

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



LÊ ĐỨC KHANG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM
TRỊ LIỆU KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT, ĐIỆN CHÂM
ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



LÊ ĐỨC KHANG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM
TRỊ LIỆU KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT, ĐIỆN CHÂM
ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. VŨ THƯỜNG SƠN

HÀ NỘI – 2020

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng đào tạo Sau Đại học, các Bộ môn, Khoa phòng Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và làm luận văn.

PGS.TS Vũ Thường Sơn người Thầy đã trực tiếp hướng dẫn vô cùng tận tình, chu đáo, trang bị cho tôi kiến thức chuyên ngành, giúp đỡ tôi sửa chữa thiếu sót trong luận văn, động viên tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu.

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch Tổng hợp, các khoa phòng của Bệnh viện Châm cứu Trung ương và Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã tạo mọi điều kiện cả về vật chất lẫn tinh thần cho tôi hoàn thành khóa học.

Các thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương luận văn đã cho tôi những ý kiến đóng góp quý báu trong quá trình hoàn thiện luận văn này

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới tất cả các bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, gia đình và người thân đã luôn bên cạnh, khuyến khích con trong suốt quá trình học tập. Tôi xin được cảm ơn tới bạn bè đồng nghiệp đã luôn động viên, khích lệ tôi để vượt qua những khó khăn trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn !

Học viên

Lê Đức Khang

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Lê Đức Khang, học viên cao học khóa 10 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 PGS.TS. Vũ Thường Sơn.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 16 tháng 7 năm 2020

Học viên

Lê Đức Khang

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Quan niệm đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống theo Y học hiện đại	3
1.1.1. Khái niệm.....	3
1.1.2. Sơ lược về cấu tạo giải phẫu và chức năng của cột sống cổ.....	3
1.1.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	7
1.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng	8
1.1.5. Chẩn đoán đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống	12
1.1.6. Điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống	13
1.2. Quan niệm đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống theo Y học cổ truyền ...	14
1.2.1. Bệnh danh đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống.....	14
1.2.2. Nguyên nhân và thể bệnh.....	14
1.2.3. Tổng quan phương pháp nghiên cứu	16
1.3. Tình hình nghiên cứu về điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống trên thế giới và Việt Nam.....	23
1.3.1. Trên thế giới	23
1.3.2. Tại Việt Nam.....	25
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	27
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	27
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	27
2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại	27
2.1.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền	28
2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.....	28
2.1.5. Địa điểm, thời gian nghiên cứu.....	29
2.2. Phương pháp nghiên cứu	29

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	29
2.2.2. Cách chọn mẫu - cỡ mẫu.....	29
2.2.3. Các chỉ tiêu theo dõi.....	29
2.2.4. Phương tiện nghiên cứu	29
2.3. Quy trình nghiên cứu.....	31
2.3.1. Kỹ thuật siêu âm trị liệu.....	31
2.3.2. Xoa bóp bấm huyệt	32
2.3.3. Điện châm	34
2.4. Phương pháp tiến hành.....	34
2.5. Tiêu chuẩn đánh giá cụ thể.....	34
2.6. Phương pháp xử lý số liệu.....	38
2.7. Đạo đức nghiên cứu.....	38
2.8. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu.....	39
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	40
3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	40
3.1.1. Đặc điểm về tuổi	40
3.1.2. Đặc điểm về giới	40
3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp.....	41
3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	41
3.1.5. Đặc điểm tổn thương cột sống trên phim X –quang.....	42
3.2. Kết quả điều trị	45
3.2.1. Đánh giá hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS	45
3.2.2. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống cổ	47
3.2.3. Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày.....	49
3.2.4. Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền sau điều trị	51
3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.	52
Chương 4: BÀN LUẬN.....	53

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	53
4.1.1. Tuổi	53
4.1.2. Giới.....	54
4.1.3. Nghề nghiệp	55
4.1.4. Thời gian mắc bệnh.....	55
4.1.5. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X – quang	56
4.2. Kết quả điều trị	56
4.2.1. Tác dụng giảm đau.....	56
4.2.2. Tác dụng cải thiện tâm vận động cột sống cổ.....	58
4.2.3. Tác dụng cải thiện những hạn chế sinh hoạt hàng ngày.	60
4.2.3. Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền sau điều trị	62
4.3. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị	64
KẾT LUẬN	67
KIẾN NGHỊ.....	68
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
CLS	Cận lâm sàng
D ₀	Trước điều trị
D ₁₀	Sau điều trị 10 ngày
D ₂₀	Sau điều trị 20 ngày
MRI	Magnetic Resonance Imaging (hình ảnh cộng hưởng từ)
NĐC	Nhóm đối chứng
NDI	Neck Disability Index (Bộ câu hỏi NDI đánh giá hạn chế sinh hoạt hàng ngày do đau cổ)
NNC	Nhóm nghiên cứu
THCSC	Thoái hoá cột sống cổ
TVĐ	Tâm vận động
TVĐĐ	Thoát vị đĩa đệm
VAS	Visual Analogue Scale (thang điểm đánh giá mức độ đau VAS)
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1:	Các động tác xoa bóp bấm huyệt sử dụng trong nghiên cứu.....	33
Bảng 2.2.	Cách tính điểm phân loại mức độ đau	35
Bảng 2.3.	Tâm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý	37
Bảng 2.4.	Mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ	37
Bảng 2.5.	Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày	38
Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	40
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo giới.....	40
Bảng 3.3.	Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	41
Bảng 3.4.	Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	41
Bảng 3.5.	Hình ảnh trên phim X –quang cột sống cổ	42
Bảng 3.6.	Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS trước điều trị.....	43
Bảng 3.7.	Mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ trước điều trị	43
Bảng 3.8.	Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày trước điều trị.....	44
Bảng 3.9.	Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS sau điều trị 10 ngày	45
Bảng 3.10.	Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS sau điều trị 20 ngày	46
Bảng 3.11.	Hiệu quả giảm mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ sau 10 điều trị	47
Bảng 3.12.	Hiệu quả giảm mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ sau 20 điều trị	48
Bảng 3.13.	Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 10 ngày	49
Bảng 3.14.	Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 20 ngày	50
Bảng 3.15.	Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền sau điều trị.....	51

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1.	Các đôt sóng cổ.....	3
Hình 1.2.	Hình ảnh cột sóng cổ trên phim X quang thẳng và nghiêng	4
Hình 1.3.	Hình ảnh lỗ tiếp hợp trên phim X quang tư thế chéch $\frac{3}{4}$	5
Hình 1.4.	Các động tác vận động của cột sóng cổ.....	7
Hình 1.5.	Hình ảnh phì đại mấu bán nguyệt trên phim chụp cổ thẳng	10
Hình 1.6.	Hình ảnh gai xương ở tư thế chụp cột sóng cổ nghiêng	11
Hình 1.7.	Hình ảnh méo và hẹp lỗ tiếp hợp C4- C5	11

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau vùng cổ gáy là tình trạng đau cấp hoặc mãn tính tại vùng cổ gáy (có thể có lan) thường xuất hiện sau một động tác đột ngột, sai tư thế của cột sống cổ, sau khi thay đổi thời tiết hoặc xuất hiện kín đáo, thường kèm với co cứng cơ và hạn chế vận động. Có rất nhiều nguyên nhân gây ra tình trạng này như: ngồi làm việc sai tư thế trong thời gian dài, nằm ngủ sai tư thế, do lạnh, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, thoái hóa cột sống cổ, vẹo cổ bẩm sinh, dị tật, viêm, chấn thương vùng cổ. Đôi khi có những trường hợp đau vùng cổ gáy xuất hiện tự phát mà không có nguyên nhân rõ rệt. Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ là nguyên nhân thường gặp nhất và là lý do chính khiến bệnh nhân đi khám. Theo Trần Ngọc Ân tỉ lệ mắc THCS ở đứng thứ hai sau thoái hóa cột sống thắt lưng và chiếm 14% trong các bệnh thoái hóa khớp [1].

Hiện nay, đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống không chỉ phổ biến ở người cao tuổi mà còn hay gặp ở người trong độ tuổi lao động. Nguyên nhân do liên quan tới tư thế lao động như: ngồi làm việc lâu trước máy vi tính, cúi đầu lâu hoặc động tác đơn điệu lặp đi lặp lại của đầu, làm việc nhiều trong phòng điều hòa ... Đau vùng cổ gáy không chỉ gây khó chịu cho người bệnh, giảm năng suất lao động mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống. Vì vậy, đau vùng cổ gáy đang là vấn đề thu hút sự quan tâm nghiên cứu của các thầy thuốc [2],[3],[4].

Đau vùng cổ gáy với biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cổ, vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và/hoặc vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng [5].

Nguyên nhân thường gặp nhất (70-80%) là do THCS, thoái hóa các khớp liên đốt và liên mấu bên làm hẹp lỗ tiếp hợp, hậu quả là gây chèn ép rễ/dây thần kinh cột sống cổ tại các lỗ tiếp hợp [6].

Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp điều trị đau vùng cổ gáy nhưng điều trị nội khoa và vật lý trị liệu vẫn là lựa chọn hàng đầu. Trong đó siêu âm trị liệu là phương pháp điều trị bệnh sinh, phương pháp này có tác dụng giảm đau, dẫn cơ, tăng hấp thu dịch nê, giảm các triệu chứng viêm và được áp dụng trong trị liệu.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau vùng cổ gáy được xếp vào chứng tý. Bệnh do chính khí cơ thể suy yếu, ngoại tà xâm phạm, bế tắc kinh lạc gây đau [7],[8],[9],[10]. Bệnh được điều trị bằng thuốc YHCT, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt. Trong đó phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt (XBBH) đã khẳng định được kết quả điều trị

Từ trước tới nay việc điều trị kết hợp giữa các phương pháp vật lý trị liệu với các phương pháp của YHCT đem lại hiệu quả cao trên lâm sàng. Tuy nhiên chưa có một công trình nghiên cứu nào đánh giá tác dụng điều trị kết hợp phương pháp siêu âm trị liệu của YHHĐ với điện châm và xoa bóp bấm huyệt của YHCT trong điều trị đau vùng cổ gáy trên lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá tác dụng của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điện châm điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống”** với hai mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điện châm điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống.

2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp trên trong nghiên cứu.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Quan niệm đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống theo Y học hiện đại [5], [11], [12],[13].

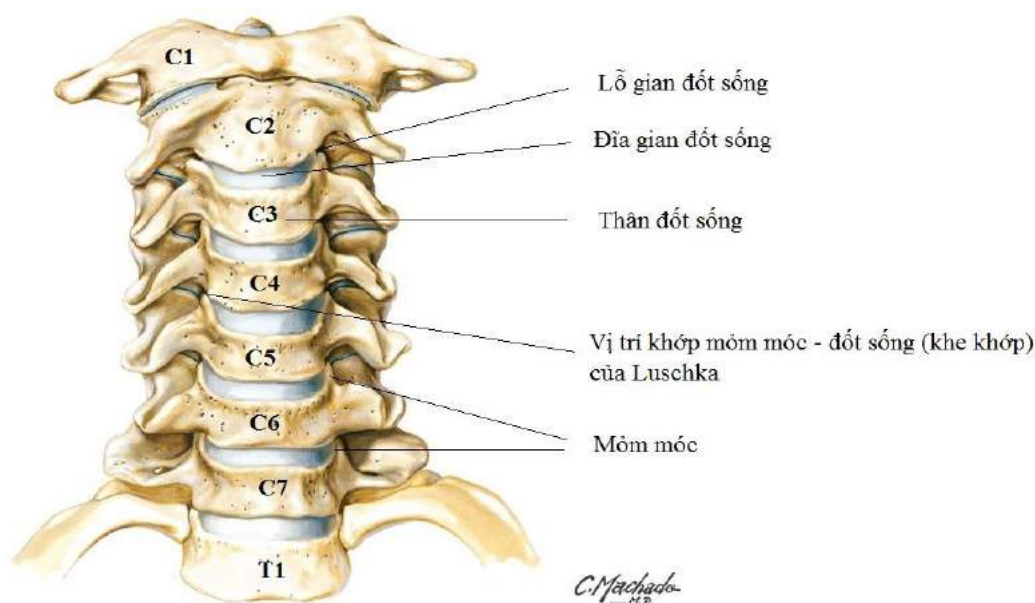
1.1.1. Khái niệm

Đau vùng cổ gáy là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm [5].

Thoái hoá cột sống cổ 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. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hoá sụn khớp và đĩa đệm ở cột sống cổ. Có thể gặp thoái hoá ở bất kỳ đoạn nào tuy nhiên đoạn C5-C6-C7 là hay gặp nhất [5].

1.1.2. Sơ lược về cấu tạo giải phẫu và chức năng của cột sống cổ

1.1.2.1. Cấu tạo giải phẫu



Hình 1.1. Các đốt sống cổ [11]

Cột sống cổ có 7 đốt, từ C1 đến C7, có đường cong uốn ra trước, đốt C1 (đốt đội) không có thân đốt, đốt C7 có mỏm gai dài nhất sờ thấy rõ [12].

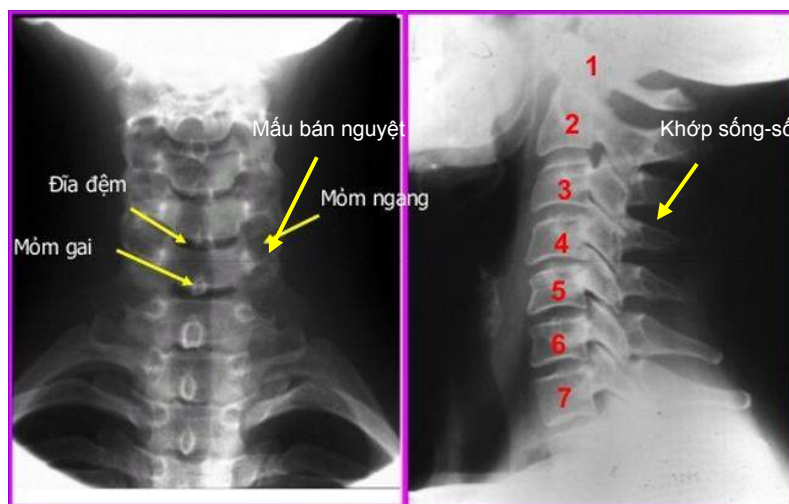
Giữa C1 với xương chẩm và giữa C1- C2 không có đĩa đệm, vì vậy giữa C1 và xương chẩm và C1 - C2 không có lỗ tiếp hợp.

Các đốt sống cổ kể từ C2 trở xuống liên kết với nhau bởi 3 khớp:

- Khớp đĩa đệm gian đốt: đĩa đệm gian đốt luôn phải chịu áp lực tải trọng lớn. Khi có sự cố định lâu trong một tư thế (do nghề nghiệp) hoặc do áp lực trọng tải, sẽ dẫn đến thoái hóa đĩa đệm và hình thành các gai xương ở các đĩa đệm cổ thấp.

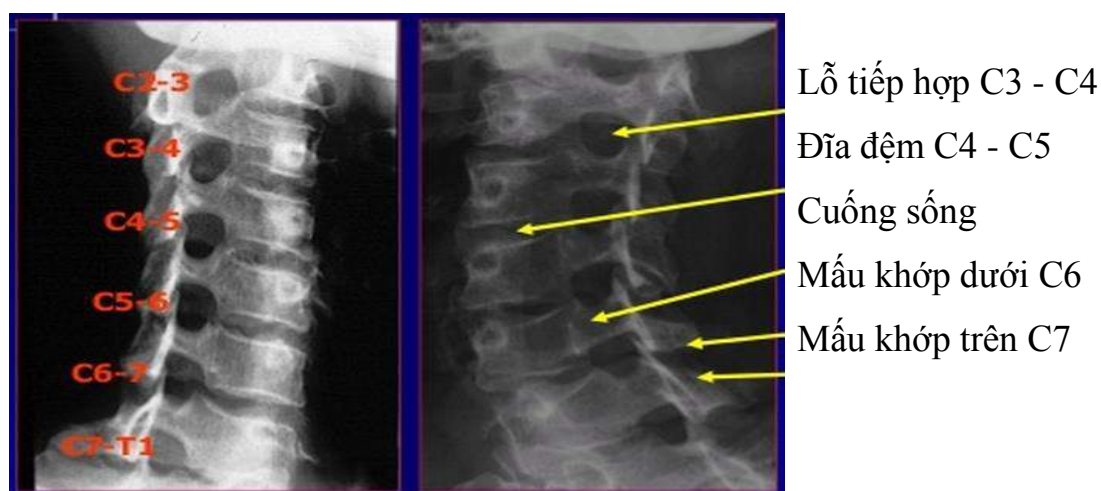
- Khớp sừng - sừng (còn gọi là khớp máu lồi đốt sống, khớp nhỏ): tạo nên bởi các máu sừng trên và máu sừng dưới của hai thân đốt kế cận và được nhận biết trên phim chụp tư thế nghiêng (Hình 1.2).

- Khớp bán nguyệt (còn gọi là khớp Luschka), chỉ có duy nhất ở cột sống cổ. Mỗi thân đốt sống có 2 máu bán nguyệt ở góc trên ngoài, hợp với 2 góc dưới ngoài của thân đốt trên để tạo nên 2 khớp bán nguyệt ở mỗi khe gian đốt. Máu bán nguyệt bình thường có hình gai hoa hồng dễ nhận biết trên phim X quang tư thế thẳng (Hình 1.2). Khi khớp bán nguyệt bị thoái hóa dễ chèn ép vào động mạch đốt sống thân nền.



Hình 1.2. Hình ảnh cột sống cổ trên phim X quang thẳng và nghiêng [13]

Lỗ tiếp hợp (còn gọi là lỗ ghép) (Hình 1.3): thành trong của lỗ tiếp hợp hình thành bởi phía ngoài là thân đốt sống và khớp Luschka. Khớp máu lồi đốt sống hình thành bởi diện khớp máu lồi đốt sống trên và diện khớp máu lồi đốt sống dưới, khớp được bao bọc bởi bao khớp ở phía ngoài.



Hình 1.3. Hình ảnh lỗ tiếp hợp trên phim X quang tư thế chếch $\frac{3}{4}$ [13]

Dây thần kinh hỗn hợp chạy dọc theo lỗ tiếp hợp và tách ra thành 2 phần cảm giác và vận động riêng biệt. Phần vận động còn gọi là rễ trước tiếp xúc với khớp bán nguyệt, rễ sau nằm ở phía bên trong móm khớp và bao khớp. Rễ thần kinh bình thường chỉ chiếm khoảng $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{5}$ lỗ tiếp hợp.

Đĩa đệm: được cấu tạo bởi 3 thành phần là nhân nhầy, vòng sợi và mâm sụn.

- Nhân nhầy: được cấu tạo bởi một màng liên kết. Bình thường nhân nhầy nằm ở trong vòng sợi, khi cột sống vận động về một phía thì nó bị đẩy chuyển động dồn về phía đối diện.

- Vòng sợi: gồm những vòng sợi sụn (fibro-cartilage) rất chắc chắn và đàn hồi đan vào nhau theo kiểu xoắn ốc. Ở phía sau và sau bên của vòng sợi tương đối mỏng, nơi dễ xảy ra lồi và thoát vị đĩa đệm.

- Mâm sụn: gắn chặt vào tấm cùng của đốt sống, nên còn có thể coi là một phần của đốt sống.

- Chiều cao của đĩa đệm: ở đoạn sống cổ khoảng 3mm.

Dây chằng:

- Dây chằng dọc trước bám ở mặt trước các đốt ống và đĩa đệm.
- Dây chằng dọc sau bám vào mặt sau thân đốt và đĩa đệm.
- Ngoài ra còn dây chằng vàng, dây chằng liên gai, dây chằng liên ngang.

Mạch máu, thần kinh:

- Từ đốt C6 đến C2 có động mạch đốt sống thân nền, tĩnh mạch và một số nhánh thần kinh giao cảm cổ chạy trong lỗ động mạch ở giữa mỏm ngang của mỗi đốt và ngay bên cạnh mỏm móc.

- Thần kinh vận động: các nhánh của đám rối cổ sâu: nhánh vận động cho cơ ở cột sống, cơ thang, cơ ức đòn chũm. Nhánh C5 chi phối vận động cơ delta, cơ tròn nhỏ, các cơ trên gai, dưới gai. Nhánh C6 chi phối vận động cơ nhị đầu, cơ cánh tay trước. Nhánh C7 chi phối vận động cơ tam đầu. Nhánh C8 chi phối vận động cơ gấp ngón tay.

- Cảm giác: nhánh C1, C2, C3 cho nửa sau đầu. Nhánh C4 cho vùng vai. Nhánh C5, C6, C7 cho nửa quay cánh tay, cẳng tay, ngón 1, 2, 3. Nhánh C8, D1 cho nửa trụ cánh tay, cẳng tay, ngón 4, 5.

- Phản xạ gân xương: nhánh C5 chi phối phản xạ gân xương cơ nhị đầu. Nhánh C6 chi phối phản xạ gân xương cơ nhị đầu và trâm quay. Nhánh C7 chi phối phản xạ gân xương cơ tam đầu.

1.1.2.2. Chức năng cột sống cổ.

Chức năng chịu tải trọng và bảo vệ tủy [14]

Ở cột sống cổ các thân đốt sống nhỏ, đĩa đệm không chiếm toàn bộ bề mặt thân đốt, do đó tải trọng tác động phần lớn lên đĩa đệm dẫn tới sự giảm chiều cao gian đốt. Khoảng gian đốt C5-C6, C2-C3 là những nơi chịu tải trọng lớn nhất ở cột sống cổ, do đó hay gặp thoái hoá ở những đoạn đốt sống cổ này. Cột sống cổ còn là nơi bảo vệ tủy và các thành phần khác trong ống sống.

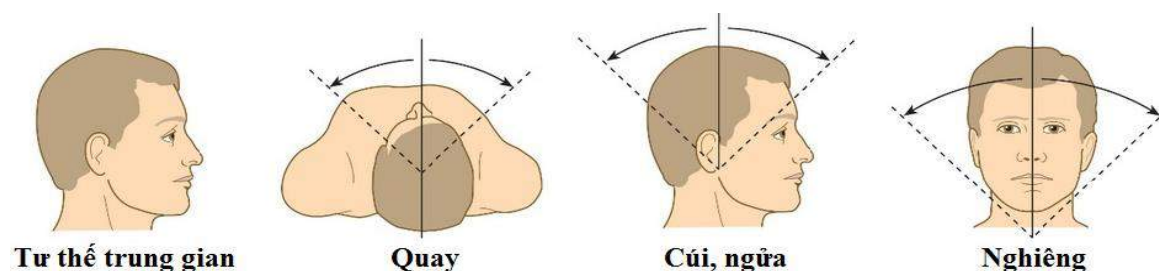
Chức năng vận động [14].

- Cột sống cổ có phạm vi vận động rất lớn. Đoạn cổ trên (C1-C3) đáp ứng cho chuyển động xoay, thường ít gặp thoái hóa ở đoạn này. Các khớp đốt sống cổ cho phép chuyển động trượt giữa các thân đốt sống tạo nên vận động duỗi và gấp cột sống cổ. Các cử động của cột sống cổ bao gồm:

- Cử động theo mặt phẳng trước sau: cúi và ngửa cổ. Động tác này được thực hiện ở ba phần, đơn thuần chỉ xảy ra ở xương chẩm và đốt đội. Còn lại là vai trò của các khớp đốt sống khác từ C2 đến C7.

- Cử động theo mặt phẳng ngang: nghiêng sang hai bên phải, trái.

- Cử động quay cổ: động tác này chủ yếu do khớp trục đội (C1 - C2) đảm nhiệm còn lại là sự tham gia của các đốt sống từ C2 đến C7 [14].



Hình 1.4. Các động tác vận động của cột sống cổ [14]

1.1.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh [2],[4],[15]

1.1.3.1. Nguyên nhân

Sự lão hóa

Ở người trưởng thành các tế bào sụn không có khả năng sinh sản và tái tạo, cùng với sự lão hóa của cơ thể, các tế bào sụn cũng giảm dần chức năng tổng hợp sợi Collagen và Mucopolysacarit, làm cho chất lượng sụn kém đi nhất là tính đàn hồi và chịu lực.

Yếu tố cơ giới

Là yếu tố quan trọng thúc đẩy nhanh quá trình thoái hóa, thể hiện bằng sự tăng bất thường lực nén trên một đơn vị diện tích của mặt khớp và đĩa đệm, còn được gọi là hiện tượng quá tải, bao gồm:

- Các dị dạng bẩm sinh làm thay đổi diện tích nén bình thường của khớp và cột sống.

- Các biến dạng thứ phát sau chấn thương, u, loạn sản, làm thay đổi mối tương quan, hình thái của khớp và cột sống.

- Sự tăng tải trọng do tăng cân quá mức như béo phì.

Các yếu tố khác

- Di truyền: cơ địa già sớm.

- Nội tiết: tuổi mãn kinh, đái tháo đường, loãng xương do nội tiết.

- Chuyển hóa: bệnh gout, bệnh da sạm màu nâu.

- Tư thế bất động cột sống do đặc điểm nghề nghiệp (làm việc vi tính, thợ may, lái xe...) [2],[4],[15].

1.1.3.2. Cơ chế bệnh sinh

Hai lý thuyết chính được nhiều tác giả ủng hộ trong cơ chế bệnh sinh của THCS là lý thuyết cơ học và lý thuyết tế bào.

- Lý thuyết cơ học mô tả các vi gãy xương do suy yếu các sợi Collagen dẫn đến việc hư hỏng các chất Proteoglycan.

- Lý thuyết tế bào nêu lên cơ chế tăng áp lực làm tế bào sưng cứng lại, giải phóng các enzym tiêu protein làm huỷ hoại dần dần các chất cơ bản [2],[4],[15].

1.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng [5], [13], [16],[17].

1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

Đau vùng cổ gáy được biểu hiện lâm sàng bằng bốn hội chứng, đó là hội chứng cột sống cổ và hội chứng rễ thần kinh cổ, hội chứng động mạch sống nền và hội chứng rối loạn thần kinh thực vật [5].

Hội chứng cột sống cổ

Biểu hiện đau khu trú và hạn chế vận động cột sống cổ là những triệu chứng xuất hiện đầu tiên khi có các tổn thương cột sống cổ, thường xuất hiện đột ngột do vận động cổ, sau tắm lạnh hay sau thay đổi thời tiết, hoặc xuất hiện đau âm ỉ tăng dần do cúi đầu lâu, nằm gối cao.

Hội chứng rễ thần kinh

Đặc điểm đau vùng gáy có tính chất cơ học: đau âm ỉ tăng từng cơn, lan lên vùng chẩm và xuống bả vai, cánh tay, đau tăng khi tăng áp lực nội đĩa đệm như khi ho, hắt hơi, khi vận động cột sống cổ, tăng tải trọng lên cột sống cổ như khi đứng, đi, ngồi lâu. Kèm theo có thể có các rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ như: bại một số cơ chi trên, tê một vùng ở cánh tay, cẳng tay, bàn ngón tay.

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

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

- Nghiệm pháp Spurling (ép rễ thần kinh cổ): được đánh giá dương tính khi ấn đầu xuống trong tư thế ngửa cổ và nghiêng đầu về phía đau thì tạo ra đau từ cổ lan xuống vai, cánh tay, cẳng tay và ngón tay. Đau xuất hiện là do làm hẹp lỗ gian đốt sống và có thể làm tăng thể tích phần đĩa đệm lồi ra.

- Nghiệm pháp chùng rễ thần kinh cổ: BN ngồi, cánh tay bên đau đưa lên trên đầu và ra sau, các triệu chứng rễ giảm hoặc mất.

- Nghiệm pháp kéo giãn cột sống cổ: BN nằm ngửa, thầy thuốc dùng tay giữ chẩm và cằm và kéo từ từ theo trục dọc, làm giảm triệu chứng.

Trên lâm sàng, có thể định hướng chẩn đoán bệnh nhân không phải thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống cổ hoặc THCSC có hội chứng tuỷ cổ nếu không có dấu hiệu Spurling và Lhermitte.

- Nghiệm pháp Spurling: được đánh giá dương tính khi ấn đầu xuống trong tư thế ngửa cổ và nghiêng đầu về phía đau thì tạo ra đau từ cổ lan xuống vai, cánh tay, cẳng tay và ngón tay.

- Dấu hiệu Lhermitte: cảm giác như điện giật đột ngột lan từ cột sống cổ xuống cột sống lưng khi cúi cổ. Trong THCSC, dấu hiệu này chỉ gặp ở nhóm BN có hội chứng tuỷ cổ [16],[17].

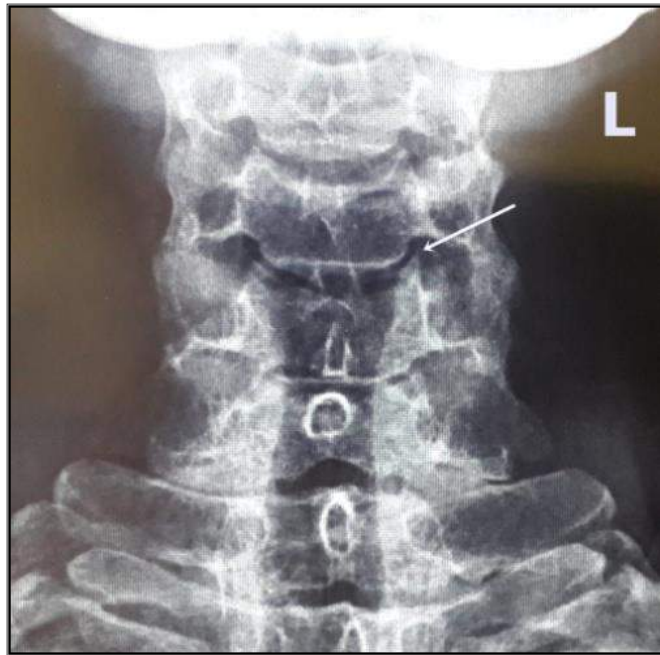
- Hội chứng động mạch đốt sống: nhức đầu vùng chẩm, thái dương, trán và hai hố mắt thường xảy ra vào buổi sáng; có khi kèm chóng mặt, ù tai, hoa mắt, mờ mắt, nuốt vướng; đau tai, lan ra sau tai, đau khi để đầu ở một tư thế nhất định [5]

- Các rối loạn thần kinh thực vật: Đau kèm theo ù tai, rối loạn thị lực, rối loạn vận mạch vùng chẩm vai hoặc tay, dễ cáu gắt, thay đổi tính tình, rối loạn giấc ngủ, giảm khả năng làm việc ...

1.1.4.2. Triệu chứng cận lâm sàng [13]

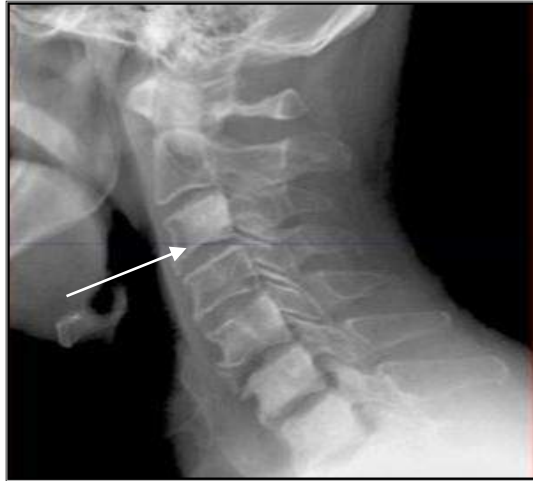
Chụp X quang cổ thường quy

- Hình ảnh X quang cổ tư thế thẳng cho thấy mờ đậm hoặc phì đại mấu bán nguyệt (Hình 1.5), bên tổn thương khe khớp bán nguyệt hẹp hơn bên lành.



Hình 1.5. Hình ảnh phì đại mấu bán nguyệt trên phim chụp cổ thẳng [13]

- Hình ảnh X quang cổ nghiêng thấy gai xương ở thân đốt và mấu bán nguyệt, mỏ xương ở mấu bán nguyệt là lý do làm hẹp lỗ ghép và lỗ động mạch gây chèn ép rễ thần kinh và động mạch sống (Hình 1.6)



Hình 1.6. Hình ảnh gai xương ở tư thế chụp cột sống cổ nghiêng [13]

- Trên phim chụp chéo 3/4 cột sống cổ thấy lỗ tiếp hợp méo và hẹp (Hình 1.7).



Hình 1.7. Hình ảnh méo và hẹp lỗ tiếp hợp C4- C5 [13]

Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) có hai phương pháp:

- Chụp cắt lớp vi tính không dùng thuốc cản quang.
- Chụp cắt lớp vi tính sau bơm thuốc cản quang vào ống sống.

Chụp cộng hưởng từ (MRI)

Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging - MRI) hiện nay là phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng hàng đầu để đánh giá về cột sống, tủy sống, rễ thần kinh, đĩa đệm, dịch não tủy, dây chằng, tổ chức mỡ và mạch máu, đặc biệt trong chẩn đoán xác định TVĐĐ cột sống cổ.

1.1.5. Chẩn đoán đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống [5]

Lâm sàng

Tùy thuộc nguyên nhân, mức độ và giai đoạn bệnh, bệnh nhân có thể có ít nhiều những triệu chứng và hội chứng sau đây:

– Hội chứng cột sống cổ:

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

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

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

– Hội chứng rễ thần kinh:

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

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

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

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

Nghiệm pháp Spurling: Bệnh nhân ngồi hoặc nằm nghiêng đầu về bên đau, thầy thuốc dùng tay ép lên đỉnh đầu bệnh nhân, làm cho đau tăng lên.

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

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

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

+ Có thể có các rối loạn thần kinh thực vật: Đau kèm theo ù tai, rối loạn thị lực, rối loạn vận mạch vùng chẩm vai hoặc tay, dễ cáu gắt, thay đổi tính tình, rối loạn giấc ngủ, giảm khả năng làm việc ...

Cận lâm sàng

– Chụp Xquang thường quy: Cần chụp tư thế trước sau, nghiêng và chéch 3/4. Xquang có thể phát hiện những tổn thương cột sống cổ do chấn thương, thoái hóa, hẹp lỗ tiếp hợp, xẹp đốt sống do loãng xương, hủy xương do bệnh lý ác tính, v.v.

1.1.6. Điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống [2],[4], [14], [16], [18], [19], [20], [21]

1.1.6.1. Điều trị bảo tồn

Dùng thuốc: thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh như thuốc chống viêm không steroid (Diclofenac, Meloxicam...); corticoid (dùng đường tiêm nội khớp); thuốc giãn cơ vân (Mydocalm, Myonal...); thuốc giảm đau sử dụng theo bậc thang giảm đau của WHO. Khi dùng các nhóm thuốc này cần lưu ý các chống chỉ định và tác dụng phụ. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm bao gồm thuốc ức chế men tiêu sụn (Chondroitin sulfate), tăng cường tổng hợp proteoglycan và tăng sản xuất chất nhầy dịch khớp (Glucosamin sulfate). Các vitamin nhóm B (Neurobion, Methylcoban...) đặc biệt hay được sử dụng khi có tổn thương thần kinh[18],[19],[20],[21].

Phương pháp vật lý trị liệu bao gồm: chiếu đèn hồng ngoại, kéo giãn cột sống cổ và vận động trị liệu gồm các bài tập vận động cột sống cổ [14].

1.1.6.2. Phương pháp điều trị can thiệp:

Điều trị phẫu thuật trong THCS được chỉ định khi các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng dần hoặc đã điều trị bảo tồn tại các cơ sở chuyên khoa không kết quả; các dấu hiệu X quang chứng tỏ có sự chèn ép thần kinh phù hợp với thăm khám lâm sàng hoặc trường hợp nặng có chỉ định phẫu thuật mở rộng khớp mỏm móc – đốt sống [2],[4],[16].

1.2. Quan niệm đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống theo Y học cổ truyền [9],[10], [21]

1.2.1. Bệnh danh đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống

Theo YHCT đau vùng cổ gáy do THCSC được xếp vào chứng tý. Tý là sự bế tắc kinh mạch, khí huyết. Chứng tý là chứng kinh mạch bị ngoại tà xâm nhập làm bế tắc dẫn đến khí huyết vận hành trở ngại, bì phu cân cốt cơ nhục khớp xương đau tức ê ẩm tê bì [10].

1.2.2. Nguyên nhân và thể bệnh

1.2.2.1. Nguyên nhân

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

Do tuổi già can thận hư yếu hoặc bị bệnh lâu ngày làm khí huyết giảm sút dẫn đến can thận bị hư. Thận không chủ được cốt tuỷ, can huyết hư không nuôi dưỡng được cân cơ, xương khớp bị thoái hóa biến dạng, cơ bị teo, tê bì [9],[10].

1.2.2.2. Các thể lâm sàng

Nội kinh chia làm 5 chứng tý: cốt tý, cân tý, mạch tý, nhục tý và bì tý. Mùa đông bị bệnh là cốt tý, mùa xuân bị bệnh là cân tý, mùa hạ bị bệnh là mạch tý, mùa trưởng hạ bị bệnh là nhục tý, mùa thu bị bệnh là bì tý.

Phân loại theo nguyên nhân gây bệnh, do tà khí xâm nhập có khác nhau nên biểu hiện lâm sàng cũng khác nhau, phong khí thắng là hành tý, hàn khí thắng là thông tý, thấp khí thắng là trước tý [10].

Theo YHCT chứng tý vùng cột sống cổ được chia thành các thể [9],[21]:

Thể phong hàn

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

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

- Phương: Bài “Quế chi gia Cát căn thang” gia giảm.

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

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

Thể khí trệ huyết ứ

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

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

- Phương: bài “Tứ vật đào hồng” gia giảm

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

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

Thể can thận hư

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

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

- Phương: bài “Hồ tiềm hoàn” gia vị.

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

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

Thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp

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

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

- Phương: bài “Quyên tý thang” giảm giảm.

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

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

1.2.3. Tổng quan phương pháp nghiên cứu

1.2.3.1. Điện châm

➤ Định nghĩa:

Điện châm (châm điện) là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm.

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 [22],[23]

➤ Cơ chế tác dụng giảm đau của điện châm theo Y học hiện đại:

Điện châm giúp hình thành cung phản xạ mới: Châm hay cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới. Châm là kích thích cơ giới, cứu là kích thích nhiệt, những kích thích này gây nên biến đổi tại nơi châm cứu như: thay đổi nhiệt độ, phù nề, phản xạ đột trực (co giãn mạch), tăng tiết histamine, tập trung bạch cầu, tập trung kháng thể ... Những biến đổi tại chỗ tạo thành một kích thích, khi kích thích tới ngưỡng tạo thành xung động, xung động được truyền vào tủy, lên não, từ não chuyển tới cơ quan đáp ứng hình thành cung phản xạ mới [22],[23].

Hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski: Trong cùng một thời gian, ở một nơi nào đó của hệ thần kinh trung ương, có 2 luồng xung động của 2 kích thích đưa tới, kích thích nào có luồng xung động mạnh và liên tục hơn sẽ kéo các xung động của kích thích kia về nó và tiến tới dập tắt kích thích kia. Khi có bệnh, biểu hiện bệnh lý tại cơ quan là một kích thích, xung động truyền vào hệ thần kinh thành một cung phản xạ bệnh lý. Châm hay cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới. Nếu cường độ kích thích mạnh hơn sẽ ức chế ổ hưng phấn do tổn thương bệnh lý, tiến tới phá vỡ và làm mất cung phản xạ bệnh lý [22],[23].

➤ Cơ chế tác dụng của điện châm theo Y học cổ truyền:

Cơ chế điều hòa âm dương: Âm dương là thuộc tính của mọi sự vật. Trong cơ thể con người, 2 mặt âm dương luôn có mối quan hệ mật thiết với nhau, mâu thuẫn nhau, thúc đẩy nhau, nhưng đồng thời cũng luôn giữ thế quân bình để cùng tồn tại. Do chính khí hư, tà khí xâm nhập gây ra bệnh lập tức làm mất thăng bằng âm dương. Chữa bệnh bằng châm cứu là nâng cao chính khí, đuổi tà khí ra ngoài, lập lại sự cân bằng âm dương trong cơ thể

Cơ chế điều hòa hoạt động của hệ kinh lạc: Trong hệ kinh lạc có kinh khí và kinh huyết vận hành, tạo thành một hệ thống chằng chịt khắp cơ thể làm cho cơ thể thành một khối thống nhất. Bệnh tật phát sinh có thể do ngoại nhân hoặc nội nhân gây bế tắc sự vận hành kinh khí và kinh huyết, châm cứu là để loại trừ nguyên nhân gây bệnh ra ngoài, nâng cao chính khí, điều hòa hoạt động hệ kinh lạc [22],[23]

➤ **Chỉ định:**

- Bệnh thần kinh: đau đầu, ngủ kém, co giật, đau thần kinh ngoại biên, di chứng tai biến mạch máu não ...

- Bệnh hệ tuần hoàn: nhịp tim nhanh, tăng huyết áp.

- Bệnh hệ tiêu hóa: cơn đau dạ dày (không phải đau bụng theo dõi ngoại khoa), nôn mửa, ỉa lỏng, táo bón.

- Bệnh hệ tiết niệu sinh dục: bí đái, đái dầm, rong kinh, rong huyết, thống kinh, di tinh ...

- Châm tê để tiến hành phẫu thuật

- Một số bệnh viêm nhiễm: viêm màng tiếp hợp, viêm tuyến vú, chắp lẹo ...

➤ **Chống chỉ định**

- Các trường hợp bệnh lý thuộc cấp cứu.

- Người có sức khỏe yếu, 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 cầm châm sâu như: Phong phủ, Á môn, Liêm tuyền ...

➤ **Cách tiến hành**

Sau khi chẩn đoán xác định bệnh, chọn phương huyết và tiến hành châm kim. Nối các huyết cần được kích thích bằng xung điện tới máy điện châm.

➤ **Thời gian, cường độ**

- Điện châm 1 lần/ngày, thời gian mỗi lần châm có thể từ 20- 30 phút, 1 liệu trình điều trị có thể từ 10-15 ngày hoặc dài hơn tùy theo yêu cầu điều trị [24]

- Cường độ điện châm theo phương pháp bô là 10-20 μ A, tần số dưới 1-3 Hz.

Cường độ điện châm theo phương pháp tả là 30-40 μ A, tần số là 5 - 10 Hz. Tùy theo ngưỡng chịu đau của bệnh nhân để điều chỉnh cường độ điện châm phù hợp.

1.2.3.2. Xoa bóp bấm huyết

Theo YHHĐ, xoa bóp bấm huyết (XBBH) là một kích thích vật lý tác động tại chỗ vào da, cơ, thần kinh, mạch máu. Ngoài tác dụng tại chỗ là giảm đau, giãn cơ, tăng cường dinh dưỡng và lưu thông tuần hoàn thì XBBH còn có tác dụng toàn thân thông qua cơ chế thần kinh thể dịch. Là thủ thuật sử dụng bàn tay, ngón tay, cơ thể cả khuỷu tay tác động lên da, cơ, khớp của người bệnh giúp giảm đau, thư giãn nhằm đạt tới mục đích chữa bệnh, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe [25] [26].

- Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định:

- Các bệnh mạn tính: Thoái hóa, liệt vận động....

- Giảm đau: Đau đầu, đau vai gáy, đau lưng, đau cơ, viêm đau dây, rễ thần kinh.

- Các trường hợp co cứng cơ: Liệt cứng, co cơ do kích thích rễ, dây thần kinh.

- Tăng cường tuần hoàn và dinh dưỡng cho da, dưới da, cơ, thần kinh trong các bệnh bại liệt, teo cơ. Kích thích phục hồi dẫn truyền thần kinh trong tổn thương dây thần kinh ngoại vi hoặc tổn thương các đám rối thần kinh do các nguyên nhân khác nhau.

- Thư giãn, chống mệt mỏi căng thẳng thần kinh, giảm stress. Phục hồi cơ bắp sau tập luyện hay lao động nặng

- Chống Chỉ định:

- Các trường hợp gãy xương, chấn thương.

- Con hen ác tính, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim.

- Bệnh ác tính, các khối u, lao tiến triển.
- Các bệnh ưa chảy máu, các vùng đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu, các bệnh da liễu.
- Không xoa bóp vào vùng hạch bạch huyết gây tổn thương và làm giảm sức đề kháng của cơ thể như: đám hạch quanh tai và thái dương, đám hạch khuỷu....
- Vùng bị lở loét, bệnh truyền nhiễm.

Công thức huyết trong nghiên cứu được lựa chọn theo: Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Nhà xuất bản Y học, 105-107. Bộ Y tế (2013) [27]

1.2.3.3. Siêu âm trị liệu [28],[29].

1.2.3.3.1. Khái niệm điều trị bằng siêu âm

1.2.3.3.2. Máy phát siêu âm

Để tạo siêu âm người ta dùng máy phát siêu âm. Trong máy phát siêu âm, đầu sinh siêu âm hay còn gọi là đầu biến năng được cấu tạo bằng tinh thể thạch anh, phía trước có màng ngăn bằng kim loại có khả năng rung khi tinh thể dao động. Sóng âm được phát ra từ màng ngăn này khi tinh thể thạch anh rung. Chấn động do hiệu ứng áp lực điện của một dòng điện xoay chiều cao tần.

Tùy theo máy mà sóng siêu âm phát ra liên tục hay gián đoạn tạo thành các dòng xung siêu âm.

Năng lượng của siêu âm được tính bằng Watt/cm^2 của đầu biến năng.

1.2.3.3.3. Hiệu ứng sinh lý của siêu âm

- **Hiệu ứng nhiệt**

Siêu âm là các sóng âm có tần số lớn hơn 20 000 Hertz (Hz). Năng lượng của siêu âm khi được tổ chức cơ thể sống hấp thu sẽ gây ra các hiệu ứng lý – sinh học và được người ta ứng dụng vào trong chẩn đoán và điều trị bệnh, cả trong điều trị nội khoa (tại các khoa Vật lý Trị liệu) và ngoại khoa (dao mổ siêu âm, tán sỏi bằng siêu âm...)

- Nhiệt được phát sinh khi các mô cơ thể hấp thu năng lượng của sóng siêu âm.

- Nhiệt do siêu âm phát sinh cũng có tác dụng tương tự như của các nguồn nhiệt khác, nó làm gia tăng hoạt động của tế bào, dẫn mạch, gia tăng tuần hoàn, gia tăng chuyển hóa và quá trình đào thải và giải quyết được hiện tượng viêm.

- **Hiệu ứng cơ học**

- Tác dụng này sinh ra do quá trình co giãn đối với các tổ chức ở vùng sóng siêu âm tác dụng.

- Làm tăng tính thấm của màng tế bào dẫn đến quá trình trao đổi và hấp thụ các chất tăng lên.

- Siêu âm làm lỏng các mô kết dính, có lẽ là do sự tách rời các sợi collagen và làm mềm chất kết dính.

- Tác dụng cơ học của siêu âm là một sự xoa bóp vi tế hay xoa bóp nội tế bào.

- **Hiệu ứng hóa học**

- Làm tăng tốc độ phản ứng sinh học, tăng chuyển hóa của tổ chức.

- Tăng tính thấm qua các màng sinh học, tăng tính thẩm thấu và khuếch tán qua các màng bán thấm, làm tăng quá trình trao đổi chất trong tổ chức, tăng dinh dưỡng tổ chức.

1.2.3.3.4. Ứng dụng của siêu âm trong điều trị

- Tăng tuần hoàn máu cục bộ do tăng nhiệt độ, tăng tính thấm của mạch máu và tổ chức.

- Dẫn cơ do kích thích trực tiếp của siêu âm lên các cảm thụ thần kinh.

- Tăng hấp thu dịch nề, tăng trao đổi chất, tăng dinh dưỡng và tái sinh tổ chức.

- Giảm đau do tác dụng trực tiếp lên cảm thụ thần kinh.

1.2.3.3.5. Chỉ định điều trị

- Chỉ định trong các bệnh cơ thắt cơ do thần kinh

- Cơ thắt cơ đau, do lạnh. Đau do phản xạ thần kinh, do viêm dây thần kinh. Co thắt phế quản. Co thắt các mạch máu ngoại vi.

- Các bệnh có nguyên nhân giảm dinh dưỡng chuyển hóa

- Siêu âm dẫn thuốc

1.2.3.3.6. Chống chỉ định

- Các vùng không được điều trị bằng siêu âm: não, cơ quan sinh dục, thai nhi.
 - Vùng điều trị có mang các vật kim loại, hoặc vật rắn (đinh, nẹp vít...)
- do chúng có hệ số hấp thu siêu âm cao.
- Các khối u (cả lành tính và ác tính).
 - Dẫn tĩnh mạch và viêm tắc động mạch, viêm tắc tĩnh mạch.
 - Các vùng chảy máu và nguy cơ chảy máu như: tử cung thời kì kinh nguyệt, chảy máu dạ dày, các vết thương mới, các chấn thương có tụ máu.
 - Các ổ viêm nhiễm khuẩn vì có nguy cơ làm vi khuẩn lan rộng.

1.2.3.3.7. Liều lượng điều trị

Tùy theo phương thức điều trị bệnh cảnh lâm sàng, độ sâu của tổn thương, diện điều trị mà ta chọn liều lượng. Nếu để đầu trị liệu đứng yên thì dùng liều thấp, nếu di chuyển thì có thể dùng liều cao hơn

- Cường độ: Cường độ thấp được tính từ 0,1 – 0,5 Watt/cm², trung bình từ 0,5 – 1 Watt/cm², cường độ cao từ 1 – 1,5 Watt/cm².
- Thời gian: Ngắn từ 2-5 phút, trung bình từ 5 – 10 phút, dài từ 10 – 15 phút
- Tần suất: 2 lần/ ngày, ngày một lần, cách nhật

1.2.3.3.8. Các tai biến và cách đề phòng

• Bỏng

- Bỏng nhiệt xảy ra do sử dụng siêu âm với cường độ quá lớn, do không di chuyển đầu biến năng hoặc do đầu biến năng tiếp xúc không đồng đều với mô.

- Đề phòng: trong khi điều trị không được gây sự khó chịu cho bệnh nhân. Thử cảm giác nóng lạnh khi điều trị lần đầu, thận trọng với bệnh nhân bị rối loạn cảm giác. Các điểm xương dưới da phải tránh, đầu biến năng phải di chuyển, tiếp xúc tốt với mô. Nguy cơ giảm khi dùng siêu âm ngắt quãng.

• Sinh hóc

- Liều siêu âm cường độ cao có thể gây nên hiện tượng sinh hóc, là hiện tượng siêu âm gây chấn động quá mạnh sẽ làm vỡ mô. Với liều siêu âm điều trị không vượt quá mức cho phép thì hiện tượng này ít xảy ra.

- **Quá liều**

- Làm trầm trọng thêm các triệu chứng bệnh lý. Cần thận trọng khi gia tăng liều lượng và chú ý đến các hiệu quả đã đạt được.

- **Hồng máu**

- Do không khí truyền siêu âm rất ít, nên nếu đầu điều trị tiếp xúc với không khí khi máy hoạt động thì sự phản xạ trở lại có thể làm hồng đầu biến năng.

- Điện giật.

1.3. Tình hình nghiên cứu về điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống trên thế giới và Việt Nam

1.3.1. Trên thế giới

Witt C.M. và cộng sự (2006) đã tiến hành một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đa trung tâm và một nghiên cứu thuần tập trên hơn 14000 bệnh nhân đau cổ gáy mạn tính trên 6 tháng ở Đức (chọn ngẫu nhiên 1880 bệnh nhân vào nhóm điều trị châm cứu và 1886 bệnh nhân vào nhóm chứng không châm cứu, 10395 bệnh nhân vào nhóm châm cứu nghiên cứu thuần tập). Bệnh nhân nhóm châm cứu được châm 15 lần trong 3 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm châm cứu có kết quả giảm đau và hạn chế vận động tốt hơn nhóm chứng với $p < 0,001$ và duy trì trong suốt 6 tháng sau đó. Nhóm nghiên cứu thuần tập có mức độ đau trước điều trị nặng hơn nhóm ngẫu nhiên, nhưng mức độ phục hồi sau điều trị tốt hơn [30].

He D. và cộng sự (2005) ở khoa Y, Đại học tổng hợp Oslo, Na Uy đã nghiên cứu tác dụng giảm đau cột sống cổ và đau vai mạn tính của châm cứu ở 24 phụ nữ làm công việc văn phòng (47 ± 9 tuổi) có thời gian đau từ 3-21 năm. Kết quả cho thấy châm cứu ngoài tác dụng giảm đau, còn có tác dụng cải thiện giấc ngủ, giảm các triệu chứng lo lắng, trầm uất và cải thiện chất lượng cuộc sống. Theo dõi tiếp tục trong 6 tháng đến 3 năm các tác giả thấy triệu chứng này vẫn cải thiện hơn ở nhóm nghiên cứu so với nhóm chứng [31].

Blossfeldt P.(2004) đánh giá điều trị đau cổ mạn tính bằng châm cứu ở 153 bệnh nhân thấy hiện quả điều trị đạt 68%. Theo dõi trong thời gian dài thấy 49% số bệnh nhân duy trì hiệu quả điều trị sau 6 tháng và 40% duy trì sau 1 năm [32].

Quách Xuân Ái (2006) quan sát trên 30 bệnh nhân dùng châm cứu, xoa bóp điều trị triệu chứng hoa mắt chóng mặt do THCSC thấy rằng: khỏi bệnh 33,33% đỡ bệnh 90,0% [33]

Đảng Kiến Quân (2003) nghiên cứu châm cứu điều trị đau vai gáy do THCSC bằng các huyệt Phong Trì, Kiên trung du, Kiên tinh, Đại trùy, Thiên tông kết hợp xoa bóp cho 56 bệnh nhân. Kết quả có hiệu quả 96,40% [34].

Vương Cảnh (2009) nghiên cứu các triệu chứng hẹp động mạch đốt sống cổ do THCSC gây ra, bao gồm huyễn vựng, buồn nôn, thị lực giảm sút, tê cánh tay hoặc có cảm giác dị cảm. Từ tháng 9/2005 tới 6/2009 tác giả dùng châm cứu kết hợp thuốc đông y điều trị 74 bệnh nhân đạt hiệu quả 83,33% [35].

Năm 2002, Kjellman G so sánh hiệu quả của bài tập vận động cột sống cổ Mc Kenzie với nhóm bệnh nhân tập vận động các bài tập khác và một nhóm điều trị nội khoa đơn thuần trên 96 bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay. Kết quả cho thấy điều trị bằng bài tập Mc Kenzie có tác dụng giảm đau, tăng tầm vận động khớp, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày và tăng cường cơ lực cổ [36].

Tường Sùng Bác, Vương Quân, Trịnh Trí Quân (2012) đánh giá hiệu quả của thủ thuật kéo giãn định điểm trên bệnh nhân thoái hoá cột sống cổ có hội chứng rễ. 84 bệnh nhân chia làm hai nhóm, 42 bệnh nhân nhóm nghiên cứu điều trị bằng phương pháp kéo giãn điểm cố định bằng tay, 42 bệnh nhân nhóm chứng kéo giãn bằng máy. Kết quả cho thấy thủ thuật kéo giãn định điểm hiệu quả hơn so với kéo giãn bằng máy trên bệnh nhân thoái hoá cột sống cổ có hội chứng rễ [37].

Năm 2006, Grubisic F nghiên cứu trên 31 bệnh nhân từ 38 đến 77 tuổi bị ĐTL trên 3 tháng, chia làm 2 nhóm. Một nhóm dùng xoa bóp và siêu âm trị

liệu, nhóm còn lại dùng xoa bóp và “giã” siêu âm trị liệu, cho kết luận siêu âm trị liệu có tác dụng giảm đau nhưng không cho một kết quả có thể quan sát được về cải thiện chức năng của cột sống [38].

Năm 2008, Unlu Z nghiên cứu so sánh ba phương pháp điều trị ĐTL do TVĐĐ là áp dụng bài tập giãn đốt sống, laser năng lượng thấp và siêu âm trị liệu. Sau 15 buổi điều trị trong vòng 3 tuần, kết quả thu được là các BN đều giảm độ đau và cải thiện các chức năng sinh hoạt hàng ngày. Không có sự khác biệt giữa 3 phương pháp, đưa ra kết luận ba phương pháp trên trong đó có siêu âm trị liệu đóng vai trò quan trọng trong điều trị ĐTL do TVĐĐ [39].

Năm 2013, Ebadi S nghiên cứu hiệu quả điều trị của siêu âm trị liệu với bài tập vận động trên 20 bệnh nhân ĐTL tuổi trung bình 31,7. Sau 10 buổi điều trị, điểm VAS giảm được 24%, các chức năng cột sống cải thiện 17% [40].

Năm 2014, George K.Lewis nghiên cứu trên 30 ca đau mỗi cơ mãn tính, áp dụng siêu âm trị liệu trong một giờ cho kết quả giảm đau gấp 1,94 lần, so với nhóm điều trị bằng thuốc [41].

1.3.2. Tại Việt Nam

Nguyễn Thị Phương Lan (2003) nghiên cứu tác dụng của điện châm trên 50 bệnh nhân mắc hội chứng vai tay tại Viện châm cứu Trung ương thấy kết quả điều trị 72% tốt, 28% khá, không có bệnh nhân kết quả kém. Triệu chứng đau giảm từ 100% xuống 10%, hạn chế vận động cột sống cổ cũng giảm từ 100% xuống còn 2%. Trong quá trình nghiên cứu không thấy xảy ra tác dụng không mong muốn nào [42].

Phạm Văn Minh (2008) đánh giá bước đầu về điều trị Phục hồi chức năng cho bệnh nhân thoái hoá cột sống cổ bằng máy kéo giãn được điều trị tại trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai. Hiệu quả ở nhóm kéo giãn: tốt 30%; cải thiện 60%; không tốt 10%. Nhóm bệnh nhân điều trị bằng kéo giãn cột sống cổ tốt hơn nhóm không sử dụng kéo giãn với $p < 0,05$ [43].

Tạ Văn Trâm (2010) điều trị thoái hoá cột sống cổ bằng kỹ thuật kéo giãn tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện Đa khoa Tiền Giang trong 2 năm 2008 – 2009 cho thấy 16,7% đạt hiệu quả tốt; 80% đạt cải thiện [44].

Đặng Trúc Quỳnh (2014) đánh giá tác dụng của bài thuốc “Cát căn thang” trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ thấy hiệu quả rõ rệt trong giảm đau, giảm co cứng cơ, giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày, kết quả sau 3 tuần điều trị: tốt 76,7%, khá 23,3% [45].

Lê Thị Hoài Anh (2014) nghiên cứu điều trị bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng biện pháp kết hợp xoa bóp bấm huyệt, kéo giãn cột sống cổ và từ nhiệt cho kết quả giảm đau, tăng tầm vận động và chức năng sinh hoạt hàng ngày cải thiện rõ rệt. Kết quả sau 30 ngày điều trị tốt là 56,7%, khá 33,3%, trung bình 10% [46].

Mai Trung Dũng (2014) đánh giá kết quả điều trị kết hợp tập con lăn Doctor 100 trên 60 bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hoá cột sống cổ kết quả sau 15 ngày điều trị tác dụng giảm đau, tăng tầm vận động và chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện đáng kể. Tiến triển chung sau điều trị: tốt 56,67%, khá 20%, trung bình 23,33% [47].

Nguyễn Hoài Linh (2016) đánh giá tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân thoái hoá cột sống cổ. Hiệu quả rõ rệt trong giảm đau, điểm VAS trung bình giảm xuống còn $1,17 \pm 0,9$ điểm, cải thiện tầm vận động cột sống cổ, giảm co cứng cơ, giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày, điểm NDI giảm xuống còn $3,60 \pm 1,99$ điểm [48].

Phạm Ngọc Hà (2018) đánh giá tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống kết quả sau 21 ngày điều trị tác dụng giảm đau, tăng tầm vận động và cải thiện đáng kể chức năng sinh hoạt hàng ngày. Tiến triển chung sau điều trị: tốt 60%, khá 30%, trung bình 10%. [53]

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán là đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương và Bệnh viện Tuệ Tĩnh – Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại

- Bệnh nhân tỉnh, giao tiếp tốt.
- BN trên 39 tuổi, điều trị nội trú, được chẩn đoán đau vùng cổ gáy do THCS theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp của Bộ y tế năm 2016 [5]
 - + Triệu chứng lâm sàng [5]
 - Hội chứng cột sống cổ:
 - + Đau vùng cổ gáy, có thể khởi phát cấp tính sau chấn thương, sau động tác vận động cổ quá mức, hoặc tự nhiên như sau khi ngủ dậy. Đau cũng có thể xuất hiện từ từ, âm ỉ, mạn tính.
 - + Hạn chế vận động cột sống cổ, có thể kèm theo dấu hiệu vẹo cổ, hay gặp trong đau cột sống cổ cấp tính
 - + Điểm đau cột sống cổ khi ấn vào các gai sau, cạnh cột sống cổ tương ứng các rễ thần kinh.
 - Hội chứng rễ thần kinh:
 - + Đau vùng gáy lan lên vùng cằm và xuống vai hoặc cánh tay, bàn tay, biểu hiện lâm sàng là hội chứng vai gáy, hoặc hội chứng vai cánh tay. Đau thường tăng lên khi xoay đầu hoặc gập cổ về phía bên đau.
 - + Rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ: Yếu cơ và rối loạn cảm giác như rát bỏng, kiến bò, tê bì ở vùng vai, cánh tay, hoặc ở bàn tay và các ngón tay.
 - + Triệu chứng cận lâm sàng:

➤ Chụp Xquang thường quy: Cần chụp tư thế trước sau, nghiêng và chéo 3/4. Xquang có thể phát hiện những tổn thương cột sống cổ do chấn thương, thoái hóa, hẹp lỗ tiếp hợp, xẹp đốt sống do loãng xương, gai xương, phì đại mấu bán nguyệt.

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

2.1.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền [9], [21]

Chọn BN thuộc thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp

Thể bệnh	Triệu chứng
Đau vùng cổ gáy thể can thận âm hư kết hợp phong hàn thấp	Đau mỏi vùng cổ gáy
	Sợ lạnh
	Hoa mắt chóng mặt
	Đau đầu
	Ù tai
	Mất ngủ
	Lưng gối đau mỏi
	Tiểu đêm nhiều lần
	Luỡi nhợt

2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

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

- BN có chỉ định can thiệp phẫu thuật.
- BN suy giảm trí tuệ, mắc các bệnh mạn tính như tim mạch.
- BN có chống chỉ định với siêu âm trị liệu, xoa bóp bấm huyệt, điện châm.
- BN không tuân thủ điều trị.

2.1.5. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

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

Thời gian: từ tháng 07/2019 đến tháng 03/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu, thuộc loại nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

2.2.2. Cách chọn mẫu - cỡ mẫu

Nghiên cứu lấy cỡ mẫu tối thiểu trên lâm sàng, gồm 60 bệnh nhân, chia thành 2 nhóm: nhóm NC 30 bệnh nhân điều trị bằng siêu âm trị liệu, XBBH, điện châm; nhóm ĐC 30 bệnh nhân điều trị bằng XBBH, điện châm.

2.2.3. Các chỉ tiêu theo dõi

Các bệnh nhân nghiên cứu được theo dõi và ghi chép theo một mẫu bệnh án thống nhất.

Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, đặc điểm trên phim X quang

Các chỉ tiêu lâm sàng trước, trong và sau điều trị

- Mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS.
- Mức độ cải thiện tầm vận động (TVĐ) cột sống cổ (6 động tác).
- Mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI.
- Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền sau điều trị.
- Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị (gồm các tác dụng không mong muốn của XBBH, của điện châm, của siêu âm trị liệu và tác dụng không mong muốn khi kết hợp 3 phương pháp đối với BN).

2.2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Công thức huyệt gồm: Phong trì, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Khúc trì, Hợp cốc, Ngoại quan, Đại chùy, Đại trử, Thận du, Can du (Bảng 1.1).

- Kim châm cứu làm bằng thép không gỉ, đầu nhọn, dài 5cm, đường kính 0.25 - 400 mm, Kim châm cứu Đông Á.
- Pince vô khuẩn.
- Bông, ống nghiệm đựng kim vô khuẩn.
- Cồn 70°.
- Máy điện châm M8 của Bệnh viện Châm cứu Trung ương, sản xuất năm 2018.



- Máy siêu âm trị liệu ST-10A do hãng Stratek/ Hàn Quốc sản xuất, sản xuất năm 2005



- Bộ câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày NDI [52].

- Thước đo điểm đau VAS (Visual analogue scale) [48].



- Thước đo tâm vận động cột sống cổ.



- Bệnh án nghiên cứu.

2.3. Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán đau vùng cổ gáy do THCSC, đáp ứng các tiêu chuẩn chọn bệnh nhân được lựa chọn vào đối tượng nghiên cứu.

- Chia bệnh nhân thành 2 nhóm:

+ Nhóm nghiên cứu: Thực hiện phương pháp lần lượt theo thứ tự: siêu âm trị liệu, XBBH, điện châm

+ Nhóm chứng: Thực hiện phương pháp lần lượt theo thứ tự: xoa bóp bấm huyệt, điện châm.

- Đánh giá các triệu chứng lâm sàng trước điều trị (thời điểm D₀)

- Làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết: Chụp X – quang cột sống cổ 3 tư thế thẳng, nghiêng, chệch ¾.

- Liệu trình điều trị: 20 ngày, đánh giá lại sau 10 ngày và 20 ngày

- Đánh giá kết quả điều trị.

2.3.1. Kỹ thuật siêu âm trị liệu

Siêu âm chế độ xung

+ Cường độ từ 1 – 1,5 Watt/cm²

- + Thời gian cho mỗi lần siêu âm là 10 phút
- + Liệu trình điều trị: 1 lần/ ngày x 20 ngày.

Tiến hành cụ thể:

- + Kiểm tra máy, dây dẫn.
- + Bộc lộ vùng cổ gáy điều trị
- + Bôi gel vào vùng điều trị, đầu dò trị liệu.
- + Dẫn bệnh nhân cảm nhận cảm giác (nóng, cắn, dễ chịu).
- + Đặt đầu phát sóng trực tiếp vào da – vận cường độ điều trị.
- + Di chuyển đầu phát sóng xoay tròn đều, liên tục lên mặt da với tốc độ chậm, giữ cho bó sóng luôn luôn thẳng góc với mặt da.
- + Hỏi cảm giác của bệnh nhân.

Chú ý: Tránh siêu âm vào các đầu xương, chỗ gồ ghề.

Điều trị xong, giữ nguyên đầu phát sóng trên da.

- + Vận cường độ về số 0
- + Nhấc đầu phát sóng ra khỏi da
- + Lau sạch gel trên da vùng điều trị và đầu phát sóng siêu âm
- + Cho bệnh nhân nghỉ ngơi 10 phút trước khi ra về

2.3.2. Xoa bóp bấm huyệt

- Nhóm nghiên cứu: Sau khi làm siêu âm trị liệu xong, bệnh nhân nghỉ 5 phút trước khi XBBH.

- Nhóm đối chứng: Bệnh nhân nghỉ 5 phút sau đó được thực hiện thủ thuật xoa bóp bấm huyệt.

- Bệnh nhân ngồi xoay mặt vào thành ghế sao cho thật thoải mái hoặc nằm nghiêng.

- Thực hiện các động tác:

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

Bảng 2.1: Các động tác xoa bóp bấm huyệt sử dụng trong nghiên cứu

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

Xoa bóp: 30 phút/lần/ngày

2.3.3. Điện châm

- Chuẩn bị bệnh nhân
 - Bệnh nhân nghỉ ngơi 15 phút trước khi tiến hành điều trị.
 - BN được giải thích rõ về quá trình điện châm, được đo huyết áp trước khi châm.
- Tiến hành châm theo công thức huyết:
 - Huyết tại chỗ và lân cận: Phong trì, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Khúc trì, Hợp cốc, Ngoại quan, Đại chùy, Đại trử. Điện châm tả, tần số 5 - 10 Hz.
 - Huyết toàn thân: Can du, Thận du. Điện châm bổ, tần số 1 - 3Hz.
 - Điều chỉnh cường độ điện châm phù hợp với BN, lưu kim mỗi lần 30 phút. Ngày châm 1 lần. Liệu trình điện châm là 20 ngày.

2.4. Phương pháp tiến hành

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Châm cứu Trung Ương và Bệnh viện Tuệ Tĩnh
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2019-tháng 3/2020
- Số lượng bệnh nhân: 60 bệnh nhân.

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá cụ thể

• Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (*Visual Analog Scale*).

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

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

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

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

- Hình tượng thứ nhất (tương ứng 0 điểm): Bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào.

- Hình tượng thứ 2 (tương ứng $0 < VAS \leq 2$ điểm): Bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường.

- Hình tượng thứ 3 (tương ứng $2 < VAS \leq 4$ điểm): Bệnh nhân đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc kêu rên.

- Hình tượng thứ 4 (tương ứng $4 < VAS \leq 6$ điểm): Đau nhiều, đau liên tục, không thể vận động, luôn kêu rên.

- Hình tượng thứ 5 (tương ứng $6 < VAS \leq 8$ điểm): Đau liên tục, toát mồ hôi, có thể choáng ngất.

Bảng 2.2. Cách tính điểm phân loại mức độ đau

Điểm VAS	Mức độ	Điểm
VAS = 0 điểm	Hoàn toàn không đau	0 điểm
$0 < VAS \leq 2$ điểm	Đau nhẹ	1 điểm
$2 < VAS \leq 4$ điểm	Đau vừa	2 điểm
$4 < VAS \leq 6$ điểm	Đau nặng	3 điểm
$6 < VAS \leq 8$ điểm	Đau rất nặng	4 điểm

• **Đánh giá mức độ cải thiện tâm vận động cột sống cổ**

Tâm vận động của cột sống cổ:

Phương pháp đo TVĐ cột sống cổ dựa trên phương pháp đo TVĐ khớp do Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình của Mỹ đề ra năm 1965. Phương pháp này quy định mọi cử động khớp đều được đo từ vị trí khởi đầu Zero, trong đó vị trí Zero là tư thế thẳng của người được khám, gồm đầu thẳng, mắt nhìn ra phía trước, hai chân thẳng, đầu gối không gập, hai bàn chân song song với nhau, bờ trong hai bàn chân áp sát vào nhau. Vị trí giải phẫu duỗi của chi và thân thể được quy ước là 0° .

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

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

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

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

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

Mức độ chính xác và yếu tố ảnh hưởng phụ thuộc vào trình độ và sự thận trọng của người đo, hiểu biết và sự hợp tác của đối tượng [29],[49],[50].

Bảng các giá trị TVĐ bình thường của các động tác cột sống cổ được trình bày trong bảng 2.3. Điểm vận động của một động tác bằng 0 khi TVĐ trong giới hạn bình thường, hạn chế từ 1 – 5 được tính 1 điểm, hạn chế 6 – 10

được tính 2 điểm, hạn chế 11 – 15 được tính 3 điểm, trên 15 được tính 4 điểm. Cách cho điểm chi tiết của từng động tác trong nghiên cứu được trình bày trong bảng 2.3 và 2.4. Điểm TVĐ chung được tính bằng tổng các điểm vận động cả 6 động tác cúi, ngửa, nghiêng trái, nghiêng phải, quay trái, quay phải.

Đánh giá mức độ hạn chế tầm vận động của từng nhóm và so sánh hai nhóm ở các thời điểm lúc vào viện, sau 10 ngày sau 20 ngày.

Bảng 2.3. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý [51]

Động tác \ TVĐ	Bình thường	Bệnh lý			
	Điểm	0	1	2	3
Cúi	45° – 55°	40° – 44°	35° - 39°	30° – 34°	< 30°
Ngửa	60° – 70°	55° – 59°	50° – 54°	45° – 49°	< 45°
Nghiêng phải	40° – 50°	35° – 39°	30° – 34°	25° – 29°	< 25°
Nghiêng trái	40° – 50°	35° – 39°	30° – 34°	25° – 29°	< 25°
Quay phải	60° – 70°	55° – 59°	50° – 54°	45° – 49°	< 45°
Quay trái	60° – 70°	55° - 59°	50° – 54°	45° – 49°	< 45°

Bảng 2.4. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ

Mức độ	Điểm tầm vận động chung
Không hạn chế	0 điểm
Hạn chế ít	1 – 6 điểm
Hạn chế vừa	7 – 12 điểm
Hạn chế nhiều	13 – 18 điểm

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

Bộ câu hỏi Neck Disability Index của tác giả Howard Vernon là một công cụ dùng để tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau vai gáy hoặc các

bệnh lý chấn thương cổ. Bộ câu hỏi NDI được công bố lần đầu vào năm 1991 và là bộ câu hỏi đầu tiên cho việc tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cột sống cổ, đã được dịch ra hơn 20 ngôn ngữ và được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu điều trị. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục, điểm tối đa là 50 điểm và được đánh giá như sau:

Bảng 2.5. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI)

Điểm thô	Mức 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 trở lên	Hoàn toàn hạn chế	4 điểm

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

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 22.0 của IBM.
- Kiểm định sự khác biệt giữa hai tỷ số quan sát bằng Test khi bình phương hoặc test Fisher.
- Tính số trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh hai giá trị trung bình quan sát trước và sau điều trị bằng T-test ghép cặp.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

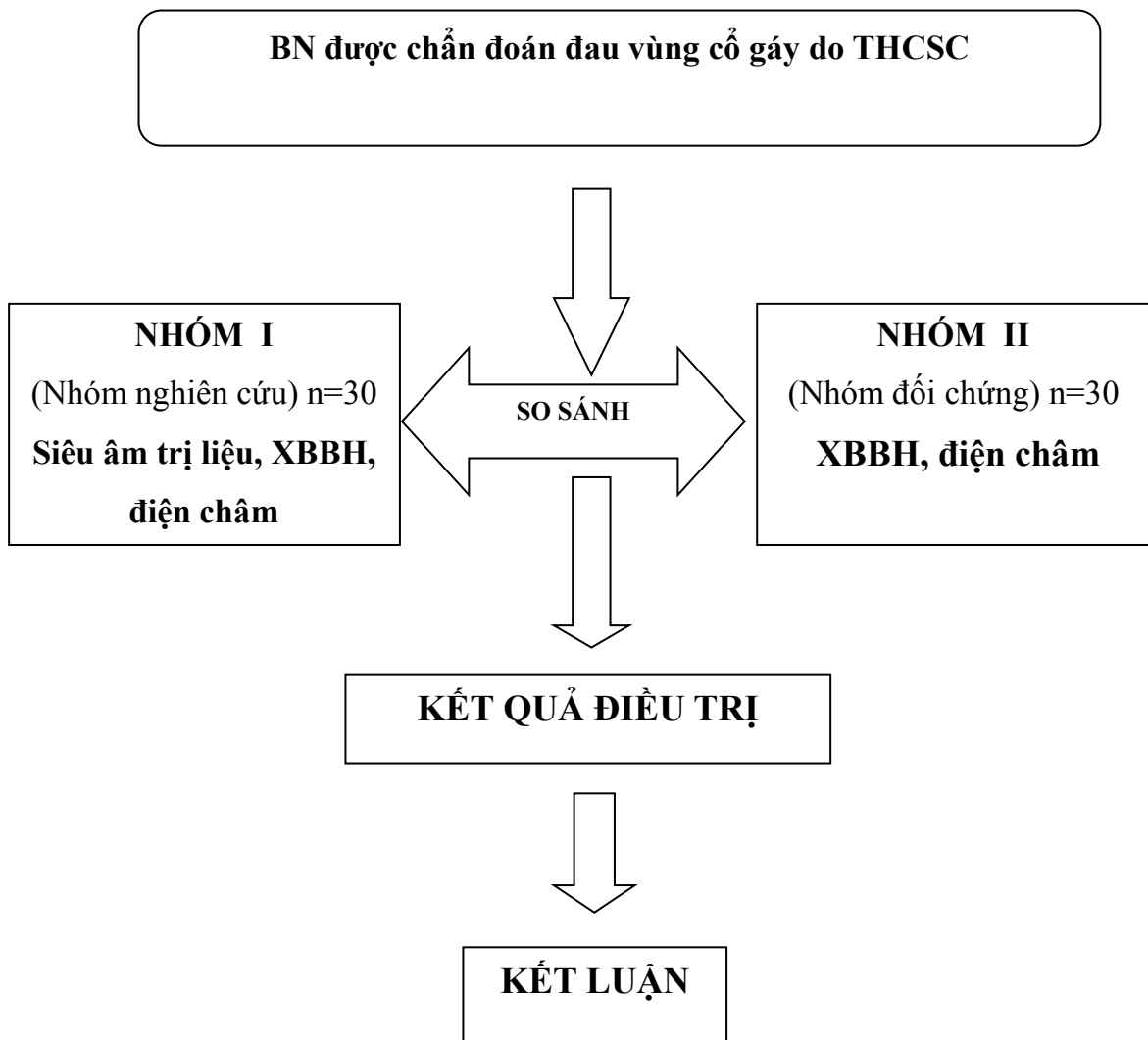
- Đề tài được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam thông qua.
- Đề tài được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh.

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

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

- Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho các đối tượng tham gia sau khi nghiên cứu kết thúc.

2.8. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu



Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Đối tượng Nhóm tuổi	NNC (1) (n=30)		NĐC (2) (n=30)		Tổng (n=60)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
39-49	8	26,7	7	23,3	15	25	p>0,05 (p=0,86)
50 – 59	10	33,3	12	40	22	36,7	
>60	12	40	11	36,7	23	38,3	
Tổng	30	100	30	100	60	100	
Tuổi trung bình (năm) $\bar{X} \pm SD$	56,40±8,52		56,20±8,43		56,30±8,40		

Nhận xét:

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu ở độ tuổi trên 50 tuổi, NNC chiếm tỷ lệ 73,3% và NĐC chiếm tỷ lệ 75 %,trong đó tập chung nhiều nhất ở độ tuổi trên 60 tuổi, NNC chiếm tỷ lệ 40%, NĐC chiếm tỷ lệ 38,3%.

Sự khác biệt về độ tuổi của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

3.1.2. Đặc điểm về giới

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Đối tượng Giới	NNC (1) (n=30)		NĐC (2) (n=30)		Tổng (n=60)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Nam	8	26,7	10	33,3	18	30	p>0,05 (p=0,40)
Nữ	22	73,3	20	66,7	42	70	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét:

Tỷ lệ nữ giới chiếm đa số, NNC chiếm tỷ lệ 73,3% (22/30 BN), NĐC chiếm tỷ lệ 66,7% (20/30 BN).

Sự khác biệt về giới tính của NNC và NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp**Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp**

Đối tượng Nghề nghiệp	NNC (1) (n=30)		NĐC (2) (n=30)		Tổng (n=60)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Lao động chân tay	8	26,7	6	20	14	23,3	p>0,05 (p=0,54)
Lao động trí óc	22	73,3	24	80	46	76,7	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: Bệnh nhân trong nghiên cứu đa số là lao động trí óc, NNC chiếm tỷ lệ 73,3%, NĐC chiếm tỷ lệ 76,7%

Sự khác biệt về nghề nghiệp của NNC và NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh**Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh**

Đối tượng Thời gian	NNC (1) (n=30)		NĐC (2) (n=30)		tổng (n=60)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
1 – 3 tháng	13	43,3	13	43,3	26	43,3	p>0,05 (p=0,94)
3 -6 tháng	10	33,3	9	30	19	31,7	
> 6 tháng	7	23,3	8	26,7	15	25	
Tổng	30	100	30	100	60	100	
$\bar{x} \pm SD$	4,57 ± 2,49		4,47 ± 2,46		4,57 ± 2,45		

Nhận xét:

- Số BN đến điều trị trong thời gian 1 – 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó ở NNC là 43,3%, NĐC là 60%.

- Sự khác biệt về phân bố thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.5. Đặc điểm tổn thương cột sống trên phim X-quang**Bảng 3.5. Hình ảnh trên phim X-quang cột sống cổ**

Đối tượng	NNC (1) (n=30)		NĐC (2) (n=30)		Tổng		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Phì đại máu bán nguyệt	10	33,3	11	36,7	21	35	p>0,05
Hẹp lỗ tiếp hợp	22	73,3	20	66,7	42	70	

Nhận xét:

- Tỷ lệ BN có hẹp lỗ tiếp hợp trên phim X quang là cao, chiếm 73,33% ở nhóm nghiên cứu và 66,7% ở nhóm đối chứng.

- Sự khác biệt về phim X quang thường quy cột sống cổ giữa NNC và NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.6. Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng của hai nhóm trước điều trị

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS trước điều trị

Mức độ đau VAS	Nhóm		NNC (1) (n = 30)		NĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		P ₁₋₂
	Mức độ (Điểm)	n	%	n	%	n	%		
Đau vừa	7	23,3	7	23,3	14	23,3	p>0,05 (p=0,91)		
Đau nặng	19	63,3	20	66,6	39	65			
Đau rất nặng	4	13,3	3	10	7	11,7			
Tổng	30	100	30	100	30	100			
$\bar{x} \pm SD$	5,77±1,16		5,70±1,08		5,73±1,12		p>0,05 (p=0,82)		

Nhận xét:

- Điểm đau VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,77 \pm 1,16$ điểm, của nhóm đối chứng là $5,70 \pm 1,08$ điểm, của cả hai nhóm là $5,73 \pm 1,12$ điểm.

- Điểm đau VAS giữa hai nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.7. Mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ trước điều trị

Mức độ hạn chế	Nhóm		NNC (1) (n = 30)		NĐC (2) (n=30)		Tổng		P ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%			
Hạn chế vừa	6	20	11	36,7	17	28,3	p>0,05 (p=0,15)		
Hạn chế nhiều	24	80	19	63,3	43	71,7			
Tổng	30	100	30	100	60	100			
$\bar{x} \pm SD$	13,77±1,99		12,80±2,01		13,28±2,04		p>0,05		

Nhận xét:

- Trước điều trị NNC có mức độ hạn chế nhiều là 80%, mức độ hạn chế vừa là 20%. NĐC có mức độ hạn chế nhiều là 63,3%, mức độ hạn chế vừa là 36,7%.

- Điểm hạn chế tâm vận động cột sống cổ trung bình của NNC là $13,77 \pm 1,99$ điểm, của NĐC là $12,80 \pm 2,01$ điểm

- Mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ giữa hai nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày trước điều trị

NDI \ Nhóm	NNC(1) (n = 30)		NĐC(2) (n = 30)		Tổng (n=60)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Hạn chế nhẹ	4	13,3	5	16,7	9	15	p>0,05 (p=0,473)
Hạn chế trung bình	17	56,7	20	66,7	37	61,7	
Hạn chế nghiêm trọng	9	30	5	16,7	14	23,3	
Tổng	30	100	30	100	60	100	
$\bar{X} \pm SD$	20,07±5,68		19,17±5,48		19,62±5,55		p>0,05 (p=0,53)

Nhận xét:

- Trước điều trị NNC có mức độ hạn chế nghiêm trọng là 30%, mức độ hạn chế trung bình là 56,7%, mức độ hạn chế nhẹ là 13,3%. NĐC có mức độ hạn chế nghiêm trọng là 16,7%, mức độ hạn chế trung bình là 66,7%, mức độ hạn chế nhẹ là 16,7%.

- Điểm hạn chế sinh hoạt hàng ngày trung bình của NNC là $20,07 \pm 5,68$ điểm, của NĐC là $19,17 \pm 5,48$ điểm

- Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả điều trị

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

Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS sau điều trị 10 ngày

Nhóm BN Mức độ	NNC (1) (n = 30)				NĐC (2) (n = 30)			
	D ₀		D ₁₀		D ₀		D ₁₀	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	8	26,7	0	0	0	0
Đau nhẹ	0	0	12	40	0	0	12	40
Đau vừa	7	23,3	8	26,7	7	23,3	14	43,3
Đau nặng	19	63,3	2	6,7	20	66,6	5	16,7
Đau rất nặng	4	13,3	0	0	3	10	0	0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
$\bar{X} \pm SD$	5,77±1,16 (a)		2,10±1,58(b)		5,70±1,08(a)		3,27±1,17(b)	
p	p(1 _{D0} -2 _{D0})>0,05, p(1 _{D10} -2 _{D10})<0,05, p1 _(D0-D10) <0,05, p2 _(D0-D10) <0,05							
	p(1a)-(2a)>0,05, p(1b)-(2b)<0,05, p1 _(a-b) <0,05, p2 _(a-b) <0,05							

Nhận xét:

- Nhóm nghiên cứu:

- Sau điều trị 10 ngày, không có bệnh nhân đau rất nặng, đau nặng giảm còn 6,7%; mức độ đau nhẹ tăng lên 40%, không đau tăng từ 0% lên 26,7%. Sự khác biệt về mức độ đau giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ đau trước điều trị có điểm trung bình là 5,77±1,16 điểm, sau 10 ngày điều trị giảm còn 2,10±1,58 điểm

- Nhóm đối chứng:

- Sau điều trị 10 ngày, không có bệnh nhân đau rất nặng, đau nặng còn 16,7%; đau vừa là 43,3%; mức độ đau nhẹ tăng từ 0% lên 40%. Sự khác biệt về mức độ đau giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự khác biệt điểm VAS trước điều trị của NNC và NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, sau 10 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.10. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS sau điều trị 20 ngày

Nhóm BN Mức độ	NNC (1) (n = 30)				NĐC (2) (n = 30)			
	D ₀		D ₂₀		D ₀		D ₂₀	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	16	53,3	0	0	13	43,3
Đau nhẹ	0	0	12	40	0	0	14	46,7
Đau vừa	7	23,3	2	6,7	7	23,3	3	10
Đau nặng	19	63,3	0	0	20	66,6	0	0
Đau rất nặng	4	13,3	0	0	3	10	0	0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
$\bar{X} \pm SD$	5,77±1,16 (a)		1,00±1,11(c)		5,70±1,08 (a)		1,17±1,12 (c)	
p	p(1 _{D20} -2 _{D20})>0,05, p1 _(D0-D20) <0,05, p2 _(D0-D20) <0,05							
	p(1 _{(c)-(2c)} <0,05, p1 _(a-c) <0,05, p2 _(a-c) <0,05							

Nhận xét:

- Nhóm nghiên cứu:

Sau điều trị 20 ngày, đau vừa còn 6,7%; đau nhẹ là 40%; không đau là 53,3%. Sự khác biệt về mức độ đau giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 20 ngày điều trị giảm còn 1,00±1,11 điểm. Điểm VAS trung bình trước và sau điều trị 10 ngày và 20 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Nhóm đối chứng:

Sau điều trị 20 ngày, Sự khác biệt về mức độ đau giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự khác biệt điểm VAS của NNC và NĐC sau 20 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

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

Bảng 3.11. Hiệu quả giảm mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ sau 10 điều trị

Nhóm BN Mức độ	NNC (1) (n = 30)				NĐC (2) (n = 30)			
	D ₀		D ₁₀		D ₀		D ₁₀	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	5	16,7	0	0	0	0
Hạn chế ít	0	0	12	40	0	0	13	43,3
Hạn chế vừa	6	20	13	43,3	11	36,7	17	56,7
Hạn chế nhiều	24	80	0	0	19	63,3	0	0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
$\bar{X} \pm SD$	13,77±1,99 (a)		5,00±3,08 (b)		12,80±2,01 (a)		6,40±2,17 (b)	
p	p(1 _{D0} -2 _{D0})>0,05, p(1 _{D10} -2 _{D10})<0,05, p1 _(D0-D10) <0,05, p2 _(D0-D10) <,05							
	p(1a)-(2a)>0,05, p(1b)-(2b)<0,05, p1 _(a-b) <0,05, p2 _(a-b) <0,05							

Nhận xét:

- Nhóm nghiên cứu:

Sau điều trị 10 ngày, không còn hạn chế nhiều, hạn chế vừa là 43,3% , hạn chế ít là 40%, không hạn chế là 16,7% Sự khác biệt về mức độ hạn chế tâm vận động giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ là $5,00 \pm 3,08$ điểm.

- Nhóm đối chứng:

Sau điều trị 10 ngày, không còn hạn chế nhiều, mức độ hạn chế vừa là 56,7%; mức độ hạn chế ít là 43,3%. Sự khác biệt về mức độ hạn chế tâm vận động giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự khác biệt điểm trung bình tâm vận động cột sống cổ trước điều trị của NNC và NĐC sau 10 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.12. Hiệu quả giảm mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 20 điều trị

Nhóm BN Mức độ	NNC (1) (n = 30)				NĐC (2) (n = 30)			
	D ₀		D ₂₀		D ₀		D ₂₀	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	12	40	0	0	10	33,3
Đau nhẹ	0	0	16	53,3	0	0	17	56,7
Đau vừa	7	23,3	2	6,7	7	23,3	3	10
Đau nặng	19	63,3	0	0	20	66,6	0	0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
$\bar{X} \pm SD$	13,77±1,99 (a)		3,10±2,86 (c)		12,80±2,01 (a)		3,33±2,71(c)	
p	p(1 _{D20} -2 _{D20})>0,05, p1 _(D0-D20) <0,05, p2 _(D0-D20) <0,05							
	p(1 _{(c)-(2c)} <0,05, p1 _(a-c) <0,05, p2 _(a-c) <0,05							

Nhận xét:

- Nhóm nghiên cứu:

Sau điều trị 20 ngày, mức độ hạn chế vừa là 6,7% , hạn chế ít là 53,3%, không đau tăng là 40% Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 20 ngày điều trị giảm còn 3,10±2,82 điểm.

- Nhóm đối chứng:

Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự khác biệt điểm trung bình tầm vận động cột sống cổ của NNC và NĐC sau 20 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

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

Bảng 3.13. Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 10 ngày

Nhóm BN Mức độ	NNC (1) (n = 30)				NĐC (2) (n = 30)			
	D ₀		D ₁₀		D ₀		D ₁₀	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	4	13,3	0	0	0	0
Nhẹ	4	13,3	17	56,7	5	16,7	12	40
Trung bình	17	63,3	9	30	20	66,7	18	60
Nghiêm trọng	9	23,3	0	0	5	16,7	0	0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
$\bar{X} \pm SD$	20,07±5,67(a)		11,67±5,79(b)		19,17±5,48(a)		15,00±4,27(b)	
p	p(1 _{D0} -2 _{D0})>0,05, p(1 _{D10} -2 _{D10})<0,05, p1 _(D0-D10) <0,05, p2 _(D0-D10) <0,05							
	p(1a)-(2a)>0,05, p(1b)-(2b)<0,05, p1 _(a-b) <0,05, p2 _(a-b) <0,05							

Nhận xét:

- Nhóm nghiên cứu:

- Sau điều trị 10 ngày, không còn mức độ hạn chế nghiêm trọng, hạn chế trung bình giảm còn 30% , hạn chế nhẹ tăng lên 56,7%, không hạn chế tăng từ 0% lên 13,3%. Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày trước điều trị có điểm trung bình là 20,07±5,67 điểm, sau 10 ngày điều trị là 11,67±5,79 điểm. Điểm trung bình tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị 10 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Nhóm đối chứng:

- Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày trước điều trị có điểm trung bình là 19,17±5,48 điểm, sau 10 ngày điều trị là 15,00±4,27 điểm. Điểm trung bình tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị 10 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sự khác biệt điểm trung bình hạn chế sinh hoạt hàng ngày của NNC và NĐC sau 10 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.14. Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 20 ngày

Nhóm BN Mức độ	NNC (1) (n = 30)				NĐC (2) (n = 30)			
	D ₀		D ₂₀		D ₀		D ₂₀	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	20	70	0	0	18	60
Nhẹ	4	13,3	10	30	5	16,7	12	40
Trung bình	17	63,3	0	0	20	66,7	0	0
Nghiêm trọng	9	23,3	0	0	5	16,7	0	0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
$\bar{X} \pm SD$	20,07±5,67(a)		5,07±2,15(c)		19,17±5,48(a)		5,23±2,71(c)	
p	p _(1D₂₀-2D₂₀) >0,05, p _{1(D₀-D₂₀)} <0,05, p _{2(D₀-D₂₀)} <0,05							
	p _{(1c)-(2c)} <0,05, p _{1(a-c)} <0,05, p _{2(a-c)} <0,05							

Nhận xét:

•Nhóm nghiên cứu:

- Không có hạn chế trung bình, hạn chế nhẹ là 30%, không hạn chế tăng từ 13,3% lên 70%. Sự khác biệt về mức độ hạn chế tâm vận động giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 20 ngày điều trị mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giảm còn 5,07±2,15 điểm. Điểm trung bình tâm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

•Nhóm đối chứng:

- Sự khác biệt về mức độ hạn chế tâm vận động giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Điểm trung bình tâm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

•Sự khác biệt điểm trung bình hạn chế sinh hoạt hàng ngày của NNC và NĐC sau 20 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.4. Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền sau điều trị

Bảng 3.15. Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền sau điều trị

Triệu chứng	NNC (1) (n = 30)					NDC (2) (n = 30)					p ₁₋₂
	D ₀		D ₂₀		p _{D0-D20}	D ₀		D ₂₀		p _{D0-D20}	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
Đau mỗi vùng cổ gáy	30	100	2	6,7	<0,05	30	100	5	16,7	<0,05	>0,05
Sợ lạnh	30	100	9	30	<0,05	30	100	14	46,7	<0,05	>0,05
Hoa mắt chóng mặt	9	30	0	0	<0,05	8	26,7	0	0	<0,05	>0,05
Đau đầu	30	100	2	6,7	<0,05	30	100	5	16,7	<0,05	>0,05
Ù tai	4	13,3	1	3,3	>0,05	4	13,3	3	10	>0,05	>0,05
Mất ngủ	10	33,3	4	13,3	>0,05	7	23,3	7	13,3	>0,05	>0,05
Lưng gối đau mỗi	12	40	9	30	<0,05	8	26,7	5	16,7	<0,05	>0,05
Tiểu đêm nhiều lần	6	20	4	13,3	>0,05	3	10	2	6,7	>0,05	>0,05
Lưỡi nhợt	19	63,3	8	26,7	<0,05	17	56,7	6	20	<0,05	<0,05
Rêu lưỡi trắng	16	53,3	5	16,7	<0,05	16	53,3	8	26,6	<0,05	<0,05

Nhận xét:

• Nhóm nghiên cứu

- Sau điều trị 20 ngày số BN đau mỗi vùng cổ gáy giảm còn 6,7%, sợ lạnh là 30%, đau đầu 6,7%, lưỡi nhợt 26,7%, rêu lưỡi trắng 16,7%. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

- Sự khác biệt về trước và sau điều trị triệu chứng hoa mắt chóng mặt, lưng gối đau mỗi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sự khác biệt về trước và sau điều trị triệu chứng hoa mắt ù tai, mất ngủ, tiểu đêm nhiều lần không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

• Nhóm đối chứng

- Sau điều trị 20 ngày số BN đau mỗi vùng cổ gáy còn 16,7%, sợ lạnh 46,7%, đau đầu 16,7%, lưỡi nhợt 20%, rêu lưỡi trắng 26,6%. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sự khác biệt về trước và sau điều trị triệu chứng hoa mắt chóng mặt, lưng gối đau mỏi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sự khác biệt về trước và sau điều trị triệu chứng hoa mắt ù tai, mất ngủ, tiểu đêm nhiều lần không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

• Sự khác biệt về triệu chứng y học cổ truyền của NNC và NĐC sau 20 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

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

Ở cả hai nhóm trong nghiên cứu đều không thấy có BN nào gặp phải tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của xoa bóp bấm huyệt (đau tại vị trí XBBH, bầm tím tại vị trí XBBH), của điện châm (vụng châm, gãy kim, nhiễm trùng tại chỗ châm), của siêu âm trị liệu (bỏng, đau vùng siêu âm, cảm giác kim châm).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Bảng 3.1, tuổi trung bình của NNC là $56,40 \pm 8,52$ và NĐC là $56,20 \pm 8,43$. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ gặp cao nhất là nhóm BN trên 60 tuổi, chiếm 40% ở NNC và 36,7% ở NĐC. BN ít tuổi nhất của nghiên cứu là 40 tuổi, cao nhất là 71 tuổi.

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Linh (2016) về tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên BN đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ: tuổi trung bình của nhóm chứng là $57,87 \pm 13,62$ và của nhóm nghiên cứu là $62,67 \pm 11,39$. Tỷ lệ gặp cao nhất là nhóm BN trên 60 tuổi, chiếm 46,67% ở nhóm chứng và 43,3% nhóm nghiên cứu [33].

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Hà (2018) về tác dụng của bài thuốc Quyên Tý thang và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống: tuổi trung bình của nhóm chứng là $56,50 \pm 8,70$ và của nhóm nghiên cứu là $55,80 \pm 8,80$. Tỷ lệ gặp cao nhất là nhóm BN trên 60 tuổi, chiếm 46,7% ở nhóm chứng và 43,3% nhóm nghiên cứu [53].

Kết quả này có tỷ lệ BN nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Lan (tỷ lệ bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm 10%) [42], của Mai Trung Dũng là 15% [13], nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40 – 49 tuổi chiếm 46,6% [51].

Theo lý luận YHCT, ở lứa tuổi từ 60 trở lên chức năng hai tạng can và thận suy giảm dẫn đến khí huyết không đầy đủ nên cân cốt không được nhu

nhuận, đó là nguyên nhân chính gây ra các bệnh về chứng tý, tương ứng các bệnh thoái hoá khớp của YHHĐ. Ngoài ra, có thể ở độ tuổi trên 60 người ta quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe, có thời gian và điều kiện để đi khám và nhập viện điều trị nên tỷ lệ BN ở nhóm tuổi này tăng lên.

Sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu này với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên có thể do nghiên cứu được tiến hành ở các nơi khác nhau về dân trí, tư vấn y tế.

4.1.2. Giới

Bảng 3.2, số lượng nữ/nam ở NNC là 8/22 và NĐC là 10/20, như vậy sự phân bố giới tính ở cả hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam trong nghiên cứu phù hợp với kết luận của các tác giả Phạm Văn Minh (2008) [43], Mai Trung Dũng (2014) [13], Đặng Trúc Quỳnh (2014) [45], Nguyễn Hoài Linh (2016) [47]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho tỷ lệ nữ/nam ở BN THCSC ngược lại hoặc tương đương nhau. Nghiên cứu của Đỗ Thị Lệ Thuý ở BN THCSC thấy tỷ lệ nữ là 41,7%, nam là 58,3 [16]. Nghiên cứu của tác giả Minanta Sharmin có 49% nữ, 51% nam [58].

Theo YHCT, phụ nữ đến 49 tuổi và nam giới đến 64 tuổi thì thiên quý kiệt, chức năng các tạng thận và can suy giảm, không đủ để nuôi dưỡng cân cốt, chính khí suy, tà khí xâm phạm gây chứng tý tương ứng với thoái hóa khớp của YHHĐ. Mặt khác phụ nữ bước vào thời kỳ mãn kinh, các hormon sinh dục nữ giảm sút gây tăng nguy cơ mắc các bệnh cơ xương khớp. Vì vậy, nữ giới mắc thoái hóa khớp nói chung và THCSC nói riêng nhiều hơn và sớm hơn so với nam giới.

Sự khác biệt về kết quả này với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác có thể do đặc điểm thu dung BN của từng địa điểm nghiên cứu, mỗi nghiên cứu chỉ có cỡ mẫu nhỏ, không mang tính đại diện cho cả quần thể nên chưa phản ánh khách quan tỷ lệ về giới trong THCSC.

4.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.3, BN thuộc nhóm lao động trí óc như nhân viên văn phòng, hành chính, kế toán, giáo viên...chiếm 76,7%; số BN làm các công việc lao động chân tay như nông dân, công nhân, lao động phổ thông...chiếm 23,3% BN hai nhóm. Sự khác biệt này phù hợp với một số nghiên cứu như của tác giả Nguyễn Thị Thắm (58,6% lao động trí óc) [51], Đặng Trúc Quỳnh (66,7%) [45], Nguyễn Hoài Linh (71,7%) [47].

Ở nước ta hiện nay, cùng với sự phát triển của xã hội thì điều kiện sinh hoạt và làm việc cũng thay đổi với việc con người ngày càng ít vận động, làm việc nhiều ở tư thế cúi đầu lâu hoặc động tác đơn điệu lặp đi lặp lại của đầu, làm việc trong phòng điều hoà...đó là những nguyên nhân làm cho tỷ lệ BN THCS ngày càng tăng cao và chiếm phần lớn ở nhóm lao động trí óc.

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Do tiêu chuẩn chọn BN trong nghiên cứu theo thể YHCT (can thận hư kết hợp phong hàn thấp) nên thời gian đau của BN trước khi điều trị cao hơn trong nhiều nghiên cứu khác.

Bảng 3.4, NNC có thời gian đau trước điều trị từ 1- 3 tháng là 43,3%, 3-6 tháng là 33,3%, >6 tháng là 23,3%; NDC có tỷ lệ tương ứng là 43,3%, 33,3% và 23,3%.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Đặng Trúc Quỳnh (có 33,3% BN đau từ 4-7 ngày, 45% đau từ 8 ngày đến 1 tháng và 21,7% BN đau trên 1 tháng) [45]. Một số nghiên cứu khác có thời gian đau của BN trước khi điều trị cao hơn như của tác giả của Lê Thị Diệu Hằng (tỷ lệ bệnh nhân đau trên 1 tháng ở nhóm nghiên cứu là 68,8%, nhóm chứng là 75%) [58], Nguyễn Hoài Linh đau cấp tính (dưới 3 tháng) chiếm 86,7% và đau mạn tính (trên 3 tháng) chiếm 13,3% [47]. Sự khác biệt này có lẽ do đặc điểm lựa chọn BN và thời gian tiến hành nghiên cứu của các tác giả khác nhau.

4.1.5. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X – quang

Bảng 3.5, hẹp lỗ tiếp hợp trên phim X – quang chiếm 73,33% ở NNC, 66,7% NĐC và 70% ở cả hai thể. Tỷ lệ này tương đương với tác giả Đặng Trúc Quỳnh có tỷ lệ hẹp lỗ tiếp hợp là 50% [45], Nguyễn Hoài Linh là 60% [47], Mai Trung Dũng là 76,7% [13].

Đau vùng cổ gáy biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cổ, vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác hoặc vận động do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép. Nguyên nhân là do THCSC gây hẹp lỗ tiếp hợp hoặc TVĐĐ gây chèn ép các rễ thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay. Trong nghiên cứu này của chúng tôi hình ảnh hẹp lỗ tiếp hợp trên phim X – quang là 73,3%, điều đó có nghĩa hẹp lỗ tiếp hợp là lý do chủ yếu chèn ép rễ thần kinh gây ra hội chứng cổ vai cánh tay.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Tác dụng giảm đau

Đau là triệu chứng nổi bật trong các bệnh lý cơ xương khớp, cột sống và cũng là nguyên nhân chính ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt hàng ngày của BN, khiến họ phải đi khám và điều trị. Đau trong đau vùng cổ gáy thường do gai xương chèn ép rễ thần kinh trong khu vực lỗ tiếp hợp, gây kích thích hoặc kéo căng rễ, kèm theo phản ứng viêm xung quanh rễ và tổn thương mạch máu gây phù nề, thiếu máu thứ phát gây đau [2]. Chính vì vậy việc điều trị giảm hoặc cắt được đau là mục tiêu quan trọng nhất trong điều trị đau vùng cổ gáy nói riêng cũng như các bệnh lý cơ xương khớp nói chung.

Đau là một cảm giác chủ quan, tuy nhiên hiện nay vẫn chưa có phương pháp đo lường đau một cách khách quan. Có nhiều thang đo lường đau dựa trên những mô tả chủ quan của bệnh nhân được các tác giả sử dụng, trong đó thang nhìn (Visual Analogue Scale – VAS) được nhiều người sử dụng do tính đơn giản và thuận tiện. Trong nghiên cứu, đánh giá mức độ đau của bệnh

nhân chúng tôi dựa trên thang điểm VAS với mô tả và hướng dẫn chi tiết về bệnh nhân tự đối chiếu và tự cho điểm mức độ đau của mình một cách chính xác nhất.

Bảng 3.9 và bảng 3.10 cho thấy, NNC sau 10 và 20 ngày điều trị, triệu chứng đau giảm rõ rệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$), đặc biệt trong 10 ngày đầu. Trước điều trị bệnh nhân đau nặng và rất nặng chiếm 76,7%, sau 10 ngày điều trị không còn bệnh nhân đau rất nặng, chỉ còn 2 bệnh nhân đau nặng, 8 bệnh nhân đau vừa (26,7%), 12 bệnh nhân đau nhẹ (40%), có 8 bệnh nhân đã hết đau (26,7%). Sau 20 ngày điều trị 16 bệnh nhân hết đau (53,3%), 12 bệnh nhân đau nhẹ (40%), 2 bệnh nhân đau vừa (6,7%), không còn bệnh nhân đau nặng. Điểm VAS trung bình trước điều trị là $5,77 \pm 1,16$ điểm; sau 10 ngày điều trị là $2,10 \pm 1,58$ điểm, sau 20 ngày điều trị là $1,00 \pm 1,11$ điểm; Điểm VAS trung bình trước và sau điều trị giảm có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Sự khác biệt về điểm VAS trước điều trị của NNC và NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sự khác biệt về giảm điểm VAS trung bình sau điều trị 10 ngày giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này chứng tỏ rằng NNC có tác dụng giảm đau nhanh, hiệu quả hơn hẳn so với NĐC. Tuy nhiên sau 20 ngày điều trị, điểm VAS trung bình giữa hai nhóm không có sự khác biệt. Điều này cho thấy tác dụng giảm đau của cả hai phương pháp sau 20 ngày điều trị là tương đương nhau.

Điểm đau trung bình sau điều trị 20 ngày cũng giảm đáng kể, nhóm nghiên cứu còn $1,00 \pm 1,11$ và nhóm đối chứng còn $1,17 \pm 1,12$ điểm. Nghiên cứu của tác giả Mai Trung Dũng điểm đau trung bình sau điều trị còn $1,73 \pm 1,2$ điểm [13]; Nguyễn Hoài Linh còn $1,17 \pm 0,9$ điểm [45]; Phạm Ngọc Hà còn $1,10 \pm 1,37$ [53]. Như vậy, điểm đau trung bình sau điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương so với nghiên cứu của tác giả Mai Trung Dũng, Nguyễn Hoài Linh và Phạm Ngọc Hà.

Lý giải về kết quả trên chúng tôi cho rằng trong nghiên cứu của chúng

tôi có sử dụng phương pháp nền là XBBH, điện châm trong 20 ngày, đều có các dụng giảm đau. Mặt khác, tại nhóm nghiên cứu có kết hợp siêu âm trị liệu tác dụng trực tiếp lên cảm thụ thần kinh, làm tăng cường vận mạch giúp mang đi các chất hóa học gây đau dẫn tới tác dụng giảm đau. Siêu âm trị liệu có tác dụng như sự xoa bóp vi tế bào, khiến cho sự tắc nghẽn được cải thiện, tổ chức thần kinh dẫn truyền hiệu quả hơn, điều này giúp cho bệnh nhân giảm đau nhanh hơn. Nên khi dùng hỗ trợ điều trị cho phương pháp nền đã đạt được hiệu quả tốt, nhanh chóng hơn so với NĐC và một số nghiên cứu khác. So sánh tác dụng giảm đau của siêu âm trị liệu với các tác giả khác như Nguyễn Tiến Dũng (2017)[61], Grubisic F (2006) [62], cho thấy rằng tác dụng giảm đau của siêu âm trị liệu là rõ rệt trên cả những vùng khác nhau của cơ thể.

4.2.2. Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống cổ.

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

Cải thiện TVĐ cột sống cổ là một tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị. Việc đo tầm vận động được đánh giá cao do đặc tính khách quan của nó. Với phương pháp đo dựa vào nguyên tắc Zero bằng khớp kế của Hồ Hữu Lương thì đo tầm vận động lại càng thể hiện tính khách quan, do nguyên tắc và cách đo rõ ràng, khoa học.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành đo góc và cho điểm lượng giá tầm vận động cột sống cổ ở 6 động tác: cúi, ngửa, nghiêng trái, nghiêng phải, quay trái, quay phải.

Bảng 3.11, bảng 3.12, trước điều trị, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ hạn chế vừa là 20%, hạn chế nhiều là 80%, nhóm đối chứng có tỉ lệ hạn chế vừa là 36,7%, hạn chế nhiều là 63,3%. Sự khác biệt về mức độ hạn chế TVĐ cột sống cổ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Lê Hoài Anh [46], Đặng Trúc Quỳnh [47], Phạm Ngọc Hà [53].

Sau điều trị 10 ngày và 20 ngày điều trị, tầm vận động cột sống cổ của nhóm nghiên cứu cải thiện đáng kể có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 10 ngày điều trị không còn bệnh nhân hạn chế nhiều, 13 bệnh nhân hạn chế vừa (43,3%), 12 bệnh nhân hạn chế ít (40%), 5 bệnh nhân không hạn chế (16,7%); sau 20 ngày điều trị, chỉ còn 2 bệnh nhân hạn chế vừa (6,7%), 16 bệnh nhân hạn chế ít (53,3%), 12 bệnh nhân không hạn chế (40%). Điểm trung bình tầm vận động cột sống cổ trước điều trị là $13,77 \pm 1,99$ điểm, sau 10 ngày điều trị là $5,00 \pm 3,08$ điểm, sau 20 ngày điều trị là $3,10 \pm 2,86$ điểm. Điểm hạn chế tầm vận động cột sống cổ trung bình trước và sau điều trị giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhóm đối chứng sau 10 và 20 ngày điều trị, tầm vận động cột sống cổ cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 10 ngày điều trị, không có bệnh nhân hạn chế nhiều, 17 bệnh nhân hạn chế vừa (56,7%), 13 bệnh nhân hạn chế ít (43,3%), không có bệnh nhân không hạn chế. Sau 20 ngày điều trị, 10 bệnh nhân không hạn chế (33,3%), 17 bệnh nhân hạn chế ít (56,7%), 3 bệnh nhân hạn chế vừa (10%). Điểm hạn chế tầm vận động trung bình trước điều trị là $12,80 \pm 2,01$ điểm; sau 10 ngày điều trị là $6,40 \pm 2,17$ điểm, sau 20 ngày điều trị là $3,33 \pm 2,71$ điểm. Điểm hạn chế tầm vận động trung bình trước và sau điều trị giảm có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Sự khác biệt về hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị của NNC và NDC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sự khác biệt về cải thiện điểm hạn chế tầm vận động trung bình sau điều trị 10 ngày NNC tốt hơn so

với NĐC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này chứng tỏ rằng NNC có tác dụng cải thiện tâm vận động cột sống cổ hiệu quả hơn hẳn so với NĐC. Tuy nhiên sau 20 ngày điều trị, điểm trung bình tâm vận động cột sống cổ giữa hai nhóm không có sự khác biệt. Điều này cho thấy tác dụng giảm đau của cả hai phương pháp sau 20 ngày điều trị là tương đương nhau.

Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Hoài Anh có mức độ hạn chế TVĐ cột sống cổ sau điều trị (không hạn chế và hạn chế ít chiếm 83,3%) [46]; Đặng Trúc Quỳnh (không hạn chế và hạn chế ít chiếm 86,6%) [45].

Chính nhờ phương pháp nắn xoa bóp bấm huyệt, điện châm có tác dụng giảm đau, thư giãn, tăng vận động làm cho tâm vận động cột sống cổ được cải thiện. Khi kết hợp siêu âm trị liệu với tác dụng giãn mạch, tách các tổ chức dính, tăng tuần hoàn, tăng trao đổi chất khiến các cơ bị chèn ép được giải phóng, được nuôi dưỡng. Điều này làm tăng hiệu quả cải thiện tâm vận động cột sống cổ.

4.2.3. Tác dụng cải thiện những hạn chế sinh hoạt hàng ngày.

Sự đau đớn và hạn chế TVĐ cột sống cổ ở BN đau vùng cổ gáy biểu hiện bằng những hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Để đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) của tác giả Howard Vernon là một công cụ dùng để tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy hoặc các bệnh lý chấn thương cổ. Bộ câu hỏi NDI được công bố lần đầu vào năm 1991 và là bộ câu hỏi đầu tiên cho việc tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy, đã được dịch ra hơn 20 ngôn ngữ và sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu điều trị. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục: 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, hoạt động giải trí.

Tại bản 3.13, 3.14, trước điều trị, nhóm nghiên cứu có tỉ lệ BN hạn chế nghiêm trọng là 23,3%, hạn chế trung bình là 63,3%, hạn chế nhẹ là 13,3%,

nhóm đối chứng có tỉ lệ BN hạn chế nghiêm trọng là 16,7%, hạn chế trung bình là 66,7%, hạn chế nhẹ là 16,7%. Điểm NDI trung bình của nhóm nghiên cứu là $20,07 \pm 5,67$ điểm; của nhóm đối chứng là $19,17 \pm 5,48$ điểm. Không có sự khác biệt về mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm trước điều trị với $p > 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh điểm NDI trung bình trước điều trị của nhóm chứng là $17,93 \pm 4,57$ điểm, nhóm nghiên cứu là $19,83 \pm 5,95$ điểm [45]; Nguyễn Hoài Linh nhóm chứng là $18,1 \pm 8,7$ điểm, nhóm nghiên cứu là $17,5 \pm 8,9$ điểm [47].

Sau điều trị 10 ngày, tại nhóm nghiên cứu mức độ hạn chế nghiêm trọng giảm từ 23,3% xuống 0%, mức độ hạn chế trung bình giảm từ 63,3% xuống 30%, mức độ hạn chế nhẹ tăng từ 13,3% lên 56,7%, không hạn chế tăng từ 0% lên 13,3%; tại nhóm đối chứng, mức độ hạn chế nghiêm trọng giảm từ 16,7% xuống 0%, mức độ hạn chế trung bình giảm từ 66,7% xuống 60%, mức độ hạn chế nhẹ tăng từ 16,7% lên 40%. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt điểm hạn chế sinh hoạt hàng ngày trung bình của cả hai nhóm giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt về mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm sau điều trị 10 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy sau 10 ngày điều trị khả năng phục hồi của BN ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm đối chứng.

Sau điều trị 20 ngày cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt về hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị của nhóm nghiên cứu là không hạn chế 70%, hạn chế nhẹ 30%), nhóm đối chứng không hạn chế 60%, hạn chế nhẹ 40%. Điểm NDI trung bình sau điều trị của nhóm nghiên cứu là $5,07 \pm 2,15$ điểm, nhóm đối chứng $5,23 \pm 2,71$ điểm. Sự khác biệt về điểm NDI giữa trước và sau điều trị của cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Trúc Quỳnh, mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị của nhóm nghiên cứu là (hạn chế nhẹ 96,7%, hạn chế trung bình 3,3%) điểm NDI trung bình là $8,93 \pm 2,46$ điểm [45]; Nguyễn Hoài Linh (không hạn chế 70%, hạn chế nhẹ 30%) điểm NDI trung bình $3,60 \pm 1,99$ điểm [47]. Nghiên cứu của chúng tôi có hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày tốt hơn nghiên cứu của tác giả Đặng Trúc Quỳnh và tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Linh.

Sau điều trị 20 ngày, mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Điều này có nghĩa là hiệu quả cải thiện mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp XBBH, điện châm và phương pháp XBBH, điện châm là tương đương.

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

4.2.3. Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền sau điều trị

Các BN đau vùng cổ gáy do THCS trong nghiên cứu thuộc thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp nên trước điều trị có các triệu chứng: đau mỗi vùng cổ gáy, sợ lạnh, hoa mắt chóng mặt, đau đầu, ù tai, mất ngủ, đau lưng, mỏi gối, tiểu đêm, lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng. Không có sự khác biệt về các triệu chứng YHCT này giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Sau điều trị 20 ngày, các triệu chứng đau mỗi vùng cổ gáy, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, đau lưng, mỏi gối, lưỡi nhợt đều giảm có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm với $p < 0,05$. Thái dương chủ về phân biểu của toàn thân, khi phong hàn bó ở phần cơ biểu làm cho vệ khí không tuyên đạt được mà gây sợ gió, sợ lạnh. Đầu là nơi hội tụ của các khí dương, chứa khí thanh dương, đường kinh thủ túc tam dương đều đi lên đầu mặt, khi phong hàn thấp tà xâm nhập, theo đường kinh thái dương đi lên đầu, làm cho dương khí bị ngăn trở, hàn thấp ngưng trệ, đường lạc tắc trở gây đau đầu. Não là bể tủy, chủ yếu nhờ

tinh huyết của can thận nhu dưỡng, thận hư não tủy trống rỗng gây đau đầu. Thận tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy chứa trong khoang rỗng của xương, có tác dụng nuôi dưỡng xương. Khi thận hư không sinh được tủy, xương mất sự nuôi dưỡng nên sinh ra chứng đau lưng, mỏi gối [55].

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều thuộc thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp. Hàn gây co rút, thấp gây dính kết, bệnh dai dẳng kéo dài nhiều ngày. Siêu âm trị liệu với hiệu ứng nhiệt khiến làm tăng tính thấm màng tế bào dẫn đến quá trình trao đổi và hấp thu các chất tăng lên, hiệu ứng nhiệt của siêu âm trị liệu làm tán hàn trừ thấp, thông lạc, làm giảm đau nhanh chóng.

Siêu âm làm lỏng các mô kết dính, tách rời các sợi collagen và làm mềm các chất kết dính, điều này khiến cho các lớp cân mạc bao quan da và cơ vùng cổ gáy được mềm mại, làm tăng trao đổi chất, tăng dinh dưỡng cho tổ chức. Hiệu ứng hóa học của siêu âm trong điều trị làm tăng tuần hoàn cục bộ do làm tăng nhiệt độ, tăng tính thấm của mạch máu và tổ chức, dẫn cơ do kích thích trực tiếp của siêu âm lên các cảm thụ thần kinh. “ Trị phong tiên trị huyết, huyết hành phong tất diệt”, dưới tác dụng tăng tuần hoàn, vận mạch siêu âm trị liệu đã có tác dụng khu phong, thông ú, chỉ thống.

Điện châm kết hợp tác dụng của dòng điện một chiều và châm cứu tác động lên huyết làm cho khí huyết lưu thông có tác dụng giảm đau. Trong công thức huyết nghiên cứu có một số huyết chữa chứng đau đầu, hoa mắt chóng mặt như:

Huyết Phong trì thuộc kinh túc thiếu dương Đờm, có tác dụng trừ phong, chữa đau đầu, hoa mắt chóng mặt, đau vai gáy đều là các triệu chứng thường gặp trong THCS.

Huyết Hợp cốc là huyết nguyên của kinh thủ dương minh Đại trường, có tác dụng điều trị đau vùng đầu mặt, hoa mắt chóng mặt.

Huyệt Ngoại quan huyệt lạc trên kinh thủ thiếu dương Tam tiêu có tác dụng chữa đau đầu.

Huyệt Đại chùy nằm trên mạch Đốc là huyệt hội của mạch Đốc với 6 kinh dương, tác dụng điều trị đau đầu và nâng cao sức khỏe.

Huyệt Đại trữ thuộc kinh túc thái dương Bàng quang, là huyệt hội của cốt, là nơi giao hội của các kinh dương, có tác dụng trừ phong khu tà, thư cân mạch, điều cốt tiết chữa đau đầu.

Huyệt Can du, Thận du thuộc kinh túc thái dương Bàng quang, châm bổ 2 huyệt này để bổ can thận.

Trong công thức huyệt nghiên cứu có huyệt Phong trì và Hợp cốc là các huyệt chủ về phong, khi điện châm các huyệt này có tác dụng điều trị chứng sợ gió, sợ lạnh.

Xoa bóp bấm huyệt giúp cho tấu lý được thư giãn, cân cơ mềm mại, kinh lạc sơ thông. Xoa bóp vùng cổ gáy có tác dụng tán hàn, trừ thấp. Kinh thái dương chủ phần dương khí của cơ thể, khi nhiễm phong hàn thấp khiến cân mạch co rút, ảnh hưởng tới sự lưu thông của dương khí, biểu hiện ngay là đau mỏi vùng cổ gáy, người mệt mỏi, đầu óc trì trệ, căng thẳng. Xoa bóp bấm huyệt khiến dương khí cơ thể trở lại bình thường, bì phu cân mạch được nuôi dưỡng, giảm căng thẳng, mệt mỏi, cải thiện chất lượng cuộc sống.

Các triệu chứng: ù tai, tiểu đêm, mất ngủ, không có sự khác biệt so với trước điều trị với $p > 0,05$. Có thể do thời gian nghiên cứu là 20 ngày chưa đủ để đánh giá sự thay đổi của các triệu chứng này

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

Tác dụng không mong muốn siêu âm trị liệu: bỏng, đau vùng siêu âm, cảm giác kim châm. Siêu âm trị liệu có hiệu ứng nhiệt, có tác dụng làm ấm vùng cần điều trị. Tuy nhiên trong quá trình thực hành có thể do bất cẩn hoặc kỹ thuật viên thiếu kinh nghiệm sẽ gây bỏng cho bệnh nhân. Bỏng nhiệt xảy

ra do sử dụng siêu âm với cường độ quá lớn, do không di chuyển đầu biến năng hoặc do đầu biến năng tiếp xúc không đều với mô. Đau vùng siêu âm và cảm giác kim châm thường do quá liều siêu âm, làm cho tổ chức thêm tổn thương.

Tác dụng không mong muốn của xoa bóp bấm huyệt: đau tăng tại vị trí xoa bóp bấm huyệt, bầm tím tại vị trí xoa bóp bấm huyệt. Xoa bóp bấm huyệt là thủ thuật dùng đôi bàn tay, nên sẽ phụ thuộc rất nhiều vào trình độ và độ nhạy cảm của người kỹ thuật viên. Đau tăng tại vị trí bấm huyệt là do các thao tác của kỹ thuật viên. Khi thao tác do thiếu kinh nghiệm và cảm nhận của đôi bàn tay đã làm quá ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân, tạo nên phản xạ co cứng cơ. Phản xạ này khiến tổ chức cơ không những không được mềm mại mà còn co rút thêm, làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh lý. Khi tiến hành kỹ thuật, người kỹ thuật viên làm quá mạnh tay, hoặc thiếu cảm nhận đối với một số bệnh nhân da mỏng, thành mạch yếu sẽ gây bầm tím tại nơi bấm huyệt.

Tác dụng không mong muốn của điện châm là: nhiễm trùng tại chỗ, gãy kim, vụng châm. Hiện tượng vụng châm: Vừa châm kim xong, người bệnh bỗng nhiên cảm thấy khó chịu, hoa mắt, buồn nôn, tay chân lạnh, toát mồ hôi, trụy tim mạch, có khi bị ngất, hiện tượng này gọi là Vụng Châm hoặc Say Kim. Nguyên nhân có thể do suy nhược, quá sợ hãi, yếu tim, dễ kích động, mới đến chưa được nghỉ, đói hoặc do bị châm quá đau, kích thích quá mạnh. Điện châm là phương pháp phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện phát ra do máy điện châm. Khi châm người kỹ thuật viên có thể châm vào mạch máu, hoặc do kích thích của dòng điện quá mạnh sẽ gây chảy máu, nếu không được xử lý sẽ gây nhiễm trùng tại chỗ châm. Trong quá trình châm, nếu bệnh nhân có cử động, hoặc xô đẩy sẽ gây gãy kim.

Qua theo dõi điều trị cho 60 BN thuộc hai nhóm chúng tôi không thấy có trường hợp nào có biểu hiện lâm sàng như đã nêu trên. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Mai Trung Dũng [13], Lê Thị Hoài Anh [46], Nguyễn Hoài Linh [47], Phạm Ngọc Hà [53].

Lý giải cho điều này, một phần do người thực hiện kỹ thuật đều là các bác sỹ và kỹ thuật viên lâu năm, có nhiều kinh nghiệm khi tiến hành thủ thuật. Khi tiến hành, có các khâu chuẩn bị và dặn dò bệnh nhân chu đáo, theo dõi sát trong quá trình làm thủ thuật và cả liệu trình điều trị. Có thể thời gian nghiên cứu của chúng tôi là 20 ngày và cỡ mẫu nhỏ, chưa đủ để gặp các tác dụng không mong muốn trên.

Qua đó, phần nào nhận thấy rằng phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp với XBBH, điện châm trong nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính an toàn đối với người bệnh. Tuy nhiên, cần phải làm thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian dài hơn để có thể phát triển rộng rãi tới các tuyến y tế cơ sở nhằm phục vụ tốt công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

KẾT LUẬN

1. Qua nghiên cứu điều trị cho 60 BN đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm, XBBH, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Hiệu quả giảm đau: Có kết quả rõ rệt giữa trước điều trị và sau điều trị với $p < 0,05$. Mức điểm VAS trung bình từ $5,77 \pm 1,16$ điểm xuống còn $1,00 \pm 1,11$ điểm sau 20 ngày

- Cải thiện tầm vận động cột sống: sau điều trị 12 bệnh nhân không hạn chế (40%), 16 bệnh nhân hạn chế ít (53,3%), 2 bệnh nhân hạn chế vừa (6,7%). Điểm trung bình hạn chế tầm vận động cột sống giảm từ $13,60 \pm 1,90$ điểm còn $3,13 \pm 2,82$ điểm.

- Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày NDI: sau điều trị 20 ngày có 20 bệnh nhân không hạn chế (70%), 10 bệnh nhân hạn chế nhẹ (30%). Điểm trung bình hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày giảm từ $20,07 \pm 5,67$ điểm xuống $5,07 \pm 2,15$ điểm

- So sánh với nhóm chứng: Sau 10 ngày điều trị các kết quả về mức giảm đau VAS, cải thiện tầm vận động cột sống cổ, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của nhóm nghiên cứu là khác biệt rõ rệt, có ý nghĩa thống kê đối với nhóm chứng với $p < 0,05$. Sau 20 ngày điều trị, hai nhóm có kết quả tương đương, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

2. Trong quá trình nghiên cứu không thấy có bệnh nhân nào có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

KIẾN NGHỊ

Qua những bàn luận và kết luận trên, chúng tôi xin đề xuất kiến nghị sau:

Nên tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và nghiên cứu đa trung tâm, cũng như trên nhiều thể bệnh với nhiều nguyên nhân của đau vùng cổ gáy để khẳng định kết quả khách quan hơn, đánh giá chính xác cũng như mở rộng phạm vi ứng dụng của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân (2002), *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, 152-159.
2. Hồ Hữu Lương (2006), *Thoái hoá cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Tr 7-32, Tr 53-59, Tr 60-61, Tr 92-96.
3. Đỗ Chí Hùng (2012). *Nghiên cứu giải pháp can thiệp hội chứng đau vai gáy ở những người sử dụng máy tính*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Nguyễn Văn Thông (2009), *Bệnh thoái hoá cột sống cổ*, Nhà xuất bản Y học, Tr 8- 15, Tr 17-31, Tr 36-100.
5. Bộ y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Y học, Tr 145-153.
6. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2005), *Phác đồ chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Tr 212–224.
7. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Bài giảng Y học cổ truyền tập I*, Nhà xuất bản Y học, Tr 319-320.
8. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Tr 249-25, Tr 253-256, Tr 373-378, Tr 439-440.
9. Nguyễn Nhược Kim (2012), *Bài giảng bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học Tr 149 – 158.
10. Hoàng Bảo Châu (2006), *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Tr 528-539.
11. Frank H. Netter (2009), *Atlas giải phẫu người (Vietnamese edition)*, Nhà xuất bản Y học, Tr 19-20.
12. Bộ môn Giải phẫu, Trường Đại học y Hà Nội (2004), *Giải phẫu người Tập 1,2*, Nhà xuất bản Y học, tr 17-19.

13. Mai Trung Dũng (2014), *Đánh giá kết quả điều trị kết hợp tập con lăn Doctor 100 trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hoá cột sống cổ*, Luận văn bác sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
14. Nguyễn Xuân Nghiên và cộng sự (2010), *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học Tr 27-28, Tr 715-716.
15. Jeffrey Mullin, Daniel Shedid, Edward Benzel. (2011). Overview of cervical spondylosis pathophysiology and biomechanics. *World Spinal Column Journal*, **2**: 89-97.
16. Đỗ Thị Lệ Thuý (2003), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng tuỷ cổ do thoái hoá cột sống cổ*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
17. Sahni BS (2001), *Cervical spondylosis*, ONGC Hospital Panvel, Mumbai, India: 24-38.
18. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Tr 138-151.
19. Bộ môn Nội, Trường đại học Y Hà Nội (2015), *Bài giảng bệnh học nội khoa tập II*, Nhà xuất bản Y học, Tr 188-196.
20. Các bộ môn Nội, Trường đại học Y Hà Nội (2007), *Điều trị học nội khoa tập I*, Nhà xuất bản Y học, Tr 253, Tr 257, Tr 258, Tr 260, Tr 323-327.
21. Bộ môn Dược lý, Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Dược lý học lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, Tr 168-181, Tr 596, Tr 597, Tr 600, Tr 602.
22. Trần Thúy (2012). *Bài giảng y học cổ truyền tập II*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, Tr 345 – 470.
23. Trinh K, Graham N, Gros A (2007). Acupuncture for neck disorders. *spine (phila Pa 1976)*, 32: 236 - 243
24. Quyết định 26/2008/QĐ-BYT Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền. Quy trình số 46, Điện châm điều trị hội chứng cổ gáy.

25. Đỗ Đức Nhân (2001). Áp dụng xoa bóp trong điều trị đau lưng - Yêu cầu thống. *Tạp chí Đông Y Việt Nam*.
26. Lương Thị Dung (2008), *Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
27. Bộ Y tế (2013), *Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Tr 105-107.
28. Học viện Quân y, Bộ môn Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng (2014), *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội. Tr 110-114.
29. Nguyễn Xuân Nghiê, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh (2010), *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr 188-195.
30. Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Liecker B, Wegscheider K, Willick SN (2006). Acupuncture for patients with chronic neck pain. *Pain, 125 (1-2)*, 98-106.
31. He D, Hostmark AT, Veiersted KB, Medbo JI (2005). Effect of intensive acupuncture on pain – related social and psychological variables for women with chronic neck and shoulder pain – an RTC with six months and three year follow up. *Acupunt. Med, 23(2)*, 52-61
32. Blossfeldt P (2004). Acupuncture for chronic neck pain – a cohort study in an NHS pain clinic. *Acupunt. Med, 22(3)*, 146-151
33. Quách Xuân Ái (2006). Quan sát hiệu quả lâm sàng của 30 trường hợp điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng châm cứu và xoa bóp trị liệu, *Trung Y Trung Quốc*, tr 13.
34. Đặng Kiến Quân (2003). Châm cứu và xoa bóp điều trị 56 bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ, *Trung Y học Thiểm Tây*, tr 24.

35. Vương Cảnh (2009). Châm cứu kết hợp thuốc Đông y điều trị 74 trường hợp hẹp động mạch đốt sống do thoái hóa cột sống cổ, *Trung Y học Trung Quốc giáo dục từ xa*, tr 7.
36. Kjellman G, Öberg B (2002). A randomized clinical trial comparing general exercise, McKenzie treatment and a control group in patients with neck pain, *Journal of Rehabilitation Medicine*, informaworld.com.
37. Tưởng Sùng Bác, Vương Quân, Trịnh Trí Quân (2012), Đánh giá hiệu quả của phương pháp kéo giãn cột sống cổ định điểm điều trị bệnh nhân thoái hoá cột sống cổ có hội chứng rễ, *Tạp chí Trung tây y kết hợp*.
38. Grubisic F, Grazio S, Jajic Z (2006). Therapeutic ultrasound in chronic low back pain treatment. *Reumatizan*, **53(1)**:18-21.
39. Unlu Z, Tasci S, Tarhan S et al (2008). Comparison of 3 physical therapy modalities for acute pain in lumbar disc herniation measured by clinical evaluation and magnetic resonance imaging. *J Manipulative Physiol Ther*. Mar. **31(3)**; 191-8.
40. Ebadi S, Ansari NN, Naghdi S et al (2013). A study of therapeutic ultrasound and exercise treatment for muscle fatigue in patients with chronic non specific low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*. **26(2)**: 221-6.
41. George K. Lewis Jr. Mathew D. et al (2013). Design and evaluation of a wearable self-applied therapeutic ultrasound device for chronic myofascial pain. *Ultrasound in Medicine & Biology*. Agust. **Vol 39(8)**. 1429-1439.
42. Nguyễn Thị Phương Lan (2003), *Nghiên cứu tác dụng điện châm trong điều trị hội chứng vai tay*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
43. Phạm Văn Minh (2008), Đánh giá hiệu quả điều trị thoái hoá cột sống cổ bằng máy kéo giãn, *Y học thực hành*, số 8, **tập 614 + 615**, Tr 72-74.

44. Tạ Văn Trâm (2010), Hiệu quả điều trị thoái hoá cột sống cổ bằng kỹ thuật kéo giãn, *Tạp chí Y học Việt Nam*, **tập 371**. Tr 50-53.
45. Đặng Trúc Quỳnh (2014), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Cát căn thang” điều trị bệnh nhân đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
46. Lê Thị Hoài Anh (2014), *Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp vớt từ nhiệt và kéo giãn cột sống*, Luận văn bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
47. Nguyễn Hoài Linh (2016), *Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên Tý Thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
48. Vernon H (1991), The Neck Disability Index: a study of reliability and validity, *The Journal of Musculoskeletal Pain*.
49. Victoria Quality Council (2007), *Acute pain management measurement toolkit*, Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia, 7-11.
50. Nguyễn Xuân Nghiên (2008), *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Tr 19-37.
51. Nguyễn Thị Thắm (2008), *Đánh giá hiệu quả điều trị đau cổ vai gáy trong thoái hoá cột sống cổ bằng một số phương pháp vật lý kết hợp vận động trị liệu*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
52. Trường Đại học Y Hà Nội (2012), *Nội khoa cơ sở tập I*, Bộ môn Nội, Nhà xuất bản Y học, Tr 434.

53. Phạm Ngọc Hà (2018), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc Quyên Tý thang và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
54. Nguyễn Hữu Công (2013), *Chẩn đoán điện và ứng dụng lâm sàng*, Nhà xuất bản đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh.
55. 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, 478-496, 514-517.
56. Phan Kim Toàn, Hà Hoàng Kiệm (2003), Nghiên cứu triệu chứng lâm sàng, hình ảnh X – quang và kết quả điều trị thoái hoá cột sống cổ bằng phương pháp kéo giãn, *Tạp chí y dược học quân sự*, số 6, Tr 101 – 106.
57. Minanta Sharmin (2012), *Characteristics of neck pain among cervical spondylosis patients attended at CRP*, Bangladesh Health professions Institute, Bangladesh
58. Lê Thị Diệu Hằng (2012), *Đánh giá điều trị triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ bằng mẫn điện châm kết hợp bài thuốc Quyên tý thang*, Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y học, Hà Nội.
59. Hồ Đăng Khoa (2011), *Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp tập vận động theo y học cổ truyền*, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.
60. Nguyễn Tuyết Trang (2013), *Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ (thể phong hàn thấp tý) bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyệt*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
61. Nguyễn Tiến Dũng (2017), *Đánh giá tác dụng của siêu âm trị liệu kết hợp với điện trường châm, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
62. Grubisic F, Grazio S, Jajic Z (2006). Therapeutic ultrasound in chronic low back pain treatment. *Reumatizan*, **53(1)**:18-21.

PHỤ LỤC 1

BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG/ BỆNH VIỆN TUỆ TĨNH BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “Đánh giá tác dụng của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp xoa bóp
bấm huyết, điện châm điều trị đau vùng cổ gáy”.

Người hướng dẫn: PGS-TS. VŨ THƯỜNG SƠN

Học viên: Lê Đức Khang – CH10 Chuyên khoa YHCT.

STT Nhóm Nghiên cứu Nhóm đối chứng Số vv:

I. Hành chính:

1. Họ tên bệnh nhân:.....

2. Tuổi:.....

3. Giới: Nam Nữ

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

5. Địa chỉ:.....

6. Ngày vào viện:.....

7. Ngày ra viện:.....

II. Bệnh sử: Diễn biến bệnh:

III. Tiền sử:

IV. Khám lâm sàng:

1. Khám toàn thân lúc vào viện:

Thời gian	D ₀	D ₂₀
Chỉ số sinh tồn		
Mạch		
Nhiệt độ		
Huyết áp		

2. Khám lâm sàng, cận lâm sàng:

Y học hiện đại:

STT	Triệu chứng		D ₀	D ₁₀	D ₂₀
1	Mức độ đau VAS				
2	Tầm vận động cột sống cổ	Cúi (45° - 55°)			
		Ngửa (60° - 70°)			
		Nghiêng trái (40° - 50°)			
		Nghiêng phải (40° - 50°)			
		Quay trái (60° - 70°)			
		Quay phải (60° - 70°)			
3	Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày NDI				
4	Hội chứng rễ				
5	X-quang cột sống cổ	Gai xương <input type="checkbox"/>			
		Phì đại máu bán nguyệt <input type="checkbox"/>			
		Hẹp lỗ tiếp hợp <input type="checkbox"/>			
6	Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	Siêu âm trị liệu	Đau tại vùng siêu âm <input type="checkbox"/>		
			Cảm giác kim châm <input type="checkbox"/>		
		Xoa bóp bấm huyệt	Bầm tím tại vị trí XBBH <input type="checkbox"/>		
			Đau tăng tại vị trí XBBH <input type="checkbox"/>		
		Điện châm	Vụng châm <input type="checkbox"/>		
			Gãy kim <input type="checkbox"/>		
			Nhiễm trùng tại chỗ <input type="checkbox"/>		
7	Tổng điểm				

3. Cận lâm sàng:

Dẫn truyền thần kinh ngoại vi:

Dây thần kinh		Thời gian	D ₀	D ₂₀
Trụ	MCV (m/s)			
	F – wave (ms)			
Giữa	MCV (m/s)			
	F – wave (ms)			

Chẩn đoán theo YHHD:.....

Y học cổ truyền:

Tình trạng bệnh nhân	Trước điều trị	Sau điều trị
Đau mỗi vùng cổ gáy		
Sợ lạnh		
Hoa mắt chóng mặt		
Cơ cứng cổ gáy		
Vận động khó khăn		
Đau đầu		
Ù tai		
Mất ngủ		
Lưng gối đau mỗi		
Tiểu đêm nhiều lần		
Lưỡi nhợt		
Rêu lưỡi trắng		

Chẩn đoán:

Chẩn đoán bất cương

Chẩn đoán tạng phủ

Chẩn đoán nguyên nhân

Chẩn đoán thể bệnh

V. Kết quả điều trị:

- Tổng điểm:

- Xếp loại:

Ngày tháng năm 20

Xác nhận của phòng

Kế hoạch tổng hợp

Bác sỹ điều trị

PHỤ LỤC 2
CÔNG THỨC HUYỆT TRONG NGHIÊN CỨU

Tên huyết	Đường kinh	Vị trí	Cách châm
Phong trì XI.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.	Hướng mũi kim về nhân cầu đôi diện 0,5– 0.8 thốn
Kiên tinh XI.21	Túc thiếu dương Đởm	Huyết ở giữa con đường từ C7-D1 đến mỏm cùng vai.	Châm thẳng 0,5 thốn
Kiên ngưng II.15	Thủ dương minh Đại trường	Hõm dưới mỏm cùng vai đòn, nơi bắt đầu của cơ delta.	Châm thẳng 0,5 – 1 thốn
Khúc Trì II.11	Thủ dương minh Đại trường	Huyết ở đầu nếp gấp khuỷu, nơi bám của cơ ngửa dài.	Châm thẳng 0,5 – 1 thốn
Hợp cốc II.4	Thủ dương minh Đại trường	Ở kẽ xương đốt bàn tay 1 và 2, về phía xương đốt bàn 2.	Châm thẳng 0,5 – 0,8 thốn
Ngoại quan X.5	Thủ thiếu dương Tam tiêu	Từ chính giữa cổ tay đo lên 2 thốn về phía mu tay, giữa xương quay và xương trụ	Châm thẳng 0,5 – 0,8 thốn
Đại chùy XIII.14	Mạch Đốc	Giữa liên đốt sống C7 – D1	Châm chéo 0,5 thốn
Đại trử VII.11	Túc thái dương Bàng quang	Từ giữa khe D1 – D2 đo ngang ra 1,5 thốn.	Châm chéo 0,5 thốn
Can du VII.18	Túc thái dương Bàng quang	Từ giữa khe D9 – D10 đo ngang ra 1,5 thốn	Châm chéo 0,5 thốn
Thận du VII.23	Túc thái dương Bàng quang	Từ giữa khe L2 – L3 đo ngang ra 1,5 thốn.	Châm thẳng 0.5 – 1 thốn

PHỤ LỤC 4

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

Phần	Nội dung	D₀	D₁₀	D₂₀
Phần 1 CƯỜNG ĐỘ ĐAU	A Hiện tại tôi không đau. B Hiện tại đau rất nhẹ. C Hiện tại đau vừa phải. D Hiện tại đau khá nặng. E Hiện tại đau rất nặng. F Hiện tại đau không thể tưởng tượng được.			
Phần 2 SINH HOẠT CÁ NHÂN (Tắm, Mặc quần áo,...)	A Tôi có thể tự chăm sóc bản thân mà không gây đau thêm B Tôi chăm sóc bản thân bình thường, nhưng gây đau thêm C Tôi bị đau khi chăm sóc bản thân, phải làm chậm và cẩn thận. D Tôi cần sự giúp đỡ, nhưng tự làm được hầu hết việc chăm sóc bản thân. E Tôi cần giúp đỡ trong hầu hết việc chăm sóc mình. F Tôi không tự mặc quần áo được, phải ở trên giường.			
Phần 3 NÂNG ĐỒ VẬT	A Tôi có thể nâng vật nặng mà không bị đau thêm. B Tôi có thể nâng vật nặng, nhưng bị đau thêm. C Đau làm tôi không nâng được vật nặng từ dưới sàn nhà lên, nhưng có thể nâng nếu vật ở vị trí thuận lợi (ví dụ: trên bàn...) D Đau làm tôi không nâng được vật nặng, nhưng tôi có thể nâng vật nhẹ và vừa nếu vật ở vị trí thuận lợi. E Tôi có thể nâng vật rất nhẹ. F Tôi không nâng hay mang vác được bất cứ vật gì.			

<p>Phần 4 ĐỌC (<i>Sách, báo,...</i>)</p>	<p>A Tôi có thể đọc lâu bao lâu mình muốn mà không bị đau cổ. B Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau nhẹ ở cổ. C Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau vừa phải ở cổ. D Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau vừa phải ở cổ. E Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau nặng ở cổ. F Tôi không thể đọc được bất cứ thứ gì.</p>			
<p>Phần 5 ĐAU ĐẦU</p>	<p>A Tôi không bị đau đầu. B Tôi bị đau đầu nhẹ nhưng không thường xuyên. C Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng không thường xuyên. D Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng thường xuyên. E Tôi bị đau đầu nặng thường xuyên. F Hầu như lúc nào tôi cũng bị đau đầu.</p>			
<p>Phần 6 KHẢ NĂNG TẬP TRUNG CHÚ Ý</p>	<p>A Tôi có thể dễ dàng tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn. B Tôi thấy hơi khó khăn để tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn. C Tôi thấy khá khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. D Tôi rất khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. E Tôi thấy cực kỳ khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. F Tôi không thể tập trung chú ý được.</p>			
<p>Phần 7 LÀM VIỆC</p>	<p>A Tôi có thể làm nhiều công việc như tôi mong muốn. B Tôi chỉ có thể làm được những công việc thường lệ của mình. C Tôi chỉ có thể làm được hầu hết những công việc thường lệ của mình. D Tôi không thể làm được công việc thường lệ của mình. E Tôi hầu như không làm được việc gì. F Tôi không thể làm được việc gì.</p>			

<p>Phần 8</p> <p>LÁI XE</p>	<p>A Tôi có thể lái xe mà không bị đau.</p> <p>B Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ nhẹ.</p> <p>C Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ vừa phải.</p> <p>D Tôi không thể lái xe bao lâu như mình muốn vì đau cổ vừa phải.</p> <p>E Tôi hầu như không lái xe được vì đau cổ nặng.</p> <p>F Tôi không thể lái được xe.</p>			
<p>Phần 9</p> <p>NGỦ</p>	<p>A Tôi không có vấn đề gì bất thường về ngủ.</p> <p>B Giấc ngủ của tôi bị rối loạn ít (ít hơn 1 tiếng mất ngủ).</p> <p>C Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nhẹ (1 -2 tiếng mất ngủ).</p> <p>D Giấc ngủ của tôi bị rối loạn vừa phải (2-3 tiếng mất ngủ)</p> <p>E Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nặng (3-5 tiếng mất ngủ).</p> <p>F Giấc ngủ của tôi bị rối loạn hoàn toàn (5-7 tiếng mất ngủ)</p>			
<p>Phần 10</p> <p>HOẠT ĐỘNG GIẢI TRÍ</p>	<p>A Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải trí mà không bị đau cổ.</p> <p>B Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải trí nhưng hơi đau cổ.</p> <p>C Tôi có thể tham gia hầu hết, nhưng không phải tất cả các hoạt động giải trí vì đau cổ.</p> <p>D Tôi chỉ có thể tham gia 1 số các hoạt động giải trí vì đau cổ.</p> <p>E Tôi hầu như không tham gia các hoạt động giải trí vì đau cổ.</p> <p>F Tôi không thể tham gia được bất kỳ hoạt động giải trí nào.</p>			

Phụ lục 5

BẢN CAM KẾT TÌNH NGUYỆN

Tên đề tài: *“Đánh giá tác dụng của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điện châm điều trị đau vùng cổ gáy”*

Tôi (Họ và tên): **Tuổi:** **Giới**

Địa chỉ:

Điện thoại liên hệ:

Số CMND: **Ngày cấp:** **Nơi cấp:**

Xác nhận rằng:

- Tôi đã đọc bản cung cấp thông tin về nghiên cứu đánh giá tác dụng của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điện châm điều trị đau vùng cổ gáy và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ông/bà muốn biết thêm thông tin/ có câu hỏi liên quan đến nghiên cứu, có thể liên hệ:

Bác sỹ: Lê Đức Khang - Điện thoại: 0972.499.865

Ký tên của người tham gia

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....