

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ TUYẾT

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP
TÁC ĐỘNG CỘT SỐNG KẾT HỢP SIÊU ÂM TRỊ
LIỆU ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG
CÁNH TAY CỔ DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

LUẬN VĂN BÁC SĨ NỘI TRÚ

HÀ NỘI - 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ TUYẾT

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP
TÁC ĐỘNG CỘT SỐNG KẾT HỢP SIÊU ÂM TRỊ
LIỆU ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG
CÁNH TAY CỔ DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN BÁC SĨ NỘI TRÚ

Người hướng dẫn khoa học:

TS. NGUYỄN TIẾN CHUNG

TS. HOÀNG TRUNG DŨNG

HÀ NỘI – 2025

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn tốt nghiệp này, tôi đã nhận được rất nhiều sự quan tâm giúp đỡ tận tình của các tập thể, cá nhân, gia đình, bạn bè. Tôi xin gửi lời cảm ơn trân thành tới:

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo Sau đại học, các Bộ môn Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam. Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch Tổng hợp, các khoa phòng của Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã giúp đỡ, tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Với tất cả sự kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin gửi tới TS. Nguyễn Tiến Chung và TS. Hoàng Trung Dũng, người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, tận tâm chỉ bảo cho tôi những kinh nghiệm quý giá cũng như luôn tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và thực hiện đề tài.

Tôi xin chân thành cảm ơn quý thầy cô, những nhà khoa học trong Hội đồng thông qua đề cương luận văn đã đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu giúp tôi hoàn thiện luận văn này.

Tôi xin gửi lời tri ân đến tất cả các bệnh nhân đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, những người thân trong gia đình, bạn bè đã luôn bên cạnh, động viên và giúp đỡ cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Hà Nội, ngày 30 tháng 12 năm 2025

Học viên

Nguyễn Thị Tuyết

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thị Tuyết, học viên lớp Bác sĩ nội trú – Khóa 6, chuyên ngành Y học cổ truyền, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, tôi xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi thực hiện dưới sự hướng dẫn trực tiếp của TS. Nguyễn Tiến Chung và TS. Hoàng Trung Dũng.
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 của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 30 tháng 12 năm 2025

Học viên

Nguyễn Thị Tuyết

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống theo y học hiện đại	3
1.1.1. Khái niệm	3
1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	3
1.1.3. Triệu chứng lâm sàng	4
1.1.4. Triệu chứng cận lâm sàng	7
1.1.5. Chẩn đoán hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ	9
1.1.6. Điều trị và phòng bệnh	9
1.2. Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống theo y học cổ truyền.....	11
1.2.1. Bệnh danh.....	11
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	12
1.2.3. Các thể lâm sàng và điều trị.....	12
1.3. Tổng quan phương pháp can thiệp sử dụng trong nghiên cứu.....	14
1.3.1. Tác động cột sống.....	14
1.3.2. Siêu âm điều trị	18
1.3.3. Xoa bóp bấm huyệt.....	20
1.4. Một số nghiên cứu có liên quan đến đề tài.....	21
1.4.1. Trên thế giới	21
1.4.2. Tại Việt Nam	22
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	24
2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu.....	24
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu.....	24
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu	24
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	24

2.3. Đối tượng nghiên cứu	24
2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	25
2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	26
2.3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	26
2.4. Phương pháp nghiên cứu	27
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	27
2.4.2. Các chỉ số nghiên cứu.....	28
2.4.3. Phương pháp lượng giá kết quả	28
2.4.4. Quy trình nghiên cứu	33
2.5. Phương pháp xử lý số liệu	37
2.6. Đạo đức nghiên cứu	38
2.7. Sơ đồ nghiên cứu	39
Chương 3. KẾT QUẢ	40
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	40
3.1.1. Đặc điểm chung	40
3.1.2. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	42
3.1.3. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang	42
3.1.4. Đặc điểm bệnh tật tại thời điểm D ₀	43
3.2. Kết quả điều trị.....	45
3.2.1. Tác dụng giảm đau.....	45
3.2.2. Tác dụng cải thiện tâm vận động cột sống cổ.....	49
3.2.3. Đánh giá cải thiện hội chứng rễ thần kinh	53
3.2.4. Tác dụng cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo NDI.	54
3.2.5. Sự thay đổi một số triệu chứng y học cổ truyền sau điều trị.....	58
3.3. Một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị.....	61
3.3.1. Tuổi.....	61
3.3.2. Giới tính.....	61
3.3.3. Nghề nghiệp.....	62

3.3.4. Thời gian mắc bệnh	62
Chương 4. BÀN LUẬN.....	63
4.1. Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	63
4.1.1. Đặc điểm chung	63
4.1.2. Đặc điểm bệnh lý	65
4.2. Kết quả điều trị.....	66
4.2.1. Tác dụng giảm đau.....	66
4.2.2. Tác dụng cải thiện hội chứng rễ	69
4.2.3. Tác dụng cải thiện tâm vận động cột sống cổ	70
4.2.4. Tác dụng cải thiện hạn chế sinh hoạt hàng ngày.....	73
4.2.5. Sự thay đổi về triệu chứng y học cổ truyền sau điều trị.....	74
4.3. Một số yếu tố liên quan kết quả điều trị.....	76
KẾT LUẬN.....	78
KHUYẾN NGHỊ	79
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
CSC	Cột sống cổ
D ₀	Trước điều trị
D ₁₄	Sau điều trị 14 ngày
D ₂₁	Sau điều trị 21 ngày
D ₇	Sau điều trị 7 ngày
CT	Can thiệp
ĐC	Đối chứng
HC	Hội chứng
MRI	Magnetic Resonance Imaging (<i>hình ảnh cộng hưởng từ</i>)
NDI	Neck Disability Index (<i>Bộ câu hỏi NDI đánh giá hạn chế sinh hoạt hàng ngày do đau cổ</i>)
TĐCS	Tác động cột sống
TVĐ	Tâm vận động
VAS	Visual Analogue Scale (<i>thang điểm đánh giá mức độ đau VAS</i>)
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Đánh giá mức độ đau VAS	29
Bảng 2.2. Tầm vận động cột sống cổ.....	31
Bảng 2.3. Đánh giá tầm vận động cột sống cổ.....	31
Bảng 2.4. Đánh giá HC rễ thần kinh.....	31
Bảng 2.5. Phân loại mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo NDI	32
Bảng 2.6. Bảng lượng giá một số triệu chứng của chứng Tý.....	33
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	40
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	42
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS tại D ₀	43
Bảng 3.4. Phân bố người bệnh theo mức độ hạn chế TVĐ cột sống cổ tại D ₀	43
Bảng 3.5. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI tại D ₀	44
Bảng 3.6. Mức độ đau VAS sau điều trị 7 ngày	45
Bảng 3.7. Mức độ đau theo VAS sau điều trị 14 ngày.....	46
Bảng 3.8. Mức độ đau theo VAS sau điều trị 21 ngày.....	47
Bảng 3.9. Mức độ hạn chế tầm vận động CSC sau 7 ngày điều trị.....	49
Bảng 3.10. Mức độ hạn chế tầm vận động CSC sau điều trị 14 ngày.....	50
Bảng 3.11. Mức độ hạn chế tầm vận động CSC sau điều trị 21 ngày.....	51
Bảng 3.12. Hội chứng rễ thần kinh sau 21 ngày điều trị.....	53
Bảng 3.13. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 7 ngày	54
Bảng 3.14. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 14 ngày	55
Bảng 3.15. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 21 ngày	56
Bảng 3.16. Thay đổi về mạch, lưỡi.....	58
Bảng 3.17. Lượng giá triệu chứng lạnh vùng cổ gáy	59
Bảng 3.18. Lượng giá triệu chứng sợ lạnh.....	60
Bảng 3.19. Lượng giá triệu chứng đau mỗi lưng gối.....	60
Bảng 3.20. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và kết quả điều trị.....	61

Bảng 3.21. Mối liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị	61
Bảng 3.22. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị	62
Bảng 3.23. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị	62

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính	41
Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	41
Biểu đồ 3.3. Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang CSC	42
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi điểm đau VAS trung bình tại các thời điểm điều trị ...	48
Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi điểm hạn chế TVĐ cột sống cổ trung bình tại các thời điểm điều trị	52
Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi trung bình điểm hạn chế sinh hoạt hằng ngày (NDI) tại các thời điểm điều trị	57

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1. X-quang cột sống cổ thẳng có hình ảnh phì đại máu bán nguyệt	7
Hình 1.2. X-quang cột sống cổ nghiêng có hình ảnh gai xương.....	8
Hình 1.3. X-quang cột sống cổ chéch có hình ảnh hẹp lỗ tiếp hợp	8
Hình 2.1. Thang đo VAS	29
Hình 2.2. Các động tác vận động của CSC.....	30
Hình 2.3. Thước đo TVĐ của khớp	30

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cổ vai cánh tay có tên gọi khác là hội chứng cánh tay cổ (mã ICD-10 là M53.1) hoặc bệnh lý rễ thần kinh cổ. Bao gồm những biểu hiện lâm sàng phát sinh do tổn thương cấu trúc tại CSC kết hợp rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh CSC và hoặc tủy cổ, không có tình trạng viêm. Nguyên nhân hay gặp nhất (70-80%) là do thoái hóa cột sống cổ [1], [2].

Tại một nghiên cứu có hệ thống được tiến hành thực hiện dựa vào các dữ liệu trong PubMed (MEDLINE), CINAHL và EMBASE từ thời điểm ban đầu đến ngày 25 tháng 02 năm 2020, tỷ lệ mắc bệnh lý rễ tủy cổ từ 0,83 đến 1,79 trên 1000 dân số mỗi năm [3]. Hiện nay tỷ lệ mắc bệnh ngày càng nhiều, đối tượng mắc bệnh ngày một trẻ hóa, không chỉ gây khó chịu cho người bệnh, giảm hoặc mất hiệu quả công việc mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống.

Phương pháp điều trị theo y học hiện đại (YHHĐ) bao gồm thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ, thuốc chống viêm không steroid, tiêm khớp liên mỏm cạnh cột sống, vật lý trị liệu: siêu âm trị liệu...[4], [5]. Tác dụng chủ yếu giúp giảm đau, cải thiện tầm vận động cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Trong y học cổ truyền, hội chứng cánh tay cổ thuộc phạm vi chứng Tý có bệnh danh Cảnh chủy thống. Nguyên nhân gây bệnh bao gồm: phong hàn thấp, huyết ứ, can thận suy yếu; tương ứng với pháp: khu phong, tán hàn, trừ thấp, hoạt huyết hóa ứ, tư bổ can thận với mục đích thiết lập lại cân bằng âm dương. Phương pháp điều trị trong YHCT chia thành hai nhóm: không dùng thuốc (cấy chỉ, châm cứu, tác động cột sống...) và dùng thuốc.

Phương pháp tác động cột sống được nghiên cứu sáng lập, phát triển bởi lương y Nguyễn Tham Tán. Liệu pháp này đã được triển khai trên lâm sàng để điều trị những bệnh lý liên quan đến cột sống. Đây là phương pháp không dùng thuốc, sử dụng phần mềm ở đầu ngón tay tác động cơ học lên hệ cột sống nhằm chẩn đoán và điều trị bệnh [6]. Hiện nay phương pháp tác động cột sống đã

đang được nghiên cứu và công nhận đem lại hiệu quả điều trị những bệnh như liệt nửa người do nhồi máu não, đau thần kinh tọa, đau thắt lưng do thoái hóa cột sống [7], [8], [9]. Phương pháp tác động cột sống Nguyễn Tham Tán là sự phối hợp sáng tạo của y học hiện đại và y học cổ truyền, mục đích mang đến tác dụng tốt, chi phí rẻ, dễ phổ cập. Siêu âm trị liệu là phương pháp điều trị của vật lý trị liệu, ưu điểm là không xâm lấn, tác dụng được tới lớp cơ sâu [10]. Hiện nay, hình thức đa trị liệu đang là xu thế lựa chọn do đem lại hiệu quả điều trị tối ưu. Nhằm phát huy tính ưu việt của mỗi phương pháp cùng với mục đích kế thừa, duy trì và phát triển tác động cột sống; đồng thời bổ sung các dữ liệu có tính khoa học về hiệu quả điều trị của phương pháp trị liệu này, chúng tôi triển khai nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả phương pháp tác động cột sống kết hợp siêu âm trị liệu điều trị người bệnh hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống”** với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả phương pháp tác động cột sống kết hợp siêu âm trị liệu điều trị người bệnh hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống.*
2. *Xác định một số yếu tố liên quan kết quả phương pháp tác động cột sống kết hợp siêu âm trị liệu điều trị người bệnh hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống theo y học hiện đại

1.1.1. Khái niệm

Hội chứng cánh tay cổ có tên gọi khác là bệnh lý rễ tủy cổ hoặc hội chứng cổ vai cánh tay, tập hợp những biểu hiện lâm sàng phát sinh do tổn thương cấu trúc tại cột sống cổ kết hợp rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh CSC và hoặc tủy cổ [11].

Tổn thương chủ yếu là do quá trình thoái hóa xảy ra tại sụn khớp và đĩa đệm. Kèm theo đó là những biến đổi của màng hoạt dịch, xương dưới sụn [12], [13]. Thoái hóa có thể ở bất cứ vị trí nào trên CSC nhưng đoạn từ C5 - C7 là thường gặp nhất [14].

1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

- Nguyên nhân gây hội chứng cánh tay cổ là thoái hóa CSC chiếm tỉ lệ 70 – 80% các trường hợp, tiếp theo là thoát vị đĩa đệm CSC chiếm khoảng 20 – 25%. Các căn nguyên hiếm gặp hơn như bệnh lý mô mềm cạnh cột sống, loãng xương nặng, khối u tăng sinh, chấn thương vùng cổ, tình trạng nhiễm trùng cột sống [1], [15].

- Cơ chế bệnh sinh của hội chứng cánh tay cổ: Thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm, thoái hóa khớp liên mấu làm hẹp các lỗ gian đốt sống gây biến dạng cơ học, chèn ép rễ thần kinh [16]. Bên cạnh đó, hẹp lỗ gian đốt sống trong thoái hóa cột sống cổ, chèn ép của đĩa đệm dẫn đến thiếu máu nuôi dưỡng, viêm, phù nề rễ và dây thần kinh. Các cytokine gây viêm giải phóng từ các đĩa đệm bị tổn thương cũng có thể gây ra các triệu chứng làm cho rễ, dây thần kinh bị tổn thương [17], [18].

1.1.3. Triệu chứng lâm sàng

1.1.3.1. Hội chứng cột sống cổ

- Mất đường cong sinh lý của cột sống: Có thể là gù, vẹo cột sống cổ.
- Đau vùng cột sống cổ: Bao gồm đau cấp hoặc mạn tính. Đau cấp hay xuất hiện đột ngột do vận động cổ quá mức, sau nhiễm lạnh. Đau mạn là đau kiểu âm ỉ tăng dần, đau tăng khi vận động.
- Co cơ cạnh sống: Sờ nắn vào cơ cạnh sống phát hiện trương lực cơ tăng hoặc co cứng.
- Có điểm đau cột sống cổ: Khi ấn vào các gai sau đốt sống tương ứng các rễ thần kinh.
- Hạn chế tầm vận động (TVĐ) của cột sống cổ: Biểu hiện lâm sàng là tư thế lệch đầu sang một bên, làm cho bệnh nhân không thể thực hiện được động tác quay đầu về phía đối diện do co cứng các nhóm cơ vùng cổ gáy [15], [19].

1.1.3.2. Hội chứng rễ thần kinh

- Đau kiểu rễ: Đau lan lên vùng chẩm, xuống vùng vai tay chạy dọc theo đường đi của dây thần kinh tương ứng. Tính chất đau kiểu cơ học, đau tăng khi tăng áp lực tại cột sống (hắt hơi, ho, rặn), giảm khi nghỉ ngơi.
- Rối loạn cảm giác và vận động kiểu rễ: Có thể gây ra yếu cơ ở chi trên với biểu hiện gồm giảm sức mạnh của các động tác như dạng khớp vai, gấp – duỗi cẳng tay và gấp các ngón tay. Ngoài ra, cũng hay gặp tê một vùng ở cánh tay, cẳng tay, bàn ngón hoặc có hiện tượng giật bó cơ.
- + Tổn thương kiểu kích thích: Gây rối loạn cảm giác chủ quan bao gồm đau, tê bì, rát hoặc bỏng, xuất hiện theo đường đi của rễ thần kinh. Cảm giác khách quan cũng bị rối loạn với biểu hiện tăng cảm giác tại khoanh da tương ứng với rễ thần kinh tổn thương.
- + Tổn thương kiểu hủy hoại: Cảm giác khách quan có hiện tượng tê bì, giảm hoặc mất [20].
- Tổn thương rễ thần kinh:

- + Rễ C1, C2 và một phần C3: Đau đầu vùng chẩm
- + Rễ C3: Đau vùng chẩm gáy, có thể có nói khó và tức ngực
- + Rễ C4: Đau vùng bả vai, thành ngực trước
- + Rễ C5: Đau mặt ngoài cánh tay, cẳng tay, kèm yếu cơ delta
- + Rễ C6: Đau mặt trước cánh tay đến ngón tay cái và ngón trỏ, kèm yếu cơ nhị đầu
- + Rễ C7: Đau mặt sau cánh tay đến ngón giữa kèm yếu cơ tam đầu
- + Rễ C8: Đau mặt trong cánh tay đến ngón nhẫn, ngón áp út kèm yếu cơ bàn tay [21].

- Các nghiệm pháp đánh giá kích thích rễ thần kinh:

+ Nghiệm pháp kéo giãn CSC: Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc đặt tay lên cằm và chẩm của bệnh nhân rồi kéo từ từ theo trục dọc, các triệu chứng rễ giảm hoặc mất.

+ Dấu hiệu bấm chuông: Xuất hiện đau lan theo đường đi dây thần kinh khi thầy thuốc ấn vào điểm cạnh sống.

+ Nghiệm pháp Spurling (ép rễ thần kinh cổ): Đánh giá dương tính khi thầy thuốc dùng tay ép lên đỉnh đầu bệnh nhân (bệnh nhân ngồi hoặc nằm ở tư thế nghiêng đầu về phía tổn thương) thì xuất hiện cơn đau có tính chất lan tỏa từ vùng cổ xuống vai, dọc theo cánh tay, cẳng tay và có thể đến bàn – ngón tay.

+ Nghiệm pháp trùng rễ thần kinh cổ: Thầy thuốc đưa cánh tay phía bên bị đau của người bệnh lên trên đầu và ra sau (tư thế gác tay lên đầu). Kết quả được coi là dương tính khi động tác này làm cho các triệu chứng rễ thần kinh (như đau lan hoặc dị cảm) giảm đi hoặc biến mất hoàn toàn [21].

- Một số dấu hiệu tổn thương rễ:

+ Rối loạn cảm giác có đặc điểm kiểu rễ tại các vùng tương ứng do rễ thần kinh chi phối.

+ Bệnh nhân có biểu hiện các rối loạn vận mạch (kiểu rối loạn thần kinh giao cảm), rối loạn dinh dưỡng (hiêm gập, có thể teo ô mô cái), rối loạn phản

xạ (tùy theo vị trí tổn thương: giảm phản xạ gân cơ tam đầu – tổn thương C7, giảm phản xạ gân cơ nhị đầu – tổn thương C6,...) [14].

1.1.3.3. Các hội chứng rối loạn thần kinh thực vật

- Hội chứng đám rối thần kinh cổ sau: Xuất hiện tê cứng bàn tay kiểu Raynaud, có các cơn đau kiểu mạch đập ở vùng chẩm, hội chứng Claude Bernard - Horner, loạn cảm bỏng buốt tại khớp vai, co cứng các cơ vùng cổ, kèm hợt hơi, tức ngực, dị cảm ở họng.

- Hội chứng giao cảm cổ sau (Hội chứng Barre-Lieou): Các triệu chứng bao gồm đau nửa đầu hoặc đau khu trú vùng chẩm đi kèm với ù tai, giảm thị lực, hoa mắt, chóng mặt, rối loạn vận mạch, các triệu chứng xuất hiện tăng dần lên khi quay cổ.

- Đau quanh khớp vai: Đau từ cổ xuống vai, cánh tay, có thể tức ngực vùng trước tim.

- Hội chứng cơ thang: Đau theo kiểu rễ thần kinh, xuất phát từ mặt trong cánh tay, kéo dài đến ngón 4 và ngón 5. Bên cạnh đó, cơn đau còn có biểu hiện lan ngược lên khu vực vùng chẩm, khi cử động đầu sang bên đau thì đau tăng và kèm theo lạnh ngón chi, mất mạch quay, xanh tím, phù nề.

- Hội chứng vai - tay: Hội chứng này được đặc trưng bởi cảm giác đau tại khu vực bàn tay và các ngón tay. Kèm theo các rối loạn vận mạch và dinh dưỡng biểu hiện là thay đổi màu sắc da (xanh tím), thay đổi nhiệt độ (giảm) so với chi đối diện (bên lành) [20].

1.1.3.4. Hội chứng động mạch sống nền

- Đau đầu vùng chẩm từng cơn, đau lan vùng đỉnh, thái dương, trán. Trong cơn đau có thể kèm theo chóng mặt, hoa mắt, mờ mắt, mất thị lực thoáng qua, ù tai, tiếng ve kêu trong tai, thường xuất hiện vào buổi sáng.

- Khám phát hiện rung giật nhãn cầu, hội chứng giao bên, hội chứng tiểu não [20].

1.1.3.5. Hội chứng chèn ép tủy cổ

Gặp ở một số trường hợp các gai xương ở phía sau thân đốt chèn ép vào phần trước tủy, bệnh nhân có dấu hiệu liệt cứng nửa người hoặc tứ chi tăng dần [19], [20].

Trong lâm sàng, nếu khám không có dấu hiệu Spurling (con đau có tính chất lan tỏa kiểu rễ từ vùng cổ, qua vai, xuống cánh tay, cẳng tay, đến tận bàn tay) và dấu hiệu Lhermitte (khi thực hiện động tác gấp cổ thấy xuất hiện cơn đau như điện giật và lan nhanh từ cột sống cổ xuống cột sống lưng) thì có thể định hướng chẩn đoán cho bệnh nhân không phải thoát vị đĩa đệm CSC hoặc thoái hóa CSC có HC tủy cổ.

1.1.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- X-quang CSC thường quy gồm: thẳng, nghiêng, chếch $\frac{3}{4}$ phải và trái. Hình ảnh trên phim X-quang điển hình của thoái hóa cột sống bao gồm: hẹp khe đĩa đệm, đặc xương dưới sụn và xẹp các diện dưới sụn, chồi xương gai xương tân tạo [22].



Hình 1.1. X-quang cột sống cổ thẳng có hình ảnh phì đại mấu bán nguyệt [23]



Hình 1.2. X-quang cột sống cổ nghiêng có hình ảnh gai xương [23]



Hình 1.3. X-quang cột sống cổ chếch có hình ảnh hẹp lỗ tiếp hợp [23]

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống cổ: chỉ định khi BN đau kéo dài (trên bốn đến sáu tuần), cơn đau có tính chất tăng dần về cường độ, tiến triển xấu đi của các dấu hiệu thần kinh khu trú, bệnh lý tủy cổ hoặc nhiễm trùng.

- Cắt lớp vi tính (CLVT) mang giá trị chẩn đoán bệnh lý rễ thần kinh, cấu trúc bên trong ống sống, những bất thường mà X-quang thường không phát hiện được.

- Điện cơ (EMG) phát hiện, đánh giá rễ tổn thương nguồn gốc thần kinh và phân biệt bệnh lý rễ/dây thần kinh ngoại biên với bệnh lý tủy cổ [1], [15].

1.1.5. Chẩn đoán hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ

1.1.5.1. Chẩn đoán xác định

- Có tối thiểu 1 trong các biểu hiện lâm sàng của hội chứng CSC:
 - + Đau CSC tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi.
 - + Ấn đau điểm CSC kèm co cứng cơ cạnh sống.
 - + Hạn chế vận động CSC.
- Có tối thiểu 1 trong các biểu hiện lâm sàng của hội chứng rễ:
 - + Con đau có nguồn gốc từ cột sống cổ chạy lan theo phân bố giải phẫu của rễ thần kinh tương ứng.
 - + Nghiệm pháp kích thích rễ: dấu hiệu bấm chuông, nghiệm pháp kéo giãn CSC, nghiệm pháp Spurling, nghiệm pháp trùng rễ thần kinh cổ.
 - + Nghiệm pháp tổn thương rễ: rối loạn cảm giác, rối loạn vận động phản xạ chi trên kiểu rễ, rối loạn thần kinh thực vật.
- Trên phim X-quang CSC có tối thiểu 1 trong 3 biểu hiện sau: gai xương thân đốt, hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn [24].

1.1.5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý CSC như viêm CSC, u cột sống, chấn thương...
- Bệnh lý tại tủy sống do viêm nhiễm, bệnh rong tủy, u tủy sống...
- Bệnh lý ngoài CSC như bệnh lý tim mạch (bệnh tim thiếu máu cục bộ), tổn thương thần kinh (viêm đám rối cánh tay, hội chứng chèn ép ống cổ tay, hội chứng lồi ra lồng ngực), tổn thương khớp và mô mềm (bệnh lý nội tại khớp vai,...) [25], [26].

1.1.6. Điều trị và phòng bệnh

1.1.6.1. Điều trị

Nguyên tắc điều trị cơ bản là phối hợp điều trị căn nguyên với điều trị triệu chứng. Nội khoa bao gồm điều trị bằng thuốc kết hợp không dùng thuốc. Điều trị ngoại khoa khi có chỉ định [10].

* Điều trị bảo tồn:

- Phương pháp dùng thuốc:

+ Thuốc giảm đau: Tương ứng mức độ đau mà sử dụng các thuốc theo bậc: bậc 1 (paracetamol), bậc 2 (paracetamol kết hợp tramadol hoặc codein).

+ Thuốc giảm đau thần kinh (pregabalin, gabapentin) dùng trong trường hợp đau rễ thần kinh nặng.

+ Thuốc giãn cơ (eperison, tolperisone,...) dùng khi cơ bị co cứng.

+ Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) cần lưu ý tác dụng phụ.

+ Vitamin nhóm B (mecobalamin...) dùng khi rễ/dây thần kinh có tổn thương [1].

- Phương pháp điều trị không dùng thuốc: Giáo dục sức khỏe người bệnh.

Mục tiêu hướng dẫn bệnh nhân thay đổi các thói quen sinh hoạt, môi trường làm việc để giảm thiểu các yếu tố nguy cơ và thúc đẩy quá trình hồi phục. Có định cổ tương đối bằng đai cổ mềm trong giai đoạn cấp. Vật lý trị liệu – phục hồi chức năng như liệu pháp nhiệt, kích thích điện, siêu âm trị liệu, tập vận động CSC, xoa bóp, kéo giãn cột sống [1].

* Điều trị ngoại khoa:

- Can thiệp ngoại khoa được cân nhắc trong các trường hợp sau:

+ Đau kháng trị: Đau dai dẳng, nghiêm trọng, không đáp ứng với các liệu pháp điều trị nội khoa bảo tồn.

+ Tổn thương thần kinh tiến triển: Sự xuất hiện hoặc trầm trọng thêm của tổn thương thần kinh khu trú (ví dụ: yếu cơ, teo cơ, mất cảm giác).

+ Chèn ép tủy cổ: Có dấu hiệu chèn ép tủy sống cổ (cervical myelopathy) rõ rệt.

- Các phương pháp phẫu thuật thường được áp dụng bao gồm:

+ Giải phóng chèn ép thần kinh: Phẫu thuật chỉnh sửa cột sống nhằm mở rộng lỗ tiếp hợp bị hẹp để giải phóng áp lực lên rễ thần kinh.

+ Cắt bỏ đĩa đệm: Lấy bỏ nhân nhầy của đĩa đệm bị thoát vị.

* Các phương pháp can thiệp khác bao gồm:

+ Phong bế thần kinh: Thực hiện phong bế rễ thần kinh chọn lọc.

+ Đốt thần kinh bằng sóng cao tần: Áp dụng kỹ thuật đốt các dây thần kinh cạnh hạch giao cảm cổ để giảm đau [1].

1.1.6.1. Phòng bệnh

Người bệnh cần duy trì tư thế đầu và cổ thích hợp trong sinh hoạt, công việc, học tập và các hoạt động thể thao. Cần tránh những tư thế không đúng (gập cổ, uốn cổ hoặc xoay cổ quá mức) trong thời gian dài; tránh ngồi hoặc đứng quá lâu, chú ý tư thế ngồi và ghế ngồi thích hợp. Ngoài ra, thực hiện các bài tập vận động CSC thích hợp để tăng cường sức cơ vùng cổ vai cũng như tránh cho cơ vùng cổ bị mỏi hoặc căng cứng [2]. Khi duy trì tư thế ngồi kéo dài (trong công việc, di chuyển bằng phương tiện,...) cần thiết sử dụng ghế có tấm hỗ trợ cổ và lưng, đeo đai cổ định vùng cổ chuyên dụng nhằm bảo vệ cột sống cổ. Bên cạnh đó, việc tập thể dục đơn thuần hoặc tập thể dục kết hợp với các phương pháp điều trị khác có thể có lợi ích với người bệnh. Chú ý cần lựa chọn những bài tập thích hợp với từng thể trạng người bệnh [25]. Những người làm các công việc đòi hỏi phải duy trì tư thế bất lợi kéo dài gây ảnh hưởng cột sống cổ nên thực hiện chế độ nghỉ ngơi điều độ để giảm áp lực lên vùng cột sống cổ. Đặc biệt, thăm khám sức khỏe định kỳ phát hiện sớm các dấu hiệu bệnh lý và điều trị sớm [15].

1.2. Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống theo y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống có bệnh danh là Cảnh chùy thông thuộc phạm vi chứng Tý. Chứng Tý là tình trạng bế tắc, không thông. Do tà khí bên ngoài (phong, hàn, thấp) xâm nhập vào hệ thống kinh lạc gây nên tình trạng bế tắc, không lưu thông. Điều này làm cản trở quá trình vận hành của khí và huyết, dẫn đến đau nhức, ê ẩm, tê dại, lâu ngày hạn chế cử động các khớp [21], [27].

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Tà khí bên ngoài: Tẩu lý sơ hở, môi trường sống, khí hậu ẩm thấp mưa nhiều tạo điều kiện cho ngoại tà (phong, hàn, thấp) xâm nhập vào hệ thống kinh lạc, ngưng đọng tại khớp dẫn đến sự tắc nghẽn vận hành khí huyết. Tình trạng ứ kết lâu ngày của tà khí (phong, hàn, thấp) tại kinh lạc có thể hóa nhiệt hoặc vốn sẵn nhiệt ở kinh lạc kết hợp với sự xâm phạm của tà khí bên ngoài mà gây ra “nhiệt tý” [21], [28].

Khí trệ huyết ứ: Sang thương, sinh hoạt lao động nặng sai tư thế gây ảnh hưởng sự lưu thông khí huyết ở kinh lạc “bất thông tắc thống”.

Can thận hư suy: Do tiên thiên bất túc, sinh hoạt phòng dục quá độ, cựu bệnh, tuổi cao thiên quý suy làm tổn hại tạng (thận, can). Thận tàng tinh, tinh sinh tủy, chủ cốt tủy và can chủ gân, can thận đồng nguồn nên can thận hư khiến cân cơ, xương khớp mất đi sự nuôi dưỡng [24],[29].

1.2.3. Các thể lâm sàng và điều trị

Tùy theo từng tác giả mà có cách phân chia thể bệnh khác nhau và phương trị bệnh, thông tin mới nhất được diễn giải một cách hệ thống như sau [2], [21], [27]:

1.2.1.1. Thể phong hàn

- Chứng trạng: Bệnh thường khởi phát sau khi tiếp xúc với lạnh, cơ vùng cổ gáy co cứng, đau nhức, đau có thể lan lên vùng đầu hoặc kèm theo tê bì xuống vùng vai, cánh tay, hạn chế vận động co duỗi, thích ẩm, sợ gió sợ lạnh, mạch phù hoãn, rêu lưỡi trắng mỏng.

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

- Phương dược: Quế chi thang gia cát căn.

- Châm cứu: Phong trì (GB.20), Liệt khuyết (LU.7), Hợp cốc (LI.4), Thiên trụ (BL.10), Giáp tích C4-C7, Đại trùy (GV.14), Kiên tỉnh (GB. 21), Thủ tam lý (LI.10), Hậu Khê (SI.3), Ngoại quan (TE.5), A thị huyết.

Liệu trình: Ôn châm một lần/ngày, mỗi lần châm 10 huyệt. Mỗi đợt kéo dài từ 20 – 30 ngày tùy theo tình trạng bệnh.

- XBBH: Các thủ thuật được áp dụng gồm xoa, xát, lăn, day, đấm, bóp, chặt, ấn, bấm vào vị trí huyết như phác đồ châm cứu. TĐCS vùng cổ vai gáy, vận động cột sống (gập, duỗi, nghiêng, quay).

Xoa bóp ngày một lần, mỗi lần 15-20 phút. Mỗi đợt điều trị từ 20-30 ngày tùy theo tình trạng bệnh.

1.2.1.2. Thể huyết ứ

- Chứng trạng: Thường xuất hiện sau bê vác vật nặng, khi nằm nghiêng đầu gối quá cao, đau vùng cổ gáy, cánh tay, đau một điểm cố định, co cứng cơ vùng cổ. Mạch sấp, sắc lưỡi ám tím kèm có điểm ứ huyết.

- Pháp trị: Hoạt huyết hóa ứ, chỉ thống.

- Phương dược: Tứ vật đào hồng gia giảm.

- Châm cứu: Châm tả: Hậu Khê (SI.3), Cách du (B.17), Kiên tĩnh (TE.21), Thủ tam lý (LI.10), Thân mạch (BL.62), Liệt khuyết (L7), Dương lăng tuyền (G.34), Thiên trụ (BL.10), Giáp tích C4 – C7, A thị huyết.

Châm một lần/ngày, mỗi lần châm 10 huyết. Mỗi đợt kéo dài từ 20 – 30 ngày tùy theo tình trạng bệnh.

- XBBH: Thủ thuật giống thể phong hàn với phác đồ huyết như trên.

1.2.1.3. Thể can thận hư

- Chứng trạng: Đau vùng cổ vai gáy lan lên phía trên đầu, kèm tê bì ở tay, mắt nhìn mờ, chóng mặt, đau mỏi lưng gối, ngũ tâm phiền nhiệt, đạo hãn, miệng khô, họng khát, có thể xuất hiện triệu nhiệt. Mạch tế sác, sắc lưỡi đỏ, rêu ít.

- Pháp trị: Bổ can thận, thông kinh lạc.

- Phương dược: Hồ tiêm hoàn gia giảm.

- Châm cứu: Châm bổ các huyết Thái Khê (KI.3), Can du (BL.18), Thận du (BL.23), Thiên trụ (BL.10), Giáp tích C4 – C7, Thủ tam lý (LI.10), Huyền chung (GB.39), Tam âm giao (SP.6), Đại trử (BL.11), A thị huyết.

Châm một lần/ngày, mỗi lần châm 10 huyết. Mỗi đợt kéo dài từ 20 – 30 ngày tùy theo tình trạng bệnh.

XBBH: Thủ thuật giống thể phong hàn với phác đồ huyết như trên. TĐCS vùng cổ vai gáy.

1.2.1.4. Thể can thận hư, phong hàn thấp tà xâm phạm

- Chứng trạng: Đau mỗi vùng cổ gáy lâu ngày kèm tê lan xuống vai cánh tay, bàn tay, trời lạnh đau tăng, chườm ấm đỡ đau. Công năng tạng can thận suy giảm khiến cân cơ co rút, cử động hạn chế, đau nhức đầu, ù tai, đau mỗi lưng gối, tiểu đêm. Mạch trầm, sắc lưỡi hồng, rêu trắng.

- Pháp: Tư bổ can thận, khu phong tán hàn trừ thấp, thông kinh hoạt lạc.

- Phương dược: Quyên tý thang gia giảm.

- Châm cứu: Châm giống thể phong hàn và thể can thận hư.

Châm một lần/ngày, mỗi lần châm 10 huyệt. Mỗi đợt kéo dài từ 20 – 30 ngày tùy theo tình trạng bệnh.

- XBBH: Thủ thuật giống thể phong hàn với phác đồ huyết như trên. TĐCS vùng cổ vai gáy.

HC cánh tay cổ do thoái hóa cột sống trong lâm sàng tương ứng thể can thận hư kiêm phong hàn thấp.

1.3. Tổng quan phương pháp can thiệp sử dụng trong nghiên cứu

1.3.1. Tác động cột sống

1.3.1.1. Nguồn gốc

Phương pháp tác động cột sống là công trình nghiên cứu được đúc rút tinh hoa của cô lương y Nguyễn Tham Tán - Người thầy tổ sáng lập ra sau hơn 40 năm nghiên cứu ứng dụng và truyền dạy có các nguyên tắc, thủ thuật và các phương thức chẩn đoán và điều trị chặt chẽ khoa học, giúp thầy thuốc dễ theo dõi áp dụng và thực hiện đạt hiệu quả cao trong chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh [30], [31], [32].

1.3.1.2. Khái niệm

Tác động cột sống là phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc. Người thầy thuốc dùng phần mềm ở đầu các ngón tay thao tác lên hệ cột sống người

bệnh theo các nguyên tắc, phương thức và thủ thuật nhằm trị bệnh [30].

1.3.1.3. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định [30], [31]:

+ Các chứng đau trong các bệnh lý: Hội chứng cổ vai tay, đau lưng, đau thần kinh liên sườn, đau thần kinh hông to, đau cổ vai gáy, đau đầu, viêm quanh khớp vai, đau dạ dày, đau bụng kinh.

+ Các chứng liệt trẻ em, liệt người lớn: Liệt do di chứng bại não, liệt mặt (do các nguyên nhân), liệt 1/2 người do tai biến mạch máu não, liệt do chấn thương cột sống.

+ Các bệnh lý khác: Viêm khớp dạng thấp, suy nhược thần kinh, mất ngủ kéo dài, hen phế quản, huyết áp dao động, rối loạn nhịp tim, đái dầm...

- Chống chỉ định:

+ Các bệnh lý nhiễm trùng ngoài da, chàm,...

+ Gãy xương, ung thư xương.

+ Các bệnh cấp cứu nội, ngoại khoa.

1.3.1.4. Các nguyên tắc chẩn đoán và điều trị bệnh

Nguyên tắc là những quy định bắt buộc và là kim chỉ nam cho người thầy thuốc trong quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh [30], [31].

- Các nguyên tắc chẩn bệnh:

+ Nguyên tắc đối xứng: Trên cơ sở so sánh các hiện tượng bất đối xứng của hệ cột sống và các vùng ngoại vi, từ đó phát hiện tình trạng bệnh lý.

+ Nguyên tắc hưng phấn: Trong khu vực hưng phấn có chứa trọng điểm, khu vực ức chế không có trọng điểm.

+ Nguyên tắc trọng khu: Tìm ra khu vực rối loạn, cũng là nơi có trọng điểm khu trú.

+ Nguyên tắc trọng điểm: Là điểm rối loạn nhất trong trọng khu.

- Nguyên tắc trị bệnh:

+ Nguyên tắc định lực: Là sự quy định lực tác động của thầy thuốc trong

thao tác trị bệnh. Đối với vùng lưng trên từ D1 đến D7 sử dụng sức mạnh của 1 ngón tay.

+ Nguyên tắc tạo sóng cảm giác: Khi tác động lên trọng điểm gây sự phản ứng của gân cơ co xen kẽ nhịp nhàng thành lớp lớp như sóng thích hợp nhất.

+ Nguyên tắc định hướng: Khi tác động trị bệnh theo hướng từ ngoài vào hệ cột sống.

+ Nguyên tắc định lượng: Khi giải tỏa trọng điểm đạt ngưỡng (thay đổi hình thái trọng điểm) thì ngừng lại. Không làm quá ngưỡng hay chưa tới ngưỡng vì sẽ không đem lại hiệu quả điều trị.

+ Nguyên tắc điều nhiệt: Tác động trị bệnh mà không điều hòa được nhiệt độ thì tuyệt đối không tiếp tục [30], [31].

* Các thủ thuật chẩn bệnh [32], [33]:

- Thủ thuật áp: Sử dụng lòng bàn tay hoặc mu tay đặt sát với lớp da thuộc những vùng cần đánh giá của người bệnh để thao tác theo trình tự thủ thuật. Mục đích nhằm phát hiện sự biến đổi về nhiệt độ da.

- Thủ thuật vuốt: Sử dụng đầu ngón hoặc cả thân ngón của các ngón tay trỏ, giữa, nhẫn; có thể dùng 1, 2 hoặc cả 3 ngón đặt trên cơ vùng cổ hoặc cột sống người bệnh, thao tác theo hướng kéo hất ngón tay vào lòng bàn tay. Mục đích nhằm phát hiện hình thái bệnh lý của đốt sống và cơ.

- Thủ thuật ấn: Sử dụng phần mềm ở đầu ngón tay cái hoặc giữa, đặt tĩnh trên đầu gai sống bị biến đổi và lớp cơ với các thao tác nhanh, chậm, nông, sâu, hai bên cạnh đốt sống. Mục đích để phát hiện vị trí khu trú lớp cơ bệnh lý.

- Thủ thuật vê: Sử dụng phần mềm ở đầu ngón tay tác động vào móm gai đốt, gian đốt, cạnh đốt. Mục đích nhằm phát hiện hình thái đốt sống, lớp cơ bệnh lý, vị trí điểm đau nhất.

* Các thủ thuật trị bệnh [6], [31]:

- Thủ thuật đẩy: Mục đích nhằm giải tỏa lớp cơ bệnh lý, giải tỏa sự dính

cứng của các đốt sống. Sử dụng lực ngón tay cái hoặc hai ngón tay đặt tĩnh tại trọng điểm, thực hiện đẩy từ ngoài vào trong theo hướng trục.

- Thủ thuật xoay: Nhằm giải tỏa cơ bệnh lý co mềm, không di động. Sử dụng lực ở phần mềm ngón tay cái hoặc giữa đặt tĩnh tại trọng điểm rồi xoay tròn tạo cảm giác đau thích hợp (giảm dần cảm giác đau).

- Thủ thuật bật: Giải tỏa trọng điểm có hình thái lớp cơ bệnh lý xơ, sợi. Dùng phần mềm đầu ngón tay cái, ngón giữa bật trượt nhanh và mạnh ở trên sợi cơ bệnh lý bằng lực thích hợp tạo cho người bệnh có một cảm giác đau nhằm giải tỏa tình trạng cơ co.

- Thủ thuật rung: Tạo cho người bệnh có cảm giác thoải mái, dễ chịu làm giảm co cứng cơ. Đặt ngón cái hoặc ngón tay giữa vào vị trí trọng điểm rồi rung lắc bàn tay nhịp nhàng giúp làm mềm cơ bệnh lý.

- Thủ thuật bĩ: Dùng phần mềm ngón tay giữa ấn sâu vào lớp cơ bệnh lý khiến cho người bệnh giảm cảm giác đau tại trọng điểm.

- Thủ thuật lách: Xác định được trọng điểm mới nếu có và giải tỏa điều trị những cơ còn co cứng. Sử dụng góc bàn tay ấn, day vùng trọng điểm và vùng lân cận.

1.3.1.5. Các biến đổi trên bệnh nhân hội chứng cánh tay cổ

Đốt sống biến đổi: Từ C1 đến D2.

Lớp cơ biến đổi: Lớp cơ trên đầu gai C1-C7, vùng chằm, hai bên cơ ức đòn chũm, tiết cơ ngang C4-C7.

Cảm giác biến đổi: Cảm giác đau tại trọng điểm.

Nhiệt độ biến đổi: Vùng cổ gáy tăng hoặc giảm nhiệt độ hơn so với các vùng khác.

1.3.1.6. Một số thủ thuật tác động cột sống điều trị bệnh vùng cổ vai gáy

Thủ thuật TĐCS hay dùng là thủ thuật xoay và bật [32], [33].

- Đau cổ vai gáy có co cứng cơ và hạn chế vận động:

- + Trọng điểm: Sử dụng thủ thuật xoay, bật giải tỏa cơ cạnh sống C1- C7.

- + Liên quan: Sử dụng thủ thuật xoay, bật giải tỏa cơ co cạnh sống D1, D2.

- Tùy vị trí và triệu chứng đau, tê mà tác động vào vị trí cơ co cạnh sống khác nhau:

- + Vùng chằm: C1, C2.
- + Vùng vai: C3, C4.
- + Cánh tay đoạn từ vai đến khuỷu: C5, C6.
- + Cử động khó khăn, đau tê ngón tay cái: Tác động vị trí cơ co cạnh sống tại C6.
- + Vùng khuỷu tay và ba ngón tay giữa: C7.
- + Vùng cổ tay, ngón tay út: C7, D1.

1.3.2. Siêu âm điều trị

1.3.2.1. Định nghĩa:

Sóng âm được định nghĩa là quá trình lan truyền năng lượng trong một môi trường vật chất đàn hồi thông qua sự dao động của các phần tử. Đặc trưng cơ bản của sóng âm là sự lan truyền dưới dạng sóng dọc trong đó phương dao động của các phần tử môi trường song song với phương truyền sóng [34]. Siêu âm là các âm có tần số trên 20.000Hz, tai người không nghe được. Trong điều trị dùng siêu âm có tần số từ 1-3 MHz [34], [35].

1.3.2.2. Tác dụng:

Trong lĩnh vực Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng, siêu âm được sử dụng với công suất dao động trong khoảng 0,1 đến 3 Watt/cm². Khi năng lượng siêu âm được truyền vào mô sinh học, nó gây ra ba hiệu ứng cơ bản: hiệu ứng nhiệt, hiệu ứng cơ học, hiệu ứng hóa học. Dựa trên ba cơ chế tác động này, siêu âm trị liệu mang lại các tác dụng sau:

- Giảm đau và giãn cơ: Sóng siêu âm kích thích trực tiếp lên các cảm thụ thần kinh giúp làm giảm cảm giác đau và tình trạng co thắt cơ.
- Tăng cường lưu thông máu (cục bộ): Do sự tăng nhiệt độ mô, tăng tính thấm thành mạch và tổ chức xung quanh.
- Tăng cường hấp thu dịch phù nề, tăng trao đổi chất, cải thiện dinh dưỡng

mô và tái sinh tổ chức. Có được tác dụng trên là do sự dao động của các phần tử và biến đổi áp suất luân phiên trong mô làm tăng tính thấm của màng tế bào, thúc đẩy tính khuếch tán cũng như thẩm thấu qua màng.

1.3.2.3. Chỉ định:

- Tổn thương khớp, phần mềm, xương sau chấn thương.
- Bệnh lý về thần kinh ngoại vi.
- Bệnh lý về tuần hoàn ngoại vi.
- Viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp, viêm bao hoạt dịch, viêm cơ.
- Bệnh lý cơ quan nội tạng.
- Giảm đau, giảm co thắt.

1.3.2.4. Chống chỉ định:

- Không sử dụng siêu âm điều trị mắt, viêm buồng trứng, viêm tinh hoàn.
- Tử cung người đang có thai.
- Vùng da mất cảm giác nóng lạnh.
- Đang chảy máu nội tạng.
- Bệnh lao tiến triển (lao phổi, lao da, lao xương khớp...).
- Bệnh ung thư.
- Nhiễm trùng lan rộng.
- Không siêu âm qua não, qua tim.

1.3.2.5. Phương pháp điều trị bằng siêu âm:

- Siêu âm trực tiếp qua da: Đặt đầu siêu âm tiếp xúc với da thông qua một môi trường trung gian để dẫn truyền siêu âm (thường dùng chất gel, dầu, mỡ thuốc, vaselin...)[35].

- Kỹ thuật: Đầu phát siêu âm được di động chậm theo vùng điều trị.
- Liều điều trị:
 - + Số lần điều trị: 1 lần/ngày, trong khoảng 10 ngày
 - + Công suất điều trị: 0,5 – 0,8 W/cm²
 - + Thời gian điều trị: 10 phút

+ Tần số điều trị: 1 MHz

1.3.2.6. Tai biến trong điều trị:

Trong quá trình điều trị dùng siêu âm trị liệu có thể xảy ra tai biến không mong muốn: bỏng tại vị trí siêu âm, hiện tượng sinh hốc,...

1.3.3. Xoa bóp bấm huyết

- Định nghĩa:

Xoa bóp bấm huyết là phương pháp điều trị và dự phòng bệnh được xây dựng bởi lý luận YHCT. Đặc trưng cơ bản của phương pháp xoa bóp bấm huyết là chủ yếu dùng các ngón tay, bàn tay của người thực hiện để tác động lên các huyết vị, da, cơ, khớp xương của bệnh nhân gây cảm giác dễ chịu ngay sau khi thực hiện và giảm nhẹ các triệu chứng của bệnh hướng tới mục tiêu cải thiện sức khỏe và điều trị bệnh [36], [37], [38].

- Tác dụng [38]:

+ Theo y học hiện đại:

Tác dụng toàn thân thông qua cơ chế thần kinh và thể dịch. Tác dụng tại chỗ là giảm đau, giảm co cơ, cải thiện chuyển hóa dinh dưỡng và tăng cường lưu thông tuần hoàn.

+ Theo y học cổ truyền:

Xoa bóp bấm huyết tác động trực tiếp trên huyết vị và kinh lạc có khả năng khu trừ ngoại tà, khai thông kinh mạch và cân bằng âm dương.

- Chỉ định [38]:

+ Các chứng đau, tăng trương lực cơ: Đau thần kinh liên sườn, viêm quanh khớp vai, hội chứng cổ vai tay, đau thần kinh hông to.

+ Các chứng liệt: Liệt ½ người do tai biến mạch máu não, liệt mặt, liệt do chấn thương cột sống.

+ Tăng cường vi tuần hoàn và chuyển hóa dinh dưỡng cho các mô da, cơ và thần kinh. Đồng thời, đóng vai trò kích thích quá trình tái tạo và phục hồi chức năng dẫn truyền thần kinh bị suy giảm.

+ Thư giãn hệ thần kinh, giảm căng thẳng tâm lý và hỗ trợ phục hồi cơ bắp sau các hoạt động sinh hoạt, lao động.

- Chống chỉ định [38]:

+ Suy giảm chức năng cơ quan nặng (tim, gan, thận).

+ Các trường hợp ác tính (ung thư), khối u, lao đang tiến triển (lao hoạt động).

+ Bệnh lý về da cấp tính hoặc nhiễm trùng da.

+ Phụ nữ có thai.

+ Gãy xương/nghi gãy xương, trật khớp, tất cả các bệnh lý cấp cứu ngoại khoa.

1.4. Một số nghiên cứu có liên quan đến đề tài

1.4.1. Trên thế giới

- Wenxiong Li và cộng sự (2024) đã đánh giá tác dụng liệu pháp nắn chỉnh cột sống cân bằng (BTC) trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống. Nghiên cứu được tiến hành trên 240 bệnh nhân phân bố ngẫu nhiên (120 bệnh nhân ở nhóm can thiệp và 120 bệnh nhân ở nhóm chứng). Nhóm can thiệp được điều trị bằng BTC cách ngày một lần, mỗi lần 20 phút. Sau 20 ngày điều trị, nhóm can thiệp có hiệu quả rõ rệt hơn so với nhóm chứng trong giảm đau, cải thiện chức năng sinh hoạt: điểm VAS giảm từ $5,4 \pm 1,6$ còn $2,7 \pm 1,8$; điểm NDI giảm từ $16,57 \pm 6,6$ xuống còn $8,95 \pm 5,37$, với $p < 0,05$ [39].

- Chaoyi Yin và cộng sự (2025), thực hiện một nghiên cứu về hiệu quả phương pháp không dùng thuốc trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống. Tổng cộng có 120 bệnh nhân được phân bố ngẫu nhiên vào bốn nhóm: nhóm A điều trị bằng TĐCS, nhóm B được điều trị bằng TĐCS kết hợp giác hơi, nhóm C được điều trị bằng TĐCS kết hợp bôi thuốc “Tứ tử tán”, nhóm D được dùng cả ba phương pháp trên. Sau điều trị, kết quả giảm đau rõ rệt ở cả 4 nhóm: điểm VAS nhóm A giảm từ $5,53 \pm 0,94$ còn $2,37 \pm 1,22$; nhóm B giảm từ $5,32 \pm 1,03$ xuống $1,63 \pm 1,09$, nhóm C giảm từ $5,40 \pm 1,10$ còn $1,60 \pm 1,16$, nhóm D giảm từ $5,31 \pm 1,06$ còn $0,60 \pm 0,62$ với $p < 0,05$ [40].

- Pengcheng Zhang (2025) đã nghiên cứu hiệu quả phương pháp TĐCS kết hợp điện xung điều trị hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống trên 214 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Nhạc Dương trực thuộc Đại học Trung Y Dược Hồ Nam. Sau 4 tuần điều trị, tỷ lệ hiệu quả điều trị ở nhóm can thiệp (92,7%) cao hơn nhóm đối chứng (80,8%) với $p < 0,05$ [41].

- Năm 2018, Vương Đại Lực đã triển khai nghiên cứu lâm sàng có nhóm chứng nhằm xác định tính ưu việt trong điều trị HC cánh tay cổ bằng phương pháp TĐCS phối hợp bài thuốc Cát căn thang gia giảm. Sau 10 ngày can thiệp, kết quả nghiên cứu cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$) về điểm đau VAS, chất trung gian gây đau. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng điều trị ở nhóm can thiệp đạt 94,9%, cao hơn vượt trội so với 82,3% ở nhóm chứng [42].

1.4.2. Tại Việt Nam

- Năm 2020, nhóm nghiên cứu Trần Thiên Ân, Nguyễn Thị Tú Anh đã thực hiện một công trình nhằm đánh giá hiệu quả phương pháp TĐCS phối hợp với điện châm để điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Sau 14 ngày can thiệp, kết quả ghi nhận những cải thiện có ý nghĩa lâm sàng về cả triệu chứng chủ quan và khách quan: điểm VAS từ $6,44 \pm 1,50$ xuống còn $3,05 \pm 2,49$, chỉ số Schober tăng từ $2,1 \pm 0,4$ lên $2,5 \pm 0,3$ [43].

- Năm 2021, Lưu Thị Trang Ngân và Đỗ Quốc Hương tiến hành đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động CSC của phức châm để điều trị HC cánh tay cổ do thoái hóa cột sống. Kết quả sau điều trị 21 ngày: VAS trung bình từ $5,43 \pm 1,17$ giảm xuống còn $2,7 \pm 1,39$; tầm vận động CSC được cải thiện rõ rệt [44].

- Phan Thanh Hải, Nguyễn Kim Ngọc (2025) nghiên cứu tác dụng của siêu âm điều trị kết hợp kinh cân liệu pháp trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay được thực hiện trên 60 bệnh nhân trong 21 ngày. Kết quả cho thấy phương pháp có hiệu quả cải thiện tình trạng đau VAS trung bình từ $4,57 \pm 1,19$ xuống $1,03 \pm 0,85$ và cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày [45].

- Phạm Quốc Bình (2024) đã thực hiện một nghiên cứu gồm 70 bệnh nhân mắc HC cổ vai tay có căn nguyên là thoái hóa cột sống. Nhóm can thiệp dùng TĐCS kết hợp điện châm, hồng ngoại trị liệu; còn nhóm chứng dùng XBBH kết hợp điện châm, hồng ngoại trị liệu. Sau 15 ngày điều trị, điểm đau VAS của nhóm can thiệp giảm rõ rệt từ $5,66 \pm 0,48$ xuống $0,86 \pm 1,03$ với $p < 0,05$ [46].

- Năm 2023, Dương Thị Hằng và Nguyễn Thị Thanh Tú đã thực hiện một nghiên cứu để đánh giá hiệu quả cải thiện HC cột sống cổ bằng phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và XBBH trong vòng 15 ngày trên 60 bệnh nhân, kết quả cho thấy tầm vận động cột sống cổ, mức độ đau cải thiện tốt hơn so với trước điều trị và nhóm đối chứng với $p < 0,05$. Trong đó, điểm VAS giảm từ $5,17 \pm 0,75$ còn $2,6 \pm 1,04$ [47].

- Năm 2022, Nguyễn Thanh Tú và Cao Thị Huyền Trang đã tiến hành một nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau và cải thiện biên độ vận động của CSC bằng kết hợp phương pháp điện châm và đắp parafin. Nghiên cứu này gồm 60 người bệnh được chẩn đoán HC cánh tay cổ do thoái hóa cột sống, kéo dài trong 15 ngày. Nhóm CT sử dụng điện châm và đắp paraffin còn nhóm ĐC sử dụng điện châm. Sau nghiên cứu kết thúc thì nhóm CT giảm điểm đau VAS, tăng biên độ vận động khớp rõ rệt hơn nhóm ĐC với $p < 0,05$ [48].

- Hoàng Văn Huyền, Nguyễn Thanh Hà Tuấn, Phan Văn Minh (2023) nghiên cứu hiệu quả điều trị hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống bằng bài thuốc Thân thống trục ứ thang kết hợp điện châm. Kết quả cho thấy: 86% bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt và khá. Điểm VAS giảm từ $6,64 \pm 0,11$ điểm xuống còn $4,04 \pm 0,14$ điểm sau 7 ngày và $1,82 \pm 1,17$ điểm sau 15 ngày điều trị, tầm vận động cột sống cổ cải thiện tốt [49].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

TĐCS là phương pháp trị liệu không dùng thuốc. Kỹ thuật này sử dụng phần mềm đầu ngón tay để tạo ra một lực tác động cơ học có cường độ phù hợp lên cột sống theo hai hướng: hướng trục (dọc theo cột sống) và hướng tâm (hướng vào trung tâm cột sống). Phương pháp TĐCS là công trình nghiên cứu, sáng lập và phát triển của Lương y Nguyễn Tham Tán [50], [51].

Đối với việc can thiệp điều trị bệnh lý cột sống cổ, phương pháp TĐCS được thực hiện theo các bước cụ thể (phụ lục 2):

- Xác định trọng điểm: Quá trình này được thực hiện thông qua việc áp dụng các thủ thuật chẩn bệnh (bao gồm áp, vuốt, ấn, vê). Mục tiêu là để tìm kiếm và xác định các vị trí có đặc trưng biến đổi (như co cứng, sưng nề, hoặc thay đổi nhiệt độ) nhằm lựa chọn điểm tác động chính.

- Giải tỏa trọng điểm: Sử dụng các thủ thuật trị bệnh gồm xoay, đẩy, bật, rung, bẻ, lách.

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Thước đo VAS (Visual Analogue Scale).
- Thước đo TVĐ của khớp.
- Thang điểm NDI (Neck Disability Index).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Tuệ Tĩnh.
- Thời gian: Từ tháng 4/2025 đến tháng 11/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán HC cánh tay cổ (ICD10: M53.1) tới khám và điều trị ở Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

* Theo y học hiện đại:

- Người bệnh trên 30 tuổi, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp. Được chẩn đoán xác định HC cánh tay cổ do thoái hóa cột sống theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2016 [1].

- Lâm sàng:

+ Tối thiểu có một triệu chứng của hội chứng CSC: Đau vùng CSC (điểm đau VAS trong khoảng $3 < VAS \leq 6$), hạn chế vận động CSC (tối thiểu 1 trong 6 tư thế: gấp, duỗi, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải), co cơ cạnh sống, ấn đau mỏm gai CSC.

+ Tối thiểu có một triệu chứng của HC kích thích rễ: Cảm giác đau chạy theo đường đi của rễ thần kinh, đau có tính chất kiểu cơ học, tăng đau khi tăng tải trọng nội tại lên cột sống cổ (ho/hắt hơi/rặn), nghỉ ngơi đỡ đau, nghiệm pháp kéo dẫn CSC, dấu hiệu bấm chuông, nghiệm pháp Spurling, nghiệm pháp trùng rễ thần kinh cổ.

- Cận lâm sàng:

Tối thiểu một trong ba dấu hiệu thoái hóa được ghi nhận trên phim X-quang cột sống cổ, tương ứng với giai đoạn 1 đến 2 theo thang phân loại Kellgren và Lawrence [52]: gai xương, hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn.

- Các đối tượng trong nghiên cứu đều tự nguyện tham gia đồng thời cam kết nghiêm túc tuân thủ điều trị.

* Theo y học cổ truyền:

Người bệnh được chẩn đoán bệnh danh Cảnh chùy thông thuộc chứng Tý thể can thận hư kiêm phong hàn thấp có các triệu chứng:

- Đau tê nhức mỗi vùng cổ vai gáy kèm lan xuống cánh tay. Đau có tính chất dai dẳng, âm ỉ kéo dài, cơ học (đau tăng khi lao động nặng quá sức, gặp lạnh, giảm đau khi nghỉ ngơi), có xu hướng tái phát nhiều lần, đau mỗi lưng gối, ù tai, mất ngủ tâm phiền, co cơ nhẹ vùng cổ gáy, tiểu đêm, nước tiểu trong vàng, lưỡi đỏ/hồng ít rêu, mạch huyền [2], [21], [27].

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh như: Tăng huyết áp chưa kiểm soát ổn định, suy tim, suy thận giai đoạn cuối, viêm gan cấp tính, xơ gan, nhiễm trùng toàn thân nặng, rối loạn tâm thần.

- Bệnh lý tại cột sống: Loãng xương nặng, chấn thương cột sống ung thư cột sống, viêm đốt sống – đĩa đệm, lao cột sống, bất thường bẩm sinh của cột sống và tủy sống, absces cột sống.

- Phụ nữ đang trong thai kỳ.

- Vùng da và mô dưới da tại khu vực cột sống cổ đang bị viêm nhiễm (nhiễm trùng cục bộ).

- Bệnh nhân không tuân thủ theo phác đồ điều trị hoặc muốn rút lui khỏi nghiên cứu.

- Bệnh nhân có chỉ định can thiệp ngoại khoa.

2.3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức cho thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên (Randomized Clinical Trial - RCT) nhằm so sánh hai tỷ lệ. Nhóm CT dùng phương pháp tác động cột sống phối hợp siêu âm trị liệu, còn nhóm ĐC dùng phương pháp xoa bóp bấm huyệt phối hợp với siêu âm trị liệu, công thức tính như sau:

$$n = \frac{\{Z(1-\alpha) \times \sqrt{2 \bar{p} (1 - \bar{p})} + Z(1-\beta) \times \sqrt{p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n	Cỡ mẫu nghiên cứu
Z(1- α)	Với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$)
Z(1- β)	Lực mẫu, $1 - \beta = 80\%$

p ₁	Ước lượng tỷ lệ bệnh nhân điều trị Hội chứng cánh tay cổ bằng phương pháp TĐCS kết hợp siêu âm trị liệu, giả định p ₁ = 0,8
p ₂	Tỷ lệ bệnh nhân điều trị HC cánh tay cổ do thoái hóa cột sống bằng phương pháp XBBH có hiệu quả, dựa trên nghiên cứu của Nguyễn Thị Thương Hiền [53], p ₂ = 0,467
$\bar{p}$	Là giá trị trung bình của p ₁ và p ₂ . Áp dụng công thức $\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2} = \frac{0,8 + 0,467}{2} = 0,6335$

Ước lượng 10% bệnh nhân bỏ cuộc, cho nên, thay vào công thức cỡ mẫu ước tính cho nghiên cứu này n = 35.

Dựa trên tính toán thống kê, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho mỗi nhóm can thiệp (bao gồm nhóm CT và nhóm ĐC) là 35 bệnh nhân mắc HC cánh tay cổ. Do đó, tổng số lượng đối tượng cần chọn cho toàn bộ nghiên cứu này là 70 bệnh nhân phân bổ cho hai nhóm.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng, nghiên cứu tiền cứu, so sánh trước – sau điều trị, có nhóm chứng:

- Nhóm CT (gồm 35 bệnh nhân): Tiến hành điều trị lần lượt theo thứ tự sau: tác động cột sống, siêu âm trị liệu.

- Nhóm ĐC (gồm 35 bệnh nhân): Tiến hành điều trị lần lượt theo thứ tự sau: xoa bóp bấm huyệt, siêu âm trị liệu.

Liệu trình điều trị liên tục 21 ngày. Trong quá trình nghiên cứu, theo dõi và đánh giá hiệu quả trị liệu ở những thời điểm sau: D₀, D₇, D₁₄, D₂₁.

2.4.2. Các chỉ số nghiên cứu

2.4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số của bệnh nhân tại thời điểm D₀ gồm:

- Tuổi: < 60 tuổi và nhóm ≥ 60 tuổi.
- Giới tính: nữ, nam.
- Nghề nghiệp: lao động chân tay, lao động trí óc.
- Thời gian mắc bệnh: 1 – 3 tháng, 4 – 6 tháng và > 6 tháng.
- Tổn thương trên phim X-quang: mất đường cong sinh lý, gai xương, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ tiếp hợp.

2.4.1.2. Chỉ số lâm sàng trước - sau điều trị

Các biến số nghiên cứu được đánh giá tại thời điểm D₀, D₇, D₁₄ và D₂₁. Riêng tiêu chí HC kích thích rễ thần kinh và một số triệu chứng YHCT được thu thập tại hai thời điểm D₀, D₁₄.

- Thang điểm đau VAS (Visual Analog Scale).
- Tâm vận động CSC theo phương pháp Zero (6 động tác).
- Chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Neck Disability Index (NDI).
- Hội chứng kích thích rễ thần kinh: Đau lan theo đường đi của rễ/dây thần kinh.
- Triệu chứng y học cổ truyền: Mạch, lưỡi, sợ lạnh, lạnh vùng cổ gáy, đau mỗi lưng gối.

2.4.1.3. Một số yếu tố liên quan kết quả điều trị

Những yếu tố về tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.

2.4.3. Phương pháp lượng giá kết quả

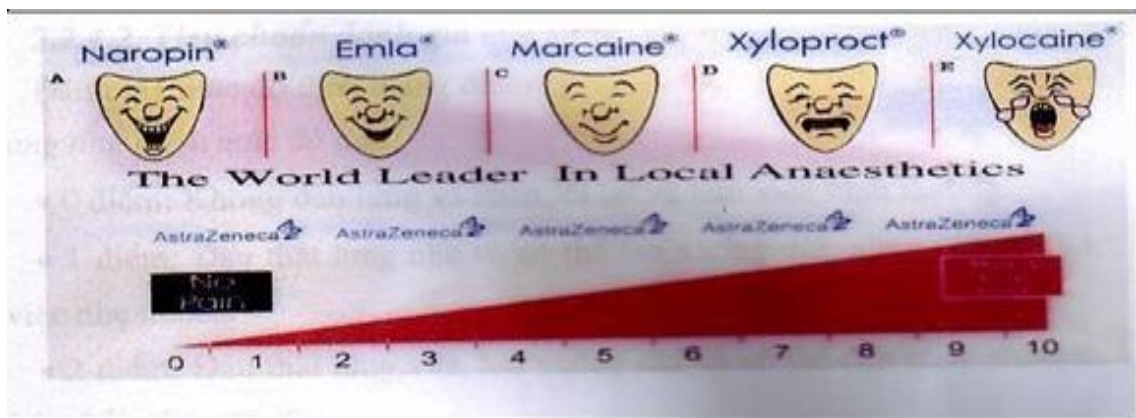
2.4.2.1. Đánh giá mức độ đau

- Thước đo: Dùng thước đo hãng Astra – Zeneca có thang điểm VAS từ 1 tới 10 [54].
- Thang điểm đau VAS có 2 mặt:

+ Một mặt của thước đo được phân chia thành mười một điểm có khoảng cách đều nhau, bắt đầu từ 0 điểm đến 10 điểm.

+ Mặt còn lại gồm năm biểu cảm khuôn mặt, được quy ước và mô tả theo mức độ tăng dần cảm giác đau.

- Trước khi tiến hành đo lường, cần thực hiện giải thích tường tận và minh họa chi tiết về phương pháp đánh giá cảm giác đau (thường là thang điểm VAS). Điều này đảm bảo bệnh nhân nắm rõ cơ chế để có thể tự lượng hóa chính xác mức độ đau hiện tại của bản thân.



Hình 2.1. Thang đo VAS

Bảng 2.1. Đánh giá mức độ đau VAS

VAS	Mức độ đau	Quy đổi (điểm)
0 điểm	Không	0
$0 < VAS \leq 3$ điểm	Nhẹ	1
$3 < VAS \leq 6$ điểm	Vừa	2
$6 < VAS \leq 10$ điểm	Nặng	3

2.4.2.2. Đánh giá tầm vận động cột sống cổ.

Năm 1965, Viện Hàn lâm Phẫu thuật chỉnh hình Hoa Kỳ đã đưa ra phương pháp đánh giá tầm vận động khớp [55]. Nguyên tắc của phương pháp là khi đo tất cả các cử động của khớp đều xuất phát từ một vị trí ban đầu được xác định là Zero.

- Vị trí Zero được quy ước là tư thế giải phẫu chuẩn: Tư thế đứng thẳng,

đầu ở tư thế trung gian, tầm nhìn hướng về phía trước. Đồng thời, chi dưới phải duỗi thẳng, hai chân sát cạnh nhau.

- Quy ước 0 độ là vị trí mà thân mình và chi thể duỗi tối đa.



Hình 2.2. Các động tác vận động của CSC

- Dụng cụ đo được sử dụng là một loại thước đo góc (goniometer), có cấu tạo gồm:

- + Góc thước (thân thước): Là một mặt phẳng hình tròn với hệ thống chia độ từ 0° - 360° .
- + Cánh đo: Bao gồm một cánh cố định và một cánh di động, cả hai đều có chiều dài 30cm.



Hình 2.3. Thước đo TVĐ của khớp

Bảng 2.2. Tầm vận động cột sống cổ [56]

Động tác \ TVĐ	Bình thường	Bệnh lý (chủ động)			
Điểm quy đổi	0	1	2	3	4
Duỗi	60-70 độ	55-59 độ	50-54 độ	45-49 độ	< 45 độ
Gập	45-55 độ	40-44 độ	35-39 độ	30-34 độ	< 30 độ
Xoay trái	60-70 độ	55-59 độ	50-54 độ	45-49 độ	< 45 độ
Xoay phải	60-70 độ	55-59 độ	50-54 độ	45-49 độ	< 45 độ
Nghiêng trái	40-50 độ	35-39 độ	30-34 độ	25-29 độ	< 25 độ
Nghiêng phải	40-50 độ	35-39 độ	30-34 độ	25-29 độ	< 25 độ

- Điểm TVĐ chung = $\sum$ điểm vận động của 6 động tác trên

Bảng 2.3. Đánh giá tầm vận động cột sống cổ

Điểm TVĐ chung	Mức độ hạn chế	Điểm quy đổi
0 điểm	Không	0
Từ 1 đến 6 điểm	Ít	1
Từ 7 đến 12 điểm	Vừa	2
Từ 13 đến 18 điểm	Nhiều	3
Từ 19 đến 24 điểm	Rất nhiều	4

2.4.2.3. Đánh giá hội chứng rễ

Đánh giá HC rễ thần kinh bởi các dấu hiệu sau: Đau vùng cổ gáy chạy theo đường đi của rễ thần kinh, rối loạn cảm giác kiểu rễ [57].

Bảng 2.4. Đánh giá HC rễ thần kinh

Triệu chứng của HC rễ (có/không)	Điểm quy đổi
Không	0
Có	1

2.4.2.4. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày

Thang điểm NDI do tác giả Howard Vernon xây dựng [58], là một công cụ tự đánh giá chuẩn hóa được sử dụng để đo lường mức độ hạn chế chức năng phát sinh từ đau vai gáy hoặc tổn thương/bệnh lý cột sống cổ.

Năm 1991, thang điểm NDI được công bố và được xem là bộ câu hỏi tự đánh giá đầu tiên dành riêng cho việc đo lường khuyết tật liên quan đến cột sống cổ. Công cụ này có trên 20 bản dịch các ngôn ngữ khác nhau, hiện đang được ứng dụng phổ biến trong cả lĩnh vực nghiên cứu và thực hành lâm sàng.

Bộ câu hỏi NDI bao gồm 10 mục. Tổng điểm tối đa có thể đạt được là 50 điểm và kết quả được sử dụng để phân loại mức độ hạn chế:

Bảng 2.5. Phân loại mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo NDI

Thang NDI (điểm)	Điểm quy đổi	Mức độ hạn chế
Từ 0 đến 4	0	Không
Từ 5 đến 14	1	Nhẹ
Từ 15 đến 24	2	Trung bình
Từ 25 đến 34	3	Nghiêm trọng
≥ 35	4	Hoàn toàn

2.4.2.5. Thay đổi một số triệu chứng y học cổ truyền

Từ bảng lượng giá chứng Tý được xây dựng bởi Trịnh Tiêu Du năm 2002, công bố trong tài liệu "Các nguyên tắc chỉ đạo nghiên cứu lâm sàng trung dược và tân dược" [59], chúng tôi tiến hành định tính một số chứng trạng lâm sàng của bệnh danh Cảnh chùy thống thuộc phạm vi chứng Tý thể can thận hư kiêm phong hàn thấp trong nghiên cứu này.

Bảng 2.6. Bảng lượng giá một số triệu chứng của chứng Tý

Mức độ Chứng trạng	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Đau cổ vai gáy	Đau nhẹ, vẫn chịu đựng được, thay đổi thời tiết thì đau tăng, không ảnh hưởng đến công việc.	Đau nặng, lúc làm việc và nghỉ ngơi đều bị ảnh hưởng.	Đau ảnh hưởng nghiêm trọng khi làm việc kể cả nghỉ ngơi, phải dùng tới thuốc giảm đau.
Sợ lạnh	Thi thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
Mỏi lưng gối	Thi thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn

2.4.4. Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Hỏi bệnh và khám lâm sàng.
- Bước 2: Chụp X-quang CSC 3 tư thế (chéch $\frac{3}{4}$, thẳng, nghiêng).
- Bước 3: Chọn đối tượng và phân bổ ngẫu nhiên vào hai nhóm can thiệp.

Việc phân nhóm đảm bảo tính tương đồng về các yếu tố như mức độ đau ban đầu (theo thang điểm VAS), tuổi và giới tính.

- Bước 4: Sử dụng phương pháp điều trị đã được quy định cho mỗi nhóm nghiên cứu tương ứng.

- Bước 5: Thu thập dữ liệu về các chỉ số theo dõi và biến số nghiên cứu tại các thời điểm đánh giá. Đồng thời, ghi nhận và giám sát tất cả các tác dụng không mong muốn phát sinh trong suốt quá trình nghiên cứu.

- Bước 6: Xử lý, phân tích, đánh giá kết quả của hai nhóm.

2.4.4.1. Quy trình TĐCS

Chuẩn bị bệnh nhân: Được cá thể hóa dựa trên hình thái biến đổi của đốt sống cổ đã được chẩn đoán. Việc lựa chọn tư thế tác động cột sống thích hợp phải tham chiếu theo hướng dẫn đã được trình bày chi tiết tại mục 2.1 của nghiên cứu.

Trong thực hành Phương pháp tác động cột sống cột sống cổ được phân chia thành hai khu vực chức năng và giải phẫu cho mục đích can thiệp:

- Vùng cột sống cổ trên: Bao gồm các đốt sống cổ C1, C2 và C3.
- Vùng cột sống cổ dưới: Bao gồm các đốt sống từ C4 kéo dài đến C7.

* Đối với vùng cột sống cổ trên (C1, C2, C3) [60]:

- Xác định và giải tỏa trọng điểm: Sử dụng kết hợp các thủ thuật vuốt và thủ thuật bật để xác định vị trí trọng điểm và giải phóng các sợi cơ từ trọng điểm ra vùng lân cận (giải tỏa lan tỏa). Trình tự thao tác giải tỏa được thực hiện như sau:

- + Thủ thuật vuốt: Áp dụng để định vị chính xác trọng điểm điều trị.
- + Thủ thuật bật: Thực hiện để giải tỏa căng thẳng cơ học, bắt đầu từ khu vực giữa cơ thang và mở rộng ra khu vực ngoài cơ thang, tiến dần đến bờ ngoài cơ ức đòn chũm.
- + Định hướng thao tác: Kỹ thuật được thực hiện theo chiều dọc của các lớp cơ bắt đầu từ bờ xương chẩm đi xuống, ngang xương hàm đi vào bờ ngoài cơ ức đòn chũm, sau đó kết thúc tại khe đốt sống C3-C4.

Xác định trọng điểm: Tại khu vực cột sống cổ trên (C1-C3) được thực hiện bằng cách áp dụng các thủ thuật chẩn đoán cảm nhận như vuốt, ấn và vê.

Sau khi trọng điểm đã được nhận diện, giải tỏa cơ học được tiến hành thông qua việc sử dụng các thủ thuật chuyên môn là xoay và bẻ (lực đẩy ngang). Trình tự tác động tập trung vào các mốc giải phẫu sau:

- + Khu vực chính giữa gai sau các đốt sống C1 đến C3
- + Các điểm sát bên (cận) gai sau của đốt sống C1 đến C3

- + Bờ trong cơ thang, tương ứng với các đốt sống C1 đến C3
- + Khoảng gian đốt sống giữa các khe đốt C1-C2, C2-C3, C3-C4
- + Cận khoảng gian đốt (vùng trên và dưới) của các khe đốt C1-C2, C2-C3, C3-C4

+ Các khoảng gian đốt nằm dọc theo bờ phía trong của cơ thang

* Đối với vùng cột sống cổ dưới (C4, C5, C6, C7) [60]:

- Xác định trọng điểm và giải tỏa chúng tại các vùng quanh cột sống cổ dưới bằng cách sử dụng phương pháp song chỉnh và thủ thuật vuốt, bật, cụ thể như sau:

+ Cơ thang (Trapezius muscle): Tác động vào phần giữa cơ thang, phạm vi kéo dài từ ngang khe đốt sống C3-C4 xuống tới ngang khe đốt sống C7-D1 (cột sống cổ 7- cột sống ngực 1).

+ Bờ ngoài cơ thang: Can thiệp dọc theo bên ngoài của nhóm cơ thang.

+ Cơ vai trước: Tác động vào các nhóm cơ ở mặt trước vai.

+ Cơ ức đòn chũm: Thao tác dọc theo bờ ngoài cơ, kéo dài tới các điểm bám tận tại xương ức, xương đòn.

Xác định và giải tỏa trọng điểm tại khu vực cột sống cổ dưới (C4-C7) đòi hỏi phải tuân thủ nguyên tắc song chỉnh (thao tác đồng thời cân bằng hai bên). Các thủ thuật điều trị được áp dụng kết hợp bao gồm vuốt, bật, vê, xoay và ấn, cụ thể như sau:

+ Gai sau đốt sống: Can thiệp vào trung tâm của gai sau các đốt sống từ C4 đến C7.

+ Vùng cận gai sau: Tác động vào các điểm lân cận của gai sau các đốt sống C4, C5, C6, C7.

+ Bờ trong cơ thang: Khu vực cơ thang giáp với cột sống, ngay sát gai sau các đốt sống từ C4 đến C7.

+ Trung tâm khe gian đốt: Khoảng giữa của các khe đốt sống C4-C5, C5-C6 và C6-C7.

+ Cận khe gian đốt: Vùng xung quanh các khe đốt sống C4-C5, C5-C6 và C6-C7.

+ Khoảng đốt ở bờ nội cơ thang: Các khoảng gian đốt nằm dọc theo biên giới phía trong của cơ thang, trong phạm vi C4, C5, C6, C7.

2.4.4.2. Quy trình siêu âm trị liệu

Theo “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Phục hồi chức năng” của Bộ Y tế năm 2023 [61].

- Siêu âm chế độ xung vùng vai gáy:

+ Thời gian thực hiện: 10 phút/ lần x 1 lần/ ngày x 21 ngày.

+ Cường độ từ 0,5-0,8 Watt/cm², tần số 1MHz.

- Các bước thực hiện:

+ Kiểm tra thiết bị: Đảm bảo máy siêu âm và dây dẫn dẫn hoạt động an toàn, chính xác.

+ Bộc lộ vùng trị liệu (cổ vai gáy).

+ Thoa gel lên vùng da điều trị và mặt tiếp xúc của đầu dò máy siêu âm.

+ Hướng dẫn người bệnh cảm nhận cảm giác (dễ chịu, cần, nóng).

+ Đặt đầu phát sóng tiếp xúc trực tiếp lên bề mặt da, sau đó điều chỉnh cường độ điều trị.

+ Di chuyển đầu phát sóng liên tục theo chuyển động xoay tròn đều trên da. Duy trì với tốc độ chậm, luôn đảm bảo sóng siêu âm vuông góc với bề mặt da.

+ Thường xuyên hỏi cảm giác của người bệnh để điều chỉnh cường độ cho phù hợp và đảm bảo sự thoải mái.

Lưu ý: Chỗ có bề mặt gồ ghề hoặc vùng các đầu xương thì cần tránh siêu âm.

+ Khi thời gian điều trị kết thúc thì giảm cường độ về mức 0 trước khi nhấc đầu phát sóng ra khỏi da.

- + Dùng khăn lau sạch gel còn sót lại tại vị trí điều trị và trên đầu phát sóng.

2.4.4.3. Quy trình xoa bóp bấm huyệt

Theo “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu - Quy trình kỹ thuật xoa bóp bấm huyệt điều trị hội chứng vai gáy” của Bộ Y tế năm 2013 [62].

Chuẩn bị bệnh nhân (tư thế): Bệnh nhân được hướng dẫn ổn định tư thế bằng cách ngồi quay mặt vào lưng ghế để đạt sự thư giãn tối đa, hoặc có thể lựa chọn tư thế nằm sấp tùy theo tình trạng.

- Thực hiện kỹ thuật xoa bóp bấm huyệt vùng cổ vai gáy theo trình tự:

+ Thao tác cơ bản: Áp dụng các kỹ thuật xoa, xát, miết, bóp lên các nhóm cơ vai và gáy. Tiếp theo là các kỹ thuật mạnh hơn như day, lăn, chắt, đấm khu vực vai gáy.

+ Bấm huyệt: Tiến hành ấn bấm huyệt vị sau: Phong trì, Phong phủ, Thiên trụ, Đại chùy, Giáp tích (từ C3 đến C7), Lạc chẩm, Kiên tĩnh, Kiên ngoại du, Kiên trinh, Thiên tông, Kiên ngưng, Khúc trì, Thủ tam lý, Hợp cốc và Thiên ứng huyệt.

+ Vận động khớp: Thực hiện các động tác vận động khớp cổ thụ động, bao gồm xoay cổ sang hai bên, gập cổ về phía trước và ngửa cổ về phía sau.

Mỗi đợt trị liệu kéo dài 30 phút, thực hiện với tần suất 01 lần mỗi ngày trong lộ trình 21 ngày.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 22.0 để xử lý dữ liệu nghiên cứu thông qua các thuật toán thống kê y sinh học.

- Các thuật toán được dùng:

+ Tỷ lệ phần trăm (%)

+ Độ lệch chuẩn (SD)

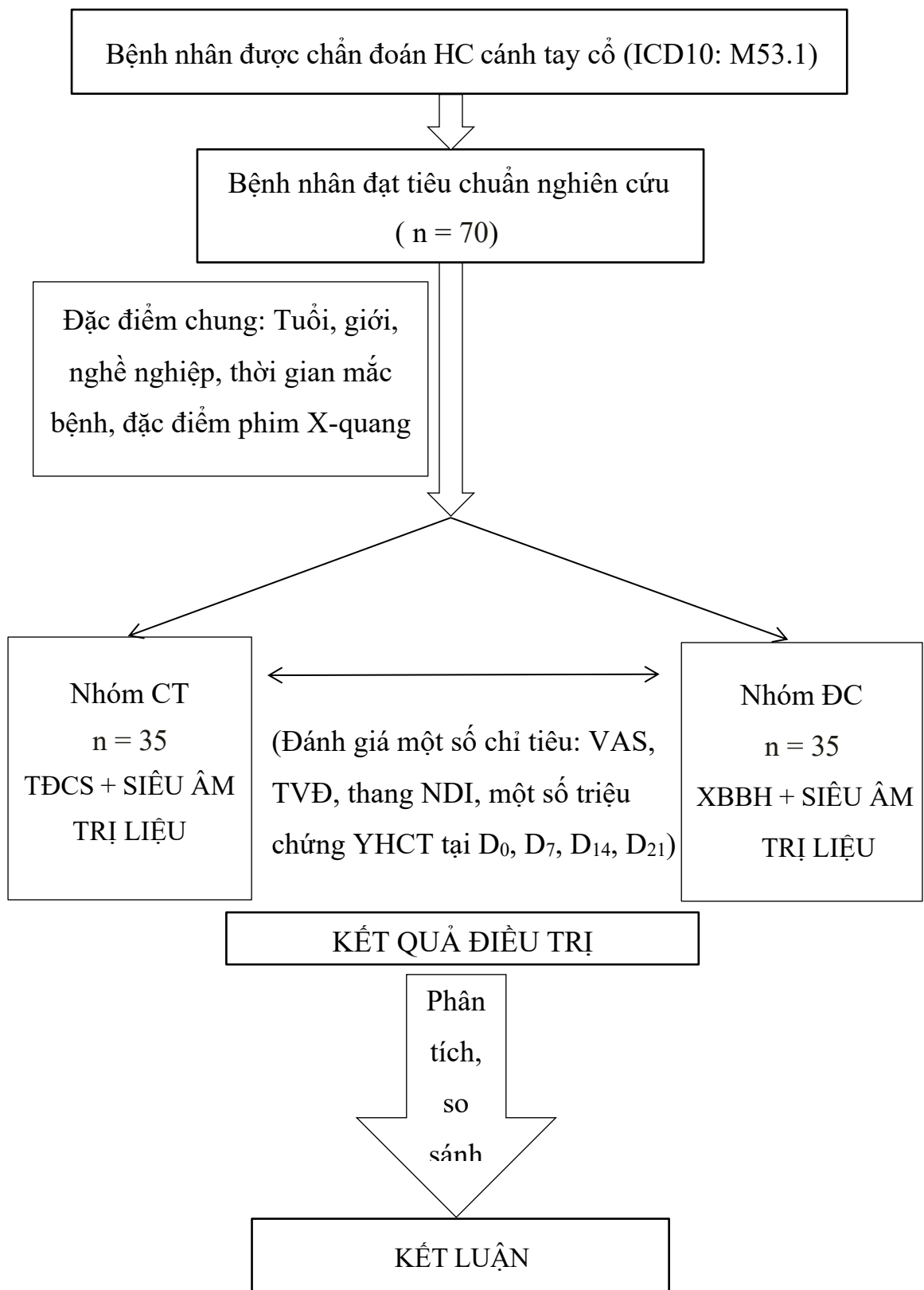
+ Giá trị trung bình ($\bar{x}$)

- + So sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ phần trăm bằng kiểm định χ^2
- + So sánh sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình dùng test T - student
- + Với $p < 0,05$ thì sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài được thông qua bởi Hội đồng đề cương luận văn và Hội đồng Đạo đức Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
- Thực hiện nghiên cứu với mục đích là nâng cao chất lượng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho cộng đồng người bệnh.
- Trước khi điều trị, các đối tượng được giải thích tường tận về mục đích, quy trình, đồng thời được thông báo rõ ràng về quyền lợi và trách nhiệm của mình.
- Sự tham gia của bệnh nhân là dựa trên nguyên tắc đồng thuận tự nguyện, và họ hoàn toàn có quyền rút khỏi nghiên cứu tại bất kỳ thời điểm nào mà không bị ràng buộc.
- Tất cả dữ liệu cá nhân và thông tin y tế thu thập được từ các đối tượng tham gia đều được cam kết bảo mật tuyệt đối.

2.7. Sơ đồ nghiên cứu



Chương 3

KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 70 người bệnh HC cánh tay cổ do thoái hóa CSC. Nhóm CT (n=35) áp dụng phương pháp TĐCS kết hợp siêu âm trị liệu, nhóm ĐC (n=35) sử dụng phương pháp XBBH kết hợp siêu âm trị liệu. Sau 21 ngày can thiệp, chúng tôi thu được các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

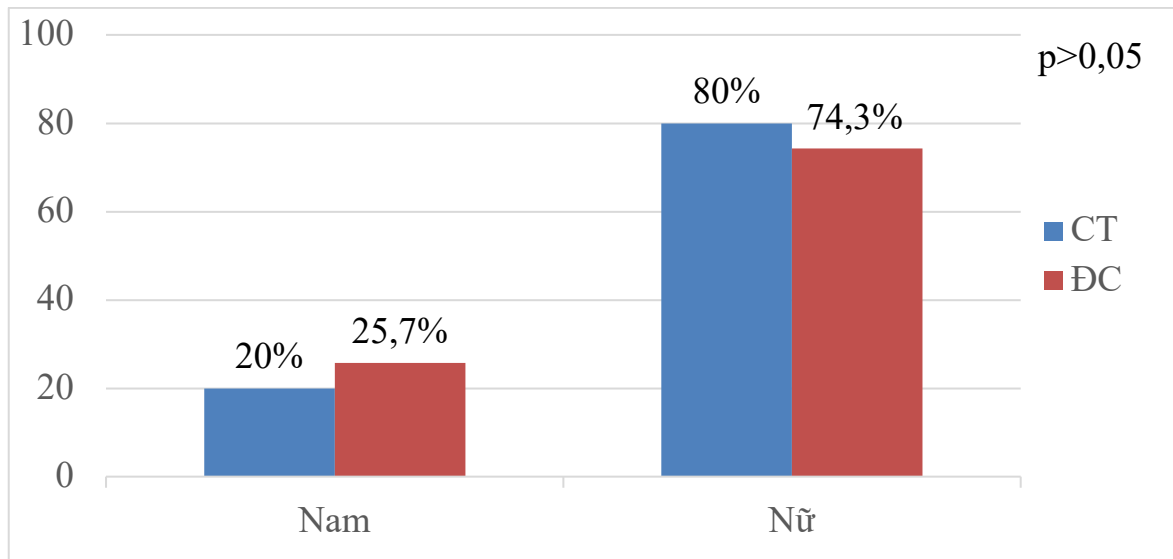
3.1.1. Đặc điểm chung

3.1.1.1. Về tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Lựa tuổi \ Nhóm	CT (n=35)		ĐC (n=35)		p(CT-ĐC)
	n	%	n	%	
<60 tuổi	14	40	10	28,6	>0,05
≥60 tuổi	21	60	25	71,4	
Tổng	35	100	35	100	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	60,80±10,79		64,09±10,57		>0,05

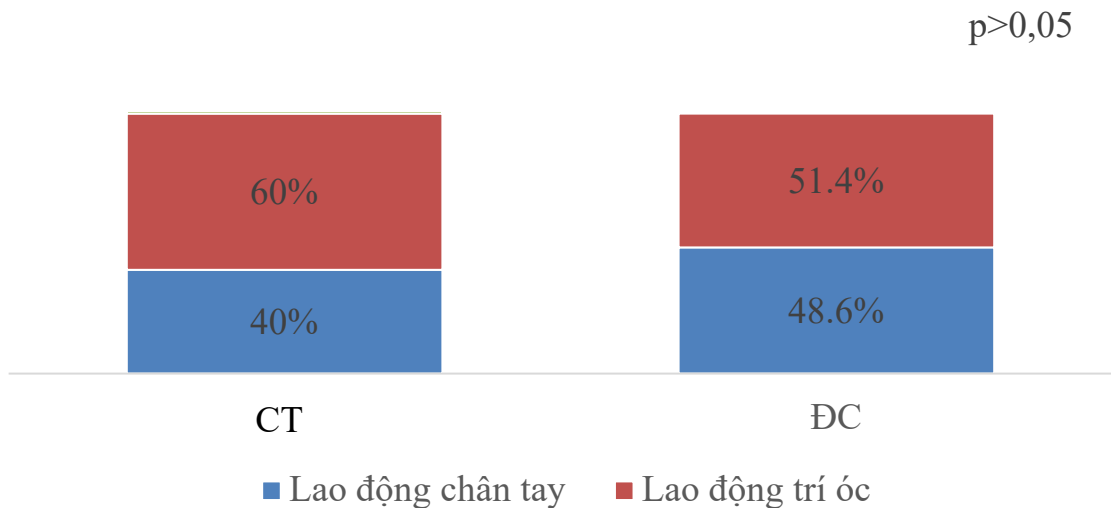
Nhận xét: Các bệnh nhân ở nhóm tuổi ≥ 60 (60% ở nhóm CT, 71,4% ở nhóm ĐC) chiếm tỷ lệ cao nhất. Sự khác biệt về phân bố nhóm tuổi và tuổi trung bình của cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới tại cả 2 nhóm, trong đó tỷ lệ nữ/nam = 3,37/1. Chưa thấy sự khác biệt về phân bố giới tính giữa hai nhóm bệnh nhân với $p > 0,05$.

3.1.1.2. Về nghề nghiệp



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc chiếm chủ yếu (CT: 60%, ĐC: 51,4%). Không có sự khác biệt về nghề nghiệp giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.1.2. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

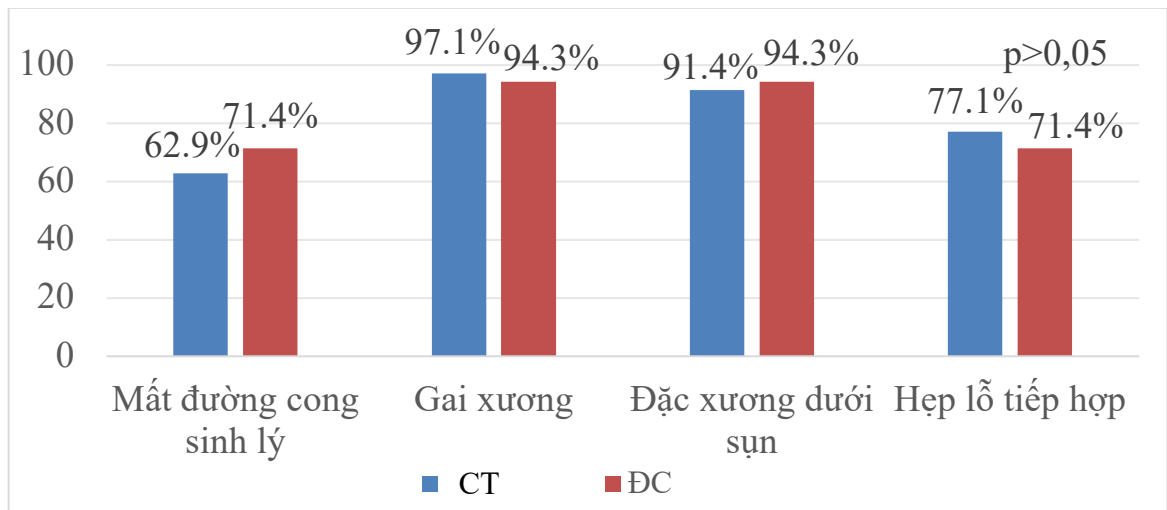
Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Nhóm Thời gian	CT (n=35)		ĐC (n=35)		p _(CT-ĐC)
	n	%	n	%	
1 – 3 tháng	5	14,3	6	17,1	
4 – 6 tháng	14	40	11	31,4	
> 6 tháng	16	45,7	18	51,4	
Tổng	35	100	35	100	
$\bar{X} \pm SD$	7,23±3,73		7,77±4,28		>0,05

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh đa số trên 6 tháng (CT chiếm 45,7% và ĐC chiếm 51,4%) ở cả hai nhóm. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu về thời gian mắc bệnh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

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

Biểu đồ 3.3. Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang CSC



Nhận xét: Hình ảnh gai xương trên phim X-quang cột sống cổ hay gặp chiếm tỷ lệ cao nhất, 97,1% nhóm CT và 94,3% nhóm ĐC; sau đó là đặc xương dưới sụn 91,4% ở nhóm CT và 94,3% ở nhóm ĐC; tiếp theo là hẹp lỗ tiếp hợp ở nhóm CT là 77,1% và 71,4% nhóm ĐC. Cuối cùng là mất đường cong sinh lý chiếm 62,9% ở nhóm CT và 71,4% ở nhóm ĐC. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

3.1.4. Đặc điểm bệnh tật tại thời điểm D_0

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS tại D_0

Mức độ \ Nhóm		CT (n=35)		ĐC (n=35)		$P_{(CT-ĐC)}$
		n	%	n	%	
Đau vừa ($3 < VAS \leq 6$)	VAS = 4	7	20	8	22,9	
	VAS = 5	17	48,6	17	48,6	
	VAS = 6	11	31,4	10	28,5	
Tổng		35	100	35	100	
$\bar{X} \pm SD$		$5,11 \pm 0,72$		$5,06 \pm 0,72$		$>0,05$

Nhận xét: Trước điều trị, 100% BN có mức độ đau vừa ở cả hai nhóm. Điểm đau VAS trung bình giữa 2 nhóm tại D_0 không có sự khác biệt.

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế TVĐ cột sống cổ tại D_0

Mức độ hạn chế \ Nhóm		CT (n=35)		ĐC (n=35)		$P_{(CT-ĐC)}$
		n	%	n	%	
Không hạn chế (0 điểm)		0	0	0	0	
Hạn chế ít (1 - 6 điểm)		0	0	3	8,6	
Hạn chế vừa (7 - 12 điểm)		11	31,4	12	34,3	
Hạn chế nhiều (13 - 18 điểm)		24	68,6	20	57,1	
Tổng		35	100	35	100	
$\bar{X} \pm SD$		$13,29 \pm 3,89$		$12,14 \pm 4,11$		$>0,05$

Nhận xét: Trước điều trị, đa số BN có hạn chế TVĐ cột sống cổ ở mức độ nhiều (68,6% ở CT và 57,1% ở ĐC). Không có sự khác biệt về điểm trung bình hạn chế TVĐ cột sống cổ giữa nhóm CT và ĐC.

Bảng 3.5. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI tại D₀

NDI \ Nhóm	CT (n=35)		ĐC (n=35)		P(CT-ĐC)
	n	%	n	%	
Không hạn chế (0 - 4 điểm)	0	0	0	0	
Hạn chế nhẹ (5 - 14 điểm)	7	20	5	14,3	
Hạn chế trung bình (15 – 24 điểm)	14	40	13	37,1	
Hạn chế nhiều (25 - 34 điểm)	14	40	17	48,6	
Hoàn toàn hạn chế (≥35 điểm)	0	0	0	0	
Tổng	35	100	35	100	
$\bar{X} \pm SD$	20,31 ± 8,74		22,31 ± 7,32		>0,05

Nhận xét: Trước điều trị, tỷ lệ BN hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI ở mức độ nhiều và trung bình chiếm cao nhất (chiếm 80% ở nhóm CT, chiếm 85,7% ở nhóm ĐC). Về thang điểm NDI tại D₀ giữa hai nhóm thì không có sự khác biệt.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Tác dụng giảm đau

Bảng 3.6. Mức độ đau VAS sau điều trị 7 ngày

Nhóm BN Mức độ	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₇		D ₀		D ₇	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau (VAS = 0)	0	0	7	20	0	0	6	17,1
Đau nhẹ (0 < VAS ≤ 3)	0	0	16	45,7	0	0	11	31,4
Đau vừa (3 < VAS ≤ 6)	35	100	12	34,3	35	100	18	51,4
Đau nặng (VAS > 6)	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm \text{SD}$	5,11 ± 0,72		2,69 ± 1,68		5,06 ± 0,72		3,09 ± 1,70	
p	p(D ₀ -D ₇) < 0,05				p(D ₀ -D ₇) < 0,05			
	p(CT-ĐC) tại D ₇ > 0,05							

Nhận xét: Sau điều trị 7 ngày, tỷ lệ người bệnh có mức độ đau vừa giảm 65,7% ở nhóm CT và giảm 48,6 % ở nhóm ĐC. Giảm rõ rệt điểm VAS trung bình so với trước điều trị nhóm CT giảm từ 5,11 xuống 2,69 điểm, nhóm ĐC giảm từ 5,06 xuống 3,09 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước - sau điều trị 7 ngày ở cả hai nhóm ($p < 0,05$). Điểm VAS trung bình tại D₇ giữa nhóm CT và nhóm ĐC không có sự khác biệt.

Bảng 3.7. Mức độ đau theo VAS sau điều trị 14 ngày

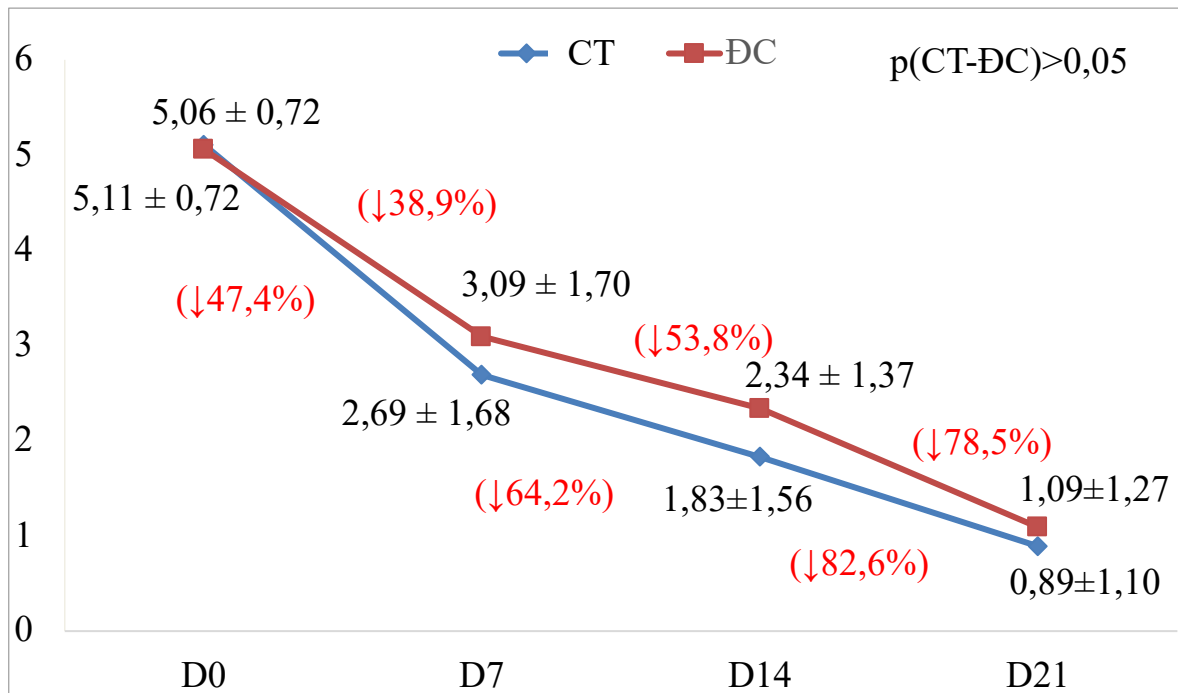
Nhóm Mức độ	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau (VAS = 0)	0	0	13	37,1	0	0	6	17,1
Đau nhẹ (0 < VAS ≤ 3)	0	0	18	51,4	0	0	21	60
Đau vừa (3 < VAS ≤ 6)	35	100	4	11,4	35	100	8	22,9
Đau nặng (VAS > 6)	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	5,11 ± 0,72		1,83 ± 1,56		5,06 ± 0,72		2,34 ± 1,37	
p	p(D ₀ -D ₇) < 0,05				p(D ₀ -D ₇) < 0,05			
	p(CT-ĐC) tại D ₇ > 0,05							

Nhận xét: Sau điều trị 14 ngày, ở hai nhóm có tỷ lệ BN đau vừa giảm rõ rệt, BN đau nhẹ chiếm chủ yếu (nhóm CT là 51,4% và nhóm ĐC là 60,0%). Điểm VAS trung bình của nhóm CT giảm 64,2% so với D₀, xuống 1,83 tại D₁₄; nhóm ĐC giảm 53,8% so với D₀ xuống 2,34 tại D₁₄; trước - sau điều trị 14 ngày của hai nhóm có sự khác biệt với p<0,05. Trung bình điểm VAS ở thời điểm D₁₄ không có sự khác biệt giữa nhóm CT và nhóm ĐC.

Bảng 3.8. Mức độ đau theo VAS sau điều trị 21 ngày

Nhóm BN Mức độ	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau (VAS = 0)	0	0	20	57,1	0	0	18	51,4
Đau nhẹ (0< VAS ≤ 3)	0	0	15	42,9	0	0	15	42,9
Đau vừa (3< VAS ≤ 6)	35	100	0	0	35	100	2	5,7
Đau nặng (VAS > 6)	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	5,11 ± 0,72		0,89 ± 1,10		5,06 ± 0,72		1,09 ± 1,27	
p	p(D ₀ -D ₇) < 0,05				p(D ₀ -D ₇) < 0,05			
	p(CT-ĐC) tại D ₇ > 0,05							

Nhận xét: Sau điều trị 21 ngày, cả 2 nhóm đều có tỷ lệ bệnh nhân không đau chiếm cao nhất (nhóm CT 57,1%, nhóm ĐC 51,4%), đứng thứ 2 là tỷ lệ nhóm bệnh nhân đau nhẹ (nhóm CT 42,9%, nhóm ĐC 42,9%). Cả hai nhóm đều có điểm VAS trung bình giảm rõ sau 21 ngày điều trị so với D₀; nhóm CT giảm từ 5,11 xuống 0,86 điểm, nhóm ĐC giảm từ 5,06 điểm xuống 1,09 điểm, với p<0,05. Nhóm nghiên cứu có kết quả giảm đau xu hướng tốt hơn nhóm đối chứng, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê về sự khác biệt giữa hai nhóm (p>0,05).



Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi điểm đau VAS trung bình tại các thời điểm điều trị

Nhận xét: Sau điều trị 7 ngày, 14 ngày, 21 ngày, cả hai nhóm đều có điểm đau VAS trung bình giảm rõ rệt so với D₀, $p < 0,05$. Tại các thời điểm điều trị nhóm CT có xu hướng làm giảm mức độ đau nhiều hơn nhóm ĐC nhưng không có ý nghĩa thống kê về sự khác biệt này.

- Ở nhóm CT: Điểm VAS trung bình ở D₀ là 5,11 giảm 47,4% xuống còn 2,69 tại thời điểm D₇, giảm 64,2% xuống còn 1,83 tại thời điểm D₁₄ và giảm 82,6% xuống còn 0,89 tại thời điểm D₂₁. Tại các thời điểm nghiên cứu thì sự khác biệt trước - sau điều trị đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Ở nhóm ĐC: Điểm VAS trung bình ở D₀ là 5,06 giảm 38,9% xuống còn 3,09 tại thời điểm D₇, giảm 53,8% xuống còn 2,34 tại thời điểm D₁₄ và giảm 78,5% xuống còn 1,09 tại thời điểm D₂₁. Tại các thời điểm nghiên cứu thì sự khác biệt trước - sau điều trị đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Trong suốt quá trình điều trị, biểu đồ biểu diễn sự thay đổi điểm VAS trung bình giảm dần theo thời gian ở cả hai nhóm, nhóm CT xu hướng giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC, mặc dù vậy tại mọi thời điểm đánh giá thì sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

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

Bảng 3.9. Mức độ hạn chế tầm vận động CSC sau 7 ngày điều trị

Nhóm BN Mức độ	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₇		D ₀		D ₇	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế (0 điểm)	0	0	5	14,3	0	0	3	8,6
Hạn chế ít (1 - 6 điểm)	0	0	12	34,3	3	8,6	8	22,9
Hạn chế vừa (7 - 12 điểm)	11	31,4	11	31,4	12	34,3	13	37,1
Hạn chế nhiều (13 - 18 điểm)	24	68,6	7	20	20	57,1	11	31,4
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	13,29 ± 3,89		8,17 ± 4,88		12,14 ± 4,11		9,03 ± 4,36	
p	p(D ₀ -D ₇) < 0,05				p(D ₀ -D ₇) < 0,05			
	p(CT-ĐC) tại D ₇ > 0,05							

Nhận xét: Sau điều trị 7 ngày, ở hai nhóm có tỷ lệ BN mức độ hạn chế vừa và nhiều đều giảm xuống. Trung bình điểm mức độ hạn chế vận động CSC của nhóm CT tại D₀ giảm 38,5% còn 8,17 tại D₇, nhóm ĐC ở thời điểm ban đầu giảm 25,6% xuống còn 9,03 tại D₇, sự khác biệt được ghi nhận là có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Không có sự khác biệt về trung bình điểm mức độ hạn chế vận động CSC giữa hai nhóm.

Bảng 3.10. Mức độ hạn chế tầm vận động CSC sau điều trị 14 ngày

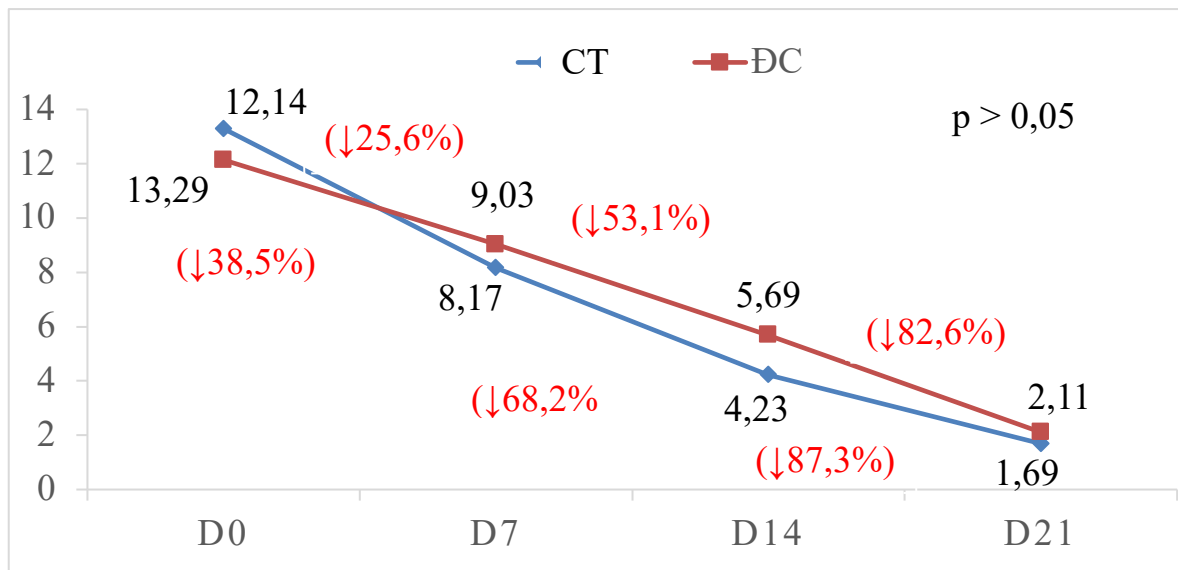
Nhóm BN Mức độ	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế (0 điểm)	0	0	13	37,1	0	0	10	28,6
Hạn chế ít (1 - 6 điểm)	0	0	17	48,6	3	8,6	11	31,4
Hạn chế vừa (7 - 12 điểm)	11	31,4	3	8,6	12	34,3	10	28,6
Hạn chế nhiều (13 - 18 điểm)	24	68,6	2	5,7	20	57,1	4	11,4
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	13,29 ± 3,89		4,23 ± 4,17		12,14 ± 4,11		5,69 ± 4,48	
p	p(D ₀ -D ₁₄) < 0,05				p(D ₀ -D ₁₄) < 0,05			
	p(CT-ĐC) tại D ₁₄ > 0,05							

Nhận xét: Sau điều trị 14 ngày, tỷ lệ BN hạn chế nhiều và vừa giảm rõ rệt, chiếm đa số là mức độ hạn chế ít và không hạn chế ở nhóm CT là 85,7% còn nhóm ĐC là 60%. Trung bình điểm mức độ hạn chế tầm vận động CSC của nhóm CT tại D₀ giảm 68,2% còn 4,23 tại D₁₄, nhóm ĐC tại D₀ giảm 53,1% còn 5,69 tại D₁₄, sự khác biệt trước - sau điều trị 14 ngày ghi nhận có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Giữa hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt về điểm hạn chế tầm vận động CSC.

Bảng 3.11. Mức độ hạn chế tầm vận động CSC sau điều trị 21 ngày

Nhóm BN Mức độ	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế (0 điểm)	0	0	22	62,9	0	0	22	62,9
Hạn chế ít (1 - 6 điểm)	0	0	11	31,4	3	8,6	8	22,9
Hạn chế vừa (7 - 12 điểm)	11	31,4	2	5,7	12	34,3	5	14,3
Hạn chế nhiều (13 - 18 điểm)	24	68,6	0	0	20	57,1	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	13,29 ± 3,89		1,69 ± 2,93		12,14 ± 4,11		2,11 ± 2,98	
p	p(D ₀ -D ₂₁) < 0,05				p(D ₀ -D ₂₁) < 0,05			
	p(CT-ĐC) tại D ₂₁ > 0,05							

Nhận xét: Sau điều trị 21 ngày, không còn bệnh nhân hạn chế tầm vận động CSC mức độ nhiều, chủ yếu là BN không hạn chế chiếm 62,9% ở cả hai nhóm. Trung bình điểm mức độ hạn chế tầm vận động CSC của nhóm CT tại D₀ giảm 87,3% còn 1,69 tại D₁₄, nhóm ĐC tại D₀ giảm 82,6% còn 2,11 tại D₁₄, sự khác biệt trước - sau điều trị 21 ngày có ý nghĩa thống kê p<0,05). Về điểm hạn chế tầm vận động CSC giữa hai nhóm nghiên cứu ghi nhận không có sự khác biệt.



Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi điểm hạn chế TVĐ cột sống cổ trung bình tại các thời điểm điều trị

Nhận xét:

- Ở nhóm CT: Điểm hạn chế TVĐ cột sống cổ trung bình tại D₀ là 13,29 giảm 38,5% còn 8,17 ở D₇, giảm 68,2% còn 4,23 ở D₁₄ và giảm 87,3% còn 1,69 ở D₂₁. Điểm hạn chế TVĐ cột sống cổ trung bình giảm có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm nghiên cứu so với D₀ ($p < 0,05$).

- Ở nhóm ĐC: Điểm hạn chế TVĐ cột sống cổ trung bình tại D₀ là 12,14 giảm 25,6% còn 9,03 ở D₇, giảm 53,1% còn 5,69 ở D₁₄ và giảm 82,6% còn 2,11 ở D₂₁. Điểm hạn chế TVĐ cột sống cổ trung bình giảm có ý nghĩa thống kê tại D₇, D₁₄ và D₂₁ so với D₀ với $p < 0,05$.

- Đường biểu diễn điểm hạn chế TVĐ cột sống cổ trung bình giảm dần trong quá trình điều trị của hai nhóm, trong đó nhóm CT xu hướng giảm nhiều hơn nhóm ĐC. Tuy nhiên, chưa có sự khác biệt giữa hai nhóm tại các thời điểm nghiên cứu với $p > 0,05$.

3.2.3. Đánh giá cải thiện hội chứng rể thần kinh

Bảng 3.12. Hội chứng rể thần kinh sau 21 ngày điều trị

Nhóm BN Mức độ	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không có triệu chứng của hội chứng rể	0	0	30	85,7	0	0	29	82,9
Có triệu chứng của hội chứng rể	35	100	5	14,3	35	100	6	17,1
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
p	p (CT-ĐC) tại D ₂₁ > 0,05							

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng của hội chứng rể ở nhóm CT có xu hướng giảm nhiều hơn nhóm ĐC (Nhóm CT giảm 85,7% và nhóm ĐC giảm 82,9%), tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.4. Tác dụng cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo NDI.

Bảng 3.13. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 7 ngày

Nhóm BN NDI	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₇		D ₀		D ₇	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế (0 - 4 điểm)	0	0	8	22,9	0	0	4	11,4
Hạn chế nhẹ (5 - 14 điểm)	7	20	9	25,7	5	14,3	10	28,6
Hạn chế trung bình (15 - 24 điểm)	14	40	14	40	13	37,1	16	45,7
Hạn chế nhiều (25 - 34 điểm)	14	40	4	11,4	17	48,6	5	14,3
Hoàn toàn hạn chế (≥35 điểm)	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	20,31 ± 8,74		12,83 ± 8,31		22,31 ± 7,32		16,43 ± 7,38	
p	p(D ₀ -D ₇) < 0,05				p(D ₀ -D ₇) < 0,05			
	p(CT-ĐC) tại D ₇ > 0,05							

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, tỷ lệ BN hạn chế trung bình theo thang điểm NDI chiếm đa số ở cả hai nhóm. Điểm NDI trung bình ở trước và sau 7 ngày điều trị giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở cả hai nhóm. Không có sự khác biệt về mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày giữa nhóm can thiệp và nhóm ĐC.

Bảng 3.14. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 14 ngày

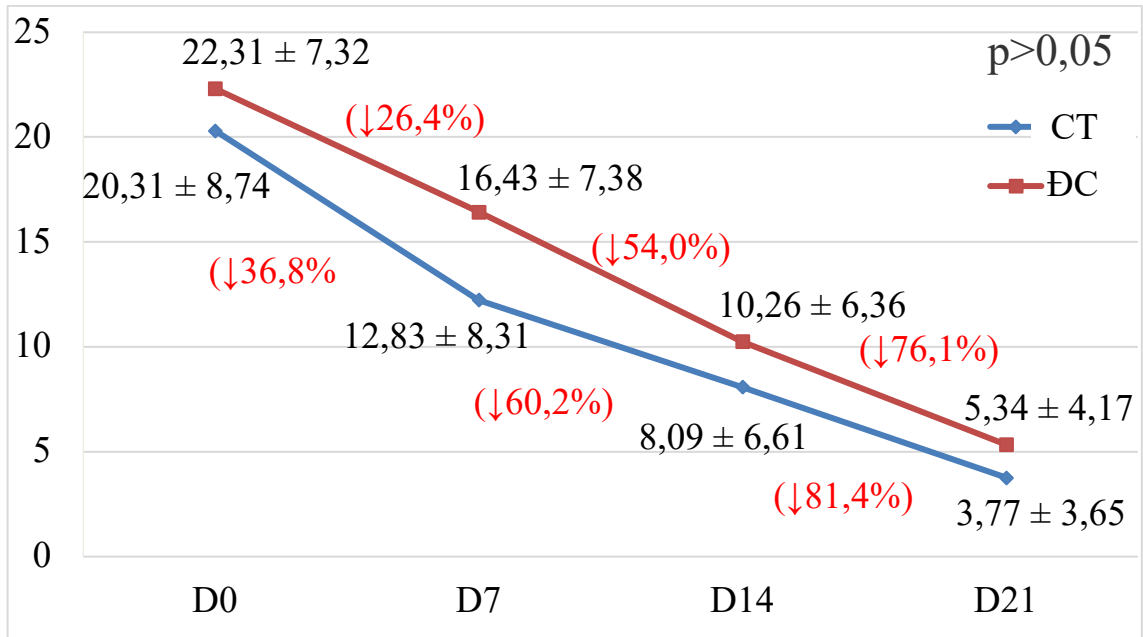
Nhóm BN NDI	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế (0 - 4 điểm)	0	0	11	31,4	0	0	10	28,6
Hạn chế nhẹ (5 - 14 điểm)	7	20	18	51,4	5	14,3	18	51,4
Hạn chế trung bình (15 - 24 điểm)	14	40	4	11,4	13	37,1	5	14,3
Hạn chế nhiều (25 - 34 điểm)	14	40	2	5,7	17	48,6	2	5,7
Hoàn toàn hạn chế (≥35 điểm)	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	20,31 ± 8,74		8,09 ± 6,61		22,31 ± 7,32		10,26 ± 6,36	
p	p(D ₀ -D ₁₄) < 0,05				p(D ₀ -D ₁₄) < 0,05			
	p(CT-ĐC) tại D ₁₄ > 0,05							

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, tỷ lệ BN hạn chế nhiều và hạn chế trung bình đều giảm, chủ yếu là không hạn chế và hạn chế nhẹ chiếm 82,8% ở nhóm CT và 80% ở nhóm ĐC. Điểm NDI trung bình tại D₁₄ giảm so với D₀ có ý nghĩa thống kê với p<0,05 ở nhóm CT và nhóm ĐC. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm tại D₁₄ không có sự khác biệt với p>0,05.

Bảng 3.15. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 21 ngày

Nhóm BN NDI	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế (0 - 4 điểm)	0	0	21	60	0	0	20	57,1
Hạn chế nhẹ (5 - 14 điểm)	7	20	14	40	5	14,3	14	40
Hạn chế trung bình (15 - 24 điểm)	14	40	0	0	13	37,1	1	2,9
Hạn chế nhiều (25 - 34 điểm)	14	40	0	0	17	48,6	0	0
Hoàn toàn hạn chế (≥35 điểm)	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	20,31 ± 8,74		3,77 ± 3,65		22,31 ± 7,32		5,34 ± 4,17	
p	p(D ₀ -D ₂₁) < 0,05				p(D ₀ -D ₂₁) < 0,05			
	p(CT-ĐC) tại D ₂₁ > 0,05							

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, không còn BN hạn chế nhiều ở cả hai nhóm. Tỷ lệ bệnh nhân không hạn chế và hạn chế vừa ở nhóm CT chiếm 100% còn nhóm ĐC chiếm 97,1%. Điểm NDI trung bình của nhóm CT tại D₀ giảm 81,4% còn 3,77 tại D₂₁, nhóm ĐC tại D₀ giảm 76,1% còn 4,17 ở D₂₁, sự khác biệt trước và sau 21 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở cả hai nhóm. Không có sự khác biệt về mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa nhóm CT và nhóm ĐC với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi trung bình điểm hạn chế sinh hoạt hằng ngày (NDI) tại các thời điểm điều trị

Nhận xét:

- Ở nhóm CT: Điểm NDI trung bình tại D₀ là 20,31 giảm 36,8% còn 12,83 ở D₇, giảm 60,2% còn 8,09 ở D₁₄ và giảm 81,4% còn 3,77 ở D₂₁. Điểm NDI trung bình giảm có ý nghĩa thống kê tại D₇, D₁₄ và D₂₁ so với D₀ với $p < 0,05$.

- Ở nhóm ĐC: Điểm NDI trung bình tại D₀ là 22,31 giảm 26,4% còn 16,43 ở D₇, giảm 54,0% còn 10,26 ở D₁₄ và giảm 76,1% còn 5,34 ở D₂₁. Điểm NDI trung bình giảm có ý nghĩa thống kê tại D₇, D₁₄ và D₂₁ so với D₀ với $p < 0,05$.

- Trong suốt quá trình điều trị, biểu đồ biểu diễn điểm NDI trung bình của hai nhóm giảm dần, nhóm CT có khuynh hướng giảm nhiều hơn nhóm ĐC nhưng chưa ghi nhận sự khác biệt về điểm NDI giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

3.2.5. Sự thay đổi một số triệu chứng y học cổ truyền sau điều trị

Bảng 3.16. Thay đổi về mạch, lưỡi

Nhóm Triệu chứng		CT (n=35)					ĐC (n=35)				
		D ₀		D ₂₁		p(D ₀ -D ₂₁)	D ₀		D ₂₁		p(D ₀ -D ₂₁)
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Mạch	Huyền	11	31,4	0	0	< 0,05	12	34,3	0	0	< 0,05
	Phù	20	57,1	0	0		18	51,4	0	0	
	Trầm	4	11,4	16	45,7		5	14,3	16	45,7	
Chất lưỡi	Đỏ	14	40	13	37,1	> 0,05	15	42,9	14	40	> 0,05
	Hồng	21	60	22	62,9		20	57,1	21	60	
Rêu lưỡi	Trắng mỏng	22	62,9	0	0	< 0,05	20	57,1	0	0	< 0,05
	Ít rêu	13	37,1	24	68,6		15	42,9	24	68,6	
p(CT-ĐC)		> 0,05									

Nhận xét:

- Về mạch: Trước điều trị, chủ yếu BN có mạch phù và mạch huyền trong đó nhóm CT chiếm 88,5% nhóm ĐC chiếm 85,7%. Sau 21 ngày điều trị, không còn BN có mạch phù và mạch huyền, BN có mạch bình thường chiếm hơn 50% ở cả hai nhóm. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

- Về chất lưỡi: Sự khác biệt trước và sau điều trị 21 ngày không có ý nghĩa thống kê.

- Về rêu lưỡi: Trước điều trị, đa số BN có rêu trắng mỏng chiếm 62,9% ở nhóm CT và 57,1% ở nhóm ĐC. Sau 21 ngày điều trị không còn BN có rêu trắng mỏng, sự thay đổi về rêu lưỡi tại D₁₄ so với D₀ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở hai nhóm. Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm ĐC với $p > 0,05$.

Bảng 3.17. Lượng giá triệu chứng lạnh vùng cổ gáy

Nhóm BN Mức độ	CT (n=35)				ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không	7	20	24	68,6	8	22,9	22	62,9
Nhẹ	18	51,4	8	22,9	18	51,4	8	22,9
Trung bình	10	28,6	3	8,6	9	25,7	5	14,3
Nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
p	p(D ₀ -D ₂₁) < 0,05				p(D ₀ -D ₂₁) < 0,05			
	p(CT-ĐC) tại D ₂₁ > 0,05							

Nhận xét: Sau điều trị 21 ngày, tỷ lệ bệnh nhân lạnh vùng cổ gáy mức độ nhẹ và không lạnh chiếm chủ yếu ở nhóm CT là 91,5% còn nhóm ĐC là 85,8%. Sự khác biệt trước - sau điều trị 21 ngày ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mức độ lạnh vùng cổ gáy giữa nhóm CT và nhóm ĐC Không có sự khác biệt về với $p > 0,05$.

Bảng 3.18. Lượng giá triệu chứng sợ lạnh

[illegible]

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, không còn BN sợ lạnh mức độ nặng, tỷ lệ bệnh nhân sợ lạnh mức độ nhẹ và không lạnh chiếm đa số ở cả hai nhóm là 82,8%. Sự khác biệt trước - sau điều trị 21 ngày ở nhóm CT và nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Về triệu chứng lạnh giữa hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 3.19. Lượng giá triệu chứng đau mỗi lưng gối

[illegible]

Nhận xét: Sau điều trị 21 ngày, tỷ lệ bệnh nhân đau mỗi lưng gối mức độ nhẹ và không đau chiếm đa số, nhóm CT là 80% còn nhóm ĐC là 60%. Sự khác biệt trước - sau điều trị 21 ngày ở nhóm CT và nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Triệu chứng đau mỗi lưng gối giữa hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

3.3. Một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị

3.3.1. Tuổi

Bảng 3.20. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và kết quả điều trị

Kết quả VAS \ Nhóm tuổi	< 60		≥ 60		OR	p
	n	%	n	%		
Không đau	9	64,3	13	61,9	1,64	$> 0,05$
Còn đau	5	35,7	8	38,1		
Tổng	14	100	21	100		

Nhận xét: Kết quả điều trị giảm đau ở nhóm tuổi < 60 có xu hướng tốt hơn nhóm tuổi ≥ 60 nhưng chưa ghi nhận có mối liên quan giữa nhóm tuổi và kết quả điều trị với $p > 0,05$.

3.3.2. Giới tính

Bảng 3.21. Mối liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị

Kết quả VAS \ Giới tính	Nam		Nữ		OR	p
	n	%	n	%		
Không đau	4	57,1	16	57,1	1,00	$> 0,05$
Còn đau	3	42,9	12	42,9		
Tổng	7	100	28	100		

Nhận xét: Kết quả điều trị giảm đau của giới nam tương đương giới nữ. Không ghi nhận có mối liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị với $p > 0,05$.

3.3.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.22. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị

Nghề nghiệp Kết quả VAS	Lao động trí óc		Lao động chân tay		OR	p
	n	%	n	%		
Không đau	8	57,1	12	57,1	1,00	> 0,05
Còn đau	6	42,9	9	42,9		
Tổng	14	100	21	100		

Nhận xét: Kết quả điều trị giảm đau của lao động chân tay và lao động trí óc tương đương nhau. Không ghi nhận có mối liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị với $p > 0,05$.

3.3.4. Thời gian mắc bệnh

Bảng 3.23. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị

Nhóm thời gian Kết quả VAS	≤ 3 tháng		> 3 tháng		OR	p
	n	%	n	%		
Không đau	3	60	17	56,7	1,00	> 0,05
Còn đau	2	40	13	43,3		
Tổng	5	100	30	100		

Nhận xét: Khoảng thời gian mắc bệnh từ 3 tháng trở xuống xu hướng có kết quả giảm đau tốt hơn. Mặc dù vậy, không có mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị với $p > 0,05$.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm chung

4.1.1.1. Tuổi

Từ kết quả bảng 3.1, tuổi trung bình của nhóm CT là $60,80 \pm 10,79$ và ở nhóm ĐC là $64,09 \pm 10,57$, giữa hai nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Người bệnh có HC cánh tay cổ do thoái hóa tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi ≥ 60 (nhóm CT chiếm 60% và nhóm ĐC chiếm 71,4%). Kết quả của nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thị Thắng (2017), tuổi trung bình nhóm CT là $64,87 \pm 10,20$ và ở nhóm ĐC là $65,30 \pm 10,33$, trong đó nhóm tuổi ≥ 60 cũng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm [63].

Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống gia tăng theo độ tuổi là do tuổi tác có liên quan mật thiết tới nội tiết, chuyển hóa và tuần hoàn nuôi dưỡng khớp. Bên cạnh đó quá trình lão hóa cũng tăng dần và gây ảnh hưởng tới hệ cơ xương khớp chủ yếu là hệ thống gân, cơ, dây chằng.

Theo quan điểm của y học cổ truyền, đối với bệnh nhân cao tuổi, sự suy giảm thiên quý là yếu tố khởi phát. Điều này dẫn đến sự suy thoái chức năng của tạng can và tạng thận gây ra tình trạng khí huyết hư suy. Do khí huyết không đủ, cân và cốt bị mất sự nuôi dưỡng dẫn đến nguyên tắc bất vinh tắc thống (đau do không được nuôi dưỡng). Đồng thời, sự hư suy của vệ khí làm giảm khả năng phòng vệ của cơ thể, khiến tà khí (phong, hàn, thấp) thừa cơ xâm phạm và ứ trệ tại khu vực cân, cốt và kinh lạc. Tình trạng ứ trệ này dẫn đến nguyên tắc bất thông tắc thống (đau do tắc nghẽn), từ đó hình thành nên chứng Tý.

Trong nghiên cứu của Bùi Thị Bình (2025), tuổi trung bình nhóm CT là

53,47±9,02 còn nhóm ĐC là 53,23±9,93 và độ tuổi 40 – 49 tập trung chủ yếu [64], kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu tác giả Bùi Thị Bình. Sự khác biệt có thể do nghiên cứu được thực hiện tại các thời điểm khác nhau dẫn đến sự khác biệt về điều kiện kinh tế - xã hội và thói quen sinh hoạt của quần thể nghiên cứu. Cũng có thể xuất phát từ cỡ mẫu khác nhau trong nghiên cứu, chưa đủ lớn để đại diện cho tỷ lệ bệnh lý thực tế trong toàn bộ quần thể.

4.1.1.2. Giới

Từ biểu đồ 3,1, cho ta biết nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (tỷ lệ nữ/nam là 3,37/1). Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Giang Thanh (2024), nữ giới chiếm 70% và nam giới chiếm 30% [65]; Trần Văn Bội (2024) cho thấy tỷ lệ nữ giới là 61,9% và nam giới là 38,1% [66]; Bùi Thị Lệ Ninh (2019), nữ giới chiếm 41,7% và nam chiếm 58,3% [67]. Sự không đồng nhất về tỷ lệ giới tính quan sát được giữa các nghiên cứu khác nhau có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố: địa điểm tiến hành nghiên cứu khác nhau, hạn chế về cỡ mẫu có thể dẫn đến sai số chọn mẫu và không đảm bảo tính đại diện toàn bộ quần thể nên chưa phản ánh tỷ lệ về giới trong bệnh hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa. Tuy nhiên tỷ lệ nữ/nam thường cao.

Thoái hóa CSC ở nữ gặp nhiều hơn nam về tỷ lệ được giải thích có liên quan đến quá trình lão hóa của giới nữ nhanh hơn giới nam, tình trạng mất cân bằng nội tiết xảy ra trong thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh. Đặc trưng sinh lý là sự suy giảm nồng độ estrogen chủ yếu là estradiol, dẫn đến sự thay đổi lớn trong hệ thống nội tiết làm tăng tốc độ loãng xương và giảm quá trình tạo cốt bào. Theo lý luận của y học cổ truyền, sự khác biệt về chu kỳ sinh lý dẫn đến sự khác biệt về thời điểm suy thoái của cơ thể giữa nam và nữ, cụ thể: nữ giới thiên quý tại chu kỳ 7 x 7 = 49 tuổi bắt đầu suy giảm. Ở tuổi 49, mạch xung và nhâm không còn đầy đủ, thiên quý kiệt, dẫn đến tình trạng suy yếu toàn thân. Nam giới thiên quý suy tại chu kỳ 8 x 8 = 64 tuổi. Từ tuổi này, lục phủ ngũ tạng bắt đầu suy giảm chức năng. Cả hai trường hợp trên đều dẫn đến can và

thận hư tổn, không còn khả năng nuôi dưỡng cân và cốt. Tình trạng này là nguyên nhân chính gây ra chứng Tý hay thoái hóa cột sống cổ. Do sự suy giảm thiên quý và biến đổi nội tiết tố (ảnh hưởng đến mạch xung nhâm) xảy ra sớm hơn ở nữ giới nên thoái hóa cột sống cổ có xu hướng xuất hiện sớm hơn và tần suất gặp cao hơn ở nữ giới.

4.1.1.3. Nghề nghiệp

Từ biểu đồ 3.2, cho thấy tỷ lệ BN lao động trí óc (nhóm CT 60%, nhóm ĐC 51,4%) có xu hướng cao hơn BN lao động chân tay (nhóm CT 40% nhóm ĐC 48,6%) giữa hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt $p>0,05$. Một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Minh (2021) có tỷ lệ người bệnh lao động trí óc là 68,3% [68]; Trần Văn Bội (2024) có 16,7% bệnh nhân lao động trí óc [66]. Sự khác biệt kết quả này có thể giải thích do có sự khác biệt về điều kiện kinh tế - xã hội và môi trường sống. Cũng có thể là do sử dụng cỡ mẫu nhỏ nên có thể dẫn đến sai số chọn mẫu và làm cho kết quả không đủ tính khách quan để phản ánh chính xác tỷ lệ thực tế trong toàn bộ quần thể.

Thói quen sinh hoạt, làm việc tại chỗ ở tư thế cúi đầu, động tác đơn điệu của đầu và cổ hoặc những việc nặng nhọc kéo dài lặp đi lặp lại nhiều lần đều làm giảm tuần hoàn nuôi dưỡng gây đau mỏi, cơ vùng cổ gáy co cứng.

4.1.2. Đặc điểm bệnh lý

4.1.2.1. Thời gian mắc bệnh

Từ bảng 3.2 cho biết, thời gian mắc bệnh trung bình nhóm CT là $7,23\pm 3,73$ (tháng) và $7,77\pm 4,28$ (tháng) ở nhóm ĐC, giữa hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh với $p>0,05$. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Phạm Minh Vương (2016) là 46,7% [69]. Bên cạnh đó, một số nghiên cứu khác có thời gian mắc bệnh ngắn hơn như tác giả Nguyễn Giang Thanh (tỷ lệ BN bị bệnh dưới 3 tháng là 56,6% trên 3 tháng là 43,4% [65]. Sự chênh lệch này có thể là do đối tượng nghiên cứu của các tác giả khác

nhau. Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống diễn biến trong thời gian dài, chịu ảnh hưởng nhiều của chế độ vận động và thói quen sinh hoạt hàng ngày. Nghiên cứu của chúng tôi chọn người bệnh thể can thận hư kiêm phong hàn thấp nên có thời gian mắc bệnh lâu hơn.

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

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng X-quang cột sống cổ cho tất cả các BN tham gia nghiên cứu, đây là xét nghiệm cận lâm sàng được sử dụng nhiều trong chẩn đoán tiên lượng bệnh vì tính đơn giản, phổ biến, dễ thực hiện, không xâm lấn và chi phí thấp. X-quang giúp đánh giá các hình ảnh tổn thương hay gặp là biến đổi đường cong sinh lý cột sống, mọc gai xương, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ tiếp hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh mọc gai xương chiếm đa số ở cả hai nhóm trong đó nhóm CT là 97,1% và nhóm ĐC là 94,3%. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Hoàng Thị Thắng (2017) đa số bệnh nhân đều có hình ảnh mọc gai xương chiếm 100% [63]; Phạm Minh Vương (2016) [69].

Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang nhiều lúc không tương ứng với các triệu chứng trên lâm sàng, một số BN có hình ảnh tổn thương thoái hóa cột sống cổ trên X-quang nhưng không có biểu hiện triệu chứng. Ngược lại, có những BN mức độ nặng trên lâm sàng nhưng không tương ứng với mức độ tổn thương nặng trên X-quang. Lý giải điều này tùy thuộc vị trí gai xương có gây chèn ép rễ thần kinh hay không và tính thích nghi của từng cá thể người bệnh.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Tác dụng giảm đau

Kết quả nghiên cứu trình bày ở các bảng 3.6, 3.7, 3.8 và biểu đồ 3.4 cho thấy như sau:

Trước điều trị: 100% BN đau mức độ vừa ở cả hai nhóm. Điểm VAS trung bình của nhóm CT là $5,11 \pm 0,72$ còn nhóm ĐC là $5,06 \pm 0,72$. Mức độ đau của

hai nhóm tương đương nhau với $p > 0,05$.

Sau điều trị 7 ngày: Ở cả hai nhóm có tỷ lệ đau vừa đều giảm, tỷ lệ đau vừa ở nhóm CT là 34,3% và nhóm ĐC chiếm 51,4%. Trung bình điểm VAS hai nhóm cũng có xu hướng giảm. Nhóm CT có điểm VAS trung bình là $5,11 \pm 0,72$ điểm, giảm 47,4% so với D_0 , sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm ĐC có điểm VAS trung bình là $5,06 \pm 0,72$ điểm, giảm 38,9% so với D_0 , giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại thời điểm này bắt đầu xuất hiện tác dụng giảm đau ở hai nhóm. So sánh trước- sau điều trị 7 ngày đều có sự khác biệt, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Sau điều trị 14 ngày: Ở cả hai nhóm tỷ lệ đau vừa giảm mạnh, tỷ lệ đau vừa nhóm CT chiếm 11,4% và nhóm ĐC chiếm 22,9%. Ở Nhóm CT, VAS trung bình là $5,11 \pm 0,72$ điểm, giảm 64,2% so với D_0 , giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm ĐC có điểm VAS trung bình là $5,06 \pm 0,72$ điểm, giảm 53,8% so với D_0 , giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). So sánh trước và sau điều trị 14 ngày, tác dụng giảm đau được thể hiện rõ ràng và có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tuy nhiên giữa hai nhóm thì sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Sau 21 ngày, mức độ đau VAS giảm xuống đáng kể, nhóm CT không còn bệnh nhân đau mức độ vừa, tỷ lệ không đau chiếm đa số 57,1%, tỷ lệ đau nhẹ 42,9%, nhóm ĐC tỷ lệ bệnh nhân không đau, đau nhẹ lần lượt tăng từ 0 lên 51,4%, 42,9%. Sự thay đổi so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cả 2 nhóm có điểm VAS trung bình giảm rõ, nhóm CT từ $5,11 \pm 0,72$ xuống $0,89 \pm 1,10$ nhiều hơn so với nhóm ĐC từ $5,06 \pm 0,72$ xuống $1,09 \pm 1,27$. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Một số nghiên cứu tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Lưu Thị Trang Ngân (2021) điểm VAS trung bình sau 21 ngày điều trị từ $5,43 \pm 1,17$ xuống $2,70 \pm 1,39$ điểm [44]; Phạm Vũ Khánh (2024), sau 21 ngày điều trị điểm VAS trung bình giảm từ $5,29 \pm 1,13$ xuống còn $1,09 \pm 1,42$ [71]. Có thể

giải thích về sự khác biệt này là do kết hợp các phương pháp điều trị khác nhau, đặc điểm tiêu chí chọn người bệnh cũng như kích thước cỡ mẫu trong các nghiên cứu khác nhau.

Theo quan điểm của Y học hiện đại, các triệu chứng đau khu trú tại vùng cổ gáy, đặc biệt do thoái hóa cột sống cổ chủ yếu được gây ra bởi: chèn ép thần kinh và cơ thắt cơ. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp TĐCS dùng các thủ thuật đẩy, xoay, bật, rung, bẻ, lách tác động trực tiếp lên “trọng điểm” (nơi vùng da thay đổi nhiệt độ, cơ co cứng và cảm giác đau nhất) vùng cột sống theo cơ chế tiết đoạn thần kinh giúp giải phóng rối loạn thần kinh, co cứng cơ cạnh sống như: cơ gối đầu, cơ ức đòn chũm, cơ bán gai đầu. Kỹ thuật này có tác dụng thúc đẩy tuần hoàn máu, điều chỉnh sai lệch vi xương cục bộ, khôi phục sự ổn định cơ học ban đầu, điều chỉnh rối loạn chức năng khớp liên mấu do thoái hóa, giảm áp lực cục bộ và làm giải phóng các rễ thần kinh bị chèn ép, từ đó cải thiện lưu lượng máu cục bộ và chức năng khớp liên mấu. Ngoài ra, phương pháp TĐCS tác động trực tiếp vào các cấu trúc động và tĩnh hệ cột sống. Các thủ thuật TĐCS giúp giảm biểu hiện VGLUT2 (Vesicular Glutamate Transporter 2- protein vận chuyển), do đó điều hòa sự giải phóng glutamate (acid glutamic), một chất hoạt động thần kinh tại các đầu synap trong tủy sống và ức chế sự truyền tín hiệu đau. Chính vì thế mà tác dụng giảm đau, làm giảm sự co cứng cơ, giải tỏa chèn ép thần kinh nhanh hơn so với nhóm đối chứng sử dụng phương pháp XBBH sau 1 tuần điều trị tại D₇. Sử dụng các thao tác phù hợp làm thư giãn, tạo sóng cảm giác tại trọng điểm, sự dẫn truyền xung động đau từ các sợi thần kinh ngoại vi bị gián đoạn từ đó sẽ giảm dần cảm giác đau. Siêu âm điều trị tác động trực tiếp lên các đầu mút dây thần kinh cảm giác làm tăng tốc độ dẫn truyền thần kinh, cùng với nhiệt tỏa ra làm mềm các mô cơ và dây chằng từ đó gây giãn cơ lớp sâu, góp phần giảm đau cho người bệnh.

Theo Y học cổ truyền, phương pháp tác động cột sống sử dụng các thủ thuật tác động trực tiếp vào khe đốt sống, lớp cơ cạnh sống, gai sống, nơi đường

đi của mạch đóc, huyết Hoa Đà giáp tích, kinh bàng quang có tác dụng loại bỏ tình trạng tắc nghẽn, làm cho kinh lạc và khí huyết được thông suốt, điều hòa tạng phủ từ đó qua đó thiết lập lại trạng thái cân bằng âm dương trong cơ thể. Tuy nhiên, hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS sau 21 ngày trong một số nghiên cứu có kết hợp thuốc thảo dược cao hơn so với các nghiên cứu sử dụng phương pháp không dùng thuốc đơn thuần. Biểu đồ 3.4 cho thấy điểm đau VAS tại mọi thời điểm đều có xu hướng giảm dần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có lẽ điểm đau VAS của BN còn có thể giảm nữa sau 21 ngày. Cho nên, chúng tôi khuyến nghị phối hợp thêm thuốc thảo dược và kéo dài thời gian điều trị.

4.2.2. Tác dụng cải thiện hội chứng rễ

Bệnh nhân có biểu hiện hội chứng rễ trên lâm sàng: đau dọc theo rễ thần kinh chi phối kèm rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ như tê bì lan xuống cánh-cẳng tay, bàn ngón tay. Nguyên nhân bệnh sinh chủ yếu của tình trạng này là do các gai xương tại các khớp đốt sống, các cấu trúc tân tạo này làm giảm đường kính và gây hẹp lỗ gian đốt sống dẫn đến việc kích thích và chèn ép cơ học trực tiếp lên các rễ thần kinh đi qua.

Trước điều trị, 100% bệnh nhân ở cả hai nhóm đều có triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh. Sau 21 ngày điều trị, nhóm CT và nhóm ĐC đều có sự cải thiện tốt hội chứng rễ. Ở nhóm CT, tỷ lệ bệnh nhân không còn hội chứng rễ chiếm 85,7%. Ở nhóm ĐC, tỷ lệ bệnh nhân không còn hội chứng rễ thần kinh là 82,9%. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị hội chứng rễ giữa hai nhóm với $p > 0,05$. So sánh với kết quả của Phạm Vũ Khánh, có tỷ lệ BN còn hội chứng rễ ở nhóm CT và nhóm ĐC lần lượt là 25,7% và 28,6% [71], thì hiệu quả cải thiện hội chứng rễ thần kinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

Lý giải theo YHCT, triệu chứng đau tê lan theo đường đi của rễ thần kinh, rối loạn cảm giác do phong thấp tà từ bên ngoài xâm nhập vào kinh lạc gây bế

tắc kinh mạch, cản trở lưu thông khí huyết. Phong tà có đặc tính di chuyển nên đau lan theo đường đi của kinh. Bệnh diễn biến lâu ngày làm khí huyết hư suy không được cân mạch mà gây teo cơ, rối loạn phản xạ gân xương, rối loạn vận động. Phương pháp TĐCS phát hiện các sai lệch trên hệ cột sống từ đó thực hiện các thủ thuật vi chỉnh giúp cân bằng lại các sai lệch của cột sống. Qua đó phục hồi lại sự nhu nhuận của hệ thống cơ giúp bệnh nhân giảm đau, cải thiện vận động. Lý giải theo YHHĐ, các thủ thuật TĐCS giúp cải thiện các yếu tố kích thích, chèn ép cục bộ lên rễ thần kinh, điều chỉnh sự lệch vị trí đốt sống, cân bằng các lực bên trong và bên ngoài ở cột sống cổ dẫn đến cải thiện tình trạng thiếu máu nuôi dưỡng rễ thần kinh. Cơ chế bệnh sinh của thoái hóa đốt sống cổ là sự mất cân bằng trong môi trường cơ sinh học bên ngoài và bên trong của cột sống cổ (đốt sống, gân, cơ, khớp liên đốt, dây chằng và mạch máu) và nguyên tắc cơ bản của liệu pháp tác động cột sống cổ là sử dụng các kỹ thuật để cải thiện và điều chỉnh sự cân bằng cơ sinh học môi trường bên trong và bên ngoài này.

Bên cạnh đó, siêu âm trị liệu dùng sóng siêu âm tác dụng đến lớp cơ sâu làm giãn cơ, giải tỏa sự chèn ép vào rễ thần kinh giúp giảm đau, tê bì cho bệnh nhân. Xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giải tỏa sự co cứng cơ giúp cử động khớp linh hoạt, thông qua các thủ thuật cơ bản lên da, cơ và huyết.

4.2.3. Tác dụng cải thiện tâm vận động cột sống cổ

Trong thoái hóa cột sống cổ, các triệu chứng đau, co cứng cơ cạnh sống dẫn đến hạn chế tâm vận động cột sống cổ. Các thủ thuật của phương pháp TĐCS tác động trực tiếp vào lớp cơ cạnh sống cùng sự kết hợp với siêu âm trị liệu thông qua tác động tới lớp cơ sâu càng thúc đẩy quá trình giải phóng sự co cứng cơ, chèn ép thần kinh, giảm nhanh tình trạng đau, cho nên người bệnh có cải thiện tâm vận động.

Kết quả điều trị bảng 3.9, 3.10, 3.11 và biểu đồ 3.5 cho thấy:

Trước điều trị, đa số BN hạn chế tâm vận động CSC ở mức độ nhiều. Ở

nhóm CT, mức độ hạn chế nhiều chiếm 68,6%. Tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 57,1%. Trung bình điểm mức độ hạn chế tầm vận động CSC ở nhóm CT là $13,29 \pm 3,89$ điểm và ở nhóm ĐC là $12,14 \pm 4,11$ điểm. Không có sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ giữa hai nhóm.

Tại thời điểm D₇, tỷ lệ BN hạn chế nhiều và hạn chế vừa giảm xuống ở hai nhóm. Ở nhóm CT, chủ yếu là tỷ lệ BN hạn chế ít chiếm 34,3%. Ở nhóm ĐC, đa số là tỷ lệ BN hạn chế vừa chiếm 37,1%. Trung bình điểm mức độ hạn chế vận động CSC của nhóm CT tại D₀ giảm 38,5% còn 8,17 tại D₇, nhóm ĐC tại D₀ giảm 25,6% còn 9,03 tại D₇, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh trước và sau điều trị 7 ngày, mức độ hạn chế tầm vận động CSC đã giảm có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ giữa hai nhóm.

Sau 14 ngày điều trị, đa số thuộc nhóm hạn chế ít (53,6%) ở cả hai nhóm. Trung bình điểm mức độ hạn chế tầm vận động CSC của nhóm CT tại D₀ giảm 68,2% còn 4,23 tại D₁₄, nhóm ĐC tại D₀ giảm 53,1% còn 5,69 tại D₁₄, sự khác biệt trước và sau 14 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về điểm hạn chế tầm vận động CSC giữa hai nhóm nghiên cứu. Sau 21 ngày điều trị, không còn BN hạn chế nhiều ở cả hai nhóm, đa số là BN không hạn chế chiếm 62,9%. Trung bình điểm mức độ hạn chế tầm vận động CSC của nhóm CT tại D₀ giảm 87,3% còn 1,69 tại D₁₄, nhóm ĐC tại D₀ giảm 82,6% còn 2,11 tại D₁₄, sự khác biệt trước và sau 21 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về điểm hạn chế tầm vận động CSC giữa hai nhóm nghiên cứu.

Ở biểu đồ 3.5 cho thấy mức độ hạn chế tầm vận động CSC xu hướng giảm dần theo thời gian, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Bên cạnh đó, chiều hướng còn tiếp tục giảm nữa.

Kết quả nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh, trung bình điểm mức độ hạn chế

tầm vận động CSC của nhóm CT giảm từ $11,11 \pm 3,30$ điểm ở D_0 xuống còn $2,49 \pm 3,13$ điểm ở D_{21} [71]. Trong nghiên cứu của chúng tôi xu hướng giảm điểm trung bình mức độ hạn chế CSC ở nhóm CT nhiều hơn từ $13,29 \pm 3,89$ ở D_0 xuống $1,69 \pm 2,93$ tại D_{21} .

Hạn chế tầm vận động CSC do thoái hóa cột sống là hậu quả của tình trạng đau, cơ co cứng... làm hạn chế tầm vận động cột sống cổ. Cải thiện phạm vi chuyển động khớp (ROM-Range of Motion) được thực hiện thông qua ba cơ chế chủ đạo. Cơ chế đầu tiên là giải phóng cản trở cơ học: phương pháp tác động cột sống dùng các thủ thuật tác động lên trọng tâm, trọng điểm, điều chỉnh thiết lập lại cân bằng cột sống và các vùng lân cận, phá vỡ các liên kết xơ hóa từ đó giảm bớt áp lực tác động trực tiếp lên cấu trúc cột sống do nguyên nhân thoái hóa gây ra (gai xương, hẹp lỗ tiếp hợp, hẹp khe khớp), giải phóng chèn ép giúp mở rộng biên độ trượt giữa các diện khớp.

Cơ chế tiếp theo là cơ chế thần kinh – cơ và điều hòa trương lực: hạn chế vận động trong thoái hóa thường là hệ quả của phản xạ bảo vệ. Đau kích thích hệ thống thần kinh trung ương duy trì trạng thái co thắt cơ vùng cổ (cơ thang, cơ ức đòn chũm, cơ nâng vai,...) để hạn chế tổn thương thêm. Các thủ thuật TĐCS kích thích vào các thụ thể cơ học và cơ quan Golgi tại gân cơ. Xung động này gây ức chế neuron vận động alpha, làm giãn cơ và phá vỡ vòng xoắn bệnh lý “đau - co thắt - hạn chế vận động”. TĐCS tác động trực tiếp vào trọng điểm (nơi cảm giác đau nhất) làm dập tắt các tín hiệu dẫn truyền đau, giảm đau nhanh chóng, cho phép cột sống cổ đạt những biên độ vận động tối đa mà không kích hoạt phản ứng cơ cơ tự vệ.

Cơ chế cuối cùng là cơ chế sinh học, chuyển hóa tại chỗ. Phương pháp TĐCS sử dụng trực tiếp đầu ngón tay phối hợp với siêu âm trị liệu tác dụng tới lớp cơ sâu, cục bộ càng thúc đẩy lưu thông máu, giảm kích ứng các đầu mút thần kinh, khôi phục sự cân bằng sinh học tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực

hiện động tác gấp, duỗi, nghiêng, xoay cổ.

4.2.4. Tác dụng cải thiện hạn chế sinh hoạt hàng ngày

Từ kết quả bảng 3.13, 3.14, 3.15 và biểu đồ 3.6 cho thấy:

Thời điểm lúc vào viện, chiếm nhiều nhất là hạn chế trung bình (nhóm CT 40% và nhóm ĐC 45,7%). Điểm NDI trung bình ở trước và sau 7 ngày điều trị giảm (nhóm CT $20,31 \pm 8,74$ và nhóm ĐC $22,31 \pm 7,32$) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở cả hai nhóm. Không có sự khác biệt về mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày giữa nhóm CT và nhóm ĐC.

Sau 7 ngày điều trị, tỷ lệ BN hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức độ trung bình chiếm chủ yếu với 40% ở nhóm CT và 45,7% ở nhóm ĐC. Điểm NDI trung bình của nhóm CT là $12,23 \pm 7,74$ điểm và nhóm ĐC là $16,43 \pm 7,38$ điểm. Sự khác biệt về điểm NDI giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 14 ngày điều trị, tỷ lệ BN hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức độ nhẹ chiếm chủ yếu với 51,4% ở cả hai nhóm. Điểm NDI trung bình của nhóm CT là $8,09 \pm 6,61$ điểm và nhóm ĐC là $10,26 \pm 6,36$ điểm. Sự khác biệt về điểm NDI giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 21 ngày điều trị, 100% không còn hạn chế nhiều ở cả hai nhóm. Điểm NDI trung bình của nhóm CT tại D_0 giảm 81,4% còn 3,77 tại D_{21} , nhóm ĐC tại D_0 giảm 76,1% còn 4,17 ở D_{21} , sự khác biệt trước và sau 21 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở cả hai nhóm. Không có sự khác biệt về mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa nhóm CT và nhóm ĐC với $p > 0,05$.

Đau và hạn chế tầm vận động cột sống cổ trong hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa gây ảnh hưởng không nhỏ đến chức năng sinh hoạt hàng ngày như tắm, mặc quần áo, ngủ, đọc sách... Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cải thiện rõ rệt mức độ hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày ở cả 2 nhóm so với trước điều trị ($p < 0,05$). So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Thanh Hải, điểm NDI trung bình sau điều trị của nhóm nghiên cứu là $4,87 \pm 4,58$ [45], thì nghiên

cứu của chúng tôi có hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày khả quan hơn.

Lý giải kết quả trên có thể là do tác dụng cộng hợp của TĐCS với siêu âm trị liệu. Việc điều trị không những khiến cho BN giảm đau còn tăng khả năng hòa nhập vào cuộc sống hàng ngày. Nhóm CT có hiệu quả giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống cổ hơn nhóm ĐC nên chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện hơn.

Phương pháp tác động cột sống tác động vào trọng tâm, trọng điểm (vị trí đau nhất, co cứng nhất trên vùng bị bệnh) trực tiếp đến các nguyên ủy, bảm tận của cơ nên giải tỏa cơ khỏi sự co cứng, các tổ chức xung quanh nhờ vậy mà được tăng nuôi dưỡng lập lại thể cân bằng; các triệu chứng đau, co cơ giảm, giải tỏa sự chèn ép, tầm vận động cột sống cổ tăng, từ đó giảm bớt mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày và nâng cao hiệu quả điều trị bệnh.

Liệu pháp tác động cột sống không chỉ điều hòa chức năng các cơ quan, tăng cường chức năng miễn dịch, cải thiện vi tuần hoàn và chuyển hóa tế bào, mà còn điều hòa mạng lưới thần kinh - nội tiết - miễn dịch. Gây ra các thay đổi sinh lý, sinh hóa, thần kinh nội tiết và miễn dịch ở các mức độ khác nhau trong cơ thể thông qua kích thích cơ học bằng tay trên bề mặt cơ thể.

4.2.6. Sự thay đổi về triệu chứng y học cổ truyền sau điều trị

Trong nghiên cứu, BN đều thuộc thể can thận hư phong hàn thấp. Phong hàn thấp tà từ bên ngoài xâm phạm vào kinh thái dương vùng vai gáy mà làm vệ khí không được tuyên thông gây sợ gió, sợ lạnh, co cứng cơ vùng cổ, lạnh vùng cổ gáy. Can chủ cân, cơ, dây chằng, phủ ở gối; thận chủ cốt tủy, phủ ở lưng, can thận hư suy nên gây chứng đau lưng, mỏi gối.

Từ bảng 3.16, 3.17, 3.18, 3.19 ta thấy, sau 21 ngày điều trị, triệu chứng lạnh vùng cổ gáy, sợ lạnh, mạch, rêu lưỡi, đau mỏi lưng gối đều cải thiện ở cả hai nhóm:

Về mạch: Trước điều trị, chủ yếu BN là mạch phù, nhóm CT chiếm 57,1%

và nhóm ĐC chiếm 51,4%. Sau 21 ngày điều trị, đa số BN mạch bình thường chiếm 54,3% ở cả hai nhóm. Sự khác biệt giữa D_{21} so với D_0 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Về rêu lưỡi: Trước điều trị, đa số BN có rêu trắng mỏng, nhóm CT là 62,9% còn nhóm ĐC là 57,1%. Sau 21 ngày điều trị, không còn BN có rêu trắng mỏng ở cả hai nhóm. Sự khác biệt giữa D_{21} so với D_0 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Về lạnh vùng cổ gáy: Không có BN lạnh mức độ nặng ở cả hai nhóm, tỷ lệ BN không lạnh vùng cổ gáy tăng từ 20% lên 68,6% ở nhóm CT và từ 22,9% lên 62,9% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa D_{21} so với D_0 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Về sợ lạnh: Trước điều trị, BN sợ lạnh mức độ nhẹ chiếm chủ yếu, nhóm CT là 45,7% còn nhóm ĐC là 51,4%. Sau 21 ngày điều trị, không còn BN sợ lạnh mức độ nặng, đa số là BN không sợ lạnh ở cả hai nhóm. Sự khác biệt giữa D_{21} so với D_0 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Về đau mỗi lưng gối: Trước và sau điều trị, tỷ lệ BN đau mỗi lưng gối mức độ nhẹ chiếm đa số, tăng từ 42,9% lên 57,1% ở nhóm CT và tăng từ 37,1% lên 40%. Sự khác biệt giữa D_{21} so với D_0 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Phương pháp tác động cột sống sử dụng các phương thức, nguyên tắc, thủ thuật tác động trực tiếp lên lớp da, cơ cạnh sống trên hệ cột sống. TĐCS tác động vào trọng điểm, là nơi tập trung tà khí, khí huyết không lưu thông. Chính vì vậy mà phương pháp TĐCS làm giảm đau nhanh hơn cho BN. Các thủ thuật trị bệnh như xoay, đẩy, bật, rung, bẻ, lách của phương pháp TĐCS tác động lên mạch Đốc, huyết Hoa Đà giáp tích, kinh Bàng quang, tác dụng làm cho kinh lạc, khí huyết lưu thông, từ đó lập lại thể cân bằng của hệ cột sống giúp khu phong tán hàn, thông kinh hoạt lạc. Phù hợp với phương pháp điều trị chứng tỳ

vùng cổ vai gáy thể can thận hư kèm phong hàn thấp.

Xoa bóp bấm huyệt tác động lên hệ thống da, cơ, huyết vị vùng bị bệnh giúp thư cân, giãn cơ, sơ thông kinh mạch, từ đó có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp.

Siêu âm trị liệu là phương pháp nhiệt trị liệu sâu có tác dụng giảm đau, giãn cơ. Do mô cơ thể hấp thụ sóng siêu âm sinh nhiệt, nhiệt sinh ra làm tăng hoạt động tế bào, giãn mạch, tăng tuần hoàn, tăng chuyển hóa giúp giảm viêm. Siêu âm trị liệu còn tác động trực tiếp lên đầu mút dây thần kinh ở sâu giúp giảm đau.

Trong quá trình nghiên cứu, triệu chứng về chất lưỡi không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị, là do biểu hiện lâu ngày của can thận suy, để có thể thấy sự thay đổi triệu chứng này có thể cần sử dụng phối hợp thêm các phương pháp dùng thuốc.

4.3. Một số yếu tố liên quan kết quả điều trị

4.3.1. Tuổi

Từ bảng 3.20 cho thấy kết quả điều trị giảm đau của nhóm BN tuổi < 60 xu hướng tốt hơn ở nhóm tuổi ≥ 60 . Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị ($p > 0,05$). Lý giải cho kết quả này có thể do quá trình thoái hoá diễn ra mạnh mẽ hơn, duy trì sức mạnh cơ kém hơn ở nhóm người tuổi cao, dẫn đến khả năng phục hồi và đáp ứng thấp hơn so với nhóm đối tượng trẻ tuổi hơn hoặc có thể do kích thước mẫu trong nghiên cứu chưa đủ lớn để phát hiện ra mối liên hệ này.

4.3.2. Giới

Từ kết quả trình bày trong bảng 3.21 cho thấy kết quả điều trị giảm đau ở nhóm nam giới tương đương nhóm nữ giới. Lý giải kết quả này có thể là do sự tuân thủ điều trị ở cả nam và nữ hoặc do kích thước cỡ mẫu hiện tại chưa đủ lớn để phát hiện mối liên hệ có ý nghĩa thống kê trong quần thể đã nghiên cứu.

4.3.3. Nghề nghiệp

Yếu tố công việc ảnh hưởng đến quá trình thoái hóa CSC như mang vác nặng, duy trì một tư thế trong thời gian dài... Kết quả bảng 3.22 cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm lao động chân tay và lao động trí óc với $p > 0,05$. Vì vậy, yếu tố nghề nghiệp không ảnh hưởng đến kết quả điều trị giảm đau. Có thể giải thích do cả hai nhóm đều có khả năng thích ứng và tự điều chỉnh công việc. Bên cạnh đó, người lao động chân tay có thể giảm cường độ lao động trong thời gian điều trị và người lao động trí óc cũng có thể sắp xếp thời gian nghỉ ngơi hợp lý nên không ảnh hưởng đến kết quả điều trị hoặc cỡ mẫu trong nghiên cứu chưa đủ lớn để thấy được mối liên quan với nhau.

4.3.4. Thời gian mắc bệnh

Kết quả bảng 3.23 cho thấy thời gian mắc bệnh ≤ 3 tháng xu hướng có kết quả điều trị giảm đau tốt hơn ở nhóm có thời gian mắc bệnh > 3 tháng. Tuy nhiên, chưa có mối liên hệ giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị giảm đau với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoài Linh cho thấy hiệu quả giảm đau nhanh ở BN đau dưới 3 tháng so với nhóm có thời gian đau trên 3 tháng [72]. Nhóm bệnh nhân mắc bệnh ≤ 3 tháng được can thiệp sớm nên có kết quả giảm đau tốt hơn. Thời gian mắc bệnh càng lâu, quá trình thoái hóa diễn ra càng dài làm cho quá trình hồi phục cũng vì thế dài hơn, đáp ứng điều trị chậm hơn.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 70 người bệnh HC cánh tay cổ do thoái hóa cột sống chia làm hai nhóm. Nhóm can thiệp được điều trị bằng TĐCS kết hợp siêu âm trị liệu và nhóm đối chứng được điều trị bằng XBBH kết hợp siêu âm trị liệu; điều trị trong 21 ngày, chúng tôi đưa ra kết luận như sau:

1. Phương pháp tác động cột sống kết hợp siêu âm trị liệu có tác dụng giảm đau, cải thiện tầm vận động CSC, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày trong điều trị người bệnh hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống, cụ thể:

- Sau điều trị 21 ngày, ở cả hai nhóm đều có VAS trung bình giảm rõ rệt so với trước điều trị, trong đó nhóm CT giảm từ $5,11 \pm 0,72$ điểm xuống $0,86 \pm 1,10$ điểm, nhóm ĐC giảm từ $5,06 \pm 0,72$ điểm xuống $1,09 \pm 1,27$ điểm, với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt với nhóm ĐC với $p > 0,05$.

- Sau 21 ngày điều trị, điểm hạn chế tầm vận động cột sống cổ trung bình ở cả hai nhóm giảm so với trước điều trị nhóm CT giảm từ $13,29 \pm 3,89$ điểm xuống $1,69 \pm 2,93$ điểm, nhóm ĐC giảm từ $12,14 \pm 4,11$ điểm xuống $2,11 \pm 2,98$ điểm, với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt với nhóm ĐC với $p > 0,05$.

- Sau điều trị 21 ngày, mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của nhóm CT giảm từ $20,31 \pm 8,74$ điểm xuống $3,77 \pm 3,65$ điểm, nhóm ĐC giảm từ $22,31 \pm 7,32$ điểm xuống $5,34 \pm 4,17$ điểm, với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt với nhóm ĐC với $p > 0,05$.

2. Trong thời gian nghiên cứu, chưa ghi nhận được mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa kết quả điều trị với giới tính, tuổi, thời gian mắc bệnh, nghề nghiệp.

KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp tác động cột sống kết hợp siêu âm trị liệu đem lại kết quả điều trị tốt trên người bệnh hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống. Nhưng do những hạn chế về mặt thời gian can thiệp và kích thước cỡ mẫu còn nhỏ của nghiên cứu, để củng cố và cung cấp bằng chứng khoa học rõ ràng hơn về hiệu quả lâm sàng của phương pháp tác động cột sống chúng tôi khuyến nghị:

- Đánh giá hiệu quả điều trị độc lập của phương pháp tác động cột sống trên bệnh nhân hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ.
- Nghiên cứu lâm sàng đa trung tâm về tác dụng điều trị của phương pháp tác động cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016)**, Cục quản lý khám chữa bệnh, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.150-154.
2. **Bộ Y tế (2020)**, *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại”*.
3. **Michael Mansfield, Toby Smith, Nicolas Spahr, Mick Thacker (2020)**, Cervical spine radiculopathy epidemiology: A systematic review, *Musculoskeletal Care*, 18(4):555.
4. **M.A. Childress, B.A. Becker (2016)**, Nonoperative management of cervical radiculopathy. *Am. Fam. Physician*, 93 (9), pp. 746-754.
5. **Kang KC, Lee HS, Lee JH (2020)**, Cervical radiculopathy focus on characteristics and differential diagnosis. *Asian Spine Journal*, 14(6): 921-930.
6. **Trương Việt Bình (2011)**, *Bài giảng tác động cột sống tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.10-11, 58-70.
7. **Nguyễn Văn Dũng (2023)**, *Đánh giá tác dụng phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm điều trị liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp*, Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, Số 06(53), tr.1-8.
8. **Nguyễn Quang Kỳ, Lê Kim Dung (2023)**, *Đánh giá kết quả của phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm điều trị đau thần kinh tọa*, Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, Số 06(53), tr.15-20.
9. **Trần Thị Huyền Trang, Trần Thái Hà (2023)**, *Đánh giá tác dụng của phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Tạp chí Y học Việt Nam, 530(2), tr.191-197.

10. **Nguyễn Xuân Nghiênn (2019)**, *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.188-194.
11. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2014)**, “Hội chứng cổ, vai, cánh tay”, *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr.217-224.
12. **Daniel T. Kuo, Prasanna Tadi (2023)**, *Cervical spondylosis*, StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31855384/>.
13. **Yanwei Lv, Wei Tian (2018)**, The prevalence and associated factors of symptomatic cervical Spondylosis in Chinese adults: a community-based cross-sectional study, *BMC Musculoskelet Disord*, 19(1):325.
14. **Vũ Thị Thanh Thủy (2016)**, *Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.58-61.
15. **Douglas George (2023)**, *Diagnostic Uncertainty in Cervical Radiculopathy*, Military Medicine, Volume 188, Issue 7-8, 2797–2801.
16. **Howe JF, Loeser JD, Calvin WH (1977)**, Mechanosensitivity of dorsal root ganglia and chronically injured axons: a physiological basis for the radicular pain of nerve root compression, *Pain*, 3: 23-41.
17. **Tamaki Igarashi (2005)**, Effect of acute nerve root compression on endoneurial fluid pressure and blood flow in rat dorsal root ganglia, *J Orthop Res*, 23(2):420-4.
18. **Woods BI, Hilibrand AS (2015)**, Cervical radiculopathy: epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment, *J Spinal Disord Tech*, 28(5):E251-9.
19. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2016)**, “Thoái hóa khớp”, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr.138-141.
20. **Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, Bộ môn Nội Y học hiện đại (2019)**, “Đại cương về các hội chứng liệt”, *Bài giảng Nội thần kinh*, tr.35-88.

21. **Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, Bộ môn Nội y học cổ truyền (2015)**, “Chứng Tý, Đau vai gáy”, *Bài giảng Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.40-50.
22. **Đào Xuân Cơ (2022)**, *Cẩm nang chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.960-976.
23. **M. Tzalonikou, S. Yarmenitis, F. Laspas (2014)**, Degenerative Disk Disease of the Cervical Spine: Spectrum of Imaging Findings, *Poster ESSR 2014*.
24. **Bộ Y tế (2014)**, *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng*, tr.113-116, 189-191.
25. **Desai M, O’Brien J (2018)**, *The Spine Handbook*, Oxford University Press, chapter 6, 131 – 146.
26. **Sravisht Iyer, Han Jo Kim (2016)**, *Cervical radiculopathy, Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*,9:272-280.
27. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2017)**, *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.152 – 156.
28. **Liang L, Feng M, Cui X, Zhou S, Yin X, Wang X, Yang M, Liu C, Xie R, Zhu L, Yu J, Wei X (2019)**, The effect of exercise on cervical radiculopathy: A systematic review and meta-analysis, *Medicine (Baltimore)*, 98(45):e17733.
29. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2005)**, *Bài giảng Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.30-40.
30. **Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam (2013)**, *Bài giảng tác động cột sống, Tập II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.23-54.
31. **Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam (2013)**, *Bài giảng tác động cột sống, Tập I*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.12-16.
32. **Nguyễn Tham Tán (1989)**, *Phương pháp tác động cột sống chẩn và trị bệnh đau dây thần kinh tọa*, Nhà xuất bản nhân dân, 97: 23-26.

33. **Nguyễn Tham Tán, Kim Công Thắng (2008)**, *Phương pháp tác động đầu và cột sống*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.55-59.
34. **Đỗ Kiên Cường, Nguyễn Thị Tú Lan (2012)**, *Điện trị liệu: Nguyên lý - Thiết bị - Thực hành*, Nhà xuất bản Đại học quốc gia TP Hồ Chí Minh, tr.157-160.
35. **Cầm Bá Thước - Phạm Văn Minh (2021)**, *Điện trị liệu lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.13-15.
36. **Bộ môn Khí công dưỡng sinh xoa bóp bấm huyệt, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam (2023)**, *Bài giảng tác động cột sống*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.50-60.
37. **Nguyễn Nhược Kim (2017)**, *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.35-48.
38. **Bộ môn khí công dưỡng sinh - Xoa bóp bấm huyệt, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam (2015)**, *Giáo trình khí công dưỡng sinh xoa bóp bấm huyệt*, Nhà xuất bản Hà Nội, Hà Nội, tr.3 – 5.
39. **Wenxiong Li (2024)**, Balance chiropractic therapy for cervical spondylotic radiculopathy: A randomized controlled trial, *Contemporary Clinical Trials Communications*, Vol 41:101323.
40. **Chaoyi Yin, Zhiqing Chen (2025)**, Non-invasive treatment for elderly cervical spondylotic radiculopathy, *Asian Journal of Surgery*, Vol 48(3): 2057-2059.
41. **Pengcheng Zhang, Wu Li (2025)**, Effect of interference electrotherapy combined with rotary traction manipulation on cervical function and recurrence in patients with cervical spondylotic radiculopathy, *Am J Transl Res*, 17(2):1005-1017.
42. **王大力 (2018)**, 加味葛根汤联合正脊手法治疗颈椎间盘突出症疗效及对患者血清细胞炎性因子、疼痛介质的影响, *中国实验方剂学杂志*, Vol 24, No 9.

- Vương Đại Lực (2018)**, Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đánh giá hiệu quả của tác động cột sống kết hợp bài cát căn thang gia giảm trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay, *Tạp chí đơn thuốc thử nghiệm Trung Quốc*, 24, 9.
43. **Trần Thiên Ân, Nguyễn Thị Tú Anh và cộng sự (2020)**, Đánh giá hiệu quả của phương pháp Tác động cột sống phối hợp điện châm trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, *Tạp chí y học lâm sàng*, 59, tr.53-58.
44. **Lưu Thị Trang Ngân (2021)**, Tác dụng giảm đau và cải thiện tâm vận động cột sống cổ của phúc châm trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số 2(508), tr.140-144.
45. **Phan Thanh Hải, Nguyễn Kim Ngọc (2025)**, Nghiên cứu tác dụng của siêu âm điều trị kết hợp kinh cân liệu pháp trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 186 (1), tr.216-223.
46. **Phạm Quốc Bình (2024)**, Nghiên cứu tác dụng của tác động cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại trị liệu trong điều trị đau vùng cổ gáy, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 538(3), tr.358-363.
47. **Dương Thị Hằng, Nguyễn Thị Thanh Tú (2023)**, Hiệu quả cải thiện hội chứng cột sống cổ của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân có hội chứng cổ vai cánh tay, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 533(2), tr.207-211.
48. **Nguyễn Thị Thanh Tú, Cao Thị Huyền Trang (2022)**, Tác dụng giảm đau và cải thiện tâm vận động cột sống cổ của điện châm kết hợp đắp paraffin trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 158(10), tr.85-93.
49. **Hoàng Văn Huyền, Nguyễn Thanh Hà Tuấn, Phan Văn Minh, Nguyễn Vinh Quốc (2023)**, Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ bằng bài thuốc Thân thống trực ứ thang kết hợp điện châm, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2(530), tr.350-354.
50. **Trương Việt Bình (2010)**, *Bài giảng tác động cột sống*, Nhà xuất bản Y

học, Hà Nội, tr.50-60.

51. **Nguyễn Đình Thảo (2016)**, *Thực hành cơ sở liệu pháp tác động cột sống*, Hà Nội, tr.88-92.
52. **Kellgren và Lawrence (1957)**, Radiological Assessment of Osteo – Arthrosis, *Ann Rheum Dis*, 16, 494.
53. **Nguyễn Thị Thương Huyền (2023)**, “Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ, cao thấp khớp II kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay”, *Luận văn bác sĩ chuyên khoa II*, Trường đại học y Hà Nội.
54. **Paula Kersten, Ayse A. AlanTennant (2012)**, The use of the Visual Analogue Scale (VAS) in Rehabilitation Outcomes, *J Rehabil Med* 2012; 44, 609-610.
55. **American Academy of Orthopaedic Surgeons (1965)**. *Joint motion: method of measuring and recording*. Churchill Livingstone.
56. **Bộ môn nội, trường đại học y hà nội (2023)**, Triệu chứng học nội khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.420-429.
57. **Warren Magnus (2024)**, “Cervical Radiculopathy”, *StatPearls*, StatPearls Publishing, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441828/>.
58. **Joy C MacDermid, David M Walton, Sarah Avery (2009)**, Measurement properties of the neck disability index, *Journal of orthopaedic & sport physical therapy*, 39 (5), 400-417.
59. **郑筱萸 (2002)**, 中药新药临床研究指导原则, 中国医药科技出版社, 117
Trịnh Tiêu Du (2002), *Các nguyên tắc chỉ đạo nghiên cứu lâm sàng trung dược và tân dược*, Nhà xuất bản kỹ thuật khoa học trung dược Trung Quốc, 117.
60. **Trương Việt Bình (2011)**, *Bài giảng tác động cột sống tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.28-54.
61. **Bộ Y tế (2023)**, *Quyết định số 3665/QĐ-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2023*,

Quyết định về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Phục hồi chức năng.

62. **Bộ Y tế (2013)**, *Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013 Về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu.*
63. **Hoàng Thị Thắng (2017)**, “Đánh giá tác dụng của viên hoàn Tdoo15 kết hợp điện châm trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ”, *Luận văn bác sĩ chuyên khoa II*, Trường đại học y Hà Nội.
64. **Bùi Thị Bình, Nguyễn Thị Bích Phượng (2025)**, Kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của điện châm kết hợp đắp paraffin bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ, *Tạp chí Y học cộng đồng*, 66(8), tr.117-122.
65. **Nguyễn Giang Thanh (2024)**, Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ bằng thủy châm Nucleo C.M.P, điện châm kết hợp kéo giãn cột sống, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 543(1), tr.319-323.
66. **Trần Văn Bội, Nguyễn Tấn Nhật Minh (2024)**, Đánh giá kết quả giảm đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp điện châm kết hợp sóng ngắn tại bệnh viện YHCT Trà Vinh, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 538(3), tr.59-63.
67. **Bùi Thị Lệ Ninh (2019)**, “Đánh giá tác dụng của liệu pháp kinh cân trong điều trị bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ”, *Luận văn bác sĩ chuyên khoa II*, Trường đại học y Hà Nội.
68. **Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc (2021)**, Hiệu quả điều trị đau vùng cổ gáy vai thoái hóa cột sống bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp chiếu đèn tần phổ, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 507(3), tr.48-53.
69. **Phạm Minh Vương (2016)**, Nghiên cứu hiệu quả điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp Tác động cột sống kết hợp bài thuốc Quyên tý thang,

Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

70. **Nguyễn Trọng Thường (2019)**, Đánh giá tác dụng điều trị vùng cổ gáy bằng phương pháp Tác động cột sống, điện châm kết hợp kéo giãn, *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*, 03(28), tr.33-41.
71. **Phạm Vũ Khánh (2024)**, Nghiên cứu tác dụng của phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm trong điều trị hội chứng cánh tay cổ, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 538 số 3, tr.66-71.
72. **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 hóa cột sống cổ”, *Luận văn bác sĩ nội trú*, Trường đại học y Hà Nội.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Bệnh án nghiên cứu	i
Phụ lục 2: Quy trình điều trị hội chứng cánh tay cổ bằng phương pháp tác động cột sống.....	iii
Phụ lục 3: Bộ câu hỏi the neck disability index- NDI	vi
Phụ lục 4: Giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu.....	..xi
Phụ lục 5: Danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu.....	 xii
Phụ lục 6: Một số hình ảnh nghiên cứu.....	xv

Phụ lục 1
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Mã số:.....

ĐỀ TÀI: “ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP TÁC ĐỘNG CỘT SỐNG KẾT HỢP SIÊU ÂM TRỊ LIỆU ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG CÁNH TAY CỖ DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG”

1. Thông tin chung:

- STT Nhóm can thiệp ☐ Nhóm đối chứng ☐
- Họ và tên: Tuổi: Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
- Nghề nghiệp: ☐ LD chân tay ☐ LD trí óc

2. Đặc điểm lâm sàng

- Thời gian mắc bệnh:
- Mức độ đau theo VAS

Mức độ	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Không đau (VAS = 0 điểm)				
Đau nhẹ ($0 < VAS \leq 3$ điểm)				
Đau vừa ($3 < VAS \leq 6$ điểm)				
Đau nặng ($6 < VAS \leq 10$ điểm)				

- Tầm vận động cột sống cổ

Mức độ	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
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 hội chứng rễ thần kinh

Mức độ	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Không có triệu chứng của hội chứng rễ				
Có triệu chứng của hội chứng rễ				

- Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo NDI

Mức độ	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Không hạn chế (0 - 4 điểm)				
Hạn chế nhẹ (5 - 14 điểm)				
Hạn chế trung bình (15 - 24 điểm)				
Hạn chế nghiêm trọng (25 - 34 điểm)				
Hoàn toàn hạn chế (>35 điểm)				

- Lượng giá một số triệu chứng YHCT

Thời điểm Chứng trạng	D ₀ (Đánh giá mức độ)	D ₂₁ (Đánh giá mức độ)
Sợ lạnh		
Đau vùng cổ gáy		
Lưng gối đau mỗi		

3. Đặc điểm cận lâm sàng

+ Kết quả phim Xquang:

Đặc điểm	Có	Không
Mất đường cong sinh lý		
Hẹp khe đốt sống		
Hẹp lỗ tiếp hợp		
Gai xương		

+ Kết quả CT, MRI CSC trước đó (nếu có):

Ngày tháng năm 2025

Phụ lục 2

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CÁNH TAY CỔ BẰNG

PHƯƠNG PHÁP TÁC ĐỘNG CỘT SỐNG

Thời gian thực hiện: 10 phút/ lần x 1 lần/ ngày x 21 ngày.

Vị trí tác động: Cột sống cổ từ C1- C7 và vùng liên quan.

Bước 1: Xác định trọng điểm

- Dùng thủ thuật áp đặt lòng bàn tay vào vị trí tác động cảm nhận sự thay đổi của nhiệt độ da.

- Dùng thủ thuật vuốt, ấn, vê, dùng 2 ngón tay thao tác dọc 2 bên rãnh cột sống bệnh nhân để xác định trọng điểm.

Bước 2: Giải tỏa trọng điểm

* Đối với vùng cổ trên (từ C1- C3):

1. Tư thế ngồi cổ cúi gập

- Mục đích: Giải tỏa trọng điểm có hình thái đơn hoặc liên lồi, lồi lệch, lệch co cứng, sơ khu trú ở C1 đến C3.

- Tư thế: Bệnh nhân ngồi, người ngay, hai gối vuông góc, hai tay tự do tỳ trán trên bàn. Thầy thuốc để tay trên trọng điểm.

- Thao tác: Dùng thủ thuật xoay từ tối thiểu đến tối đa của một ngón tay, theo hướng ngang vào trục đạt ngưỡng thì ngừng.

2. Tư thế nằm ngửa cổ

- Mục đích: Giải tỏa trọng điểm có hình thái đơn hoặc liên lồi, lồi lệch, lệch co cứng, sơ khu trú ở C1 đến C3.

- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa không gối, đầu cổ ngang, 2 chân, 2 tay duỗi thẳng. Thầy thuốc ngồi phía đầu bệnh nhân để tay dưới gáy bệnh nhân để thao tác.

- Thao tác: Áp dụng lực từ tối thiểu đến tối đa của bàn tay theo hướng thẳng từ ngoài vào trong đối với hình thái lồi, hướng chéch bên lệch và trục, với các thủ thuật xoay, đẩy thích hợp đến ngưỡng thì ngừng.

* Đối với vùng cổ dưới (từ C4 - C7):

1. Tư thế ngồi gục đầu

- Mục đích: Giải tỏa trọng điểm có hình thái lõm, lõm lệch, teo nhược.

- Tư thế: Bệnh nhân ngồi cúi, gục đầu trên hai tay đặt úp, bệnh nhân đứng sau, để tay trên trọng điểm.

- Thao tác: Dùng lực của một bàn tay từ tối thiểu đến tối đa, bì song chĩnh đối với hình thái lõm, bì đơn chĩnh với hình thái lõm lệch nhịp nhàng đến ngưỡng thì ngừng.

2. Tư thế ngồi ngửa cổ

- Mục đích: Giải tỏa trọng điểm có hình thái đơn hoặc liên lõi, lõi lệch co cứng từ C4 đến C7.

- Tư thế: Bệnh nhân ngồi ngay cổ hơi ngửa về phía sau, hai tay tự do, hai gối vuông góc, thầy thuốc đứng hoặc ngồi phía sau, một tay đỡ trán bệnh nhân, tay kia thao tác tại trọng điểm.

- Thao tác: Dùng lực từ tối thiểu đến tối đa của một bàn tay đẩy từ ngoài vào với hình thái lõi, xoay từ ngoài vào trong đối với lõi lệch, thao tác đạt ngưỡng thì ngừng.

3. Tư thế nằm sấp úp mặt

- Mục đích: Giải tỏa trọng điểm từ C1 đến C7 có hình thái lõm, lõm lệch, teo nhược, xơ.

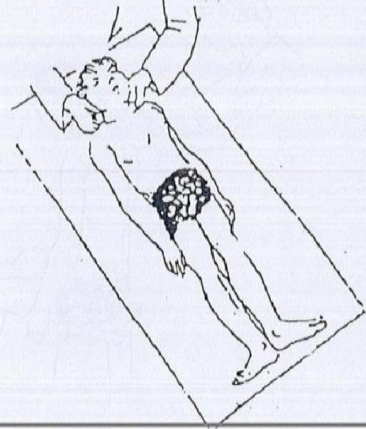
- Tư thế: Người bệnh nằm sấp, hai tay và hai chân buông xuôi, thầy thuốc đứng hoặc ngồi ngay trọng điểm.

- Thao tác: Dùng lực từ tối thiểu đến tối đa của một bàn tay; bì, song chĩnh với hình thái lõm; bì, đơn chĩnh với hình thái lõm lệch, thao tác đến ngưỡng thì ngừng lại.

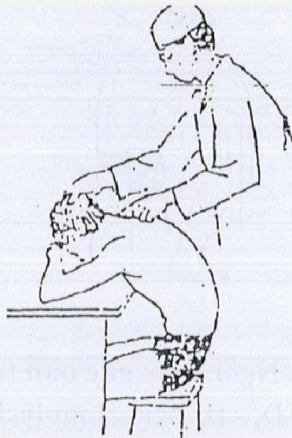
25. NGỒI CỔ CÚI GẬP
C1 - C3 đơn/ liên lệch



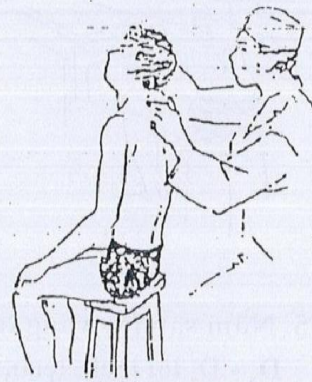
26. NÀM NGỬA CỔ
C1 - C3 lồi, lồi lệch, lệch



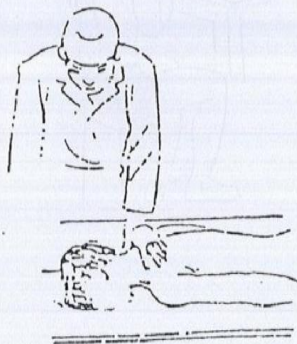
27. NGỒI GỤC ĐẦU
C4 - C7 lõm, lõm lệch



28. NGỒI NGỬA CỔ
C4 - C7 đơn lồi, liên lồi, lồi lệch



29. NÀM SẤP ÚP BỤNG
C1 - C7 lõm, lõm lệch



30. NGỒI NGAY
D1 - D3 lồi, lồi lệch



Phụ lục 3

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

Phần	Nội dung	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
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				
Phần 4 Đọc (sách, báo...)	A Tôi có thể đọc lâu bao lâu mình muốn mà không bị đau cổ B Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau nhẹ ở cổ C Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau vừa phải ở cổ D Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau vừa phải ở cổ E Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau nặng ở cổ F Tôi không thể đọc được bất cứ thứ gì				
Phần 5 Đau đầu	A Tôi không bị đau đầu B Tôi bị đau đầu nhẹ nhưng không thường xuyên C Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng không thường xuyên D Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng thường xuyên				

	E Tôi bị đau đầu nặng thường xuyên F Hầu như lúc nào tôi cũng bị đau đầu				
Phần 6 Khả năng tập trung chú ý	A Tôi có thể dễ dàng tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn B Tôi thấy hơi khó khăn để tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn C Tôi thấy khá khó khăn để tập trung chú ý khi muốn D Tôi rất khó khăn để tập trung chú ý khi muốn E Tôi thấy cực kỳ khó khăn để tập trung chú ý khi muốn F Tôi không thể tập trung chú ý được				
Phần 7 Làm việc	A Tôi có thể làm nhiều công việc như tôi mong muốn B Tôi chỉ có thể làm được những công việc thường lệ của mình C Tôi chỉ có thể làm được hầu hết những công việc thường lệ của mình D Tôi không thể làm được công việc thường lệ của mình E Tôi hầu như không làm được việc gì F Tôi không thể làm được việc gì				
Phần 8 Lái xe	A Tôi có thể lái xe mà không bị đau B Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ nhẹ C Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn				

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

	E Tôi hầu như không tham gia các hoạt động giải trí vì đau cổ F Tôi không thể tham gia được bất kỳ hoạt động giải trí				
--	---	--	--	--	--

Phụ lục 4

GIẤY ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi (Họ và tên):Tuổi:Giới:.....

Xác nhận rằng:

- Tôi đã đọc bản cung cấp thông tin về đề tài “Đánh giá kết quả phương pháp tác động cột sống kết hợp siêu âm trị liệu điều trị người bệnh hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống” và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.
- Tôi đã có cơ hội được hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra.
- Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu là 21 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.

CHỮ KÝ

