-39°	30°-34°	< 30°
Độ duỗi (ngửa)	60°-70°	55°-59°	50°-54°	45°-49°	< 45°
Độ nghiêng trái/phải	40°-50°	35°-39°	30°-34°	25°-29°	< 25°
Độ xoay trái/phải	60°-70°	55°-59°	50°-54°	45°-49°	< 45°

Đánh giá tầm vận động CSC theo 6 động tác:

Bảng 2.4. Phân loại tầm vận động cột sống cổ

Điểm vận động cột sống cổ	Tầm vận động cột sống cổ
0 điểm	Không hạn chế (0 điểm)
1 – 6 điểm	Hạn chế ít (1 điểm)
7 – 12 điểm	Hạn chế vừa (2 điểm)
13 – 18 điểm	Hạn chế nhiều (3 điểm)
19 – 24 điểm	

2.4.4.3. Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày

Dựa vào bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) của tác giả Howard Vernon để đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy hoặc các bệnh lý chấn thương cổ. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 câu hỏi, điểm tối đa là 50, đánh giá như sau [48]:

Bảng 2.5. Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI

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

2.4.5.4. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

Hiệu quả chung được đánh giá theo tổng điểm 3 tiêu chí: mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ cải thiện tâm vận động cột sống cổ và chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI theo cách đánh giá sau:

Hiệu quả điều trị (d):

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

Bảng 2.6. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

Mức độ	Kết quả
Tốt	$d \geq 80\%$
Khá	$60\% \leq d < 80\%$
Trung bình	$40\% \leq d < 60\%$
Kém	$d < 40\%$

2.4.5.5. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

- Cao dán Ôn kinh phương: bong, dị ứng, viêm da, nhiễm khuẩn tại chỗ...

- Điện châm: chảy máu, bầm tím...

- Xoa bóp bấm huyệt: choáng, đau, bầm dập cơ.

- Trên cận lâm sàng: chỉ số tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bạch cầu, hồng cầu, tiểu cầu, chức năng gan (AST, ALT), thận (ure, creatinin).

2.4. Thời gian địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an.

- Thời gian: Từ tháng 04 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

Các tham số sử dụng trong nghiên cứu:

- Với biến định lượng: nếu phân phối chuẩn tính $\bar{X} \pm SD$, nếu phân phối không chuẩn tính bằng trung vị.

- Tỷ lệ phần trăm (%).

Các test sử dụng trong nghiên cứu:

- Với biến định lượng: so sánh 2 giá trị cùng nhóm bằng test T ghép cặp, so sánh 2 giá trị khác nhóm sử dụng Test T - student, so sánh trên 2 nhóm bằng ANOVA test (nếu phân phối chuẩn) hoặc phép kiểm định phi tham số Mann - Whitney (khi không phân phối chuẩn).

- Với biến định tính: dùng phép kiểm χ^2 hoặc kiểm định Fisher (khi tần số trong bất kỳ ô nào < 5).

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

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

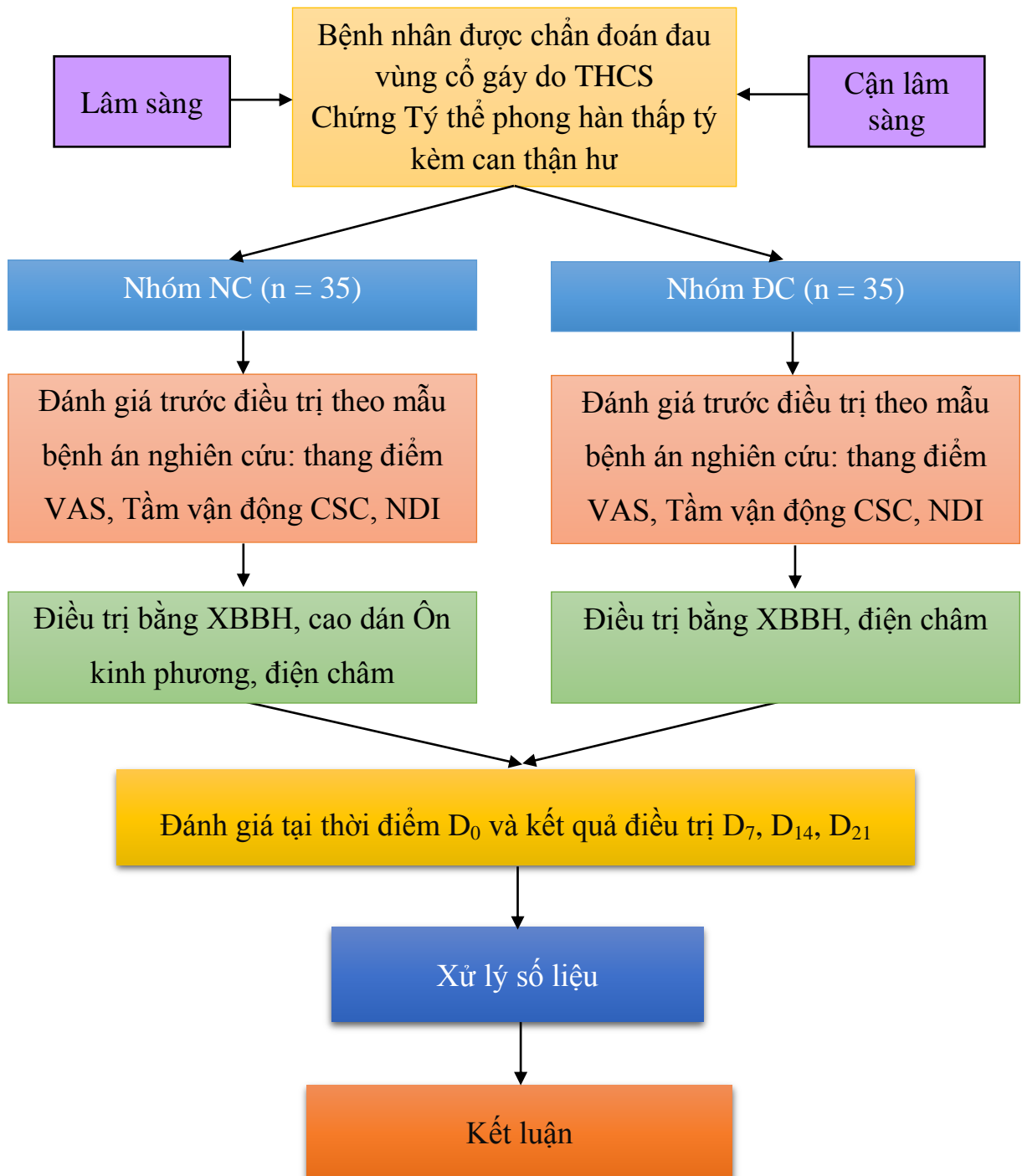
- Nghiên cứu được Hội đồng đề cương Cao học Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam thông qua và được sự cho phép của Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công An.

- Nghiên cứu này hoàn toàn nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia sau khi đã được giải thích đầy đủ.

- Khách quan trong thăm khám và đánh giá bệnh nhân, trung thực trong xử lý số liệu.
- Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.
- Khi đối tượng nghiên cứu có dấu hiệu nặng hơn hoặc tai biến, chúng tôi sẽ thay đổi phác đồ điều trị và bệnh nhân sẽ được loại khỏi nghiên cứu.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Sơ đồ 2.2. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung

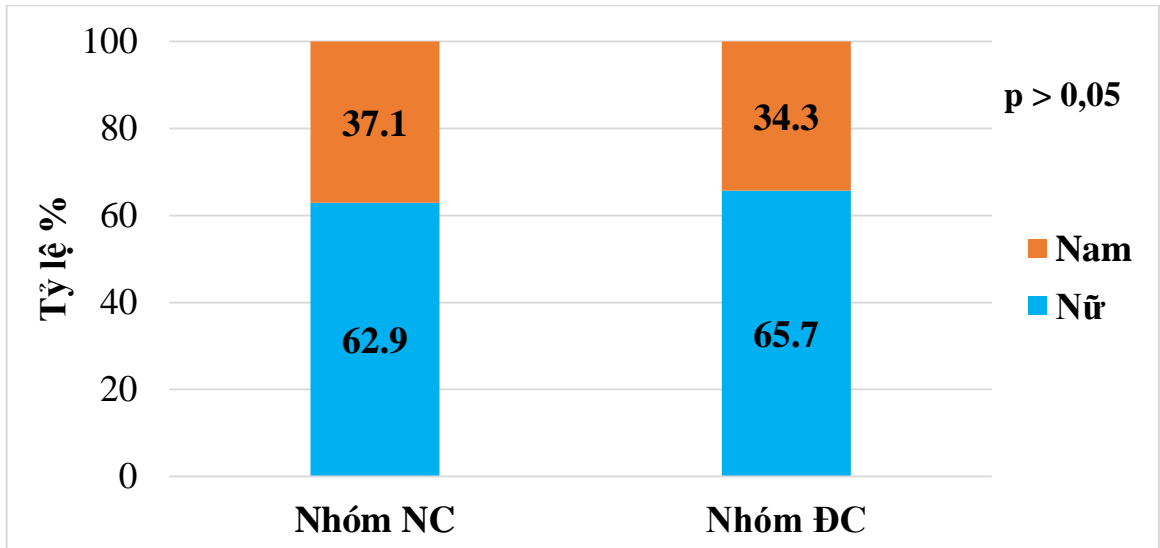
3.1.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm Nhóm tuổi	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
	n	%	n	%	
≤ 49	08	22,9	08	22,9	> 0,05
50 – 59	08	22,9	05	14,3	
≥ 60	19	54,2	22	62,8	
Tổng	35	100	35	100	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	60,69 ± 12,28		61,20 ± 11,61		> 0,05
	60,94 ± 11,87				
Min; Max	40; 84		40; 86		
	40; 86				

Nhận xét: tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu là $60,94 \pm 11,87$, tuổi nhỏ nhất là 40, tuổi lớn nhất là 86. Nhóm NC có tuổi trung bình là $60,69 \pm 12,28$ tuổi, nhóm ĐC là $61,20 \pm 11,61$ tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao ở hai nhóm, 54,2% trong nhóm NC và 60% trong nhóm chứng. Tuổi trung bình và phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: bệnh nhân là nữ giới chiếm đa số trong nghiên cứu, tỷ lệ này ở nhóm NC là 62,9%, nhóm ĐC là 65,7%. Không có sự khác biệt về phân bố bệnh nhân theo giới giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

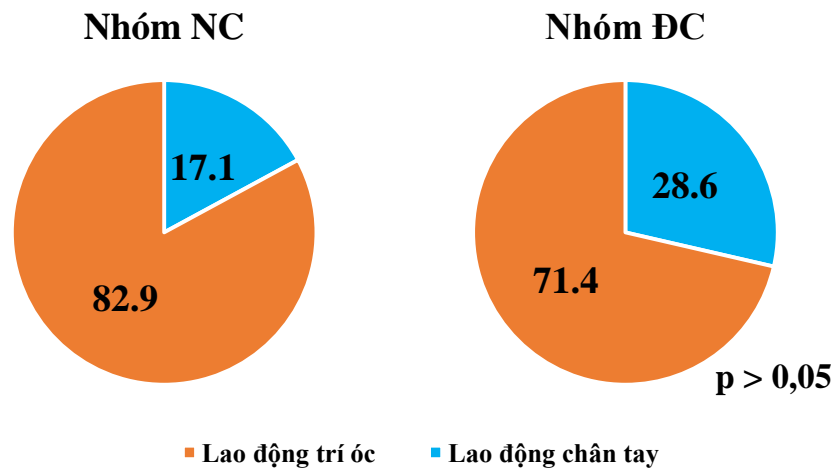
3.1.1.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Thời gian	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		$P_{NC-ĐC}$
	n	%	n	%	
≤ 12 tuần	09	25,7	08	22,9	> 0,05
> 12 tuần	26	74,3	27	77,1	
Tổng	35	100	35	100	

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trên 12 tuần chiếm tỷ lệ 74,3% ở nhóm NC và 77,1% ở nhóm ĐC, sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.1.4. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nhận xét: bệnh nhân lao động trí óc chiếm 82,9% trong nhóm NC, bệnh nhân lao động chân tay chiếm 17,1%. Tỷ lệ này trong nhóm ĐC lần lượt là 71,4% và 28,6%. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.2. Đặc đặc điểm lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu

3.1.2.1. Phân bố mức độ đau của bệnh nhân theo thang điểm VAS

Bảng 3.3. Phân bố mức độ đau theo VAS trước điều trị

Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
	n	%	n	%	
Mức độ đau					
Đau nhẹ	0	-	0	-	> 0,05
Đau vừa	35	100	35	100	
Đau nặng	0	-	0	-	
Tổng	35	100	35	100	

Nhận xét: trước can thiệp, 100% bệnh nhân có mức độ đau vừa, không có bệnh nhân đau nhẹ và đau nặng ($p > 0,05$).

3.1.2.2. Đặc điểm tầm vận động cột sống cổ trước điều trị

Bảng 3.4. Tầm vận động cột sống cổ trước điều trị

Nhóm Tầm vận động (độ)	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
	$(\bar{X} \pm SD)$		$(\bar{X} \pm SD)$		
Cúi	34,37 ± 2,61		34,49 ± 3,34		> 0,05
Ngửa	47,80 ± 3,75		48,14 ± 4,16		> 0,05
Nghiêng phải	26,60 ± 3,15		26,74 ± 3,67		> 0,05
Nghiêng trái	26,46 ± 3,19		26,37 ± 3,18		> 0,05
Quay phải	45,43 ± 2,42		45,54 ± 2,29		> 0,05
Quay trái	45,29 ± 2,26		45,11 ± 2,72		> 0,05

Nhận xét: trước can thiệp, tầm vận động cúi, ngửa, nghiêng (trái, phải) quay (trái, phải) giữa hai nhóm là không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

3.1.2.3. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị

Bảng 3.5. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị

Nhóm Đặc điểm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
	n	%	n	%	
Hạn chế ít	0	-	0	-	> 0,05
Hạn chế vừa	01	2,9	02	5,7	
Hạn chế nhiều	34	97,1	33	94,3	
Tổng	35	100	35	100	

Nhận xét: trước điều trị, bệnh nhân ở hai nhóm đều có hạn chế vận động cột sống cổ, nhóm NC có 97,1% bệnh nhân có tầm vận động cột sống cổ hạn chế nhiều, 2,9% hạn chế vừa. Tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 94,3% và 5,7%. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị ở hai nhóm là không khác biệt ($p > 0,05$).

3.1.2.4. Đặc điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI trước điều trị

Bảng 3.6. Phân bố chức năng sinh hoạt hàng ngày theo điểm NDI trước điều trị

Nhóm Điểm NDI	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		p _{NC-ĐC}
	n	%	n	%	
Không hạn chế	0	-	0	-	> 0,05
Hạn chế nhẹ	0	-	0	-	
Hạn chế trung bình	12	34,3	15	42,9	
Hạn chế nghiêm trọng	23	65,7	20	57,1	
Tổng	35	100	35	100	
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	25,66 ± 3,14		25,60 ± 3,33		> 0,05

Nhận xét: trước điều trị, bệnh nhân cả hai nhóm đều hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI. Nhóm NC có điểm NDI trung bình là $25,66 \pm 2,86$ với 65,7% hạn chế nghiêm trọng và 34,3% hạn chế trung bình; nhóm ĐC có điểm NDI trung bình là $25,60 \pm 3,33$ điểm, với 57,1% hạn chế nghiêm trọng và 42,9% hạn chế trung bình. Điểm NDI trung bình và phân bố chức năng sinh hoạt hàng ngày theo NDI giữa hai nhóm là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.3. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang

Bảng 3.7. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang trước điều trị

Đặc điểm	Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
		n	%	n	%	
Gai xương		28	80,0	27	77,1	> 0,05
Hẹp khe đốt sống		23	65,7	21	60,0	> 0,05
Hẹp lỗ tiếp hợp		15	42,9	17	48,6	> 0,05
Đặc xương dưới sụn		20	57,1	23	65,7	> 0,05
Mất đường cong sinh lý		26	74,3	24	68,6	> 0,05

Nhận xét: Hình ảnh X-quang cột sống cổ ở bệnh nhân cả hai nhóm đều có hình ảnh gai xương, hẹp khe đốt sống, hẹp lỗ tiếp hợp, đặc xương dưới sụn và mất đường cong sinh lý. Không có sự khác biệt về tổn thương trên phim X-quang giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.2. Hiệu quả điều trị

3.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS sau điều trị

Bảng 3.8. Điểm VAS trung bình theo thời gian điều trị

Điểm VAS	Nhóm	Nhóm NC (n = 35)	Nhóm ĐC (n = 35)	P _{NC-ĐC}
		$(\bar{X} \pm SD)$	$(\bar{X} \pm SD)$	
D ₀		5,40 ± 0,73	5,46 ± 0,74	> 0,05
D ₇		3,49 ± 0,85	3,83 ± 0,75	> 0,05
D ₁₄		2,43 ± 0,82	2,86 ± 0,88	< 0,05
D ₂₁		1,11 ± 1,05	1,63 ± 0,97	< 0,05
p _{D0-D21}		< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: trước điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm NC là $5,40 \pm 0,73$, nhóm ĐC là $5,46 \pm 0,74$, không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Điểm VAS trung bình của cả hai nhóm giảm rõ rệt sau điều trị, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 7 ngày điều trị, nhóm NC có điểm VAS trung bình là $3,49 \pm 0,85$ thấp hơn so với nhóm ĐC là $3,83 \pm 0,75$ ($p > 0,05$).

Sau 14 ngày điều trị, nhóm NC có điểm VAS trung bình là $2,43 \pm 0,82$ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so nhóm ĐC là $2,86 \pm 0,88$ ($p < 0,05$).

Điểm VAS trung bình ở thời điểm sau 21 ngày điều trị của nhóm NC là $1,11 \pm 1,05$ thấp hơn nhóm ĐC ($1,63 \pm 0,97$) ($p < 0,05$).

Bảng 3.9. Hiệu suất giảm đau sau điều trị

VAS	Nhóm	Nhóm NC (n = 35)	Nhóm ĐC (n = 35)	P _{NC-ĐC}
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	Độ chênh TB Δ_{D7-D0} (a)	$1,91 \pm 0,43$	$1,63 \pm 0,65$	$> 0,05$
	Độ chênh TB Δ_{D14-D0} (b)	$2,97 \pm 0,82$	$2,60 \pm 0,91$	$> 0,05$
	Độ chênh TB Δ_{D21-D0} (c)	$4,29 \pm 0,89$	$3,83 \pm 0,82$	$< 0,05$
	P _{a-b} , P _{a-c}	$< 0,05$	$< 0,05$	

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, hiệu suất giảm điểm VAS trung bình giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 14 ngày điều trị, hiệu suất giảm điểm VAS trung bình trong nhóm NC là $2,97 \pm 0,82$ điểm, cao hơn nhóm chứng là $2,60 \pm 0,91$ điểm, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 21 ngày điều trị, hiệu suất giảm điểm VAS trung bình trong nhóm NC là $4,29 \pm 0,89$ điểm, cải thiện rõ rệt hơn nhóm ĐC ($3,83 \pm 0,82$ điểm) ($p < 0,05$).

Bảng 3.10. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị

Mức độ đau	Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
		D ₀	D ₂₁	D ₀	D ₂₁	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Không đau		0	14 (40,0)	0	5 (14,3)	< 0,05
Đau nhẹ		0	21 (60,0)	0	30 (85,7)	
Đau vừa		35 (100)	0	35 (100)	0	
Tổng		30 (100)	30 (100)	30 (100)	30 (100)	

Nhận xét: trước can thiệp, bệnh nhân trong nghiên cứu đều có mức độ đau vừa. Sau điều trị, nhóm NC có 60,0% bệnh nhân đau nhẹ, 40,0% không đau. Nhóm ĐC có 85,7% bệnh nhân đau nhẹ và 14,3% không đau. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau theo thang điểm VAS sau 21 ngày điều trị là khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

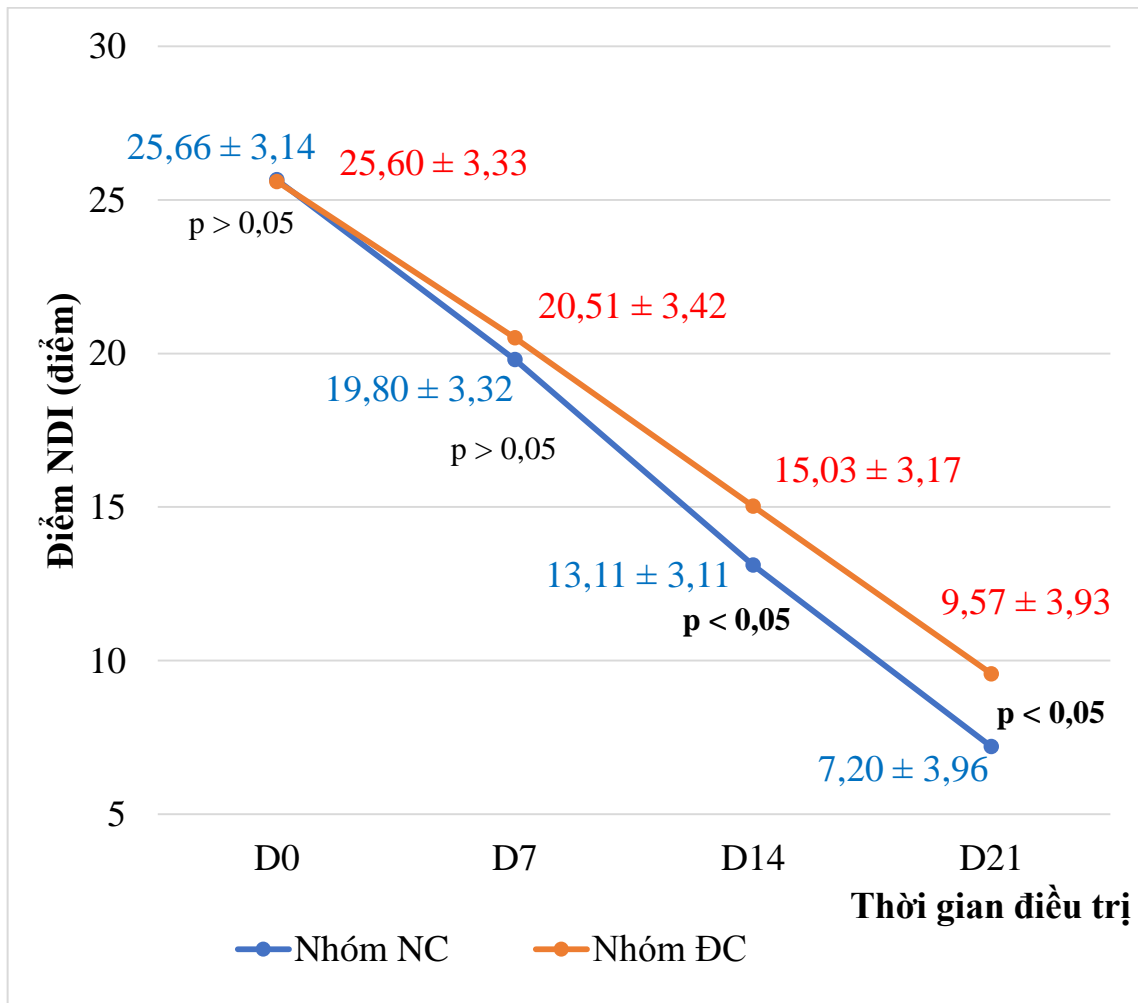
3.2.2. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống cổ sau điều trị

Bảng 3.11. Tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị

Tầm vận động	Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{a-b}
		D ₀	D _{21(a)}	D ₀	D _{21(b)}	
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Cúi		34,37 ± 2,61	46,80 ± 3,77	34,49 ± 3,34	44,69 ± 3,98	< 0,05
Ngửa		47,80 ± 3,75	60,46 ± 3,43	48,14 ± 4,16	58,29 ± 4,11	< 0,05
Nghiêng phải		26,60 ± 3,15	40,69 ± 3,45	26,74 ± 3,67	39,0 ± 3,25	< 0,05
Nghiêng trái		26,46 ± 3,19	40,54 ± 3,58	26,37 ± 3,18	38,74 ± 3,81	< 0,05
Quay phải		45,43 ± 2,42	60,49 ± 3,06	45,54 ± 2,29	58,83 ± 3,68	< 0,05
Quay trái		45,29 ± 2,26	59,31 ± 3,60	45,11 ± 2,72	58,26 ± 3,69	> 0,05
P _{D0-D21}		< 0,05		< 0,05		

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, tâm vận động cột sống cổ ở cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm NC có tâm vận động cúi, ngửa, nghiêng (phải, trái), quay phải cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm chứng sau 21 ngày điều trị ($p < 0,05$).

3.2.3. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI



Biểu đồ 3.3. Điểm NDI trung bình theo thời gian điều trị

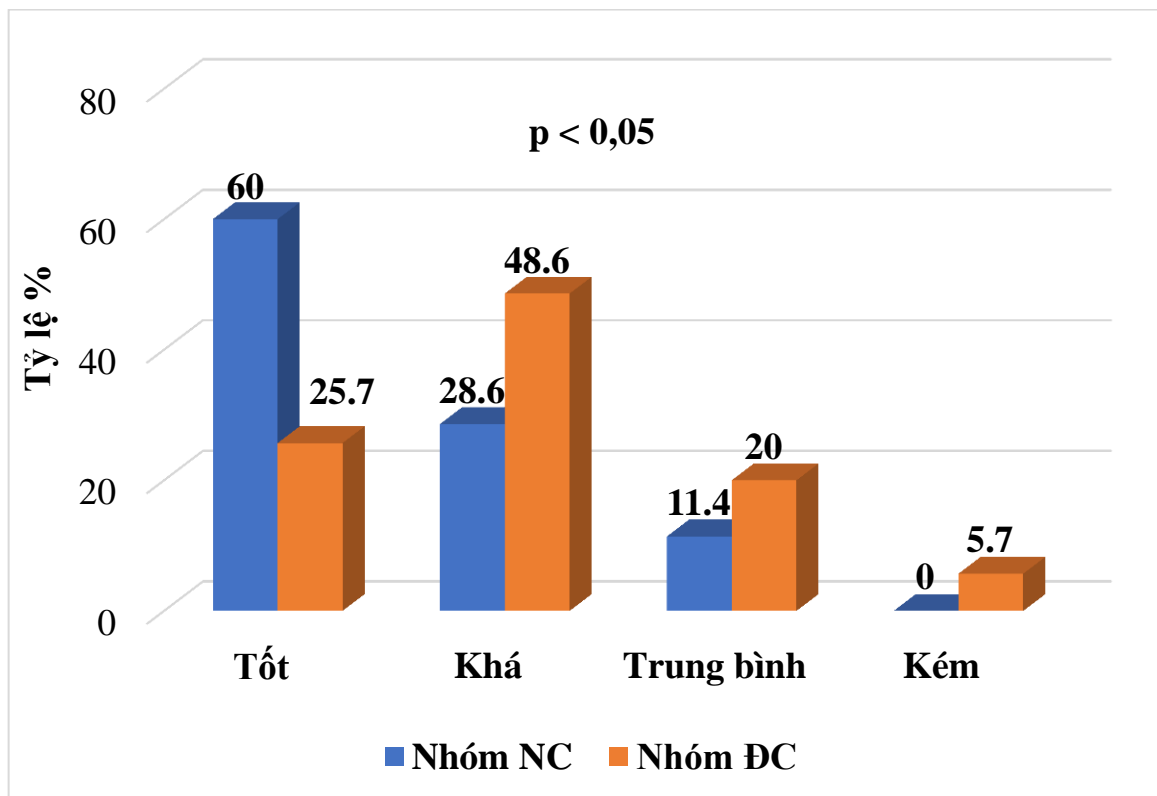
Nhận xét: trước điều trị, điểm NDI trung bình giữa hai nhóm là tương đồng ($p > 0,05$). Điểm NDI trung bình ở cả hai nhóm đều cải thiện có ý nghĩa thống kê sau điều trị ($p < 0,05$).

Sau 7 ngày điều trị, điểm NDI trung bình ở nhóm NC là $19,80 \pm 3,32$ điểm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC $20,51 \pm 3,42$ điểm ($p > 0,05$).

Sau 14 ngày điều trị, nhóm NC có điểm NDI trung bình là $13,11 \pm 3,11$ điểm, thấp hơn nhóm ĐC là $15,03 \pm 3,17$ điểm ($p < 0,05$).

Sau 21 ngày điều trị, điểm NDI trong nhóm NC là $7,20 \pm 3,96$ điểm, thấp hơn nhóm ĐC là $9,57 \pm 3,93$ điểm, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.4. Hiệu quả điều trị chung



Biểu đồ 3.4. Hiệu quả điều trị chung sau 21 ngày điều trị

Nhận xét: nhóm NC có 60,0% bệnh nhân có hiệu quả điều trị tốt, 28,6% khá, 11,4% trung bình và không có kết quả kém. Nhóm ĐC có 25,7% hiệu quả tốt, 48,6% khá, 20,0% trung bình và 5,7% hiệu quả kém. Phân bố bệnh nhân theo hiệu quả điều trị ở hai nhóm là khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

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

3.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.12. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Triệu chứng	Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)	
		n	%	n	%
Bỏng		0	-	0	-
Mẩn ngứa, dị ứng		0	-	0	-
Nhiễm trùng		0	-	0	-
Chảy máu, bầm tím		0	-	0	-
Vụng châm		0	-	0	-
Choáng		0	-	0	-
Đau		0	-	0	-
Bầm dập cơ		0	-	0	-

Nhận xét: trong quá trình điều trị chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.

3.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng

Bảng 3.13. Chỉ số tổng phân tích tế bào máu ngoại vi trước và sau điều trị

Chỉ số	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		p _{a-b}
	D ₀	D _{21(a)}	D ₀	D _{21(b)}	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Hồng cầu (T/L)	4,56 ± 0,48	4,59 ± 0,41	4,35 ± 0,43	4,48 ± 0,49	> 0,05
Bạch cầu (G/L)	7,11 ± 1,24	6,98 ± 1,17	7,10 ± 1,90	6,71 ± 1,16	> 0,05
Tiểu cầu (G/L)	278,11 ± 74,69	266,09 ± 76,96	282,40 ± 61,80	271,31 ± 64,96	> 0,05
P _{D0-D21}	> 0,05		> 0,05		

Nhận xét: không có sự khác biệt về chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu trước và sau điều trị (p > 0,05).

Bảng 3.14. Chỉ số chức năng gan thận trước và sau điều trị

Nhóm Chi số	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{a-b}
	D ₀	D _{21(a)}	D ₀	D _{21(b)}	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Ure (mmol/L)	4,85 ± 1,48	4,91 ± 1,30	4,73 ± 1,22	4,66 ± 1,11	> 0,05
Creatinin (μmol/L)	69,81 ± 20,96	68,63 ± 19,70	68,86 ± 15,50	70,75 ± 18,24	> 0,05
AST (U/L)	20,21 ± 7,94	20,79 ± 7,74	21,46 ± 9,60	20,66 ± 8,73	> 0,05
ALT (U/L)	23,83 ± 9,96	23,17 ± 10,33	22,76 ± 12,77	22,24 ± 10,72	> 0,05
P _{D0-D21}	> 0,05		> 0,05		

Nhận xét: không có sự khác biệt về chỉ số ure, creatinin, AST, ALT trước và sau điều trị ($p > 0,05$).

Chương 4

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống cổ, chia làm hai nhóm: 35 bệnh nhân nhóm NC điều trị bằng phương pháp dán cao dán Ôn kinh phương kết hợp xoa bóp bấm huyệt và điện châm; 35 bệnh nhân nhóm ĐC điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt kết hợp điện châm. Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công An từ tháng 04 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm chung

4.1.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Kết quả nghiên cứu được trình bày trong bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $60,94 \pm 11,87$ tuổi, nhóm NC là $60,69 \pm 12,28$ tuổi, nhóm ĐC là $61,20 \pm 11,61$ tuổi ($p > 0,05$). Tỷ lệ đau vùng cổ gáy cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 60 , chiếm 54,2% trong nhóm NC và 62,8% trong nhóm ĐC, tỷ lệ bệnh ở nhóm tuổi 50-59 lần lượt là 22,9% ở nhóm NC và 14,3% ở nhóm ĐC, và ở nhóm tuổi ≤ 49 đều là 22,9% ở cả hai nhóm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu: Nguyễn Tuyết Trang (2016) tỷ lệ bệnh nhân đau vai gáy do THCS ở nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 53,30%, tuổi trung bình là $61,90 \pm 9,40$ [49]. Đỗ Thị Kim Chung (2021) tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $57,30 \pm 9,77$ tuổi trong nhóm NC và $58,86 \pm 9,94$ tuổi trong nhóm ĐC [43]. Trần Thu Phương (2023) tỷ lệ nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 60,53% trong nhóm NC và 64,86% trong nhóm ĐC [12].

Một số nghiên cứu cho tỷ lệ đau vùng cổ gáy do THCS ở độ tuổi thấp hơn: Phạm Nhật Minh (2018) tuổi trung bình là $52,13 \pm 15,05$ tuổi trong

nhóm NC và $52,50 \pm 10,94$ tuổi trong nhóm ĐC, nhóm tuổi 40 - 59 chiếm tỷ lệ cao, là 46,67% ở nhóm NC và 50% ở nhóm ĐC [40]. Mầu Tiến Dũng (2020) tuổi trung bình là $44,40 \pm 8,49$ trong nhóm NC và $43,58 \pm 9,58$ trong nhóm ĐC [42].

THCSC là tình trạng biến đổi hoá sinh học và cơ sinh học xảy ra mạn tính ở đĩa đệm, sụn bề mặt thân đốt sống, mô xương dưới sụn, khớp liên mấu và mòm móc vùng cột sống cổ, làm hư hại vi cấu trúc dẫn đến biến đổi hình thái của các mô này liên quan đến tuổi tác và tác động của lực cơ học mà không do viêm [6]. Trong đó, tình trạng đĩa đệm cột sống cổ bị thoái hoá theo tuổi và do chịu tải quá mức kéo dài, thoái hoá mòm móc khớp liên mấu thường đi sau thoái hoá đĩa đệm. Đĩa đệm bị thoái hoá giảm tính đàn hồi và giảm chiều cao, tác động lên mâm sụn và mô dưới sụn, lâu ngày dẫn tới mô dưới sụn thiếu máu mạn tính, có chỗ bị lún và có hoại tử xương vi thể, khớp liên mấu cũng bị biến đổi lão hoá. Lão hoá phối hợp với tác động của lực cơ học khiến quá trình thoái hoá tiếp tục tiến triển, biểu hiện trên lâm sàng là hội chứng cột sống cổ, kèm theo các hội chứng của các biến chứng như hội chứng rễ thần kinh, hội chứng động mạch đốt sống, hội chứng chèn ép tuỷ cổ [6]. Bệnh thường gặp ở tuổi trung niên và người già do liên quan đến quá trình thoái hoá theo tuổi và cường độ lao động kéo dài. Lý luận YHCT cho rằng, lão suy là quy luật tất yếu của quá trình sinh trưởng và phát dục của con người [50]. Con gái 7 tuổi, thận khí thịnh, thay răng tóc dài; 14 tuổi thiên quý đến; 35 tuổi mạch dương minh bắt đầu suy dần; đến năm 49 tuổi mạch âm suy yếu, mạch thái xung kém, thiên quý cạn kiệt, địa đạo không thông nên kinh nguyệt không còn, không thể có con nữa. Con trai 8 tuổi thận khí thực, thay răng tóc tốt; 16 tuổi thận khí thịnh, thiên quý đến; 24 tuổi thận khí quân bình; 40 tuổi thận khí suy dần răng khô tóc rụng; 56 tuổi thận khí suy, gân yếu, thiên quý kiệt, tinh ít; 64 tuổi thận khí kém, tóc rụng, răng khô do lục phủ ngũ tạng đều suy yếu, gân xương lỏng lẻo, thiên quý cạn [21]. Cổ nhân trong

“Linh khu - Vệ khí thất thường” viết “ngũ thập tuế dĩ thượng vi lão”, nghĩa là 50 tuổi trở lên là người già [50]. Người có tuổi thiên quý suy, hoặc thiên thiên không đủ, phòng dục quá độ làm thận tinh suy tổn; thận hư không tư dưỡng được can mộc; can thận hư không nuôi dưỡng được cân cốt mà gây bệnh. Nhân lúc chính khí suy, vệ khí hư, phong hàn thấp tà thừa cơ xâm phạm vào vùng vai gáy, khiến kinh lạc tắc trở, khí huyết vận hành không thông mà gây ra chứng Tý [23]. Như vậy, độ tuổi trung bình và phân bố nhóm tuổi ở bệnh nhân đau vùng cổ gáy do THCSC trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với cơ chế bệnh sinh theo YHHĐ và YHCT.

4.1.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Đau vùng cổ gáy có thể gặp ở cả hai giới, tỷ lệ này cao hơn ở nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm 62,9% ở nhóm NC và 65,7% ở nhóm ĐC, không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$) (Biểu đồ 3.1).

Nhiều nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra tỷ lệ đau vùng cổ gáy ở nữ giới cao hơn nam giới. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Minh (2021) nữ giới chiếm 63,3% [51]. Hà Quốc Tuấn (2022) tỷ lệ nữ giới là 60%, Trần Thu Phương (2023) nữ giới chiếm 65,79% trong nhóm NC và 67,57% trong nhóm ĐC [12], [46]. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Kim Chung (2021) tỷ lệ nữ giới 76% trong nhóm NC và 78% trong nhóm ĐC; Phạm Nhật Minh (2018) tỷ lệ nữ giới là 83,33% trong nhóm NC và 86,67% trong nhóm ĐC, đều cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [40], [43].

Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới và nữ giới khác nhau tùy thuộc vào từng nghiên cứu, tuy nhiên có thể nhận thấy tỷ lệ mắc bệnh đau vùng cổ gáy do THCSC cao hơn nữ giới. Cũng giống như nam giới, nữ giới ngày nay cũng tham gia các công việc lao động nặng, công nhân, viên chức, văn phòng, hơn nữa lại thường xuyên làm các công việc nội trợ và việc nhà, nên thường có tư thế cột sống cổ không đúng trong sinh hoạt và lao động. Nữ giới sau tuổi mãn kinh kèm theo sự rối loạn nội tiết tố, thiếu hụt estrogen làm tăng nguy cơ

loãng xương và ảnh hưởng đến quá trình thoái hoá cột sống trong đó có THCSC. Người bệnh là nữ giới quan tâm tới sức khoẻ, thường đi khám và điều trị sớm khi xuất hiện các triệu chứng bệnh. YHCT cho rằng, phụ nữ sau sinh, khí huyết đều hao tổn, dẫn đến công năng tạng phủ suy giảm, trong đó có hai tạng Can Thận [53]. Giận dữ ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết của Can, dẫn đến can khí uất kết; lao lực, bệnh lâu ngày, phòng dục quá độ ảnh hưởng đến chức năng của Thận. Can huyết hư không nuôi dưỡng được gân, Thận hư suy không nuôi dưỡng được cốt tủy mà gây bệnh [54]. Điều này có thể lý giải cho kết quả tỷ lệ nữ giới chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.1.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Trong nghiên cứu, thời gian mắc bệnh > 12 tuần chiếm đa số ở cả hai nhóm (bảng 3.2). Ở nhóm NC tỷ lệ mắc bệnh > 12 tuần chiếm 74,3%, ≤ 12 tuần chiếm 25,7%; tỷ lệ này ở nhóm ĐC lần lượt là 77,1% và 22,9%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Tác giả Đỗ Thị Kim Chung (2021) cho thấy thời gian mắc bệnh trên 12 tuần chiếm 70% [43]. Tỷ lệ mắc bệnh > 12 tuần chiếm tỷ lệ thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Trần Thu Phương với 47,37% trong nhóm NC và 45,95% trong nhóm ĐC [12].

Thời gian mắc bệnh được tính từ khi người bệnh có triệu chứng lâm sàng đầu tiên cho đến khi tới khám và điều trị. Đau vùng cổ gáy do THCSC là bệnh mạn tính, tiến triển chậm, người bệnh thường đến khám khi các triệu chứng đau và hạn chế vận động trở nên nặng nề, ảnh hưởng tới khả năng làm việc và sinh hoạt hàng ngày. Đặc điểm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nhóm tuổi ≥ 60 chiếm đa số, người bệnh tuổi hưu trí bắt đầu có điều kiện thời gian và quan tâm tới sức khoẻ hơn, tỷ lệ khám và điều trị bệnh cao, nhưng thời gian mắc vì thế mà kéo dài hơn.

4.1.1.4. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Trong nghiên cứu này, nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu được chia làm 2 nhóm: lao động tay chân và lao động trí óc. Kết quả được trình bày trong biểu đồ 3.2 cho thấy lao động trí óc chiếm tỷ lệ cao hơn lao động chân tay, lần lượt là 82,9% và 17,1% trong nhóm NC và 71,4% và 26,8% trong nhóm ĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Một số nghiên cứu cũng cho kết quả bệnh nhân lao động trí óc chiếm tỷ lệ cao: Phạm Nhật Minh (2018) lao động trí óc chiếm 56,67% trong nhóm NC và 63,33% trong nhóm ĐC; Mâu Tiến Dũng (2020) tỷ lệ lao động trí óc là 62,5%; Đỗ Thị Kim Chung (2021) là 60% trong nhóm NC và 58% trong nhóm ĐC, Trần Thu Phương (2023) tỷ lệ này lần lượt là 65,79% và 62,16% trong nhóm NC và ĐC, [42], [43].

Nghề nghiệp là một yếu tố liên quan chặt chẽ với quá trình thoái hoá trong đó có THCSC. Người bệnh nghề nghiệp trí óc như giáo viên, nhân viên văn phòng, công chức thường có tư thế cột sống cổ không đúng trong quá trình làm việc, cúi nhiều, nghiêng lệch nhiều. Do tư thế cột sống cổ không đúng làm lực phân bố lên đĩa đệm và khớp liên mấu thay đổi, tác động kéo dài là nguyên nhân dẫn đến THCSC. Người làm việc lao động chân tay, đặc biệt như buôn bán, nông nghiệp thường xuyên bốc vác hàng hoá và vật nặng khiến lực tác động lên cột sống cổ quá mức lâu ngày dẫn đến THCSC. Tỷ lệ người bệnh là lao động trí óc trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu khác có thể do sự khác biệt về địa điểm nghiên cứu. Nơi chúng tôi tiến hành nghiên cứu là bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công An - bệnh viện hạng 1, khám chữa bệnh YHCT kết hợp YHHĐ cho lực lượng công an nhân dân tại thành phố Hà Nội và người dân trong địa bàn, tỷ lệ người bệnh là lao động trí óc đến khám và điều trị cao hơn.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu

4.1.2.1. Phân bố mức độ đau của bệnh nhân theo thang điểm VAS

Theo bảng 3.3, trước điều trị bệnh nhân ở hai nhóm đều đau vùng cổ gáy mức độ vừa (4 - 6 điểm) theo thang điểm VAS. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Hà Quốc Tuấn (2022) [52]. Tác giả Phạm Nhật Minh (2018) người bệnh có mức độ đau theo VAS từ 4 - 6 điểm chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm; Đỗ Thị Kim Chung tỷ lệ bệnh nhân có điểm VAS từ 4 - 6 điểm chiếm 60% trong nhóm NC và 64% trong nhóm ĐC [40], [43]. Nghiên cứu của Mầu Tiến Dũng (2020) tỷ lệ bệnh nhân đau vừa chiếm 65%, đau nặng chiếm 35% trong nhóm NC và 67,5% và 32,5% trong nhóm ĐC [42].

Đau vùng cổ gáy là triệu chứng thường gặp nhất, đi kèm với các biểu hiện đa dạng khác của THCSC, đây cũng là triệu chứng chính khiến người bệnh đến khám và điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn đối tượng là bệnh nhân điều trị tại bệnh viện YHCT, nên các bệnh nhân đến khám và điều trị đa số với mức độ đau vừa theo thang điểm VAS, thấp hơn so với kết quả của một số nghiên cứu khác.

4.1.2.2. Đặc điểm tầm vận động cột sống cổ trước điều trị

Kết quả nghiên cứu qua bảng 3.4 cho thấy, trước can thiệp, tầm vận động cột sống cổ của hai nhóm đều hạn chế. Cụ thể, tầm vận động gập cột sống cổ ở nhóm NC là $34,37 \pm 2,61$ độ, ở nhóm ĐC là $34,49 \pm 3,34$ độ ($p > 0,05$); tầm vận động ngửa là $47,80 \pm 3,75$ độ, không khác biệt so với nhóm ĐC là $48,14 \pm 4,16$ độ ($p > 0,05$). Nhóm NC có tầm vận động nghiêng phải là $26,60 \pm 3,15$ độ, nghiêng trái $26,46 \pm 3,19$ độ, tầm vận động quay phải là $45,43 \pm 2,42$ độ, quay trái là $45,29 \pm 2,26$ độ không khác biệt so với nhóm ĐC: tầm vận động nghiêng phải là $26,74 \pm 3,67$ độ, nghiêng trái $26,37 \pm 3,18$ độ, quay phải $45,54 \pm 2,29$ độ, quay trái $45,11 \pm 2,72$ độ ($p > 0,05$). Kết quả không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Phạm Nhật Minh (2018), Mầu Tiến Dũng (2020), Đỗ Thị Kim Chung (2021) [40], [42], [43].

4.1.2.3. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị

Bảng 3.5 chỉ ra rằng, trước điều trị tất cả bệnh nhân trong hai nhóm đều có hạn chế tầm vận động cúi, ngửa, nghiêng, xoay cột sống cổ. Nhóm NC có 97,1% hạn chế nhiều và 2,9% hạn chế vừa; nhóm ĐC có 94,3% hạn chế nhiều và 5,7% hạn chế vừa, không có người bệnh hạn chế tầm vận động cột sống cổ ít ở cả hai nhóm. Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Mầu Tiến Dũng (2020) tỷ lệ người bệnh THCSC có hạn chế vừa chiếm 35%, hạn chế nhiều chiếm 42,5% trong nghiên cứu, có 17,5% hạn chế ít và 5% hạn chế rất nhiều [42].

Hạn chế tầm vận động cột sống cổ là một triệu chứng phổ biến trong đau vùng cổ gáy do THCSC. Tình trạng đau và co cứng cơ khiến người bệnh hạn chế tầm vận động cột sống cổ. Mức độ hạn chế nhiều chiếm đa số trong nghiên cứu này phù hợp với đặc điểm mức độ đau, độ tuổi và thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu.

4.1.2.4. Đặc điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày theo điểm NDI trước điều trị

Theo bảng 3.6, điểm NDI trước điều trị của nhóm NC là $25,66 \pm 3,14$ điểm, nhóm ĐC là $25,60 \pm 3,33$ điểm, không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Nhóm NC có 34,3% người bệnh có chức năng sinh hoạt hàng ngày hạn chế mức độ trung bình, 65,7% hạn chế nghiêm trọng; tỷ lệ này ở nhóm ĐC lần lượt là 42,9% và 57,1%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đối tượng nghiên cứu của Trần Thu Phương (2023) có điểm NDI trung bình trước can thiệp là $25,00 \pm 6,93$ điểm trong nhóm NC và $25,46 \pm 6,55$ điểm trong nhóm ĐC tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Mầu Tiến Dũng (2020) điểm NDI trung bình là $19,68 \pm 4,26$ điểm trong nhóm NC và $20,85 \pm 3,77$ điểm trong nhóm ĐC, với 70% hạn chế mức độ trung bình [42], thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có

thể do trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có độ tuổi trung bình cao hơn, thời gian mắc bệnh kéo dài hơn, bệnh nhân thường đã điều trị nhiều nơi trước khi đến với bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công An.

4.1.3. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang

Bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ các hình ảnh tổn thương thường gặp trên phim X-quang cột sống cổ trước điều trị. Nhóm NC có 80% gai xương, 65,7% hẹp khe đốt sống, 42,9% hẹp lỗ tiếp hợp, 57,1% đặc xương dưới sụn và 74,3% mất đường cong sinh lý; tỷ lệ này ở nhóm ĐC lần lượt là 77,1% gai xương, 60% hẹp khe đốt sống, 48,6% hẹp lỗ tiếp hợp, 65,7% đặc xương dưới sụn, 68,6% mất đường cong sinh lý. Không có sự khác biệt về đặc điểm tổn thương trên phim X-quang cột sống cổ giữa hai nhóm trước can thiệp ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Phạm Nhật Minh (2018) có tỷ lệ bệnh nhân gai xương chiếm 86,67%, hẹp khe đốt sống là 33,3%, đặc xương dưới sụn là 70% [40]. Mậu Tiến Dũng (2020) có 92,5% bệnh nhân có hình ảnh gai xương, 52,5% hẹp khe đốt sống, 30% hẹp lỗ tiếp hợp, 27,5% mất đường cong sinh lý [42]. Trần Thu Phương (2023) tỷ lệ gai xương là 82,9%, hẹp khe đốt sống là 45,7%, hẹp lỗ tiếp hợp là 22,9%, mất đường cong sinh lý là 77,1%.

Nhận xét chung về đặc điểm đối tượng nghiên cứu: đối tượng nghiên cứu trong hai nhóm lâm sàng không có sự khác biệt về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, nghề nghiệp, tầm vận động cột sống cổ, chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI, đặc điểm tổn thương trên phim X-quang cột sống cổ. Sự tương đồng về đặc điểm chung giữa hai nhóm trước can thiệp có ý nghĩa trong việc so sánh và đánh giá hiệu quả can thiệp.

4.2. Hiệu quả điều trị

4.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS sau điều trị

Đau là một cảm giác mang tính chủ quan, kinh nghiệm, bao gồm các cảm giác xúc giác khó chịu liên quan đến tổn thương mô đang xảy ra hoặc có thể xảy ra. Cảm giác đau có mục đích bảo vệ trước khi tổn thương mô trở nên

không hồi phục [55], [56]. Trong THCSC, đau là một triệu chứng phổ biến, đây cũng là triệu chứng khiến người bệnh khó chịu nhất, làm hạn chế khả năng làm việc và sinh hoạt hàng ngày, và cũng là lý do vào viện thường gặp nhất của người bệnh. Cảm giác đau không giống nhau ở từng cá thể người bệnh, do sự khác biệt về ngưỡng đau, khả năng chịu đau. Có nhiều phương pháp lượng giá đau, phương pháp đánh giá mức độ đau dựa trên cảm giác chủ quan của người bệnh theo thang điểm VAS được chúng tôi tiến hành sử dụng trong nghiên cứu vì đây là một thang điểm khá phổ biến, đơn giản trực quan và dễ thực hiện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trên 70 người bệnh hiệu quả giảm đau thể hiện rõ rệt qua sự giảm điểm VAS trung bình theo thời gian điều trị. Bảng 3.8 và 3.9 cho thấy, điểm VAS trung bình của hai nhóm là không có sự khác biệt trước điều trị ($p > 0,05$). Sau 7 ngày điều trị, điểm VAS trung bình trong nhóm NC giảm từ $5,40 \pm 0,73$ xuống $3,49 \pm 0,85$ điểm, với hiệu suất giảm điểm VAS là $1,91 \pm 0,43$; nhóm ĐC giảm từ $5,46 \pm 0,74$ xuống $3,83 \pm 0,75$ điểm, với hiệu suất giảm điểm VAS là $1,63 \pm 0,65$. Điểm VAS trung bình ở nhóm NC có xu hướng thấp hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 14 ngày điều trị, điểm VAS trung bình giảm rõ rệt ở hai nhóm, với điểm VAS trung bình là $2,43 \pm 0,82$ điểm ở nhóm NC thấp hơn nhóm ĐC với $2,86 \pm 0,88$ điểm, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Khả năng giảm điểm VAS so với trước can thiệp trong nhóm NC là $2,97 \pm 0,82$ điểm cao hơn nhóm ĐC là $2,60 \pm 0,91$ điểm, tuy nhiên sự khác biệt này là chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Hiệu quả giảm đau thể hiện rõ tại thời điểm sau 21 ngày điều trị với điểm VAS trung bình ở nhóm NC là $1,11 \pm 1,05$ điểm, thấp hơn so với nhóm ĐC là $1,63 \pm 0,97$ điểm ($p < 0,05$). Tương tự, hiệu suất giảm điểm VAS cũng thể hiện rõ rệt nhất ở thời điểm sau 21 ngày điều trị, với mức độ giảm là 4,29

$\pm 0,89$ điểm ở nhóm NC cao hơn nhóm ĐC ($3,83 \pm 0,82$ điểm), sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.10 cho thấy sự cải thiện mức độ đau theo VAS của cả 2 nhóm nghiên cứu trước và sau điều trị. Trước can thiệp bệnh nhân cả hai nhóm đều có mức độ đau vừa theo thang điểm VAS ($p > 0,05$). Nhóm NC sau 21 ngày điều trị, tỷ lệ không đau trong nhóm nghiên cứu là 40%, đau nhẹ là 60%, không có bệnh nhân đau vừa và đau nặng. Kết quả ở nhóm ĐC là 14,3% không đau và 85,7% đau nhẹ. Tỷ lệ không đau ở nhóm NC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC ($p < 0,05$). Như vậy, cao dán Ôn kinh phương kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau trên người bệnh đau vùng cổ gáy do THCSC.

Kết quả một số nghiên cứu khác điều trị đau vùng cổ gáy do THCSC cũng cho hiệu quả giảm đau tốt. Tác giả Trần Thu Phương (2022) nghiên cứu tác dụng của điện châm, xoa bóp bấm huyệt và thuốc đắp HV trên người bệnh đau vùng cổ gáy do THCSC. Nghiên cứu cho kết quả: sau 14 ngày, điểm VAS trung bình giảm từ $5,43 \pm 0,74$ giảm xuống $1,04 \pm 0,73$ điểm, sự khác biệt với nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) tại thời điểm ngày thứ 3 và ngày thứ 7 điều trị [26]. Hiệu quả giảm đau đạt được trong thời gian ngắn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi có thể do sự khác biệt về đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của tác giả, tỷ lệ người bệnh có thời gian mắc bệnh > 12 tuần thấp hơn, thời gian khởi phát triệu chứng đau dưới 7 ngày chiếm đa số, nên khả năng đáp ứng với phương pháp điều trị sẽ nhanh hơn.

Một số nghiên cứu về các phương pháp điều trị khác cũng cho kết quả giảm đau trên người bệnh THCSC. Phạm Nhật Minh (2018) nghiên cứu hiệu quả điều trị của điện châm kết hợp với vận động không xung lực trên người bệnh đau vai gáy do THCSC cho kết quả tỷ lệ người bệnh không đau là 26,67%, đau nhẹ là 70%, đau vừa là 3,33% [40].

Màu Tiến Dũng (2020) nghiên cứu tác dụng điện châm kết hợp tác động cột sống trên bệnh nhân đau vai gáy do THCS cho thấy: sau 20 ngày, điểm VAS trung bình trong nhóm NC giảm từ $6,08 \pm 0,91$ xuống còn $1,23 \pm 0,94$ điểm và trong nhóm điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt giảm từ $6,05 \pm 0,78$ điểm xuống còn $1,63 \pm 1,17$ điểm [42]. Tỷ lệ người bệnh không đau sau điều trị của tác giả thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, với nhóm NC là 25% không đau, đau nhẹ là 72,5%, đau vừa là 2,5%; trong nhóm chúng lần lượt là 22,5% không đau, 70% đau nhẹ và 7,5% đau vừa.

Tác giả Đỗ Thị Kim Chung (2021) đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp bài Quyên tý thang trên bệnh nhân đau vai gáy do THCS với hiệu quả giảm điểm VAS từ $5,70 \pm 1,20$ xuống còn $1,60 \pm 0,90$ điểm, với tỷ lệ người bệnh không đau là 12%, đau nhẹ là 72%, đau vừa là 16% [43].

Hà Quốc Tuấn (2022) đánh giá tác dụng đau vùng cổ gáy thể phong hàn thấp kết hợp Can Thận hư bằng phương pháp tam pháp đại chủy cho kết quả: điểm VAS trung bình giảm từ $5,67 \pm 1,23$ xuống còn $1,11 \pm 0,81$ điểm, cải thiện rõ rệt so với nhóm điện châm với $p < 0,05$ [52].

Trong thoái hoá khớp có sự tham gia của các cytokin tiền viêm (IL-1 β , TNF- α), ngoài ra còn có vai trò của các gốc tự do NO tham gia vào quá trình dị hoá sụn khớp [18]. Hiện nay, nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đã chứng minh thành phần vị thuốc trong cao dán ôn Kinh phương có tác dụng dược lý giảm đau, chống viêm theo cơ chế YHHĐ. Ngải cứu được chứng minh có tác dụng giảm đau, chống viêm trên thực nghiệm. Pires J.M. và cộng sự (2009) đã nghiên cứu tác dụng giảm đau của chiết xuất hydroalcohol của Ngải cứu, chiết xuất Ngải cứu liều 500 và 1000mg/kg có tác dụng làm giảm cơn đau quặn bụng lần lượt là 48% và 59% trên mô hình gây đau quặn bụng bằng acid acetic, không có sự khác biệt về thời gian phản ứng trên mô hình mâm nóng, chứng minh Ngải cứu có tác dụng giảm đau ngoại biên trên mô hình thực nghiệm, có thể gây ra bởi rutoside, dẫn xuất acid

hydroxybenzoic và acid cafeic và các dẫn xuất của nó [57], [58]. Afsar S. và cộng sự (2013) cũng cho thấy chiết xuất của Ngải cứu có tác dụng chống viêm trên mô hình chuột thực nghiệm [59]. Tác giả Ben Nasr S. và cộng sự (2020) chỉ ra rằng chiết xuất của Ngải cứu có tác dụng chống oxi hoá, chống gốc tự do; chống viêm trên in-vitro [60]. Pandey J. và cộng sự (2021) đã nghiên cứu chiết xuất Ngải cứu có tác dụng chống viêm trên mô hình phù chân chuột, giảm rõ rệt thể tích phù chân chuột có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [61]. Tại Việt Nam, Phạm Thị Nhật Trinh và cộng sự (2024) chứng minh chiết xuất ethanol 96% và 50% của Ngải cứu có tác dụng chống viêm cấp tính thông qua giảm phù nề chân chuột trên mô hình thực nghiệm gây phù chân chuột bằng carrageenin, hiệu quả rõ rệt hơn với chiết xuất ethanol 96% [62].

Địa liền và chiết xuất của Địa liền có tác dụng dược lý giảm đau, chống viêm [63]. Khả năng chống viêm trên thực nghiệm của chiết xuất Địa liền đã được Vittalrao và cộng sự (2011) đánh giá thông qua các mô hình gây phù chân bằng carrageenan ở chuột Wistar. Chiết xuất Địa liền ở liều 600 mg/kg và 1200 mg/kg giảm có ý nghĩa thống kê tình trạng phù nề chân chuột do carrageenan gây ra sau 3 giờ và 6 giờ ($p < 0,01$). Chiết xuất Địa liền có tác dụng giảm đau đáng kể ở mô hình tail flick ($p < 0,001$) và mô hình mâm nóng ($p < 0,001$) so với đối chứng. Như vậy, chiết xuất Địa liền có tác dụng chống viêm và giảm đau trung ương [64]. Năm 2024, Zhu Y. và cộng sự đã chỉ ra sáu phenylpropanoids mới được phân lập từ Địa liền có tác dụng chống viêm trung bình, thông qua khả năng ức chế sản xuất NO và sự biểu hiện của iNOS và COX-2 [65]. Ethyl-*p*-methoxycinnamate được phân lập từ Địa liền ức chế tình trạng viêm thông qua ức chế interleukin-1, TNF- α [66]. Hoạt tính chống viêm in vitro của hợp chất được tách chiết ethyl *p*-methoxycinnamate cũng đã được đánh giá, cho thấy hợp chất này ức chế các enzyme cyclooxygenase 1 (COX-1) và 2 (COX-2) lần lượt là 42,9% và 57,82% [63].

Quế chi được chứng minh có tác dụng giảm đau, chống viêm, giãn mạch, bảo vệ thần kinh [67]. Sun L. và cộng sự (2016) nghiên cứu tác dụng giảm đau, chống viêm của chiết xuất tinh dầu Quế chi [68]. Chiết xuất Quế chi liều 15mg/kg, 30mg/kg và 60mg/kg giảm số cơn đau quặn trên mô hình gây quặn đau bằng acid acetic, mức ức chế lần lượt là 38,0%, 55,4% và 58,7%. Chiết xuất Quế chi cũng ức chế cường độ đau cơ học và phù nề ở chân do carrageenan gây ra; làm giảm mức độ cytokine (TNF- α và IL-1 β), NO và PGE2 trong mô da chân của chuột gây ra bởi carrageenan. Hơn nữa, phân tích Western blot cho thấy sự biểu hiện của COX-2 và iNOS trong mô da chân của chuột đã giảm đáng kể. Quế chi có tác dụng giảm đau, chống viêm trên thực nghiệm [68]. Quế chi thể hiện tác dụng chống viêm bằng cách ức chế iNOS, cyclooxygenase-2 (COX-2) và ức chế sản xuất oxit nitric (NO) trong hệ thần kinh trung ương cũng như ở ngoại vi. Chiết xuất Ethanol Quế chi làm giảm các phản ứng viêm thần kinh bằng cách điều hoà giảm con đường tín hiệu TLR4/MyD88 trong các tế bào BV2; nồng độ NO, interleukin-6, interleukin-1 β và TNF- α trong tế bào BV2 gây viêm bởi lipopolysaccharid đều giảm ý nghĩa thống kê sau khi điều trị bằng chiết xuất Quế chi 30 và 100 $\mu\text{g}/\text{mL}$ [69]. Hwang S.-H. và cộng sự (2009) cho thấy chiết xuất Quế chi có tác dụng chống viêm bằng cách điều giảm biểu hiện của nhiều gen liên quan đến các phản ứng viêm trong các tế bào BV-2 bị kích thích bởi lipopolysaccharid, có thể góp phần ngăn ngừa hoặc điều trị các bệnh thoái hóa thần kinh do viêm [70]. Ngoài ra, chiết xuất Quế chi còn có tác dụng giãn mạch thông qua con đường truyền tín hiệu Rho-kinase (ROCK) [71]; chiết xuất ethanol từ Quế chi có tác dụng giãn mạch thông qua ức chế dòng Ca^{2+} vào và giải phóng Ca^{2+} trong động mạch chủ chuột [72].

Chiết xuất của Ô đầu có tác dụng chống viêm thông qua ức chế COX-1 và COX-2 - là cyclooxygenase isoenzymes có vai trò quan trọng trong tình trạng

viêm thông qua các con đường chuyển hóa axit arachidonic, sự biểu hiện của COX-1 và COX-2 đã bị ức chế đáng kể bởi Ô đầu ở cấp độ dịch mã [73].

Dây Gấm, tên gọi khác là Vương Tôn, dây Sốt, dây Máu, với tên khoa học *Gnetum montanum* Markgr., thuộc họ dây Gấm Gnetaceae [74]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ánh Nguyệt và cộng sự (2023) đánh giá tác dụng chống viêm và giảm đau của Dây gấm trên động vật thực nghiệm: tác dụng kháng viêm được nghiên cứu trên 2 mô hình gây phù chân chuột bằng Carragenin và gây phù bằng FCA; tác dụng giảm đau được nghiên cứu trên mô hình mô hình gây đau quặn và phương pháp tail-immersion. Kết quả nghiên cứu cho thấy cả 3 mức liều thử nghiệm 150mg/kg, 250mg/kg và 500mg/kg cao chiết dây Gấm thể hiện tác dụng kháng viêm cấp và viêm mạn, có tác dụng giảm đau trung ương và ngoại biên trên động vật thực nghiệm [29].

Theo YHCT, đau cổ gáy do THCS thuộc phạm vi chứng Tý. Tý là tắc, chứng Tý là sự bế tắc khí huyết kinh mạch, bệnh phát sinh trên cơ sở chính khí suy kém, âm dương khí huyết không điều hoà. Người bệnh cao tuổi, hoặc do bị bệnh lâu ngày, chắc nắn các tạng phủ suy yếu, Thận hư không chủ được cốt tủy, Can huyết hư không nuôi dưỡng được gân, lại thêm phong hàn thấp tà thừa cơ xâm phạm vào gân, cơ, khớp, xương, kinh lạc làm kinh mạch bế tắc khí huyết không lưu thông gây đau. Cao dán Ôn kinh phương có thành phần Ngải cứu, Địa liền, Quế chi, Ô đầu, Dây gấm có tác dụng khu phong trừ hàn, thông kinh lạc. Ngải cứu vị đắng cay, tính ấm, tác dụng trừ hàn thấp; Địa liền vị đắng cay, tính ấm, tác dụng hành khí, ôn trung, chỉ thống; Quế chi vị cay ngọt, tính ấm, giải biểu hàn, thông dương khí, ôn thông kinh mạch, hoá khí; Ô đầu vị cay, đắng, nhiệt, tác dụng khu phong, trừ thấp tý, ôn kinh chỉ thống; Dây gấm, vị đắng, tính mát, giải độc tiêu viêm, thư gân hoạt huyết [28], [29], [30]. Như vậy, cao dán với 5 vị thuốc dùng ngoài có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp; khi phong hàn thấp tà được giải trừ, khí huyết trong kinh lạc vận hành được thông suốt, triệu

chúng đau từ đó mà cải thiện.

Bên cạnh cao dán Ôn Kinh phương, điện châm và xoa bóp bấm huyệt góp phần không nhỏ hiệu quả điều trị đau vùng cổ gáy do THCSC. Châm cứu là một phương pháp chữa bệnh độc đáo của nền YHCT phương Đông. YHHTD cho rằng tác dụng của châm cứu là kích thích gây ra cung phản xạ mới có tác dụng ức chế, phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Căn cứ vào vị trí, tác dụng huyệt nơi châm cứu, đề ra 3 loại phản ứng xua cơ thể là: phản ứng tại chỗ, phản ứng tiết đoạn và phản ứng toàn thân [34]. Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm cứu và tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm. Điện châm tăng tiết β -Endorphin, Enkephalin, Endomorphin, Dynorphin trong cơ thể, tăng ngưỡng đau [75]. Xung điện tạo ra từ huyệt bị kích thích bằng điện châm truyền tới sừng sau của tủy sống kích thích tuyến yên và tế bào não bào tiết Enkephalin và Endorphin. Hai chất này ức chế bài tiết chất P và gây ra ức chế trước synap, ức chế sự dẫn truyền cảm giác đau qua sợi A δ và sợi C tại tủy sống. Xoa bóp là dùng sự khéo léo và sức mạnh chủ yếu của đôi bàn tay mình tác động lên cơ thể của người được xoa bóp một lực thích hợp. Xoa bóp bấm huyệt giúp bệnh nhân được thư giãn về thể chất và tinh thần, tăng ngưỡng đau thông qua việc giải phóng Endorphin, tăng cường tuần hoàn tại chỗ làm tăng thanh thải của chất trung gian gây đau [31], [74]. Như vậy, châm cứu và xoa bóp bấm huyệt vùng cổ gáy giúp người bệnh thoải mái, giảm co cơ, giảm đau, kết hợp với tác dụng của cao dán Ôn kinh phương khiến người bệnh giảm đau rõ rệt.

4.2.2. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống cổ sau điều trị

Cải thiện tầm vận động cột sống cổ là một trong những tiêu chuẩn quan trọng trong đánh giá hiệu quả điều trị đau vùng cổ gáy do THCSC. Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng phương pháp đánh giá tầm vận động cúi, ngửa, nghiêng, xoay theo phương pháp Zero, đánh giá mức cải thiện biên độ hoạt động vận động cột sống cổ trước và sau điều trị.

Kết quả nghiên cứu qua bảng 3.11 cho thấy, tầm vận động cột sống của người bệnh trước can thiệp đều hạn chế, không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Tầm vận động cột sống cúi trong nhóm NC tăng từ $34,37 \pm 2,61$ độ lên $46,80 \pm 3,77$ độ sau 21 ngày điều trị ($p < 0,05$), cải thiện hơn nhóm ĐC tăng từ $34,49 \pm 3,34$ độ lên $44,69 \pm 3,98$ độ ($p < 0,05$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tầm vận động ngửa của cả hai nhóm NC đều hạn chế đáng kể trước điều trị, với $47,80 \pm 3,75$ độ ở nhóm NC và $48,14 \pm 4,16$ độ ở nhóm ĐC ($p > 0,05$). Sau 21 ngày, tầm vận động ngửa tăng lên $60,46 \pm 3,43$ độ ở nhóm NC, kết quả này cao hơn nhóm ĐC ($58,29 \pm 4,11$ độ) ($p > 0,05$).

Tầm vận động nghiêng phải và nghiêng trái ở bệnh nhân trong nhóm NC lần lượt $40,69 \pm 3,45$ độ và $40,54 \pm 3,58$ độ sau 21 ngày, cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$). Tầm vận động nghiêng ở nhóm ĐC cũng cải thiện so với trước điều trị, với độ nghiêng phải là $39,0 \pm 3,25$ và nghiêng trái là $38,74 \pm 3,81$ độ, tuy nhiên tầm vận động còn hạn chế hơn so với nhóm NC ($p < 0,05$).

Tầm vận động quay phải và quay trái ở hai nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê sau điều trị. Tuy nhiên kết quả rõ rệt hơn ở nhóm NC ($p < 0,05$).

Tác giả Trần Thu Phương (2022) cho thấy thuốc đắp HV kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt cải thiện tầm vận động cột sống cổ trên người bệnh đau vùng cổ gáy do THCSC. Sau điều trị, tầm vận động cúi là $42,32 \pm 4,60$, ngửa là $59,06 \pm 4,32$, nghiêng phải là $39,35 \pm 5,23$, nghiêng trái $38,24 \pm 4,84$, quay phải là $59,32 \pm 4,67$, quay trái là $58,56 \pm 4,61$ độ [26]. Kết quả nghiên cứu chúng tôi có xu hướng cải thiện tốt hơn ở tầm vận động cúi là ($46,80 \pm 3,77$ độ), nghiêng, quay, có thể thể đến từ hiệu quả của phương pháp can thiệp và liệu trình điều trị. Ôn kinh phương với thành phần 5 vị thuốc Ngải cứu, Địa liên, Quế chi, Ô đầu, Dây gấm được sản xuất dưới dạng cao dán, làm ấm bằng đèn hồng ngoại dán trực tiếp lên da vùng cổ gáy kết hợp với tác dụng của điện

châm và xoa bóp bấm huyệt, với liệu trình can thiệp 21 ngày có khả năng cho hiệu quả giảm đau và cải thiện tầm vận động rõ rệt hơn. Nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Chung (2021) cho thấy phương pháp cấy chỉ kết hợp Quyên tý thang giúp cải thiện tầm vận động ở người bệnh đau vùng cổ gáy do THCSC [43]. Hà Quốc Tuấn (2022) cho kết quả người bệnh đau vùng cổ gáy thể phong hàn thấp kết hợp Can Thận hư cải thiện tầm vận động rõ rệt khi điều trị bằng phương pháp tam pháp đại chủ [52].

Cột sống cổ có 7 đốt sống từ C1 đến C7, đây là thành phần có phạm vi rất rộng trong toàn bộ các đoạn của cột sống. Trong THCSC, các động tác cúi, ngửa, nghiêng, xoay bị hạn chế không thực hiện được hết tầm có thể do cơ chế đau, do cứng khớp hoặc co cứng cơ [6]. Kết quả nghiên cứu cho thấy biên độ vận động khớp cải thiện rõ rệt sau điều trị và tốt hơn nhóm ĐC là do tác dụng phối hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt và phương pháp dán cao dán Ôn kinh phương. Ôn kinh phương là bài thuốc kinh nghiệm có nguồn gốc xuất xứ từ Trung Quốc, được ứng dụng lâm sàng đem lại hiệu quả cao trong điều trị bệnh lý cơ xương khớp. Chúng tôi tiến hành sử dụng bài thuốc Ôn kinh phương dạng bào chế cao dán, sử dụng trực tiếp lên vị trí cổ gáy theo dõi và đánh giá tác dụng điều trị trong 21 ngày. Các vị thuốc trong cao dán Ôn kinh phương có vị cay, tính ấm, tác dụng trừ phong hàn thấp, phù hợp với đặc điểm đau vùng cổ gáy do phong hàn thấp kết hợp Can Thận hư. Theo YHCT, phong tà là dương tà, gây bệnh ở phần trên, ra ngoài, hay di chuyển. Hàn tà hàn là âm tà, tính ngưng trệ, co rút, khi xâm nhập vào kinh mạch sẽ làm khí huyết không lưu chuyển, xương khớp cử động khó khăn gây đau, hạn chế vận động. Thấp tà là âm tà, tính nặng, đục, dính ngưng, khiến cơ thể khó vận động, tứ chi đau mỏi, ngoài da tê bì co duỗi khó khăn[19]. Trong cao dán, Ngải cứu có tác dụng trừ hàn thấp; Địa liên hành khí, ôn trung, chỉ thông; Quế chi giải biểu tán hàn, thông dương khí, ôn thông kinh mạch hoá khí; Ô đầu khu phong, trừ thấp tý, ôn kinh chỉ thông; Dây gấm có tác dụng tiêu viêm, thư

cân, hoạt huyết, phối hợp các vị thuốc giúp trừ phong hàn thấp tại cân, cơ, khớp, xương, kinh lạc... Dược lý YHCT cho rằng, tính năng của vị thuốc bao gồm khí, vị, thăng giáng phù trầm, bổ và tả. Bốn vị thuốc Ngải cứu, Địa liên, Quế chi, Ô đầu đều có tính ấm, nóng, là dương dược để chữa chứng hàn; đều có vị cay dùng để chữa bệnh thuộc phần biểu hoặc khí huyết bị ngưng trệ. Vị cay thì tán, tản ra; tính ấm thì hành, giúp tán được phong hàn, hành được khí huyết ngưng trệ. Ô đầu, Dây gắm vị đắng, khổ có tác dụng táo thấp, điều trị các chứng thấp. Vị ngọt trong Quế chi hoà hoãn giảm cơn đau. Dây gắm tính mát giúp điều hoà các vị thuốc tính ấm, nhiệt trong bài thuốc [77]. Phân tích các vị thuốc cho thấy bài thuốc giúp điều trị phần biểu thực của chứng Tý. Nghiên cứu thực nghiệm YHHĐ cũng chứng minh tác dụng giảm đau, chống viêm của các vị thuốc trong cao dán Ôn kinh phương. Trong thoái hoá khớp có sự tham gia của các cytokin tiền viêm (IL-1 β , TNF- α), ngoài ra còn có vai trò của các gốc tự do NO tham gia vào quá trình dị hoá sụn khớp [18]. Các vị thuốc thông qua tác dụng giảm đau, chống viêm, chống oxi hoá, giãn mạch, tăng tuần hoàn cho vùng cổ gáy giúp người bệnh giảm đau, cải thiện vận động cột sống cổ.

Bên cạnh đó, điện châm và xoa bóp bấm huyết cũng góp phần cải thiện tầm vận động ở người bệnh đau vùng cổ gáy do THCS. Dựa trên nguyên tắc chọn huyết trong châm cứu, chúng tôi sử dụng nhóm huyết tại chỗ và toàn thân cho người bệnh chứng Tý thể phong hàn thấp kèm Can Thận hư. Huyết Phong trì thuộc kinh túc thiếu dương Đờm; Bạch hội thuộc Đốc mạch; Kiên trung du, Kiên ngoại du, Kiên trinh, Thiên tông thuộc Thủ thái dương Tiểu trường; Đại trử thuộc Túc thái dương Bàng quang; Kiên tĩnh thuộc Túc thiếu dương Đờm, Kiên liêu thuộc Thủ thiếu dương Tam tiêu, Kiên ngưng thuộc Thủ dương minh Đại trường; đều là những huyết ở nơi bị bệnh và nằm trên đường kinh đi qua vùng cổ vai gáy. Châm tả các huyết này nhằm mục đích điều hoà khí huyết, khai thông kinh mạch, điều trị đau vùng cổ gáy. Huyết

Phong trì có tác dụng khu phong, kết hợp với Thái xung, Tam âm giao, Thái Khê, Thận du là nhóm huyết toàn thân. Thận du là du huyết ở lưng, tương ứng với tạng thận bên trong, là nơi dương khí tỏa ra. Châm Thận du có tác dụng bổ thận, mạnh lưng xương, khu thủy thấp, ích thủy tráng hỏa minh mục, thông nhĩ điều hòa thận khí [34], [78] Thái Khê là huyết nguyên (huyết du) của kinh túc thiếu âm Thận, Thái xung là huyết nguyên của kinh túc quyết âm Can, đây là nơi tập trung nguyên khí của tạng phủ và tam tiêu. Châm huyết nguyên để chữa bệnh chứng của kinh chính và điều chỉnh chức năng của tạng phủ. Tam âm giao là huyết hội của ba kinh âm ở chân (Can, Tỳ, Thận). Như vậy, châm bổ 4 huyết Thận du, Thái Khê, Thái xung, Tam âm giao có tác dụng bổ Can Thận, mạnh gân xương. Xoa bóp bấm huyết tại vùng cổ gáy tác động trực tiếp lên da và cơ vùng bị bệnh, có tác dụng khu phong tán hàn, thông khí huyết, thông kinh lạc, mềm cơ, giảm đau. Người bệnh chứng Tý thể phong hàn thấp kết hợp Can Thận hư có bản hư tiêu thực. Như vậy, phối hợp cao dán Ôn kinh phương, điện châm, xoa bóp bấm huyết giúp phù chính, khu tà, giúp bổ Can Thận, khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh lạc, từ đó các triệu chứng đau, co cơ sẽ giảm, tầm vận động cột sống do đó sẽ cải thiện.

4.2.3. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI

Bên cạnh các tiêu chí đau và tầm vận động cột sống cổ, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ở người bệnh đau vùng cổ gáy do THCSC cũng là một mục tiêu quan trọng trong nghiên cứu cũng như trong thực hành lâm sàng. Chúng tôi dựa vào bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) của tác giả Howard Vernon để đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy hoặc các bệnh lý chấn thương cổ nhằm đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 câu hỏi cường độ đau, sinh hoạt cá nhân, nâng đồ vật, đọc sách báo, đau đầu, khả năng tập trung chú ý, làm việc, lái xe, ngủ và giải trí với số điểm tối đa là 50 [48].

Biểu đồ 3.3 cho thấy, trước điều trị điểm NDI trung bình của hai nhóm là tương đồng ($p > 0,05$). Sau 7 ngày điều trị, điểm NDI trung bình trong nhóm NC giảm từ $25,66 \pm 3,14$ xuống còn $19,83 \pm 3,32$ điểm, nhóm ĐC giảm từ $25,60 \pm 3,33$ xuống còn $20,51 \pm 3,42$ điểm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tại thời điểm ngày thứ 14 và 21 điều trị, điểm NDI cải thiện rõ rệt ở cả hai nhóm, nhóm NC có điểm NDI thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm NC có điểm NDI là $13,11 \pm 3,11$ điểm tại ngày thứ 14 điều trị, giảm xuống còn $7,29 \pm 3,96$ điểm tại thời điểm ngày thứ 21. Nhóm ĐC có điểm NDI trung bình tại hai thời điểm lần lượt là $15,03 \pm 3,17$ (D_{14}) và $9,57 \pm 3,93$ (D_{21}). Như vậy, Cao dán Ôn kinh phương kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt giúp cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ở người bệnh đau vùng cổ gáy do THCSC.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Mậu Tiến Dũng (2020), Đỗ Thị Kim Chung (2021) [42], [43]. Nghiên cứu của tác giả Trần Thu Phương (2022) trên bệnh nhân đau vùng cổ gáy do THCSC bằng bột đắp HV kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt cho kết quả điểm NDI trung bình giảm từ $25,0 \pm 6,93$ xuống còn $9,0 \pm 6,21$ điểm [26]. Nghiên cứu của tác giả sử dụng 50g bột đất HV chế thêm 90ml nước 100°C được một hỗn hợp thuốc đắp lên vùng bị bệnh. Kết quả của tác giả cho thấy người bệnh có thời gian đau < 7 ngày chiếm đa số, khi sử dụng phương pháp đắp thuốc bột HV, điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt người bệnh có cải thiện triệu chứng đau và cải thiện chức năng sinh hoạt rõ rệt hơn so với nhóm ĐC, có ý nghĩa thống kê ngay tại thời điểm 3 ngày và 7 ngày điều trị, kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.4. Hiệu quả điều trị chung

Đánh giá hiệu quả điều trị đau vùng cổ gáy do THCSC, chúng tôi căn cứ vào 3 tiêu chí: hiệu quả giảm đau theo VAS, mức độ cải thiện tầm vận động cột sống cổ và chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI nhằm đánh giá hiệu quả điều trị chung của các phương pháp can thiệp.

Biểu đồ 3.4 cho thấy, sau 21 ngày điều trị, nhóm NC có 60% người bệnh đạt hiệu quả điều trị tốt, 28,6% đạt loại khá, 11,4% loại trung bình và không có người bệnh kết quả điều trị loại kém. Nhóm ĐC có 25,7% hiệu quả tốt, 48,6% hiệu quả khá, 20% trung bình và có một tỷ lệ nhỏ (5,7%) người bệnh kết quả kém. Hiệu quả điều trị tốt hơn ở nhóm điều trị bằng phương pháp cao dán Ôn kinh phương kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Phân tích giữa 2 nhóm nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy Cao dán ôn kinh phương có hiệu quả đáng kể trong điều trị đau vùng cổ gáy do THCS. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy nhóm sử dụng thêm cao dán Ôn kinh phương có hiệu quả giảm đau, cải thiện tâm vận động cột sống cổ, cải thiện điểm NDI, từ đó cải thiện hiệu quả điều trị tốt hơn so với nhóm sử dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Dán trực tiếp cao dán Ôn kinh phương lên vị trí bị bệnh sẽ phát huy tác dụng giảm đau, chống viêm của các vị thuốc trong cao dán theo cơ chế dược lý YHHĐ; khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh lạc theo YHCT, cùng với với phác đồ điện châm, xoa bóp bấm huyệt rất phù hợp với người bệnh đau vùng cổ gáy thể phong hàn thấp kèm Can Thận hư. Hơn nữa, với phương pháp bào chế chuyên dạng cao dán Ôn kinh phương, người bệnh có thể dễ dàng sử dụng, vậy nên có thể áp dụng phác đồ điều trị này ngay ở những tuyến y tế cơ sở.

So sánh với nghiên cứu sử dụng bột đắp HV lên vùng vai gáy: Nghiên cứu của Trần Thu Phương (2023) sử dụng bột đắp HV kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên người bệnh đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống, tỷ lệ người bệnh đạt kết quả tốt là 68,42%, khá là 28,95%, trung bình là 2,63% [12].

So sánh với nghiên cứu sử dụng phương pháp can thiệp khác: Phạm Nhật Minh (2018) sử dụng điện châm kết hợp vận động không xung lực trên người bệnh đau vai gáy do THCS cho kết quả điều trị chung loại tốt là 53,33%, 40% loại khá, 6,67% loại trung bình. Nghiên cứu của Mâu Tiến Dũng (2020) cho thấy điện châm và tác động cột sống có 60% người bệnh đạt

hiệu quả tốt, 35% loại khá và 5% loại trung bình. Kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Chung (2021) trên bệnh nhân đau vai gáy do THCS bằng phương pháp cấy chỉ và bài Quyên tý thang cho kết quả chung loại tốt chiếm 70%, khá chiếm 30%.

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

4.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Trong quá trình can thiệp trên 70 bệnh nhân thuộc hai nhóm nghiên cứu, chúng tôi chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn của điện châm, xoa bóp bấm huyệt và cao dán Ôn kinh phương. Điện châm, xoa bóp bấm huyệt là những phương pháp điều trị YHCT an toàn đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu. Cao dán Ôn kinh phương được phát triển từ bột đắp HV, đã được chứng minh an toàn trong quá trình sử dụng. Nguyễn Tiến Chung (2021) nghiên cứu kết quả thử kích ứng da của thuốc đắp HV trên thực nghiệm. Kết quả mẫu thử thuốc đắp HV không gây kích ứng da trên thử thực nghiệm, chỉ số kích ứng PII = 0,0 [27]. Mai Thế Hiệp (2021) nghiên cứu kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của Thuốc đắp HV kết hợp với điện châm, chỉ có 2 trường hợp có triệu chứng ngứa khi sử dụng ở ngày thứ 4 điều trị các triệu chứng sau đó giảm dần về tự hết, không ghi nhận tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng [10]. Trần Thu Phương và cộng sự (2022) chưa ghi nhận tác dụng phụ như dị ứng da, rối loạn tiêu hoá, chóng mặt, đau đầu khi sử dụng trên bệnh nhân đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ [12]. Lê Thị Kim Dung và Đoàn Thanh Thủy (2022) đánh giá kết quả của “bột thuốc đắp HV” trên người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát, chưa ghi nhận tác dụng phụ sản ngứa, dị ứng, đỏ da, sưng nề, đau tăng tại vị trí đắp thuốc [24]. Nguyễn Thị Kim Dung và Nguyễn Thị Hậu (2022) đánh giá kết quả của “bột đắp HV” trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn trên lâm sàng [25]. Lương Công Nam (2023) nghiên cứu tác dụng của cao dán Ôn kinh phương trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn trên lâm sàng [29].

Như vậy, điện châm, xoa bóp bấm huyệt, cao dán Ôn kinh phương đều là những phương pháp điều trị an toàn.

4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng

Trước can thiệp, chỉ số hồng cầu trong nhóm NC là $4,56 \pm 0,48$ T/L, nhóm ĐC là $4,35 \pm 0,43$ T/L, không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Sau 21 ngày điều trị, nhóm NC có chỉ số hồng cầu là $4,59 \pm 0,41$ T/L, nhóm ĐC là $4,48 \pm 0,49$ T/L. Sự thay đổi số lượng hồng cầu trước và sau can thiệp là không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Chỉ số bạch cầu trước điều trị ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $7,11 \pm 1,24$ G/L và $7,10 \pm 1,90$ G/L. Sau điều trị, sự thay đổi chỉ số bạch cầu là không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Nhóm NC có số lượng bạch cầu là $6,98 \pm 1,17$ G/L, nhóm ĐC là $6,71 \pm 1,16$ G/L.

Số lượng tiểu cầu trong nhóm NC trước điều trị là $278,11 \pm 74,69$ G/L, sau 21 ngày là $266,09 \pm 76,96$ G/L ($p > 0,05$). Nhóm ĐC có số lượng tiểu cầu trước điều trị là $282,40 \pm 61,80$ G/L, sau điều trị là $271,31 \pm 64,96$ G/L. Sự thay đổi về số lượng tiểu cầu giữa hai nhóm nghiên cứu là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Trước điều trị, chỉ số ure và creatinin giữa hai nhóm trong nghiên cứu là không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Sau 21 ngày, nhóm NC có chỉ số ure trung bình là $4,91 \pm 1,30$, creatinin là $68,63 \pm 19,70$, nhóm ĐC có chỉ số ure và creatinin lần lượt là $4,66 \pm 1,11$ và $70,75 \pm 18,24$. Không có sự khác biệt về chức năng thận trước và sau điều trị giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Chỉ số chức năng gan AST, ALT trước can thiệp giữa hai nhóm là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$). Sau 21 ngày, giá trị AST trong nhóm NC là $20,79 \pm 7,74$ U/L, ALT là $23,17 \pm 10,33$ U/L. Nhóm ĐC có AST là $20,66 \pm 8,73$ U/L, ALT là $22,24 \pm 10,72$ U/L. Sự thay đổi AST, ALT trước và sau điều trị giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Như vậy, cao dán Ôn kinh phương, điện châm, xoa bóp bấm huyệt không làm thay đổi chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và chức năng gan thận sau 21 ngày điều trị.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hiệu quả điều trị của cao dán “Ôn kinh phương” kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên 70 bệnh nhân đau vùng cổ gáy, chúng tôi kết luận sau:

1. Cao dán “Ôn kinh phương” kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả điều trị đau vùng cổ gáy.

- *Cải thiện chỉ số VAS*: sau 21 ngày điều trị, điểm VAS trung bình giảm từ $5,40 \pm 0,73$ xuống $1,11 \pm 1,05$ điểm ($p < 0,05$), tỷ lệ không đau chiếm 40%, đau nhẹ chiếm 60%, cải thiện hơn so với nhóm ĐC ($p < 0,05$).

- *Cải thiện tầm vận động cột sống cổ*: cải thiện tầm vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay) rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,05$), tầm vận động cúi, ngửa, nghiêng, quay phải sau 21 ngày điều trị cải thiện có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC ($p < 0,05$).

- *Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày*: Sau 21 ngày, điểm NDI trung bình giảm từ $25,66 \pm 3,14$ xuống $7,20 \pm 3,96$ điểm, ($p < 0,05$), cải thiện hơn nhóm ĐC ($p < 0,05$).

- *Hiệu quả điều trị*: loại tốt chiếm 60,0%, khá 28,6%, trung bình là 11,4%, cao hơn nhóm ĐC với tỷ lệ tốt chiếm 25,7%, khá 48,6%, trung bình 20%, kém 5,7%, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

2. Trong quá trình nghiên cứu, cao dán “Ôn kinh phương” kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng.

KHUYẾN NGHỊ

Cao dán “Ôn kinh phương”, điện châm, xoa bóp bấm huyệt là phương pháp điều trị, an toàn, có hiệu quả tốt trong điều trị đau vùng cổ gáy do THCSC. Qua nghiên cứu chúng tôi xin có ý kiến khuyến nghị sau:

Áp dụng phác đồ điều trị kết hợp cao dán “Ôn kinh phương”, điện châm, xoa bóp bấm huyệt trong thực hành điều trị đau vùng cổ gáy do THCSC. Tiếp tục nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp can thiệp trên đối tượng có bệnh lý xương khớp khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vogt M.T., Cawthon P.M., Kang J.D. et al** (2006), Prevalence of symptoms of cervical and lumbar stenosis among participants in the Osteoporotic Fractures in Men Study. *Spine*, **31(13)**, trang 1445–1451.
2. **Lv Y., Tian W., Chen D. et al** (2018), The prevalence and associated factors of symptomatic cervical Spondylosis in Chinese adults: a community-based cross-sectional study. *BMC musculoskeletal disorders*, **19**, trang 1–12.
3. **Vos T., Lim S.S., Abbafati C. et al** (2020), Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, **396(10258)**, trang 1204–1222.
4. **BỘ Y TẾ** (2016). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 145-154.
5. **Shedid D. và Benzel E.C.** (2007), Cervical spondylosis anatomy: pathophysiology and biomechanics. *Neurosurgery*, **60(1)**, S1-7.
6. **Hà Hoàng Kiệt** (2019). *Bệnh thoái hóa khớp, chẩn đoán, điều trị và dự phòng*, Nhà xuất bản thể thao và du lịch, Hà Nội, tr 162-215.
7. **Trần Ngọc Ân** (2002). *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 193.
8. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2016), *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 149-152.
9. **BỘ Y TẾ** (2020). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 37-42.

10. **Mai Thế Hiệp** (2021), *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của thuốc đắp HV kết hợp điện châm*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.
11. **Nguyễn Thị Ngọc Ánh** (2021), *Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của bột thuốc HV kết hợp điện châm*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.
12. **Trần Thu Phương, Nguyễn Tiến Chung và Trần Văn Phú** (2023). Tác dụng giảm đau vùng cổ gáy ở bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ của thuốc đắp HV. *Viet Nam Journal of Traditional Medicine and Pharmacy*, **42(1)**, trang 4–8.
13. **Childress M.A. và Stueck S.J.** (2020), Neck pain: initial evaluation and management. *American Family Physician*, **102(3)**, trang 150–156.
14. **Cohen S.P.** (2015). Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. Elsevier, trang 284–299.
15. **Hồ Hữu Lương** (2012). *Thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 7-97,106-107.
16. **Các bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội** (2022), *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 201-208.
17. **Rao R.D., Currier B.L., Albert T.J. et al** (2007), Degenerative cervical spondylosis: clinical syndromes, pathogenesis, and management. *JBJS*, **89(6)**, trang 1360–1378.
18. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2019), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, trang 138-151.
19. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2011), *Bài giảng Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 157-158.
20. **Hoàng Bảo Châu** (2006), *Nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, trang 528-539.

21. **Nguyễn Nhược Kim** (2011), *Lý luận y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, trang 88-96.
22. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2006). *Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 470-475.
23. **Bộ môn nội Y học cổ truyền, Học viện Y Dược cổ truyền Việt Nam** (2015), *Bài giảng Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 235-242.
24. **Lê Thị Kim Dung và Đoàn Thanh Thủy** (2022), Đánh giá kết quả của “bột thuốc đắp HV” trên người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát. *Viet Nam Journal of Traditional Medicine and Pharmacy*, **45(4)**, trang 51–57.
25. **Lê Thị Kim Dung và Nguyễn Thị Hậu** (2022), Đánh giá kết quả của “bột đắp HV” trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống. *Viet Nam Journal of Traditional Medicine and Pharmacy*, **45(4)**, trang 4–10.
26. **Trần Thu Phương** (2022). *Đánh giá kết quả của thuốc đắp HV kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh người bệnh đau vùng cổ gáy*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.
27. **Nguyễn Tiến Chung, Nguyễn Thị Ngọc Ánh và Mai Thế Hiệp** (2021). Kết quả thử kích ứng da của bột thuốc đắp HV trên thực nghiệm. *Viet Nam Journal of Traditional Medicine and Pharmacy*, **36(3)**, trang 42–46.
28. **BỘ Y TẾ** (2017). *Dược điển Việt Nam V*, Nhà xuất bản Y học, trang 1165-1166;1262-1263;1286-1287;1295-1297.
29. **Nguyễn Thị Ánh Nguyệt và Nguyễn Tiến Chung** (2023). Tác dụng chống viêm, giảm đau của dây gắm (*Gnetum montanum* Markgr.) trên động vật thực nghiệm. *Viet Nam Journal of Traditional Medicine and Pharmacy*, **47(1)**, trang 44–51.

30. **Võ Văn Chi** (2000), Cây thuốc trị bệnh thông dụng, Nhà xuất bản Thanh Hoá, trang 136-137.
31. **Lương Công Nam** (2023). *Đánh giá tác dụng của cao dán Ôn kinh phương trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp I, Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.
32. **Nguyễn Nhược Kim và Trần Quang Đạt** (2019). *Châm cứu và các phương pháp điều trị không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 166-205, 298-315.
33. **Bộ Y Tế** (2015), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 105-108;114-116.
34. **Nguyễn Nhược Kim và Trần Quang Đạt** (2017). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 203-206.
35. **Nakajima M., Inoue M., Itoi M. et al** (2013). Clinical effect of acupuncture on cervical spondylotic radiculopathy: results of a case series. *Acupuncture in Medicine*, **31(4)**, 364–367.
36. **马祝高** (2015), 葛根汤加减治疗颈椎病 69例. *中医骨科杂志*, **7(1)**, 53.
Mã Chúc Cao (2015), Gia giảm Cát căn thang điều trị 69 ca thoái hóa cột sống cổ. *Tạp chí Tung y cốt thương khoa*, **7(1)**, 53.
37. **张苓** (2015), 中医综合疗法治疗神经根型颈椎病的临床研究. *南京中医药*, **4(11)**, 213-251.
Trương Linh (2015), Nghiên cứu tổng hợp lâm sàng các phương pháp Trung y điều trị hội chứng rễ thần kinh cổ do thoái hóa cột sống. *Tạp chí Trung y dược Đại học Nam Kinh*, **4(11)**, 213-251.

38. **Zhang S., Wang X., Yan C.-Q. et al** (2018), Different mechanisms of contralateral-or ipsilateral-acupuncture to modulate the brain activity in patients with unilateral chronic shoulder pain: a pilot fMRI study. *Journal of Pain Research*, trang 505–514.
39. **Gu C.-L., Yan Y., Zhang D. et al** (2019), An evaluation of the effectiveness of acupuncture with seven acupoint-penetrating needles on cervical spondylosis. *Journal of pain research*, trang 1441–1445.
40. **Phạm Nhật Minh** (2018), *Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp vận động không xung lực trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ.*, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
41. **Trần Quốc Hiệp** (2019), *Đánh giá tác dụng của liệu pháp kinh cân trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ.*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
42. **Màu Tiến Dũng** (2020), *Đánh giá kết quả điều trị của điện châm kết hợp tác động cột sống trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ.*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
43. **Đỗ Thị Kim Chung** (2021), *Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp bài quyền tý thang điều trị đau vai gáy trên bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ.*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
44. **Nguyễn Thị Hương Giang** (2015). *Đánh giá hiệu quả điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt tại BV Y học cổ truyền Hà Đông.*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
45. **Macintyre P.E. và Schug S.A.** (2014), *Acute Pain Management: A Practical Guide, Fourth Edition*, CRC Press.

46. **Welchek C.M., Mastrangelo L., Sinatra R.S. et al** (2009), Qualitative and Quantitative Assessment of Pain. *Acute Pain Management*. Cambridge University Press, Cambridge, trang 147–171.
47. **Bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội** (2021), *Nội khoa cơ sở tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 418-427.
48. **Vernon H. và Mior S.** (1991), The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, **14**(7), trang 409–415.
49. **Nguyễn Tuyết Trang** (2016), Hiệu quả của phương pháp điện châm và cấy chỉ catgut trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, **103**(5), trang 17–23.
50. **Phạm Vũ Khánh** (2016), *Lão khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, trang 180-181.
51. **Nguyễn Đức Minh và Nguyễn Vinh Quốc** (2021), Hiệu quả điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn tần phổ. *Tạp chí Y học Việt Nam*, **507**(1), trang 48-54.
52. **Hà Quốc Tuấn** (2022), *Đánh giá tác dụng điều trị đau vùng cổ gáy bằng phương pháp tam pháp đại chùy*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.
53. **Bộ Y Tế** (2008), *Bệnh học Ngoại phụ y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 118-120.
54. **Bộ môn Nội khoa Đông Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh** (2022), *Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông Tây Y tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, trang 165-243.
55. **Trần Văn Ngọc và Nguyễn Thị Lệ** (2018), *Sinh lý học y khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, trang 483-486.
56. **Bộ môn sinh lý học, Trường Đại học Y Hà Nội** (2019), *Sinh Lý Học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 399-401.

57. **Pires J.M., Mendes F.R., Negri G. et al** (2009). Antinociceptive peripheral effect of *Achillea millefolium* L. and *Artemisia vulgaris* L.: both plants known popularly by brand names of analgesic drugs. *Phytotherapy Research: An International Journal Devoted to Pharmacological and Toxicological Evaluation of Natural Product Derivatives*, **23(2)**, 212–219.
58. **Ekiert H., Pajor J., Klin P. et al** (2020), Significance of *Artemisia vulgaris* L.(Common Mugwort) in the history of medicine and its possible contemporary applications substantiated by phytochemical and pharmacological studies. *Molecules*, **25(19)**, 4415.
59. **Afsar S., Kumar K.R., Gopal J.V. et al** (2013), Assessment of anti-inflammatory activity of *Artemisia vulgaris* leaves by cotton pellet granuloma method in Wistar albino rats. *journal of pharmacy research*, **7(6)**, 463–467.
60. **Ben Nasr S., Aazza S., Mnif W. et al** (2020), In-vitro antioxidant and anti-inflammatory activities of *Pituranthos chloranthus* and *Artemisia vulgaris* from Tunisia.
61. **Pandey J., Bhusal S., Nepali L. et al** (2021), Anti-Inflammatory Activity of *Artemisia vulgaris* Leaves, Originating from Three Different Altitudes of Nepal. *The Scientific World Journal*, **2021(1)**, 6678059.
62. **Trinh P.T.N., Truc N.C., Danh T.T. et al** (2024), A study on the antioxidant, anti-inflammatory, and xanthine oxidase inhibitory activity of the *Artemisia vulgaris* L. extract and its fractions. *Journal of Ethnopharmacology*, **334**, 118519.
63. **Kumar A.** (2020), Phytochemistry, pharmacological activities and uses of traditional medicinal plant *Kaempferia galanga* L.–An overview. *Journal of ethnopharmacology*, **253**, 112667.

64. **Vittalrao A.M., Shanbhag T., Kumari M. et al** (2011), Evaluation of antiinflammatory and analgesic activities of alcoholic extract of *Kaempferia galanga* in rats. *Indian J Physiol Pharmacol*, **55(1)**, trang 13–24.
65. **Zhu Y., Chen L., Zeng J. et al** (2024), Six new phenylpropanoids from *Kaempferia galanga* L. and their anti-inflammatory activity. *Fitoterapia*, **176**, 106028.
66. **Umar M.I., Asmawi M.Z., Sadikun A. et al** (2014), Ethyl-p-methoxycinnamate isolated from *Kaempferia galanga* inhibits inflammation by suppressing interleukin-1, tumor necrosis factor- α , and angiogenesis by blocking endothelial functions. *Clinics*, **69(2)**, trang 134–144.
67. **Liu J., Zhang Q., Li R.-L. et al** (2020), The traditional uses, phytochemistry, pharmacology and toxicology of *Cinnamomi ramulus*: a review. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, **72(3)**, trang 319–342.
68. **Sun L., Zong S.-B., Li J.-C. et al** (2016), The essential oil from the twigs of *Cinnamomum cassia* Presl alleviates pain and inflammation in mice. *Journal of Ethnopharmacology*, **194**, trang 904–912.
69. **Yang H., Cheng X., Yang Y. et al** (2017), *Ramulus Cinnamomi* extract attenuates neuroinflammatory responses via downregulating TLR4/MyD88 signaling pathway in BV2 cells. *Neural regeneration research*, **12(11)**, trang 1860–1864.
70. **Hwang S.-H., Choi Y.G., Jeong M.-Y. et al** (2009), Microarray analysis of gene expression profile by treatment of *Cinnamomi Ramulus* in lipopolysaccharide-stimulated BV-2 cells. *Gene*, **443(1–2)**, 83–90.
71. **Kang Y.H. và Shin H.M.** (2011), Vasorelaxant effect of *Cinnamomi ramulus* ethanol extract via rho-kinase signaling pathway. *The American Journal of Chinese Medicine*, **39(05)**, 867–878.

72. **Kang Y.H. và Shin H.M.** (2012), Cinnamomi ramulus ethanol extract exerts vasorelaxation through inhibition of Ca²⁺ influx and Ca²⁺ release in rat aorta. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, **2012(1)**, 513068.
73. **Li S., Li R., Xu Y.-X. et al** (2021), Traditional Chinese medicine Aconiti radix Cocta improves rheumatoid arthritis via suppressing COX-1 and COX-2. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, **2021(1)**, 5523870.
74. **Đỗ Tất Lợi** (2019), *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Hồng Đức, trang 662.
75. **Han J.-S.** (2004), Acupuncture and endorphins. *Neuroscience letters*, **361(1–3)**, 258–261.
76. **Ernst E.** (1999), Massage therapy for low back pain: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, **17(1)**, trang 65–69.
77. **Nguyễn Nhược Kim, Hoàng Minh Chung** (2009), *Dược học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 17-20.
78. **Phạm Hồng Vân** (2013), *Nghiên cứu đặc điểm huyết thận du và hiệu quả của điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể thận hư*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1 Bệnh án nghiên cứu.....	i
Phụ lục 2 Thang điểm NDI	iii
Phụ lục 3 Thang điểm VAS	viii
Phụ lục 4 Nghiên cứu khả năng gây kích ứng da của cao dán Ôn kinh phương ..	ix
Phụ lục 5 Thành phần cao dán Ôn kinh phương.....	xv
Phụ lục 6 Công thức huyết trong nghiên cứu.....	xviii
Phụ lục 7 Phiếu tự nguyện tham gia nghiên cứu.....	xx
Phụ lục 8 Danh sách bệnh nhân nghiên cứu	xxi
Phụ lục 9 Tiêu chuẩn cơ sở	xxiv
Phụ lục 10 Một số hình ảnh nghiên cứu.....	xxiv

PHỤ LỤC 1 BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

BỆNH VIỆN YHCT BỘ CÔNG AN

Số BA:

STT:

Nhóm:

I. PHẦN HÀNH CHÍNH

1. Họ tên: Tuổi: Nam Nữ
2. Nghề nghiệp: Lao động tay chân Lao động trí óc
3. Địa chỉ: 4. Số điện thoại:
5. Ngày vào viện: Ngày.....tháng.....năm 20...
6. Ngày ra viện: Ngày.....tháng.....năm 20...

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Lý do vào viện:

2. Hỏi bệnh

2.1. Đau vùng cổ gáy

- Vị trí đau: Đau một bên cổ gáy Đau hai bên cổ gáy Giữa CSC
- Thời gian đau: Dưới 12 tuần Trên 12 tuần
- Tính chất đau: Đau ê ẩm, tức mỗi Đau như kim châm
Đau nhức nhối
- Thời gian đau: - Mức độ đau: VAS.....điểm.
- Hướng lan: Không lan Có lan - Hoàn cảnh xuất hiện:

3. Tiền sử:

4. Khám bệnh

4.1. Toàn thân

4.2. Cơ – xương – khớp:

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

4.3. Tuần hoàn

4.4. Hô hấp

4.5. Tiêu hóa

5. Cận lâm sàng

- *X-quang cột sống cổ* Mất đường cong sinh lý
 Gai xương, mỏ xương Đặc xương dưới sụn Hẹp khe khớp
 Hẹp lỗ tiếp hợp
- *Hình ảnh cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ cột sống cổ:*

6. Chẩn đoán YHHĐ:

III. Y HỌC CỔ TRUYỀN**1. Tứ chẩn**

1.1. Vọng chẩn:.....

1.2. Văn chẩn:.....

1.3. Vấn chẩn:.....

1.4. Thiết chẩn:.....

2. Chẩn đoán

YHCT:

IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Đặc điểm	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Mức độ đau theo VAS (điểm)				
Độ gập CSC (độ)				
Độ duỗi CSC (độ)				
Độ nghiêng phải (độ)				
Độ nghiêng trái (độ)				
Độ xoay phải (độ)				
Độ xoay trái (độ)				
Điểm NDI (điểm)				

Tốt Khá Trung bình Kém **V. THEO DÕI TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN**

Tác dụng không mong muốn	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Bỏng				
Mẫn ngứa, dị ứng				
Nhiễm trùng				
Choáng				
Đau				
Bầm dập cơ				

PHỤ LỤC 2
THANG ĐIỂM NDI

STT	Nội dung	D₀	D₇	D₁₄	D₂₁
1	<p><i>Phần 1: Cường độ đau</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hiện tại tôi không đau.</p> <p><input type="checkbox"/> Hiện tại đau rất nhẹ.</p> <p><input type="checkbox"/> Hiện tại đau vừa phải.</p> <p><input type="checkbox"/> Hiện tại đau khá nặng.</p> <p><input type="checkbox"/> Hiện tại đau rất nặng.</p> <p><input type="checkbox"/> Hiện tại đau không thể tưởng tượng được.</p>				
2	<p><i>Phần 2: Sinh hoạt cá nhân</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tôi có thể chăm sóc bản thân mà không gây đau thêm.</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi chăm sóc bản thân bình thường, nhưng gây đau thêm.</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi bị đau bị đau khi chăm sóc bản thân, phải làm chậm và cẩn thận.</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi cần sự giúp đỡ, nhưng tự làm hầu hết việc chăm sóc bản thân.</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi cần giúp đỡ trong hầu hết các việc chăm sóc bản thân.</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi không thể tự mặc quần áo, phải ở trên giường.</p>				
3	<p><i>Phần 3: Nâng đồ vật</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tôi có thể nâng vật nặng mà bị đau thêm.</p>				

STT	Nội dung	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
	<input type="checkbox"/> Tôi có thể nâng vật nặng, nhưng bị đau thêm. <input type="checkbox"/> Đau làm tôi không thể nâng được vật nặng từ dưới sàn nhà lên nhưng có thể nâng nếu đặt ở vị trí thuận lợi (ví dụ trên bàn...) <input type="checkbox"/> Đau làm tôi không thể nâng được vật nặng nhưng tôi có thể nâng được vật nhẹ và vừa nếu vật ở vị trí thuận lợi <input type="checkbox"/> Tôi chỉ có thể nâng các vật rất nhẹ. <input type="checkbox"/> Tôi không thể nâng hay mang vác bất cứ vật gì.				
4	<p><i>Phần 4: Đọc (sách báo)</i></p> <input type="checkbox"/> Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn mà không bị đau cổ. <input type="checkbox"/> Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau nhẹ ở cổ. <input type="checkbox"/> Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau vừa phải ở cổ <input type="checkbox"/> Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau vừa phải ở cổ. <input type="checkbox"/> Tôi có không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau nặng ở cổ. <input type="checkbox"/> Tôi không thể đọc được bất cứ thứ gì				
5	<p><i>Phần 5: Đau đầu</i></p> <input type="checkbox"/> Tôi không bị đau đầu				

STT	Nội dung	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
	<input type="checkbox"/> Tôi bị đau đầu nhẹ, nhưng không thường xuyên. <input type="checkbox"/> Tôi bị đau đầu vừa phải, nhưng không thường xuyên. <input type="checkbox"/> Tôi bị đau đầu vừa phải, nhưng thường xuyên. <input type="checkbox"/> Tôi bị đau đầu nặng thường xuyên. <input type="checkbox"/> Hầu như lúc nào tôi cũng có thể bị đau đầu				
6	<i>Phần 6: Khả năng tập trung chú ý</i> <input type="checkbox"/> Tôi có thể dễ dàng tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn. <input type="checkbox"/> Tôi thấy hơi khó khăn để thể tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn. <input type="checkbox"/> Tôi thấy khá khó khăn để tập trung chú ý khi muốn <input type="checkbox"/> Tôi thấy rất khó khăn để tập trung chú ý khi muốn <input type="checkbox"/> Tôi thấy cực kỳ khó khăn để tập trung chú ý khi muốn <input type="checkbox"/> Tôi không thể tập trung chú ý được				
7	<i>Phần 7: Làm việc</i> <input type="checkbox"/> Tôi có thể làm nhiều công việc như tôi mong muốn. <input type="checkbox"/> Tôi chỉ có thể làm được những công việc thường lệ của mình.				

STT	Nội dung	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
	<input type="checkbox"/> Tôi chỉ có thể làm được hầu hết những công việc thường lệ của mình. <input type="checkbox"/> Tôi không thể làm được hầu hết công việc thường lệ của mình <input type="checkbox"/> Tôi hầu như không làm được việc gì <input type="checkbox"/> Tôi không làm được việc gì				
8	<i>Phần 8: Lái xe</i> <input type="checkbox"/> Tôi có thể lái xe mà không bị đau. <input type="checkbox"/> Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ nhẹ <input type="checkbox"/> Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ vừa phải. <input type="checkbox"/> Tôi không thể lái xe bao lâu như mình muốn vì đau cổ vừa phải. <input type="checkbox"/> Tôi hầu như không lái xe được vì đau cổ nặng <input type="checkbox"/> Tôi không thể lái được.				
9	<i>Phần 9: Ngủ</i> <input type="checkbox"/> Tôi không có vấn đề gì về giấc ngủ <input type="checkbox"/> Giấc ngủ bị rối loạn giấc ngủ ít (ít hơn 1 tiếng mất ngủ) <input type="checkbox"/> Giấc ngủ bị rối loạn nhẹ (1-2 tiếng mất ngủ) <input type="checkbox"/> Giấc ngủ bị rối loạn vừa phải (2-3 tiếng mất ngủ) <input type="checkbox"/> Giấc ngủ bị rối loạn nặng (3-5 tiếng				

STT	Nội dung	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
	mất ngủ) <input type="checkbox"/> Giấc ngủ bị rối loạn hoàn toàn (5-7 tiếng mất ngủ)				
10	<i>Phần 10: Giải trí</i> <input type="checkbox"/> Tôi có thể tham gia mọi hoạt động giải trí mà không bị đau cổ. <input type="checkbox"/> Tôi có thể tham gia mọi hoạt động giải trí nhưng hơi đau cổ. <input type="checkbox"/> Tôi có thể tham gia hầu hết, nhưng không phải tất cả các hoạt động giải trí vì đau cổ <input type="checkbox"/> Tôi chỉ có thể tham gia một số các hoạt động giải trí vì đau cổ. <input type="checkbox"/> Tôi hầu như không tham gia các hoạt động giải trí do đau cổ. <input type="checkbox"/> Tôi không thể làm bất kỳ hoạt động giải trí nào.				

PHỤ LỤC 3

THANG ĐIỂM VAS

Thước đo VAS cấu tạo gồm hai mặt. Mặt dành cho bệnh nhân đánh giá ở phía trái ghi chữ “không đau” và phía phải ghi chữ “đau không chịu nổi”. Để bệnh nhân có thể xác nhận dễ hơn mức độ đau, sau này người ta đã gắn thêm vào mặt này hình ảnh thể hiện nét mặt tương ứng với các mức độ đau khác nhau. Bệnh nhân tự đánh giá bằng cách di chuyển con trỏ đến vị trí tương ứng với mức độ đau của mình. Mặt dành cho người đánh giá được chia thành 11 vạch đánh số từ 0 đến 10 (hoặc chia vạch từ 0 đến 100 mm). Sau khi bệnh nhân chọn vị trí con trỏ trên thước tương ứng với mức độ đau của họ người đánh giá xác nhận điểm đau VAS là khoảng cách từ điểm 0 đến vị trí con trỏ [45], [46].



Hình. Thước đánh giá đau VAS. [46]

PHỤ LỤC 4

NGHIÊN CỨU KHẢ NĂNG GÂY KÍCH ỨNG DA CỦA CAO DÁN ÔN KINH PHƯƠNG

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CTVN
VIỆN NGHIÊN CỨU Y DƯỢC
CỔ TRUYỀN TUỆ TỈNH

BẢN SAO
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 10 tháng 11 năm 2023

BÁO CÁO KẾT QUẢ THỬ NGHIỆM

TÍNH KÍCH ỨNG DA CỦA “CAO DÁN ÔN KINH PHƯƠNG” TRÊN THỰC NGHIỆM

1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tháng 11/ 2023 tại Phòng thí nghiệm Bộ môn Dược lý, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

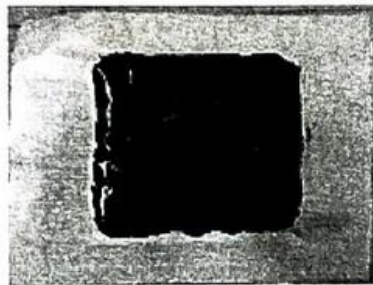
2. Đối tượng nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu là “Cao dán Ôn Kinh Phương” được bảo chế dưới cao dán, có màu xanh đen, mùi thơm dược liệu. Thành phần gồm có:

Bảng 1. Thành phần của “Cao dán Ôn Kinh Phương”

TT	Tên vị thuốc	Số gam
1	Ngải cứu	10
2	Địa liên	10
3	Quế chi	8
4	Ô đầu	10
5	Dây gấm	20

Các dược liệu đều đạt TCCS hoặc tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V, do công ty Mediplantex cung cấp.



Hình 1. Cao dán Ôn Kinh Phương

Cao được phết lên các miếng dán có kích thước 10 x 15 cm, độ dày lớp cao từ 1-2 mm, diện tích lớp cao 10 x 10 cm, lượng cao 5g/miếng dán. Cao dán được cắt thành những miếng nhỏ có kích thước phù hợp trước khi thử nghiệm.



Handwritten signature

3. Động vật dùng trong nghiên cứu

Thỏ trưởng thành (*Oryctolagus cuniculus* L.), tổng số 06 con, cân nặng trung bình $2,1 \pm 0,2$ kg, 2 tháng tuổi, khỏe mạnh, không phân biệt đực - cái, do trung tâm nghiên cứu dê và thỏ Sơn Tây cung cấp. Động vật cái không mang thai, không nuôi con bú và chưa sinh sản lần nào. Động vật được nuôi ổn định 7 ngày trong điều kiện thí nghiệm trước khi tiến hành nghiên cứu.

4. Dụng cụ dùng trong nghiên cứu

- + Cân điện Precisa XB 320C, độ chính xác $d = 1$ mg.
- + Tông đơ điện.
- + Kéo, cốc thủy tinh chia vạch, đĩa thủy tinh.
- + Băng, gạc vô trùng.
- + Kính lúp.

5. Tiến hành nghiên cứu

Thử nghiệm được tiến hành trên thỏ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và OECD 404.

Chuẩn bị động vật:

Trước thí nghiệm, làm sạch lông thỏ ở vùng hai bên sườn đều về hai bên cột sống một khoảng đủ rộng để đặt các mẫu thử và đối chứng (khoảng 10×15 cm). Chỉ những thỏ có da khỏe mạnh, đồng đều và lạnh lặn mới được dùng vào thí nghiệm (hình 2 & 3).



Hình 2: Cạo lông thỏ



Hình 3: Chọn thỏ có da lạnh lặn

Handwritten signature or mark.

Chuẩn bị mẫu thử:

Cắt các miếng cao dán Ôn Kinh Phương với kích thước 2,5 x 2,5 cm từ miếng cao dán lớn ban đầu để thử trên 06 thỏ (mỗi miếng cao dán nhỏ tương ứng 0,3125 g cao dược liệu). Mỗi thỏ đều có vùng hai bên sườn, một bên đặt 1 miếng cao dán và bên kia đặt 1 miếng gạc tẩm nước cất.



Hình 4: Chuẩn bị miếng cao dán đặt lên da thỏ



Hình 5: Đặt mẫu thử lên da thỏ

Chuẩn bị miếng gạc tẩm dung môi (nước cất):

Cắt những miếng gạc có kích thước 2,5 x 2,5 cm, tẩm nước cất với tỷ lệ 0,5 mL/miếng (đôi chứng).

Đặt mẫu thử:

Đặt trên da thỏ ở một bên sườn 1 miếng cao dán (mẫu thử) và bên kia 1 miếng gạc tẩm nước cất (hình 5). Cố định miếng gạc bằng băng dính không gây kích ứng da và gạc trong 24 giờ (hình 6, 7). Tại mỗi thời điểm quan sát, bỏ gạc và băng dính, dùng nước cất lau nhẹ để làm sạch mẫu thử còn lại trên da.



Hình 6: Băng mẫu thử trên da thỏ



Hình 6: Băng cố định mẫu

Handwritten signature or mark.

Quan sát và ghi điểm:

Quan sát và ghi điểm phản ứng trên chỗ da đặt chất thử so với da không đặt chất thử ở các thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ và 24 giờ sau khi làm sạch mẫu thử. Đánh giá phản ứng trên da ở các mức độ gây ban đỏ, phù nề theo qui định ở bảng 2.

Bảng 2. Mức độ phản ứng trên da thỏ

Phản ứng	Điểm đánh giá
Sự tạo vảy và ban đỏ	
- Không ban đỏ	0
- Ban đỏ rất nhẹ (vừa đủ nhận thấy)	1
- Ban đỏ nhận thấy rõ	2
- Ban đỏ vừa phải đến nặng	3
- Ban đỏ nghiêm trọng (đỏ tấy) đến tạo thành vảy để ngăn ngừa sự tiến triển của ban đỏ	4
Gây phù nề	
- Không phù nề	0
- Phù nề rất nhẹ (vừa đủ nhận thấy)	1
- Phù nề nhận thấy rõ (viền phù nề phồng lên rõ)	2
- Phù nề vừa phải (da phồng lên khoảng 1mm)	3
- Phù nề nghiêm trọng (da phồng lên trên 1mm và có lan rộng ra vùng xung quanh)	4
Tổng số điểm kích ứng tối đa có thể	8

Những thay đổi khác trên da sẽ được theo dõi và ghi chép đầy đủ.

Đánh giá kết quả:

Trên mỗi thỏ, điểm phản ứng được tính bằng tổng số điểm ở hai mức độ ban đỏ và phù nề chia cho số lần quan sát. Điểm kích ứng của mẫu thử được lấy trung bình điểm phản ứng của các thỏ đã thử. Trong trường hợp có dùng mẫu đối chứng, điểm phản ứng của mẫu thử được trừ đi số điểm của mẫu đối chứng.

Chỉ sử dụng các điểm tại thời gian quan sát ở 6 giờ để tính kết quả. Đối chiếu điểm kích ứng với các mức độ quy định trên bảng 2 để xác định khả năng gây kích ứng trên da thỏ của mẫu thử.

Bảng 3. Phân loại các phản ứng trên da thỏ

Loại phản ứng	Điểm trung bình
Kích ứng không đáng kể	0-0,5
Kích ứng nhẹ	> 0,5-2,0
Kích ứng vừa phải	> 2,0-5,0
Kích ứng nghiêm trọng	> 5,0 - 8,0

6. Kết quả nghiên cứu

Trong suốt thời gian theo dõi, tại các thời điểm sau khi đặt thuốc 1, 2, 4, 6 và 24 giờ, vùng da đặt mẫu thử vẫn bình thường, không có dấu hiệu ban đỏ, không bị kích ứng, phù nề hay viêm. Sau khi làm sạch mẫu thử, vùng da đặt chất thử có màu nâu nhạt, nhưng da nguyên vẹn, lành lặn, không có biểu hiện sưng tấy, đỏ hay viêm nhiễm. Da hoàn toàn khỏe mạnh. Vùng da đặt chất thử và vùng da chứng tương tự nhau (hình 8-12).



Hình 8: Da thỏ số 1 sau 1 giờ đặt mẫu thử



Hình 9: Da thỏ số 3 sau 2 giờ đặt mẫu thử



Hình 10: Da thỏ số 6 sau 4 giờ đặt mẫu thử



Hình 11: Da thỏ 5 sau 6 giờ đặt mẫu thử



Hình 12: Da thỏ 2 sau 24 giờ đặt mẫu thử

Cả 6 thỏ đều có vùng da đặt mẫu thử lành lặn, không viêm, không sưng tấy, kích ứng hay ban đỏ. Vùng da đặt mẫu thử và vùng da đặt nước cất tương tự nhau.

7. Kết luận

Đã thử nghiệm tác dụng kích ứng da thỏ của Cao dán Ôn Kinh Phương với liều 0,3125 g cao, dán trên diện tích 2,5 x 2,5 cm da nhận thấy da thỏ hoàn toàn bình thường, khỏe mạnh, không bắt cứ biểu hiện dị ứng hay viêm nào trong suốt thời gian đắp 24 giờ. Cao dán Ôn Kinh Phương an toàn với da thỏ ở mức liều đã thử nghiệm.

CHỨNG THỰC BẢN SAO ĐÚNG VỚI BẢN CHÍNH
Số chứng thực: 33741 Quyển số: SCT/BS
Ngày: 29-11-2023

Hà Nội, ngày 10 tháng 11 năm 2023

VIỆN NGHIÊN CỨU

Tác nhân chịu ký tên tại
Là của TS. Trần Văn Khanh
VIỆN NGHIÊN CỨU
Y - DƯỢC
CỔ TRUYỀN
TUỆ TÍNH
PHÓ VIỆN TRƯỞNG
THƯỜNG TRỰC
TS. Trần Văn Khanh

NGƯỜI BÁO CÁO

CÔNG CHỨNG VIÊN
Hoàng Thùy Hiền
C. T. H. Đ.
H. Đ.
U. AN
T. P. HÀ NỘI
S. Đ. K. H. Đ. 78 - C. T. H. Đ.
VIỆN NGHIÊN CỨU
C. T. H. Đ.
C. T. H. Đ.
C. T. H. Đ.
C. T. H. Đ.
C. T. H. Đ.

PHỤ LỤC 5 THÀNH PHẦN CAO DÁN ÔN KINH PHƯƠNG

Ngải cứu [28]

Tên khoa học: *Artemisia vulgaris L*

Bộ phận dùng: Ngọn thân đã phơi hay sấy khô của cây Ngải cứu (*Artemisia vulgaris L.*), họ Cúc (*Asteraceae*).

Tính vị, quy kinh: Khô, tân, ôn. Vào các kinh can, tỳ, thận.



Công năng, chủ trị: Chỉ huyết, trừ hàn thấp, điều kinh, an thai.

Chủ trị: Kinh nguyệt không đều, băng huyết, rong huyết, thổ huyết, khí hư bạch đới, động thai, viêm ruột, lỵ.

Cách dùng, liều lượng: Ngày dùng từ 6 g đến 12 g, dạng thuốc sắc. Dùng ngoài trị đau do sang chấn: Lấy Ngải cứu tươi, rửa sạch, giã, đắp nơi đau với liều thích hợp.

Kiêng kỵ: Âm hư huyết nhiệt, không nên dùng.

Địa liền [28]

Tên khoa học: *Keampferia galanga L*

Bộ phận dùng: Thân rễ đã thái phiến phơi hay sấy khô của cây Địa liền (*Keampferia galanga L.*) họ gừng (*Zingiberaceae*).

Tính vị, quy kinh: Tân, ôn. Vào hai kinh tỳ, vị.



Công năng, chủ trị: Hành khí, ôn trung, tiêu thực, chi thống.

Chủ trị: Tê thấp, đau nhức xương khớp, nhức đầu, răng đau, ngực bụng lạnh đau, tiêu hóa kém.

Cách dùng, liều lượng: Ngày dùng từ 6 g đến 9 g, dạng thuốc sắc. bột hoặc viên. Ngâm rượu trong 5 đến 7 ngày, lượng thích hợp, để xoa bóp.

Thường phối hợp với các vị thuốc khác.

Kiêng kỵ: âm hư, thiếu máu hoặc vị có hỏa uất không dùng.

Quế chi [28]

Tên khoa học: *Ramulus Cinnamomi*

Bộ phận dùng: Cành phơi hay sấy khô của cây Quế (*Cinnamomum cassia Presl*) hoặc một số loài Quế khác (*Cinnamomum zeylanicum* Blume, *Cinnamomum loureirii* Nees.), họ Long não (Lauraceae).



Tính vị, quy kinh: Tân, cam, ôn. Vào kinh phế, tâm, bàng quang.

Công năng, chủ trị: Giải biểu hàn, thông dương khí, ôn thông kinh mạch, hóa khí. Chủ trị: Cảm mạo phong hàn, khí huyết ứ trệ, phù, đái không thông lợi.

Cách dùng, liều lượng: Ngày dùng từ 6 g đến 12 g, dạng thuốc sắc. Thường phối hợp với các vị thuốc khác.

Kiêng kỵ: Âm hư hỏa vượng và phụ nữ có thai không dùng.

Ô đầu [28]

Tên khoa học: *Radix Aconiti*.

Bộ phận dùng: Ô đầu là rễ củ chính đã phơi hay sấy khô của cây Ô đầu (*Aconitum fortunei* Hemsl., hoặc *Aconitum carmichaeli* Debx.), họ Hoàng liên (Ranunculaceae).

Tính vị, quy kinh: Tân, khô, nhiệt, rất độc. Vào 12 kinh, chủ yếu các kinh tâm can, thận tý.

Công năng, chủ trị: Khu phong, trừ thấp tý, ôn kinh chi thống. Chủ trị: Dùng trị đau khớp, tê mỏi cơ.

Cách dùng, liều lượng: Dùng ngoài xoa bóp dưới dạng thuốc ngâm rượu. Không được uống.



Kiêng kỵ: Phụ nữ có thai, trẻ em không được dùng.

Dây gấm [29], [30]

Tên khoa học: *Gnetum montanum*

Bộ phận dùng: Rễ và thân cây.

Tính vị: Vị đắng tính mát.

Công năng, chủ trị: Giải độc, tiêu viêm, thư cân hoạt huyết, sát trùng; thường được dùng làm thuốc giảm đau chữa phong tê thấp, sản hậu môn, giải các chất độc, cũng như làm thuốc chữa sốt và sốt rét.

Cách dùng, liều lượng: Ngày dùng 15 – 20g, có thể đến 30g dưới dạng thuốc sắc hay ngâm rượu uống.



PHỤ LỤC 6
CÔNG THỨC HUYỆT TRONG NGHIÊN CỨU

Tên huyết	Mã số	Đường kinh	Vị trí
Phong trì	GB.20	Túc Thiếu dương Đởm	Từ giữa xương chẩm C1 đo ngang ra 2 thốn, huyết ở chỗ trũng phía ngoài cơ thang, phía trong cơ ức đòn chũm.
Bách hội	GV.20	Mạch Đốc	Giao điểm đường dọc giữa cơ thể với đường đi qua đỉnh 2 vành tai.
Kiên trung du	SI.15	Thủ Thái dương tiểu trường	Giữa đốt sừng C7-D1 đo ngang ra 2 thốn.
Kiên ngoại du	SI.14	Thủ Thái dương tiểu trường	Ở giữa đốt sừng D1-D2 đo ngang ra 3 thốn.
Đại trử	BL.11	Túc Thái dương Bàng quang	Từ giữa khe D1-D2 đo ngang ra 1,5 thốn
Kiên tỉnh	GB.21	Túc Thiếu dương Đởm	ở trên vai, nằm giữa đường nối Đại chùy đến đỉnh vai
Kiên liêu	TE.14	Thủ thiếu dương tam tiêu	ở khoảng dưới sau đỉnh vai, chỗ lõm sau huyết Kiên Ngung 1 thốn.
Kiên ngưng	LI.15	Thủ dương minh Đại trường	Ở giữa mỏm cùng vai và máu chuyển lớn xương cánh tay, ngay chính giữa phần trên cơ delta. Khi lấy huyết bệnh nhân giơ ngang cánh tay (cánh tay vuông góc với thân) xuất hiện chỗ lõm ở mé dưới mỏm cùng vai, huyết

			ở chính giữa chỗ lõm đó.
Kiên trinh	SI.9	Thủ Thái dương tiểu trường	Ở đầu dưới sau khớp vai, khi quay cánh tay vào trong thì huyết ở cách đầu trên nếp gấp nách 1 thốn.
Thiên tông	SI.11	Thủ Thái dương tiểu trường	Ở giữa hố dưới xương bả vai.
Thái xung	LR.3	Túc quyết âm Can	Kê ngón 1 và 2 đo lên trên 2 thốn về phía mu chân.
Tam âm giao	SP.6	Túc thái âm Tỳ	Từ chính giữa lồi cao mắt cá trong xương chày đo thẳng lên 3 thốn, huyết cách bờ sau xương chày 1 khoát ngón tay.
Thái Khê	KI.3	Túc thiếu âm thận	Từ gò cao nhất mắt cá trong xương chày đo ngang ra sau ½ thốn.
Thận du	BL.23	Túc Thái dương Bàng quang	Từ giữa khe L2-L3 đo ngang ra 1,5 thốn

PHỤ LỤC 7 PHIẾU TỰ NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU
"Đánh giá kết quả của cao dán Ôn kinh phương kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vùng cổ gáy"

Họ và tên đối tượng: Nguyễn Thị Hồng Hạnh
 Tuổi: 34
 Địa chỉ: Tranh Xuân - Hà Nội
 Điện thoại (nếu có):

Sau khi được cán bộ nghiên cứu thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và thông tin chi tiết của nghiên cứu liên quan đến đối tượng tham gia vào nghiên cứu. Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu này (hoặc đồng ý lấy máu/nước tiểu.....để xét nghiệm). Tôi xin tuân thủ các qui định của nghiên cứu.

Hà Nội, ngày 02 tháng 5 năm 2024
 Họ tên của đối tượng
 (Ký và ghi rõ họ tên)
Nguyễn Thị Hồng Hạnh

BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU
"Đánh giá kết quả của cao dán Ôn kinh phương kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vùng cổ gáy"

Họ và tên đối tượng: Phạm Quang Hải
 Tuổi: 32
 Địa chỉ: Cầu Giấy - Hà Nội
 Điện thoại (nếu có):

Sau khi được cán bộ nghiên cứu thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và thông tin chi tiết của nghiên cứu liên quan đến đối tượng tham gia vào nghiên cứu. Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu này (hoặc đồng ý lấy máu/nước tiểu.....để xét nghiệm). Tôi xin tuân thủ các qui định của nghiên cứu.

Hà Nội, ngày 02 tháng 06 năm 2024
 Họ tên của đối tượng
 (Ký và ghi rõ họ tên)
Phạm Quang Hải

BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU
"Đánh giá kết quả của cao dán Ôn kinh phương kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vùng cổ gáy"

Họ và tên đối tượng: Kiều Thị Thu
 Tuổi: 40
 Địa chỉ: Nam Từ Liêm - Hà Nội
 Điện thoại (nếu có):

Sau khi được cán bộ nghiên cứu thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và thông tin chi tiết của nghiên cứu liên quan đến đối tượng tham gia vào nghiên cứu. Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu này (hoặc đồng ý lấy máu/nước tiểu.....để xét nghiệm). Tôi xin tuân thủ các qui định của nghiên cứu.

Hà Nội, ngày 02 tháng 07 năm 2024
 Họ tên của đối tượng
 (Ký và ghi rõ họ tên)
Kiều Thị Thu

BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU
"Đánh giá kết quả của cao dán Ôn kinh phương kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vùng cổ gáy"

Họ và tên đối tượng: Nguyễn Thị Quỳnh Trang
 Tuổi: 33
 Địa chỉ: Tranh Xuân - Hà Nội
 Điện thoại (nếu có):

Sau khi được cán bộ nghiên cứu thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và thông tin chi tiết của nghiên cứu liên quan đến đối tượng tham gia vào nghiên cứu. Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu này (hoặc đồng ý lấy máu/nước tiểu.....để xét nghiệm). Tôi xin tuân thủ các qui định của nghiên cứu.

Hà Nội, ngày 02 tháng 07 năm 2024
 Họ tên của đối tượng
 (Ký và ghi rõ họ tên)
Nguyễn Quỳnh Trang

PHỤ LỤC 8 DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

BẢN SAO

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Đề tài: “Đánh giá kết quả của cao dán Ôn kinh phương kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vùng cổ gáy”.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền - Bộ Công an.

Học viên: Nguyễn Hồng Hạnh – Lớp Cao học khóa 15 – Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

STT	Họ Tên	Năm sinh	Giới	Địa chỉ	Ngày vào viện	Mã số vào viện
1.	Nguyễn Thị Hồng H.	1970	Nữ	Thanh Xuân – Hà Nội	20/05/2024	240520.0023
2.	Quản Thị Ánh T.	1963	Nữ	Hà Đông – Hà Nội	21/05/2024	†240521.0054
3.	Nguyễn Văn H.	1973	Nam	Thanh Xuân – Hà Nội	27/05/2024	240527.0039
4.	Đào Thị Th.	1957	Nữ	Chương Mỹ - Hà Nội	29/05/2024	240529.0010
5.	Đỗ Thị Minh H.	1971	Nữ	Thanh Xuân – Hà Nội	31/05/2024	240531.0021
6.	Vũ Thị Bích H.	1961	Nữ	Hoàn Kiếm – Hà Nội	04/06/2024	†240604.0022
7.	Nguyễn Mạnh H.	1984	Nam	Nam Từ Liêm – Hà Nội	11/06/2024	240611.0051
8.	Trần Thị H.	1966	Nữ	Âu Lâu – Yên Bái	17/06/2024	240617.0001
9.	Nguyễn Quốc Kh.	1961	Nam	Hà Đông – Hà Nội	18/06/2024	240618.0012
10.	Nguyễn Duy Th.	1940	Nam	Hai Bà Trưng – Hà Nội	19/06/2024	†240619.0011
11.	Phan Quang H.	1973	Nam	Cầu Giấy – Hà Nội	24/06/2024	240624.0024
12.	Nguyễn Thị Q.	1958	Nữ	Đông Anh – Hà Nội	25/06/2024	240625.0001
13.	Đinh Thị H.	1959	Nữ	Tp Vinh – Tỉnh Nghệ An	25/06/2024	240625.0004
14.	Tô Thị Ng.	1977	Nữ	Hoài Đức – Hà Nội	25/06/2024	†240625.0045
15.	Đào Xuân B.	1954	Nam	Thanh Xuân – Hà Nội	26/06/2024	240626.0003
16.	Đoàn Mai T.	1952	Nữ	Thanh Xuân – Hà Nội	26/06/2024	240626.0012
17.	Phan Thị H.	1958	Nữ	Hoài Đức – Hà Nội	27/06/2024	240627.0001
18.	Đào Thị Mai A.	1965	Nữ	Cầu Giấy – Hà Nội	27/06/2024	†240627.0010
19.	Bùi Thái B.	1976	Nam	Đống Đa – Hà Nội	28/06/2024	240628.0011
20.	Vũ Văn Tr.	1983	Nam	Ba Đình – Hà Nội	28/06/2024	240628.0022
21.	Nguyễn Thị H.	1960	Nữ	Thanh Xuân – Hà Nội	01/07/2024	†240701.0011
22.	Nguyễn Thị M.	1948	Nữ	Hai Bà Trưng – Hà Nội	01/07/2024	240701.0029
23.	Tạ Ngọc D.	1981	Nam	Thanh Xuân – Hà Nội	01/07/2024	240701.0065



gdb

24.	Nguyễn Thị Ch.	1951	Nữ	Nam Từ Liêm – Hà Nội	01/07/2024	240701.0079
25.	Nguyễn Thị T.	1955	Nữ	Lương Sơn – Hoà Bình	02/07/2024	240702.0017
26.	Ngô Ngọc T.	1950	Nam	Trực Ninh – Nam Định	03/07/2024	240703.0003
27.	Vương Thị Nh.	1954	Nữ	Thạch Thất – Hà Nội	03/07/2024	240703.0007
28.	Đào Thị B.	1948	Nữ	Thanh Oai – Hà Nội	03/07/2024	240703.0026
29.	Nguyễn Mạnh H.	1957	Nam	Đống Đa – Hà Nội	04/07/2024	240704.0006
30.	Nguyễn Thanh H.	1978	Nữ	Hoàng Mai – Hà Nội	04/07/2024	240704.0008
31.	Lương Việt H.	1968	Nữ	Hà Đông – Hà Nội	04/07/2024	240704.0012
32.	Đặng Thị Kim C.	1962	Nữ	Cầu Giấy – Hà Nội	04/07/2024	240704.0031
33.	Đỗ Thị Gi.	1979	Nữ	Thanh Xuân – Hà Nội	05/07/2024	240705.0013
34.	Nguyễn Đình Tr.	1957	Nam	Thanh Hà – Hà Tĩnh	08/07/2024	240708.0002
35.	Nguyễn Đức Kh.	1984	Nam	Quỳnh Phụ - Thái Bình	08/07/2024	240708.0024
36.	Nguyễn Thị L.	1948	Nữ	Nam Từ Liêm – Hà Nội	08/07/2024	240708.0056
37.	Lê Trung V.	1976	Nam	Hà Đông – Hà Nội	08/07/2024	240708.0065
38.	Nguyễn Thị Sơn H.	1953	Nữ	Ba Đình – Hà Nội	08/07/2024	240708.0070
39.	Phạm Thị D.	1954	Nữ	Bắc Từ Liêm – Hà Nội	09/07/2024	240709.0004
40.	Nguyễn Đức H.	1980	Nam	Hoàng Mai – Hà Nội	10/07/2024	240710.0002
41.	Kiều Thị Th.	1982	Nữ	Nam Từ Liêm – Hà Nội	10/07/2024	240710.0017
42.	Phùng Thị Tuyết L.	1966	Nữ	Sơn Tây – Hà Nội	10/07/2024	240710.0033
43.	Trần Văn T.	1967	Nam	Vụ Bản – Nam Định	10/07/2024	240710.0034
44.	Nguyễn Thị H.	1960	Nữ	Quang Trung – Hải Dương	10/07/2024	240710.0035
45.	Vũ Văn C.	1955	Nam	Thanh Xuân – Hà Nội	11/07/2024	240711.0018
46.	Ngô Thanh Th.	1972	Nữ	Đống Đa – Hà Nội	15/07/2024	240715.0028
47.	Bùi Thị X.	1960	Nữ	Đống Đa – Hà Nội	15/07/2024	240715.0034
48.	Bùi Thị Thế H.	1964	Nữ	Thanh Xuân – Hà Nội	15/07/2024	240715.0043
49.	Phạm Đỗ C.	1952	Nam	Ba Đình – Hà Nội	15/07/2024	240715.0049
50.	Đoàn Văn Th.	1959	Nam	Giao Thủy - Nam Định	15/07/2024	240715.0057
51.	Vũ Văn D.	1957	Nam	Đống Đa – Hà Nội	15/07/2024	240715.0064
52.	Nguyễn Thị Th.	1959	Nữ	Đống Đa – Hà Nội	15/07/2024	240715.0065
53.	Bùi Thị C.	1960	Nữ	Nam Từ Liêm – Hà Nội	15/07/2024	240715.0081
54.	Trần Thị Minh .	1948	Nữ	Hải Tân – Hải Dương	16/07/2024	240716.0018



55.	Nguyễn Thị Ch.	1938	Nữ	Hoài Đức – Hà Nội	17/07/2024	240717.0008
56.	Nguyễn Hồng B.	1966	Nữ	Tây Hồ – Hà Nội	18/07/2024	240718.0016
57.	Nguyễn Thị Quỳnh Tr.	1961	Nữ	Hoàn Kiếm – Hà Nội	22/07/2024	240722.0043
58.	Nguyễn Thị T.	1963	Nữ	Nam Từ Liêm – Hà Nội	22/07/2024	240722.0053
59.	Trương Thị L.	1984	Nữ	Sơn Tây – Hà Nội	22/07/2024	240722.0057
60.	Nguyễn Đức H.	1967	Nam	Thanh Oai – Hà Nội	23/07/2024	240723.0027
61.	Nghiêm Xuân T.	1969	Nam	Thanh Xuân – Hà Nội	25/07/2024	240725.0004
62.	Nguyễn Thị L.	1978	Nữ	Nam Từ Liêm – Hà Nội	29/07/2024	240729.0060
63.	Trương Hữu H.	1950	Nam	Ba Đình – Hà Nội	29/07/2024	240729.0082
64.	Nguyễn Thanh B.	1978	Nữ	Thị Xã Bim Sơn – Thanh Hoá	29/07/2024	240729.0081
65.	Hoàng Thị Ph.	1956	Nữ	Thanh Xuân – Hà Nội	30/07/2024	240730.0010
66.	Nguyễn Thị L.	1948	Nữ	Nam Từ Liêm – Hà Nội	30/07/2024	240730.0035
67.	Đặng Trần V.	1976	Nam	Đống Đa – Hà Nội	05/08/2024	240805.0015
68.	Đoàn Thị H.	1952	Nữ	Hà Đông – Hà Nội	05/08/2024	240805.0046
69.	Nguyễn Thị B.	1940	Nữ	Thanh Xuân – Hà Nội	05/08/2024	240805.0084
70.	Đặng Thị Nh.	1983	Nữ	Hai Bà Trưng – Hà Nội	07/08/2024	240807.0020

Hà Nội, ngày.....tháng.....năm 2024.

Xác nhận của Phòng Kế hoạch tổng hợp



LÃNH ĐẠO BỆNH VIỆN

CHỨNG THỰC BẢN SAO ĐÚNG VỚI BẢN CHÍNH

Số chứng thực: 30055 Quyển số: 04 SCT/BS

Ngày: 20-11-2024

Đại tá Lê Thị Thủy

N.S.S. Trương Thị Huyền



CÔNG CHỨNG VIÊN
Hoàng Thùy Hiền



PHỤ LỤC 9

TIÊU CHUẨN CƠ SỞ

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN TUỆ TỈNH

Ký hiệu: TCKT 2024/CDOKP
BẢN SAO
Ban hành lần: 01
Ngày ban hành: 26/05/2024
Trang:

TIÊU CHUẨN KỸ THUẬT CAO DÁN ÔN KINH PHƯƠNG

1. KHÁI QUÁT

- Tên tiêu chuẩn: Tiêu chuẩn kỹ thuật Cao dán ôn kinh phương.
- Ký hiệu: TCKT 2024/CDOKP
- Phạm vi áp dụng: Tiêu chuẩn này được áp dụng cho sản phẩm cao dán Ôn kinh phương

2. YÊU CẦU KỸ THUẬT

2.1. Cao dán :

- Công thức cho 1 kg cao

Ngải cứu	900 g	Ô đầu	150 g
Địa liên	600 g	Dây gấm	750 g
Quế chi	450g	Bột kết dính	150 g

- Miếng dán cố định cao: sử dụng băng y tế, băng dính cao thuốc

2.2. Tiêu chuẩn chất lượng

2.2.1. Tính chất:

- Miếng dán có độ bắt dính thích hợp (dễ dính, dễ bóc)
- Phần cao đặc có màu nâu đen, mùi thơm của dược liệu

2.2.2. Độ đồng đều khối lượng của cao: Không được có quá hai đơn vị có khối lượng nằm ngoài giới hạn chênh lệch so với khối lượng trung bình $\pm 5\%$, và không được có đơn vị nào có khối lượng vượt gấp đôi giới hạn đó.

2.2.3. Mất khối lượng do làm khô của cao đặc: Không quá 20 %

2.2.4. Định tính cao: Phần cao phải có phép thử định tính của Quế chi

2.2.5. Thử tính kích ứng: Sản phẩm không được có tính kích ứng trên da

2.2.6. Giới hạn vi sinh vật của cao:

- Tổng số vi sinh vật hiếu khí: Không được vượt quá 100 CFU/g
- Tổng số nấm: Không được vượt quá 10 CFU/g
- Không được có *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* trong 1 g cao dán

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN TUỆ TỈNH

Ký hiệu: TCKT 2024/CDOKP
Ban hành lần: 01
Ngày ban hành: 26/02/2024
Trang:

3. PHƯƠNG PHÁP THỬ

3.1. *Tính chất*: Kiểm tra bằng cảm quan, chế phẩm phải đạt các yêu cầu đã nêu.

3.2. *Độ đồng đều khối lượng cao*: Tiến hành trên 20 đơn vị bất kỳ, xác định khối lượng lớp cao của từng đơn vị và tính khối lượng trung bình của lớp cao. Cho phép không quá 2 đơn vị có khối lượng lệch ra ngoài 5 % so với khối lượng trung bình và không có đơn vị nào có khối lượng lệch ra ngoài 10 % so với khối lượng trung bình.

Tiến hành: Cân từng đơn vị cao dán, ta được khối lượng m1, dùng hỗn hợp dung môi hữu cơ phù hợp để rửa hết lớp cao, làm khô, rồi cân lại khối lượng của lớp băng dính, ta được khối lượng m2. Khối lượng lớp chứa cao là hiệu số của m1 và m2.

3.3. *Mất khối lượng do làm khô của cao*: Thử theo Dược điển Việt Nam V, phụ lục 9.6, 1g, 100^oC; 4 h

3.4. *Định tính cao*

3.4.1. *Quế chi*: Phương pháp sắc ký lớp mỏng (Dược điển Việt Nam V, phụ lục 5.4)

3.4.1.1. *Dụng cụ, thuốc thử*

- Bản mỏng silica gel Silica gel G.

- N-Hexan, cloroform (TT), ethyl acetat (TT)

- Dung môi triển khai sắc ký: *n-Hexan - cloroform - ethyl acetat* (4 : 1 : 1).

- Thuốc thử hiện vết: dung dịch 2,4-dinitrophenyl hydrazin (TT)

3.4.1.2. *Cách thử*

- *Dung dịch thử*: Lấy 4,5 g cao dược liệu thêm 10 ml ether (TT), lắc, gạn lấy phần ether làm dung dịch thử.

- *Dung dịch đối chiếu*: lấy 2,0 g bột cành Quế (mẫu chuẩn), thêm 100 ml nước, đun sôi nhẹ trong 1 giờ (bổ sung nước bay hơi), lọc, cô dịch lọc trên cách thủy đến cạn. Cho vào bình gạn, lắc với 10 ml ether. Lấy phần ether làm dung dịch đối chiếu.

- *Cách tiến hành*: Chấm riêng biệt lên bản mỏng 10 µl mỗi dung dịch trên. Sau khi triển khai sắc ký 12 cm, lấy bản mỏng ra để khô ở nhiệt độ phòng, phun dung dịch 2,4-dinitrophenyl hydrazin (TT). Quan sát dưới ánh sáng thường.

Kết quả: Trên sắc ký đồ của dung dịch thử phải có vết có cùng màu sắc và cùng giá trị

BỘ Y
TẾ
C. HỌC

78 - C.
PHÒNG
CHỨNG
NH XUÂN
UÂN - T.P.V

BỘ Y TẾ

BỆNH VIỆN TUỆ TỈNH

Ký hiệu: TCKT 2024/CDOKP

Ban hành lần: 01

Ngày ban hành: 26/02/2024

Trang:

Ri với các vết trên sắc ký đồ của dung dịch đối chiếu.

3.5. *Thử tính kích ứng*: Thử nghiệm được tiến hành trên thỏ theo hướng dẫn của Bộ y tế và OECD 404

3.6. *Giới hạn vi sinh vật*: Tiến hành theo phép thử độ nhiễm khuẩn phụ lục 13.6 Được điền Việt Nam V, phương pháp đĩa thạch.

4. ĐÓNG GÓI, GHI NHÃN, BẢO QUẢN

- Đóng gói: Sản phẩm được đóng trong túi bóng kính
- Ghi nhãn: Rõ ràng, đúng quy định tại thông tư quy định ghi nhãn thuốc
- Bảo quản: Nơi khô ráo, nhiệt độ dưới 30⁰C

Giám đốc Bệnh viện

Trưởng khoa dược



PHÓ GIÁM ĐỐC
Nguyễn Duy Chức

HL

Ds. *Bùi Thị Thu Hằng*

CHỨNG THỰC BẢN SAO ĐÚNG VỚI BẢN CHÍNH
 Số chứng thực: 20073... Quyển số: 04... SCT/BC
 Ngày: 13-12-2024



CÔNG CHỨNG VIÊN
Hoàng Thùy Hiền

PHỤ LỤC 10 MỘT SỐ HÌNH ẢNH NGHIÊN CỨU

