

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



NGUYỄN THỊ LAN ANH

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KẾT HỢP
BÀI TẬP DƯỠNG SINH NGUYỄN VĂN HƯỞNG
TRONG ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH
HỘI CHỨNG CÁNH TAY CỔ

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2025

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



NGUYỄN THỊ LAN ANH

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KẾT HỢP
BÀI TẬP DƯỠNG SINH NGUYỄN VĂN HƯỞNG
TRONG ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH
HỘI CHỨNG CÁNH TAY CỔ

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:
TS.BS. NGUYỄN TIẾN CHUNG

HÀ NỘI – 2025

LỜI CẢM ƠN

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

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

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

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

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

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

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, gia đình và người thân đã luôn bên cạnh, khuyến khích con trong suốt quá trình học tập.

Tôi xin được cảm ơn tới bạn bè đồng nghiệp đã luôn động viên, khích lệ tôi để vượt qua những khó khăn trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn !

Học viên

Nguyễn Thị Lan Anh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thị Lan Anh, học viên Cao học khóa 16 Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

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

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

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

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

Hà Nội, ngày... tháng... năm 2025

Học viên

Nguyễn Thị Lan Anh

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Tổng quan hội chứng cánh tay cổ theo Y học hiện đại.....	3
1.1.1. Giải phẫu cột sống cổ.....	3
1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế hội chứng cánh tay cổ	4
1.1.3. Triệu chứng của hội chứng cánh tay cổ	5
1.1.4. Chẩn đoán hội chứng cánh tay cổ	7
1.1.5. Điều trị hội chứng cánh tay cổ	8
1.2. Tổng quan hội chứng cánh tay cổ theo Y học cổ truyền	9
1.2.1. Bệnh danh	9
1.2.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ.....	9
1.2.3. Phân loại thể bệnh và điều trị.....	10
1.3. Tổng quan về phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng	13
1.3.1. Nguồn gốc	13
1.3.2. Tình hình luyện tập dưỡng sinh ở Việt Nam	14
1.3.3. Cơ sở lý luận phép dưỡng sinh	14
1.3.4. Mục đích phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.....	15
1.3.5. Chỉ định và chống chỉ định của phương pháp dưỡng sinh	15
1.3.6. Nội dung phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.....	16
1.5.7. Tai biến và cách xử trí.....	18
1.4. Tổng quan về phương pháp điện châm	18
1.4.1. Khái niệm.....	18
1.4.2. Tác dụng theo Y học hiện đại	18
1.4.3. Tác dụng theo Y học cổ truyền	19
1.4.4. Chỉ định và chống chỉ định	19
1.4.5. Liệu trình điện châm	20

1.5. Tổng quan về phương pháp siêu âm trị liệu.....	21
1.5.1. Hiệu ứng sinh lý của siêu âm.....	21
1.5.2. Ứng dụng của siêu âm trong điều trị.....	22
1.5.3. Chỉ định và chống chỉ định của siêu âm trị liệu	22
1.6. Một số nghiên cứu trong điều trị hội chứng cánh tay cổ	23
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	26
2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu	26
2.1.1. Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.....	26
2.1.2. Phác đồ huyết điện châm	29
2.1.3. Phương tiện nghiên cứu	30
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	30
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHĐ.....	30
2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT	31
2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu	32
2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	33
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu.....	33
2.4.2. Các biến số và chỉ số nghiên cứu.....	33
2.4.3. Quy trình tiến hành nghiên cứu	34
2.4.4. Phương pháp lượng giá kết quả điều trị.....	37
2.5. Địa điểm nghiên cứu	43
2.6. Thời gian nghiên cứu	43
2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu	43
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu.....	43
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	45
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	45
3.1.1. Đặc điểm về tuổi	45
3.1.2. Đặc điểm giới tính	45

3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp	46
3.1.4. Thời gian mắc bệnh.....	46
3.1.5. Đặc điểm tổn thương cột sống trên phim X –quang.....	47
3.2. Kết quả của kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị người bệnh hội chứng cánh tay cổ	47
3.2.1. Tác dụng giảm đau.....	47
3.2.2. Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống cổ.....	50
3.2.3. Tác dụng cải thiện hội chứng rễ.....	53
3.2.4. Tác dụng cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày	53
3.2.5. Sự thay đổi một số triệu chứng Y học cổ truyền sau điều trị	56
3.2.6. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị	59
3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị	60
3.3.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị	60
3.3.2. Liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị.....	60
3.3.3. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị.....	61
3.3.4. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị.....	61
3.3.5. Liên quan giữa mức độ hạn chế tầm vận động và kết quả điều trị .	62
Chương 4. BÀN LUẬN	63
4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	63
4.1.1. Tuổi	63
4.1.2. Giới tính	64
4.1.3. Nghề nghiệp	65
4.1.4. Thời gian mắc bệnh.....	65
4.2. Kết quả của kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị người bệnh hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống.....	66
4.2.1. Sự thay đổi mức độ đau trước và sau điều trị qua thang điểm VAS66	
4.2.2. Sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ	67
4.2.3. Sự cải thiện hội chứng rễ	68

4.2.4. Sự cải thiện chứng năng sinh hoạt hàng ngày.....	68
4.2.5. Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền.....	69
4.2.6. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	70
4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị	70
KẾT LUẬN	73
KHUYẾN NGHỊ.....	75
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
CLS	Cận lâm sàng
CT	Can thiệp
D ₀	Thời điểm trước điều trị
D ₇ , D ₁₄ , D ₂₁	Ngày điều trị thứ 7, 14, 21
ĐC	Đối chứng
NC	Nghiên cứu
ODI	Chỉ số giảm chức năng sinh hoạt
VAS	Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau
YHHĐ	Y học hiện đại
YHCT	Y học cổ truyền

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Phác đồ huyết điện châm	29
Bảng 2.2. Cách tính điểm phân loại mức độ đau	37
Bảng 2.3. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý	40
Bảng 2.4. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ	40
Bảng 2.5. Đánh giá mức độ cải thiện hội chứng rễ.....	41
Bảng 2.6. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI)	41
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	45
Bảng 3.2. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu.....	45
Bảng 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu	46
Bảng 3.4. Phân bố thời gian mắc hội chứng cánh tay cổ	46
Bảng 3.5. Hình ảnh trên phim X –quang cột sống cổ	47
Bảng 3.6. Mức độ đau theo thang điểm VAS sau 7 ngày điều trị.....	47
Bảng 3.7. Mức độ đau theo thang điểm VAS sau 14 ngày điều trị.....	48
Bảng 3.8. Mức độ đau theo thang điểm VAS sau 21 ngày điều trị.....	49
Bảng 3.9. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 7 ngày điều trị.....	50
Bảng 3.10. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 14 ngày điều trị.....	51
Bảng 3.11. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 21 ngày điều trị.....	52
Bảng 3.12. Hội chứng rễ sau 21 ngày điều trị.....	53
Bảng 3.13. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau 7 ngày điều trị.....	53
Bảng 3.14. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau 14 ngày điều trị.....	54
Bảng 3.15. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau 21 ngày điều trị.....	55
Bảng 3.16. Lượng giá triệu chứng đau đầu.....	56
Bảng 3.17. Lượng giá triệu chứng chóng mặt.....	57
Bảng 3.18. Lượng giá triệu chứng tê bì tay	57
Bảng 3.19. Lượng giá triệu chứng mất ngủ	58
Bảng 3.20. Lượng giá triệu chứng ù tai	59
Bảng 3.21. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	59
Bảng 3.22. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị.....	60

Bảng 3.23. Liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị.....	60
Bảng 3.24. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị	61
Bảng 3.25. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị	61
Bảng 3.26. Liên quan giữa mức độ hạn chế tâm vận động và kết quả điều trị	62

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Hình ảnh giải phẫu cột sống cổ	3
Hình 2.1. Thang đau VAS.....	37
Hình 2.2. Thước đo tầm vận động cột sống cổ	38

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu.....	44
--	----

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cánh tay cổ hay còn được gọi là hội chứng vai cánh tay là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm [1], [2]. Thoái hóa cột sống cổ là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra hội chứng cánh tay cổ với biểu hiện lâm sàng là đau vùng cổ, vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và/hoặc vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng [3], [4]. Thoái hóa cột sống cổ gây chèn ép vào các rễ, dây thần kinh làm tổn thương các tế bào Schwann sản xuất myelin [5], [6]. Bệnh tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm giảm hoặc mất khả năng lao động và hiệu quả công việc ở người trưởng thành [7], [8]. Một nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Quân y 105 – Tổng cục Hậu cần từ 12/2021 - 08/2022 ghi nhận tuổi mắc bệnh trung bình $56,95 \pm 11,01$ (năm), đau mức độ vừa và nặng chiếm 93,3% [9].

Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp điều trị hội chứng cánh tay cổ nhưng điều trị nội khoa và vật lý trị liệu vẫn là lựa chọn hàng đầu. Trong đó siêu âm trị liệu là phương pháp điều trị bệnh sinh, phương pháp này có tác dụng giảm đau, giãn cơ, tăng hấp thu dịch nề, giảm các triệu chứng viêm và được áp dụng trong trị liệu [10].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), hội chứng cánh tay cổ được xếp vào phạm vi Chứng tý. Nguyên nhân chủ yếu do phong, hàn, thấp tà xâm nhập vào cơ thể khi chính khí hư suy, làm khí huyết vận hành trong kinh lạc bị trở trệ không thông mà sinh bệnh [11], [12]. Từ đó đề ra nhiều phương pháp điều trị bằng thuốc và không dùng thuốc như: dưỡng sinh, châm cứu, xoa bóp bấm

huyết. Các phương pháp điều trị này đã mang lại những hiệu quả điều trị nhất định. Trong đó bài tập dưỡng sinh của bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng là phương pháp dễ tập, bệnh nhân có thể tự tập được, có tác dụng tăng cường sức khỏe, phòng bệnh, trị một số bệnh mạn tính trong đó có hội chứng cánh tay cổ, giảm được tình trạng đau, tê bì và hạn chế vận động, giúp bệnh nhân tiến tới sống lâu và sống có ích [13], [14].

Từ trước tới nay việc điều trị kết hợp giữa các phương pháp của YHCT với các phương pháp vật lý trị liệu đã đem lại hiệu quả cao trên lâm sàng. Trong khi bài tập dưỡng sinh có tác động lên toàn bộ hệ thống cơ xương khớp của cơ thể, người bệnh tự thực hiện được khi ở nhà hay đang trong quá trình điều trị tại cơ sở y tế thông qua sự hướng dẫn của thầy thuốc, điện châm và siêu âm trị liệu có tác dụng giảm đau, giãn cơ, được thực hiện bởi thầy thuốc tại cơ sở điều trị. Phải chăng sự kết hợp 2 phương pháp sẽ làm tăng hiệu quả đồng thời nâng cao tính chủ động trong điều trị và phòng bệnh của người bệnh hội chứng cánh tay cổ ? Xuất phát từ thực tiễn đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Đánh giá kết quả kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị người bệnh hội chứng cánh tay cổ”*** với hai mục tiêu sau:

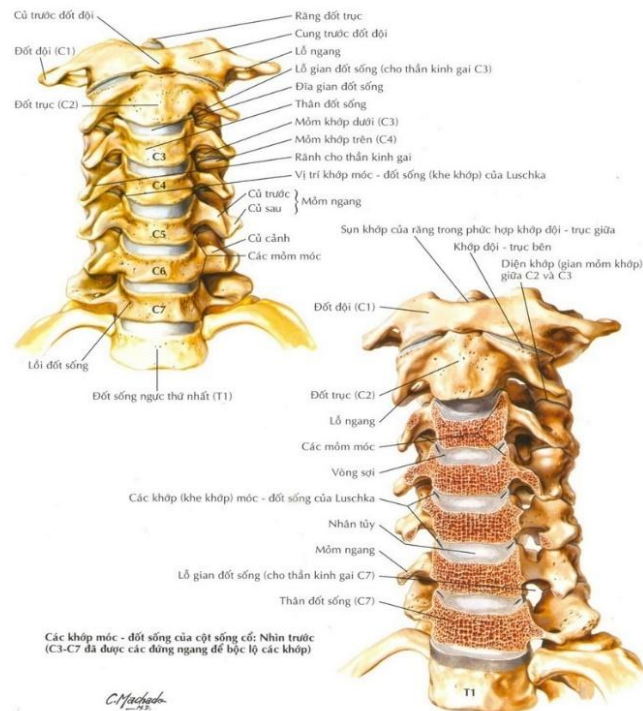
1. *Đánh giá kết quả kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị người bệnh Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống.*
2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị người bệnh Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan hội chứng cánh tay cổ theo Y học hiện đại

1.1.1. Giải phẫu cột sống cổ



Hình 1.1. Hình ảnh giải phẫu cột sống cổ [15]

Các đốt sống cổ: Cột sống cổ gồm bảy đốt sống, giữa C1 và C2 không có đĩa đệm, một đĩa đệm chuyển đoạn là đĩa đệm cổ lưng CVII - D1.

Cột sống cổ là trụ cột chính để giữ và vận động đầu, cong ra trước, di động nhiều, các mỏm khớp hơi nghiêng nên dễ bị tổn thương (thường gặp ở đoạn chuyển tiếp CV - CVI).

Mỗi đốt sống gồm hai phần: thân đốt sống ở phía trước, cung đốt sống ở phía sau. Thân đốt sống có đường kính ngang dài hơn đường kính trước sau. Mỗi cung đốt sống gồm hai cuống cung nối hai mảnh cung đốt sống vào thân đốt sống, có một mỏm gai, hai mỏm ngang có lỗ ngang, bốn mỏm khớp (hai mỏm khớp trên và hai mỏm khớp dưới). Mỏm khớp: diện khớp tương đối

phẳng rộng. Gai sống: đỉnh của gai sống tách làm hai củ, gai sống dài dần từ CII đến CVII. Lỗ đốt sống: các lỗ to dần từ đốt CI đến CV, sau đó nhỏ dần ở đốt CVI và CVII.

Dây chằng:

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

Mạch máu, thần kinh:

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

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

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

- Phản xạ gân xương: nhánh C5 chi phối phản xạ gân xương cơ nhị đầu. Nhánh C6 chi phối phản xạ gân xương cơ nhị đầu và trâm quay. Nhánh C7 chi phối phản xạ gân xương cơ tam đầu [16].

1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế hội chứng cánh tay cổ

Nguyên nhân thường gặp nhất (70-80%) là do thoái hóa cột sống cổ, thoái hóa các khớp liên đốt và liên mồm bên làm hẹp lỗ tiếp hợp, gây chèn ép rễ/dây thần kinh cột sống cổ tại các lỗ tiếp hợp [17], [18].

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (20-25%), đơn thuần hoặc phối hợp với thoái hóa cột sống cổ [18].

Các nguyên nhân ít gặp khác bao gồm chấn thương, khối u, nhiễm trùng, loãng xương, bệnh lý về viêm cột sống và phần mềm cạnh cột sống [17].

Trong một số trường hợp hội chứng cổ-vai-cánh tay là do bản thân bệnh lý cột sống cổ gây đau cổ đồng thời lan ra vai hoặc tay, mà không có bệnh lý về rễ dây thần kinh cổ [17], [18].

1.1.3. Triệu chứng của hội chứng cánh tay cổ

1.1.3.1. Triệu chứng lâm sàng

HC cổ vai cánh tay biểu hiện lâm sàng bằng hai hội chứng chính:

*Hội chứng cột sống cổ:

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

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

+ Điểm đau cột sống cổ khi ấn vào các gai sau, cạnh cột sống cổ tương ứng các rễ thần kinh [1], [19].

*Hội chứng rễ thần kinh :

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

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

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

(1) Dấu hiệu chuông bấm: ấn điểm cạnh sống tương ứng với lỗ ghép thấy đau xuất hiện từ cổ lan xuống vai và cánh tay.

(2) Nghiệm pháp Spurling : bệnh nhân ngồi hoặc nằm nghiêng đầu về bên đau, thầy thuốc dùng tay ép lên đỉnh đầu bệnh nhân, đau xuất hiện ở rễ bị tổn thương do làm hẹp lỗ ghép.

(3) Nghiệm pháp căng rễ thần kinh cổ: bệnh nhân ngồi đầu nghiêng xoay về bên lành. Thầy thuốc cố định vai và từ từ đẩy đầu bệnh nhân về bên kia, đau xuất hiện dọc theo rễ thần kinh bị tổn thương. Hoặc bệnh nhân ngồi, thầy thuốc đặt tay lên vùng cằm ấn từ từ cho cằm chạm xương ức, đau cũng xuất hiện dọc theo rễ thần kinh bị tổn thương.

(4) Nghiệm pháp chùng rễ thần kinh cổ: bệnh nhân ngồi, thầy thuốc nâng cánh tay bên đau của bệnh nhân lên đầu và đưa ra sau, các triệu chứng rễ giảm hoặc mất.

(5) Nghiệm pháp kéo giãn cột sống cổ: bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc dùng 2 bàn tay đặt lên cằm và cằm bệnh nhân, từ từ kéo theo trục dọc một lực độ 10-15kg, các triệu chứng rễ cũng giảm hoặc mất[17].

*Hội chứng chèn ép tuỷ cổ:

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

+ Biểu hiện sớm là dấu hiệu tê bì và mất sự khéo léo của hai bàn tay, teo cơ hai tay, đi lại khó khăn, nhanh mỏi. Giai đoạn muộn tùy vị trí tổn thương có thể thấy liệt trung ương tứ chi; liệt ngoại vi hai tay và liệt trung ương hai chân; rối loạn phản xạ đại tiểu tiện [19].

* Các triệu chứng khác:

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

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

+ Khi có các triệu chứng toàn thân như sốt, rét run, vã mồ hôi vào ban đêm, sụt cân,... cần phải đặc biệt lưu ý loại trừ bệnh lý ác tính, nhiễm trùng [1].

1.1.3.2. Cận lâm sàng

- Chụp X-quang cột sống cổ thường quy

+ Trên phim chụp nghiêng thấy gai xương, mỏ xương ở thân đốt và mấu bán nguyệt, mỏ xương ở mấu bán nguyệt là lý do quan trọng, trực tiếp làm hẹp lỗ ghép và lỗ động mạch gây chèn ép rễ thần kinh và động mạch sống.

+ Trên phim chụp thẳng cho thấy mờ đậm hoặc phì đại mấu bán nguyệt, bên tổn thương khe khớp bán nguyệt hẹp hơn bên lành.

+ Trên phim chụp chếch 3/4 thấy lỗ ghép méo mó và bị hẹp [1].

- Chụp cộng hưởng từ (MRI - Magnetic resonance imaging)

+ Đĩa đệm có ranh giới rõ, giảm tín hiệu trên T1 và tăng tín hiệu trên T2 do có nhiều nước.

+ Các đĩa đệm thoái hóa do không có nước nên trên T2 tín hiệu không tăng so với các đĩa đệm khác.

+ Khối đĩa đệm thoát vị là phần đồng tín hiệu với đĩa đệm nhô ra phía sau so với bờ sau thân đốt sống và không ngấm thuốc đối quang từ [3].

- Chụp cắt lớp vi tính : Chụp cắt lớp vi tính đơn thuần có thể được chỉ định khi không có MRI hoặc chống chỉ định chụp MRI.

- Xạ hình xương: Khi nghi ngờ ung thư di căn hoặc viêm đĩa đệm đốt sống, cốt tủy viêm.

- Điện cơ: Có thể giúp phát hiện tổn thương nguồn gốc thần kinh và phân biệt bệnh lý tủy cổ với bệnh lý rễ và dây thần kinh ngoại biên.

1.1.4. Chẩn đoán hội chứng cánh tay cổ

Dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Biểu hiện lâm sàng ít nhất một triệu chứng của hội chứng cột sống: đau cột sống cổ; điểm đau cạnh sống cổ; hạn chế vận động cột sống cổ [1].

- Biểu hiện lâm sàng ít nhất một triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh:

Đau dọc theo rễ thần kinh cổ; có một trong số các dấu hiệu kích thích rễ: bầm chuông; rối loạn cảm giác dọc theo rễ thần kinh; rối loạn phản xạ gân xương; rối loạn dinh dưỡng cơ [1].

- Chụp X-quang cột sống cổ ba tư thế (thẳng, nghiêng, chếch $\frac{3}{4}$) có ít nhất 1 trong 3 hình ảnh thoái hóa cột sống cổ: phì đại mấu bán nguyệt, gai xương thân đốt, hẹp lỗ tiếp hợp [1].

1.1.5. Điều trị hội chứng cánh tay cổ

1.1.5.1. Nguyên tắc

- Điều trị triệu chứng bệnh kết hợp với giải quyết nguyên nhân nếu có thể.

- Kết hợp điều trị thuốc với các biện pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng và các biện pháp không dùng thuốc khác.

- Chỉ định điều trị ngoại khoa khi cần thiết [1], [3].

1.1.5.2. Điều trị cụ thể

Các biện pháp không dùng thuốc [6] :

- Giáo dục bệnh nhân, thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc (tư thế ngồi làm việc, sử dụng máy tính, ...).

- Trong giai đoạn cấp khi có đau nhiều hoặc sau chấn thương có thể bất động cột sống cổ tương đối bằng đai cổ mềm .

- Tập vận động cột sống cổ, vai, cánh tay với các bài tập thích hợp

- Vật lý trị liệu: Liệu pháp nhiệt, kích thích điện, siêu âm liệu pháp, xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, kéo giãn cột sống (tại các cơ sở điều trị vật lý và phục hồi chức năng).

Các phương pháp điều trị thuốc [1] :

+ Thuốc giảm đau: Tùy mức độ, có thể dùng đơn thuần hoặc phối hợp các thuốc sau: Thuốc giảm đau thông thường: Acetaminophen (Paracetamol, Tylenol 8H...) 0,5g x 2-4 viên/24h; Acetaminophen kết hợp với codein hoặc tramadol: Efferalgan-codein 2-4 viên/24h; Ultracet 2-4 viên/24h.

Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) như: Diclofenac 75-150 mg/ngày; Piroxicam 20mg/ngày; Meloxicam 7,5-15 mg/ngày; Celecoxib 100-200 mg/ngày; Etoricoxib: 30-60 mg/ngày. Nếu có nguy cơ tiêu hóa có thể dùng thêm nhóm ức chế bơm proton.

+ Thuốc giãn cơ : Thường dùng trong đợt đau cấp, ngăn ngày, đặc biệt khi có tình trạng co cứng cơ. Một số thuốc thường dùng: Mydocalm 100mg/ngày, Myonal 150mg/ngày, Decontractyl 1mg/ngày.

- Các thuốc khác

+ Thuốc giảm đau thần kinh.

+ Thuốc chống trầm cảm ba vòng (liều thấp).

+ Vitamin nhóm B.

+ Corticosteroid.

Điều trị ngoại khoa:

- Một số chỉ định: Đau nhiều nhưng điều trị nội khoa ít có kết quả, có tổn thương thần kinh nặng và tiến triển, có chèn ép tủy cổ.

- Một số phương pháp phẫu thuật chủ yếu: Chỉnh sửa cột sống để giải phóng chèn ép thần kinh tại các lỗ tiếp hợp bị hẹp, lấy nhân nhày đĩa đệm thoát vị, làm dính và vững cột sống [6].

Các phương pháp khác:

- Tiêm corticosteroid ngoài màng cứng hoặc tiêm khớp liên mỏm sau (facet) cạnh cột sống cổ: Có thể được chỉ định và thực hiện tại các cơ sở chuyên khoa.

- Các thủ thuật giảm đau can thiệp: phong bế rễ thần kinh chọn lọc; điều trị đốt thần kinh cạnh hạch giao cảm cổ bằng sóng cao tần (radio frequency ablation - RFA) [17], [19].

1.2. Tổng quan hội chứng cánh tay cổ theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Hội chứng cánh tay cổ thuộc phạm vi Chứng tý, bệnh danh là Cánh chùy thống hay Lạc châm thống [11].

1.2.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ

+ Chứng Tý phát sinh chủ yếu là vì chính khí không đủ, bị cảm phong, hàn, thấp nhiệt mà gây nên, trong đó nội nhân là cơ sở phát sinh của chứng Tý

“ tà chi sở tẩu, kỳ chính khí tất hư”, đó là vốn người hư yếu, chính khí không đủ, tẩu lý không kín, sức bảo vệ ở ngoài không kiên cố là nhân tố nội tại gây nên chứng Tý. Sau khi bị cảm tà khí phong hàn, thấp nhiệt làm cho tắc trở ở cơ nhục, các khớp, kinh lạc mà hình thành chứng Tý [11],[12].

- Biện chứng luận trị: Nguyên nhân gây bệnh của chứng Tý bao gồm cả ngoại cảm và nội thương, khi biện chứng cần phân biệt rõ biểu, lý, hư, thực.

Nếu bị cảm phong hàn, khí trệ huyết ứ thì chứng bệnh phát nhanh gấp, đau nhiều, bệnh thuộc thực, thuộc biểu, điều trị cần khu phong tán hàn hay hoạt huyết thông lạc. Nếu do can thận hư, thường mắc ở người cao tuổi, bệnh phát từ từ, phát đi phát lại nhiều lần thì cần tư bổ can thận. Pháp điều trị đều dựa trên việc Chứng Tý nói chung đều vì cảm phong hàn thấp nhiệt mà gây ra cho nên nguyên tắc cơ bản trị bệnh sẽ là: khu phong, tán hàn, trừ thấp, thanh nhiệt và thông lợi kinh lạc là chính, thời kỳ sau nên phối hợp với thuốc bổ ích chính khí [12].

Trong điều trị, Hải Thượng Lãn Ông cũng đề ra: Chữa phong nên bổ huyết, chữa hàn nên bổ hỏa, chữa thấp nên kiện tỳ, tuy dùng thuốc phong thấp nhưng cần dùng thuốc bổ khí huyết để không chế không cho bệnh tà chủ yếu vào hai kinh can thận bổ nguồn gốc của tinh huyết để tác dụng đến gân xương vì đó là do bên trong có hư mà gây nên [12].

1.2.3. Phân loại thể bệnh và điều trị

1.2.3.1. Phong hàn

- Triệu chứng: Đau nhức vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, có điểm đau cố định ở cổ, có thể sờ thấy co cơ ở cổ vai gáy, cứng cổ, hạn chế vận động. Đau, tê, nhức tứ chi, có thể có cảm giác nặng và yếu hai chi trên, đau nặng đầu, thích ẩm, sợ lạnh, lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng. Mạch phù hoãn hoặc sáp.

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

- Phương Điều trị: dùng bài Cổ phương: Quế chi gia Cát căn thang

Quế chi 06g

Bạch thược 04g

Đương quy 10g

Xuyên khung 08g	Tam thất 04g	Mộc qua 10g
Đại táo 12g	Sinh khương 04g	Cam thảo 04g
Cát căn 12g	Thương truật 10g	

- Châm cứu:

+ Châm tả các huyệt: Hậu Khê (SI.3), Phong trì (GB.20), Đại chùy (GV.14), Liệt khuyệt (LU.7), Kiên tĩnh (GB.21), Hợp cốc (LI.4), Thử tam lý (LI.10), Thiên trụ (BL.10), Ngoại quan (TE.5), Giáp tích C4 – C7, A thị huyệt

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, đấm, chắt, bóp, ấn, bấm huyệt (các huyệt như công thức điện châm), vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay), phát điều hòa.

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

1.2.3.2. Phong thấp nhiệt trí

- Triệu chứng: Vùng cổ gáy sưng, nóng, đỏ, đau nhức vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, đau đầu chóng mặt. Sốt cao, khát nước, nước tiểu đỏ, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sác.

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

- Phương Điều trị: dùng bài cổ phương: Bạch hủ gia quế chi thang

Thạch cao 40g	Cam thảo 04g	Tri mẫu 12g
Ngạnh mễ 20g	Quế chi 08g	

- Châm cứu: + Châm tả các huyệt: Hậu Khê (SI.3), Phong trì (GB.20), Đại chùy (GV.14), Ngoại quan (TE.5), Kiên tĩnh (TE.21), Hợp cốc (LI.4), Thử tam lý (LI.10), A thị huyệt, Thiên trụ (BL.10), Giáp tích C4 – C7

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, đấm, chắt, bóp, ấn, bấm huyệt (các huyệt như công thức điện châm), vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay), phát điều hòa. Nhĩ châm, Thủy châm và các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn

1.2.3.3. Huyết ứ

- Triệu chứng: Đau nhức, tê vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, tê, đau nhói

cổ định, đau tăng về đêm, ban ngày đỡ đau, đau cự án, co cứng cơ tại chỗ, kích thích khó chịu. Miệng khô, lưỡi tím, có thể có điểm ứ huyết. Mạch huyền hoặc sáp. Thở huyết ứ thường ít xuất hiện đơn thuần mà kết hợp với các thể lâm sàng khác của chứng Tý vùng vai gáy.

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

- Phương Điều trị: dùng bài Cổ phương: Đào hồng ẩm

Đào nhân 9g Hồng hoa 9g Xuyên khung 9g

Đương quy 9g Ngũ linh chi 9g Chỉ thực 9g

Diên hồ sách 9g Uy linh tiên 9g

- Châm cứu: Châm tả các huyết: Hậu Khê (SI.3), Thân mạch (BL.62), Hợp cốc (LI.4), Tam âm giao (SP.6), Kiên tinh (TE.21), Thủ tam lý (LI.10), Thiên trụ (BL.10), Giáp tích C4 – C7, A thị huyết

- Xoa bóp bấm huyết: Tương tự như thể phong hàn, bấm các huyết tương tự như công thức huyết trên.

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

1.2.3.4. Can thận hư kiêm phong hàn thấp

- Triệu chứng: Đau nhức vai gáy và ngực lưng, đau căng đầu, tê bì tay, đau mỏi lưng gối, hoa mắt chóng mặt, nhìn mờ, triều nhiệt, ra mồ hôi trộm, miệng họng khô, lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi trắng mỏng, ít rêu hoặc vàng. Mạch tế sắc hoặc hoãn.

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

- Phương Điều trị: dùng bài cổ phương Quyên tý thang

Khương hoạt 08 g Khương hoàng 12g Đương quy 08g

Hoàng kỳ 12g Xích thực 12g Phòng phong 08g

Cam thảo 6g Đại táo 12g Sinh khương 04g

- Châm cứu: Châm bổ các huyết: Phong trì (XI-20), Kiên tinh (XI-21), Thái Khê (KI.3), Đại trử (BL.11), Huyền chung (GB.39), Giáp tích C4 – C7, Thủ tam lý (LI.10), Thiên trụ (BL.10), A thị huyết

- Xoa bóp bấm huyệt: Tương tự như thể phong hàn, bấm các huyệt tương tự như công thức huyệt trên.

Nhĩ châm, Thủy châm, các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn[20].

1.3. Tổng quan về phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

1.3.1. Nguồn gốc

Từ thế kỷ 14, Tuệ Tĩnh - một danh y Việt Nam thế kỷ XIV tóm tắt phương pháp điều trị sinh trong cuốn “Hồng nghĩa giác tư y thư” bằng hai câu:

Bế tinh, dưỡng khí, tồn thần

Thanh tâm, quả dục, thủ chân, luyện hình

Hiểu theo nghĩa là giữ sinh dục, nuôi dưỡng và bảo dưỡng khí lực, thở, giữ tinh thần bằng cách giữ cho lòng trong sạch, hạn chế những ham muốn quá đáng, giữ chặt chân khí, rèn luyện thân thể [21], [24].

Năm 1676, Đào Công Chính biên soạn: “Bảo sinh diễn tồn yếu” nêu lên việc giữ trong ăn, ở, sinh hoạt, để bảo tồn “Tinh, Khí, Thần” ba thứ quý của con người, tập thở, vận động, (10 phép dẫn, 6 phép vận động, 24 tác động) để tăng cường sức khỏe.

Năm 1979 bác sỹ Nguyễn Khắc Viện với cuốn “Từ sinh l đến dưỡng sinh” đã nêu lên phương pháp luyện thở, vận động, tập võ, tập tĩnh, tập thư giãn. Năm 1998 Dương Trọng Hiếu viết cuốn “Dưỡng sinh trường thọ” đã nêu lên được liệu pháp khí công và xoa bóp [14].

Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng – Nguyên Bộ trưởng bộ y tế vào những năm 1970 - bị tai biến mạch máu não trong lúc đang công tác, nhờ kết hợp các phương pháp tập luyện cổ truyền và hiện đại, bác sỹ đã phục hồi gần như hoàn toàn. Sau đó, ông tiếp tục nghiên cứu ứng dụng trên hàng chục ngàn người cao tuổi, người bệnh mạn tính liên tục suốt hơn 20 năm. Bác sỹ đã xây dựng khởi đầu phương pháp dưỡng sinh. Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng được Bộ y tế cho phép giảng ở các trường đại học, trung học y tế và

đang được nhiều giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ, nhân dân tiếp tục nghiên cứu phát triển từ năm 1975 đến nay [22], [23].

1.3.2. Tình hình luyện tập dưỡng sinh ở Việt Nam

Khí công được dùng ở Viện Đông Y từ 1960 để điều trị loét dạ dày, suy nhược thần kinh và một số bệnh mạn tính khác.

Phương pháp dưỡng sinh của Bác sỹ Nguyễn Khắc Viện gồm Khí công – nội công (luyện thở), nghệ thuật vận động (sau này kết hợp với Vịnh Xuân Quyền) và tập tĩnh, thư giãn. Phương pháp này được phổ biến tại Việt Nam thập niên 1960 – 1970 sau này được Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng bổ sung và xây dựng thành phương pháp tập luyện hoàn chỉnh, phổ biến rộng rãi trong đông đảo nhân dân, bệnh nhân, gây phong trào tập luyện dưỡng sinh trong cả nước. Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng đã mở những khóa đầu tiên tại Viện Đông Y Hà Nội và sau này được phổ biến rộng rãi tại thành phố Hồ Chí Minh. Gồm 72 động tác, được đưa vào giảng dạy tại Bộ môn Y học cổ truyền trường Đại học Y dược.

Kế tiếp theo là các tác giả với các công trình nghiên cứu hoặc các phương pháp của mình như Giáo sư Ngô Gia Huy với đề tài “Đi tìm cơ sở khoa học của Khí công” năm 1988; “Khí công và y học hiện đại” năm 1995. Giáo sư Tô Khuê với đề tài “Tìm những tác dụng dưỡng sinh của võ thuật”; Giáo sư Đỗ Đình Hồ với “Dưỡng sinh thân thể” năm 1933 [23].

1.3.3. Cơ sở lý luận phép dưỡng sinh

Phép dưỡng sinh dựa trên các học thuyết quan trọng như học thuyết âm dương, học thuyết ngũ hành, học thuyết thiên nhân hợp nhất, thuyết Chu thiên Ngũ vận lục khí, học thuyết tạng phủ kinh lạc và thuyết Tinh khí thần [27].

Cơ sở lý luận của thuyết tinh, khí, thần, người xưa gọi là “Tam bảo” (ba của quý trong con người). Sự sống của con người lấy khí làm gốc, lấy thở làm đầu, nếu biết phương pháp luyện tập điều hòa hơi thở có thể bồi dưỡng sự sống. Tinh là vật chất, Khí là chức năng, vật chất và chức năng tác động lẫn

nhau hình thành Thần. Tập khí công là luyện Tinh sinh Khí, Khí hóa Thần và Thần nhập tĩnh.

Khí có 2 nghĩa: khí hơi và khí lực. Khí hơi là khí để thở, kết hợp với chất dinh dưỡng để tạo ra khí lực. Nên khí có nghĩa là năng lượng tạo ra trong cơ thể để cơ thể sống và hoạt động. Luyện khí sẽ giúp cho quá trình chuyển hóa tinh biến thành khí, khí biến thành thần [27].

1.3.4. Mục đích phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

- Tăng cường sức khỏe
- Phòng bệnh
- Trị một số bệnh mạn tính
- Tiến tới sống lâu sống có ích

Bốn mục đích này gắn chặt vào nhau và thúc đẩy nhau một cách logic. Mỗi ngày tập luyện, ăn ngon, thở tốt, ngủ say, thích thú lao động, thì sức khỏe càng ngày càng tăng lên biểu hiện bằng cảm giác nhẹ nhàng, cảm giác khỏe khoắn, có khi cảm giác sảng khoái yêu đời [24].

1.3.5. Chỉ định và chống chỉ định của phương pháp dưỡng sinh

* Chỉ định:

- Phục hồi chức năng hệ vận động: bệnh khớp mạn tính, THCS, tai biến mạch máu não, ...
- Tăng cường chức năng hô hấp: hen phế quản, COPD, ...
- Phòng và điều trị: stress, mất ngủ, nhức đầu, suy nhược thần kinh, tăng huyết áp, ...
- Phòng và điều trị xơ cứng: da, cơ, xương, khớp, mạch máu, ...

* Chống chỉ định:

- Bệnh lý cấp cứu, bệnh truyền nhiễm cần cách ly.
- Người bệnh rối loạn hoặc mất kiểm soát hành vi: người bệnh tâm thần thể kích thích, những người say rượu, ...[1].

1.3.6. Nội dung phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

Gồm ba phần :

Phần 1. Luyện thư giãn

Thư: nghĩa là thư thái, trong lòng lúc nào cũng thư thái.

Giãn: nghĩa là nới ra, giãn ra như dây xích giãn ra.

Thư giãn nghĩa là ở góc trung tâm võ não thì phải thư thái, ở ngọn các cơ vân và cơ trơn thì phải giãn ra. Góc thư thái thì ngọn sẽ giãn tốt, mà ngọn giãn tốt lại giúp cho góc thư thái [26].

Tác dụng của thư giãn:

Thư giãn có nhiều tác dụng cả về thể chất lẫn tinh thần.

- Về tinh thần:

+ Giúp võ não chủ động nghỉ ngơi.

+ Làm cho tinh thần thoải mái không căng thẳng.

- Về mặt thể chất:

+ Làm giảm chuyển hoá cơ bản vì toàn bộ cơ bắp được buông thả và từ đó làm giảm sự tiêu thụ oxygen của cơ thể tiết kiệm được năng lượng.

+ Giúp máu về tim dễ hơn và nhiều hơn.

+ Giúp làm chủ được giác quan và cảm giác.

+ Không để những xung kích bên ngoài tác động vào cơ thể.

- Về sinh học: Thư giãn xoá bỏ dần những phản xạ có hại cho cơ thể.

Phần 2 : Luyện thở bốn thì

Thở bốn thì có giờ chân và kê môn là để luyện tổng hợp thần kinh, khí và huyết, trọng tâm là luyện thần kinh, chủ động về hưng phấn và ức chế nhằm mục đích ngủ tốt, đồng thời làm cho khí huyết lưu thông.

Thở 4 thì là kỹ thuật cơ bản của phương pháp dưỡng sinh, là bí quyết của thành công [26].

Kỹ thuật thở 4 thì (phụ lục).

Phần 3. Tập các động tác chống xơ cứng

Luyện tập chống xơ cứng với những bài tập sẽ ảnh hưởng tốt về mặt tâm lý và sinh lý cho người già.

Có thể nói bài tập dưỡng sinh là phương pháp tập toàn diện, với những nội dung tập này thích hợp với đối tượng già yếu mất sức lao động, người mang bệnh mãn tính, giúp người cao tuổi có thể tự điều chỉnh hiện tượng mất cân bằng trong cơ thể và làm giảm, ngăn ngừa bệnh cách hiệu quả nhất. Bao gồm [26]:

- + Tập trong tư thế nằm
- + Tập trong tư thế ngồi hoa sen
- + Tập trong tư thế ngồi không hoa sen
- + Tập trong tư thế ngồi thông chân bên cạnh giường
- + Tập trong tư thế đứng

Bao gồm 11 động tác (phụ lục)

Phần 4. Tự xoa bóp bấm huyết

Xoa bóp của Đông Y rất đặc biệt, là nó xoa bóp cơ, tạng phủ bên trong, cả ngũ quan (tai, mắt, mũi, lưỡi, da) và cả tay chân bên ngoài. Nói chung, nó vận động không sót 1 bộ phận nào, cả sau lưng mà tay không với tới và cả đáy chậu mà người ta ngại đụng tới, tất cả các bộ phận của cơ thể để chuyển vận khí huyết khắp nơi [26].

Xoa bóp phải làm cho có ảnh hưởng ít nhiều đến các bộ phận sâu ở mỗi vùng, do đó phải xoa bóp trong tư thế phù hợp, với tay nắm lại hoặc bàn tay ngay ra, các ngón khít lại hoặc xò ra (ngón tay tách rời nhau), ấn mạnh hay ấn nhẹ tùy vùng, không làm tổn thương bên trong hoặc quá phớt nhẹ ở ngoài, mà phải xoa cho đúng mực.

Nếu ta tự xoa cho ta, (tay của ta là sức động): bộ phận ta xoa bóp có 1 sức (sức phản động), như thế có lợi hơn gấp bội, tích cực hơn và hoạt động hơn.

1.5.7. Tai biến và cách xử trí

Sau tập có thể thấy đau tăng lên hoặc động tác tập gây đau tăng, nên giảm cường độ hoặc mức độ tập hay loại bỏ những tư thế tập gây đau.

1.4. Tổng quan về phương pháp điện châm

1.4.1. Khái niệm

Châm cứu là một phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc của Y học cổ truyền. Châm cứu là một bộ phận quan trọng trong cả hệ thống y học dân tộc cổ truyền phương Đông nói chung và Y học cổ truyền Việt Nam nói riêng. Mục đích của châm cứu nhằm tạo ra một kích thích vào huyết để tạo nên trạng thái sinh lý, để loại trừ bệnh tật, đưa cơ thể trở lại hoạt động của chức năng bình thường [25].

Điện châm tức là dùng một máy điện tử tạo xung điện ở tần số thấp, kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết, sự hoạt động của các cơ, các dây thần kinh, các tổ chức, làm tăng cường sự dinh dưỡng của các tổ chức, đưa trạng thái của cơ thể trở về thăng bằng ổn định qua các kim đã châm trên kinh huyết. Hiện nay chúng ta thường dùng một máy điện châm với dòng điện xoay chiều: cường độ kích thích từ 40 đến 250 micro ampe, tần số kích thích từ 2 đến 60 Hz [29].

1.4.2. Tác dụng theo Y học hiện đại

Qua các công trình nghiên cứu trên lâm sàng và thực nghiệm hiện tại chưa thể nói một cách chính xác và khoa học về cơ chế tác dụng của phương pháp chữa bệnh bằng châm cứu. Có rất nhiều giả thuyết về cơ chế của châm cứu được bàn tới.

Cơ chế thể dịch : Miarke (Pháp), Tokieda (Nhật)

Cơ chế thay đổi quá trình điện sinh vật: Delafuje, Niboyet (Pháp), Pathibiakin (Liên Xô), Okmoto (Nhật)

Cơ chế thay đổi các chất trung gian hoá học đặc biệt là Histamin: Martiny (Pháp)

Cơ chế thần kinh phản xạ: Chu Liễu và nhiều tác giả Trung Quốc, Vogralic, Kassin (Liên Xô), Felixmann (Anh), J. Bossy (Pháp)

Cơ chế kiểm soát : P. Wall và R. Melzak (1965)

Cơ chế thần kinh, thể dịch, nội tiết: đặc biệt là B. Endorphine (giải thưởng nobel về y học 1977), Promeran Z.B. (Canada)

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng chữa bệnh của châm cứu với tác dụng của dòng điện qua một máy điện châm thay cho thủ pháp vê tay. Kích thích của dòng điện có tác dụng làm dịu cơn đau, kích thích hoạt động các cơ, tăng cường dinh dưỡng các tổ chức [29],[30].

1.4.3. Tác dụng theo Y học cổ truyền

Sự mất thăng bằng về âm dương dẫn tới sự phát sinh ra bệnh tật và cơ chế tác dụng của châm cứu cơ bản là điều hoà âm dương.

Bệnh tật sinh ra do nguyên nhân bên ngoài gọi là ngoại tà (tà khí) hay từ bên trong do thất tình (tình trí hay chính khí hư) đưa đến sự bế tắc vận hành khí huyết trong đường kinh. Bệnh tật phát sinh làm rối loạn bình thường của hệ kinh lạc và cơ chế tác dụng của châm cứu cơ bản là điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc

Nguyên tắc điều trị chung cũng ứng dụng cho châm cứu như bát cương (điều hoà âm dương). Cụ thể trong điều trị bằng châm cứu nhiệt thì châm, hàn thì cứu, hư thì bổ, thực thì tả...

Đường kinh ứng dụng trong châm cứu đều mang tên một tạng hoặc một phủ nhất định. Khi tạng phủ có bệnh thì đều có những biểu hiện thay đổi biểu lý của nó. Khi châm cứu, người ta tác dụng vào các huyết trên kinh mạch đó để điều chỉnh các chức năng, điều trị chứng bế (tắc) của kinh mạch [28].

1.4.4. Chỉ định và chống chỉ định

Chỉ định: Các chứng liệt (liệt do tai biến mạch não, di chứng bại liệt. liệt các dây thần kinh ngoại biên, các bệnh lý đau như đau đầu, đau lưng, đau thần kinh tọa, bệnh ngũ quan như giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn, châm tê

trong phẫu thuật..) các chứng đau cấp và mạn tính: đau do đụng giập, chấn thương, đau sau mổ, đau các khớp hoặc phần mềm quanh khớp, đau trong các bệnh lý về thần kinh... bệnh cơ năng và triệu chứng của một số bệnh như rối loạn thần kinh tim, mất ngủ không rõ nguyên nhân, kém ăn đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc... một số bệnh do viêm nhiễm như viêm tuyến vú, chắp lẹo... châm tê phẫu thuật.

Chống chỉ định: Cơ thể suy kiệt, sức đề kháng giảm, phụ nữ có thai. Tránh châm vào những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da. Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa [25].

1.4.5. Liệu trình điện châm

Thủ thuật:

- Bước 1:

+ Xác định và sát trùng da vùng huyết

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

- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau:

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

Thì 2: Đẩy kim từ từ theo huyết đạo, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (Người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, Người thực hiện cảm giác kim mót chặt tại vị trí huyết). - Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm: Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm:

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

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

+ Thời gian: 20- 30 phút cho một lần điện mãng châm.

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

Liệu trình: Châm ngày 1 lần, thời gian 25- 30 phút/lần [25], [29].

1.5. Tổng quan về phương pháp siêu âm trị liệu

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

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

Năng lượng của siêu âm được tính bằng Watt/cm² của đầu biến năng [31].

1.5.1. Hiệu ứng sinh lý của siêu âm

Hiệu ứng nhiệt

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

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

- Nhiệt do siêu âm phát sinh cũng có tác dụng tương tự như của các nguồn nhiệt khác, nó làm gia tăng hoạt động của tế bào, dẫn mạch, gia tăng tuần hoàn, gia tăng chuyển hóa và quá trình đào thải và giải quyết được hiện tượng viêm [31].

Hiệu ứng cơ học

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

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

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

- Tác dụng cơ học của siêu âm là một sự xoa bóp vi tế hay xoa bóp nội tế bào [31].

Hiệu ứng hóa học

- Làm tăng tốc độ phản ứng sinh học, tăng chuyển hóa của tổ chức.
- Tăng tính thấm qua các màng sinh học, tăng tính thẩm thấu và khuếch tán qua các màng bán thấm, làm tăng quá trình trao đổi chất trong tổ chức, tăng dinh dưỡng tổ chức [31].

1.5.2. Ứng dụng của siêu âm trong điều trị

- Tăng tuần hoàn máu cục bộ do tăng nhiệt độ, tăng tính thấm của mạch máu và tổ chức.
- Dẫn cơ do kích thích trực tiếp của siêu âm lên các cảm thụ thần kinh.
- Tăng hấp thu dịch nề, tăng trao đổi chất, tăng dinh dưỡng và tái sinh tổ chức.
- Giảm đau do tác dụng trực tiếp lên cảm thụ thần kinh [32].

1.5.3. Chỉ định và chống chỉ định của siêu âm trị liệu

Chỉ định điều trị

- Chỉ định trong các bệnh co thắt cơ do thần kinh
- Co thắt cơ do đau, do lạnh. Đau do phản xạ thần kinh, do viêm dây thần kinh. Co thắt phế quản. Co thắt các mạch máu ngoại vi.
- Các bệnh có nguyên nhân giảm dinh dưỡng chuyển hóa
- Siêu âm dẫn thuốc

Chống chỉ định

- Các vùng không được điều trị bằng siêu âm: não, cơ quan sinh dục, thai nhi.
- Vùng điều trị có mang các vật kim loại, hoặc vật rắn (đinh, nẹp vít...) do chúng có hệ số hấp thu siêu âm cao.

- Các khối u (cả lành tính và ác tính).
- Dẫn tĩnh mạch và viêm tắc động mạch, viêm tắc tĩnh mạch.
- Các vùng chảy máu và nguy cơ chảy máu như: tử cung thời kì kinh nguyệt, chảy máu dạ dày, các vết thương mới, các chấn thương có tụ máu.
- Các ổ viêm nhiễm khuẩn vì có nguy cơ làm vi khuẩn lan rộng [10].

Liều lượng điều trị

Tùy theo phương thức điều trị bệnh cảnh lâm sàng, độ sâu của tổn thương, diện điều trị mà ta chọn liều lượng. Nếu để đầu trị liệu đứng yên thì dùng liều thấp, nếu di chuyển thì có thể dùng liều cao hơn [10].

- Cường độ: Cường độ thấp được tính từ 0,1 – 0,5 Watt/cm² , trung bình từ 0,5 – 1 Watt/cm² , cường độ cao từ 1 – 1,5 Watt/cm².

- Thời gian: Ngắn từ 2-5 phút, trung bình từ 5 – 10 phút, dài từ 10 – 15 phút - Tần suất: 2 lần/ ngày, ngày một lần, cách nhật

1.6. Một số nghiên cứu trong điều trị hội chứng cánh tay cổ

1.6.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Vương Đại Lực (2018) đã tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đánh giá hiệu quả của tác động cột sống kết hợp với bài Cát căn thang gia giảm trong điều trị Hội chứng cổ vai cánh tay. Nghiên cứu được tiến hành trên 157 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng thang điểm đau VAS, các yếu tố viêm và các chất trung gian gây đau đều giảm cho với nhóm chứng với $p < 0,05$ và tỷ lệ bệnh nhân điều trị có hiệu quả ở nhóm nghiên cứu là 94,4% cao hơn so với nhóm chứng với 68,5% [33].

Chu Lập Quốc và cộng sự (2016) tổng kết các nghiên cứu dùng thuốc Đông y điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay từ 1/1/2000 đến 31/3/2016 cho thấy: các bài thuốc thường dùng để điều trị là “ Quế chi gia cát căn thang”, “Cát căn thang”, “Sài hồ quế chi thang”, “Hoàng kỳ quế chi ngũ vật thang”, “Đương quy tứ nghịch thang”, “Ô đầu thang” ... tùy bệnh nhân cụ thể mà gia giảm; cơ chế bệnh sinh chủ yếu là bản hư, tiêu thực; trong đó bản hư

chủ yếu là khí huyết, can thận hư; tiêu thực chủ yếu là phong, hàn, khí trệ, huyết ứ [34].

Liu S.F và cộng sự (2013) đã tiến hành nghiên cứu trên 160 bệnh nhân, được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm, mỗi nhóm 80 bệnh nhân có độ tuổi từ 26 – 66 có thời gian mắc bệnh từ 3 tháng đến 5 năm. Nhóm nghiên cứu uống Cốm Cảnh thống 4g x 1 lần/ngày x 14 ngày và Ibuprofen 2 viên/lần x 2 lần/ngày x 5 ngày. Nhóm chứng uống Ibuprofen 2 viên/lần x 2 lần/ngày x 5 ngày. Kết luận: Sự cải thiện về điểm số của VAS và NDI của nhóm nghiên cứu tốt hơn so với nhóm đối chứng [35].

1.6.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam

Nguyễn Tiến Chung và cộng sự (2022), đánh giá tác dụng của bài thuốc TK1-HV kết hợp Cảnh tam châm ở bệnh nhân hội chứng cổ vai tay. Kết quả: Sử dụng bài thuốc TK1-KV kết hợp Cảnh tam châm có tác dụng cải thiện triệu chứng đau theo VAS, cải thiện tầm vận động, cải thiện chức năng cột sống theo NDI ở bệnh nhân hội chứng cổ vai tay. Tác dụng này tốt hơn nhóm chứng sử dụng TK1-HV và điện châm thông thường. Sự khác biệt xuất hiện sau 14 ngày và duy trì tới 28 ngày điều trị [36].

Dương Thị Hằng, Nguyễn Thị Thanh Tú (2023), Đánh giá hiệu quả cải thiện hội chứng cột sống cổ bằng phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyết trên bệnh nhân có hội chứng cổ vai cánh tay. Nghiên cứu thực hiện trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay chia thành 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyết. Nhóm chứng được điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyết. Kết quả: Sau 15 ngày điều trị, điểm VAS trung bình, tầm vận động cột sống cổ, mức độ căng cơ của cả 2 nhóm đều cải thiện so với trước điều trị ($p < 0,05$) và nhóm nghiên cứu tốt hơn so với nhóm chứng ($p < 0,05$) [37].

Phạm Bá Tuyền (2021) đánh giá tác dụng của bài thuốc “TK1-HV” kết hợp cảnh tam châm trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ cho thấy: kết quả điều trị loại tốt chiếm 90,0% khá là 10,0% [38].

Phan Thị Hồng Giang, Nguyễn Thị Thanh Tú (2021), Đánh giá tác dụng giảm đau của điện châm kết hợp đắp parafin trên bệnh nhân hội chứng cổ vai tay do thoái hóa cột sống cổ điều trị tại khoa Nội 4, khoa Châm cứu và Phục hồi chức năng - Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an từ tháng 09 năm 2020 đến tháng 08 năm 2021. Kết quả cho thấy sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có điểm VAS trung bình giảm từ $5,5 \pm 1,38$ xuống $1,9 \pm 0,8$, nhóm chứng giảm từ $5,3 \pm 1,53$ xuống $4,0 \pm 1,31$. Sự khác biệt trước sau điều trị của 2 nhóm có ý nghĩa với $p < 0,05$. Hiệu suất giảm điểm đau VAS của nhóm nghiên cứu tại thời điểm D7 ($1,90 \pm 0,62$ điểm) và D15 ($3,6 \pm 1,00$ điểm) cao hơn nhóm chứng ở cùng thời điểm với $p < 0,05$ [39].

Phạm Ngọc Hà (2018) đánh giá tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống. Kết quả chung cho thấy: thể can thận hư 60,0% tốt; 30,0% khá; 10,0% trung bình và thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp là 56,7% tốt; 30,0% khá; 13,3% trung bình [40].

Nguyễn Vinh Quốc (2021) đánh giá hiệu quả điều trị đau cổ vai gáy trong thoái hóa cột sống cổ bằng bài thuốc Tam tý thang kết hợp điện châm huyết giáp tích cột sống cổ, kết quả cho thấy: 96,67% tốt; 3,33% khá [41].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

Trong điều trị hội chứng cánh tay cổ, phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng bao gồm các bước (phụ lục 2):

* Bước 1: Thư giãn

- Không cho cơ thể tiếp xúc bên ngoài bằng cách cắt đứt liên hệ ngũ quan.
- Ra lệnh cho các cơ vân và cơ trơn thư giãn.
- Tập trung ý nghĩ theo dõi hơi thở.

* Bước 2: Thở 4 thì có kê móng và giơ chân

- Thì 1: Hít vào, đều, sâu, tối đa, ngực nở, bụng phình và cứng, khi hít vào tối đa cơ ức đòn chũm căng lên. Thời gian = $\frac{1}{4}$ hơi thở. “Hít vào ngực nở, bụng căng”.

- Thì 2: Giữ hơi, cơ hoành và các cơ lồng ngực đều co thắt tối đa, thanh quản mở, hai chân giơ thay phiên nhau cao 20cm; giơ từng chân một, thời gian bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở tương ứng với câu “giữ hơi cố gắng hít thêm”.

- Thì 3: Thở ra thoải mái, tự nhiên, không kìm, không thúc song phải nhẹ nhàng, không tạo ra tiếng rít, bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở, tương ứng với câu “thở ra không kìm, không thúc”.

- Thì 4: Thư giãn hoàn toàn, có cảm giác nặng và ấm, thời gian = $\frac{1}{4}$ hơi thở, tự kỷ ám thị: tay chân tôi nặng và ấm, toàn thân tôi nặng và ấm.

* Bước 3: Các động tác chống xơ cứng (11 động tác)

- Động tác 1: Uốn cổ

Lấy điểm tựa ở xương chẩm và móng, uốn cổ cho cổ và lưng hông giường. Thở theo kiểu tối đa từ 1 – 3 lần

Tác dụng: Tập các cơ phía sau lưng, làm cho âm cổ và lưng

- Động tác 2: Vặn xương sống và cổ ngược chiều

Hai tay vẫn để trên bụng, hai chân co lại, khít nhau. Ngả hai chân qua một bên, vận mình và đầu cổ sang bên kia. Thở tối đa có trở ngại từ 1-3 lần. Ngả chân sang bên kia, vận mình và đầu cổ sang bên này. Thở tối đa có trở ngại từ 1 – 3 lần.

Tác dụng: Vận động các đốt xương sống tối đa làm cho khí huyết lưu thông, phòng và chữa đau lưng. Thở có trở ngại đẩy khí huyết vào vùng gan và lách rất mạnh, phòng và chữa các bệnh lá lách và gan.

- Động tác 3: Chiếc tàu

Nằm sấp, tay xuôi, hai tay nắm lại, kéo mạnh hết sức về phía sau, uốn cong lưng tối đa. Thở tối đa có trở ngại 3 – 5 – 10 lần tùy sức.

Tác dụng: Vận động toàn bộ các cơ phía sau lưng, do đó động tác này rất công hiệu để chống lại với già nua. Tăng cường tuần hoàn khí huyết ở cột sống, chống cảm cúm và suy nhược thần kinh. Động tác này làm được càng nhiều càng tốt. Có thể 2 tay cầm thêm 2 quả tạ nhỏ, mỗi quả không quá 250 gam.

- Động tác 4: Rắn hổ mang

Nằm sấp, chống tay, uốn lưng, uốn đầu ra phía sau, thở tối đa có trở ngại 1 – 3 lần.

Vẹo cổ, nhìn gót chân, hít vô có trở ngại, quay qua phía bên kia thở ra. Làm động tác và thở như vậy từ 2-5 lần.

Tác dụng: Vận động các cơ ở lưng và cổ và các cơ ở 2 bên hông, làm cho khí huyết ở các vùng ấy chạy đến chỗ hóc hiểm, nhất là thở có trở ngại làm cho phổi ở vùng 2 bên hông phải nở ra tối đa, chống được xơ hóa và hiện tượng dính ở màng phổi sau khi bị viêm.

- Động tác 5: Sư tử

Nằm sấp, co hai chân để dưới bụng, hai tay đưa ra trước, đầu uốn hẳn ra phía sau, thở có trở ngại từ 1-3 lần.

Tác dụng: Vận chuyển cổ và ót, các khớp xương sống cổ cho khí huyết lưu thông đến chỗ hóc hiểm ở vùng cổ quan trọng này. Vận chuyển khí ở lồng ngực và bụng, cổ, tuyến giáp trạng bằng cách thở tối đa có trở ngại trong thể này.

- Động tác 6: Chào mặt trời

Một chân co dưới bụng, chân kia ngay ra, 2 tay chống xuống giường, ép bụng thở ra tối đa; đưa 2 tay lên trời, thân uốn ra sau tới đã, hít hơi vào tối đa đổi chân và tiếp tục tập, từ 2 – 4 – 6 lần, thở thuận chiều.

- Động tác 7: Đưa tay sau gáy

Hạ tay xuống, đưa tay sau gáy hết sức kéo ra sau, đầu bình thường. Thở tối đa có trở ngại từ 1 – 3 lần

- Động tác 8: Đưa tay lên trời

Bàn tay vẫn gài chéo, 2 tay thẳng, đưa tay lên trời, đầu ngửa ra sau, mặt ngó theo tay. Thở tối đa có trở ngại từ 1 – 3 lần

- Động tác 9: Hai tay để sau lưng

Hai bàn tay để sau lưng, càng cao càng tốt. Thở tối đa có trở ngại từ 1 - 3 lần

Nghiêng qua một bên cho đầu đụng giường. Thở tối đa có trở ngại từ 1 – 3 lần. Nghiêng qua bên kia : như trên.

- Động tác 10: Bắt chéo 2 tay ra sau lưng

Một tay đưa ra sau lưng, càng cao càng tốt; tay kia cố gắng bắt chéo. Thở tối đa có trở ngại từ 1 – 3 lần. Xong đổi tay bắt chéo bên kia.

- Động tác 11: Xoa chi trên phía ngoài và trong

Tư thế ngồi như trước, xoa phía ngoài vùng vai, vùng cánh tay, cẳng tay và bàn tay, trong lúc bàn tay để úp xong lật ngửa bàn tay, tiếp tục xoa phía trong từ bàn tay lên cẳng tay, cánh tay, vai độ 10-20 lần rồi đổi tay xoa bên kia. Thở tự nhiên.

*** Bước 4: Tự xoa bóp bấm huyệt**

- Tự xoa bóp

Yêu cầu: động tác chính xác, dịu dàng, vừa sức, tốc độ vừa phải, không quá chậm, không quá nhanh. Khi xoa bóp dưới da tay phải đặt nóng lên.

Bao gồm: xoa mặt (10 lần), xoa tai (10 lần), chải đầu (20 lần), xoa mắt (5 lần), vuốt cổ (10 lần), sát gáy (10 lần), xoa vào tới ngực (10 lần), xoa lưng (15 lần), xoa thượng tiêu theo chiều kim đồng hồ (20 vòng), xoa trung tiêu theo chiều kim đồng hồ (30 vòng), xoa hạ tiêu theo chiều kim đồng hồ (20 vòng), xoa bóp và day ở tay (5 lần), xoa bóp và xoa ở chân (5 lần). Tiến hành trong thời gian: 5 phút.

- Tự bấm huyệt : Bấm các huyệt: nội quan, thần môn, tam âm giao, túc tam lý, bấm huyệt 2 bên, mỗi huyệt 30 giây. Tiến hành trong thời gian 5 phút.

2.1.2. Phác đồ huyệt điện châm

Phác đồ huyệt điện châm được sử dụng trong nghiên cứu là phác đồ huyệt theo “Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền” của Bộ Y tế (2013) [42] gồm:

Bảng 2.1. Phác đồ huyệt điện châm

Tên huyệt	Đường kinh	Cách châm
Phong trì	Túc thiếu dương Đờm	Tả
Thiên trụ	Túc thái dương Bàng quang	Tả
Đại trử	Túc thái dương Bàng quang	Tả
Đại chùy	Mạch đốc	Tả
Giáp tích C4-C7	Ngoài kinh	Tả
Kiên ngưng	Thủ dương minh Đại trường	Tả
Kiên tĩnh	Túc thiếu dương Đờm	Tả
Khúc trì	Thủ dương minh Đại trường	Tả
Hợp cốc	Thủ dương minh Đại trường	Tả
A thị huyệt	Ngoài kinh	Tả
Can du	Túc thái dương Bàng quang	Bỏ
Thận du	Túc thái dương Bàng quang	Bỏ

2.1.3. Phương tiện nghiên cứu

- Máy siêu âm trị liệu ST-10A do hãng Stratek/ Hàn Quốc sản xuất.
- Máy điện châm KWD - TN09 – T06 của Công ty Trách nhiệm hữu hạn Thương mại và sản xuất thiết bị y tế Hà nội.
- Kim châm cứu Đông Á làm bằng thép không gỉ, đầu nhọn, dài 5-10cm, đường kính 0.16-0.45mm.
- Pince vô khuẩn.
- Bông, ống nghiệm đựng kim vô khuẩn.
- Cồn 70°.
- Bộ câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày NDI (Neck Disability Index).
- Thước đo điểm đau VAS (Visual analogue scale).
- Thước đo tầm vận động cột sống cổ.
- Bệnh án nghiên cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHĐ

- Bệnh nhân từ 30 đến 70 tuổi, không phân biệt giới và nghề nghiệp.
- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ:
 - + Biểu hiện lâm sàng có ít nhất một triệu chứng của hội chứng cột sống cổ: đau vùng cột sống cổ (mức độ đau theo VAS tương đương $3 < \text{VAS} < = 6$), co cứng cơ cạnh cột sống cổ một hoặc hai bên, có điểm đau cột sống cổ; hạn chế vận động cột sống cổ (ít nhất 1 trong 6 động tác: cúi, ngửa, nghiêng, trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải).
 - + Biểu hiện lâm sàng có ít nhất một triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh: Đau vùng gáy lan lên vùng cằm hoặc xuống vai, cánh tay, bàn tay. Đau thường tăng lên khi xoay đầu hoặc gập cổ về phía bên đau; rối loạn vận động, cảm giác kiểu rề (yếu cơ, rát bỏng, kiến bò, tê bì ở vùng vai, cánh

tay, hoặc ở bàn tay và các ngón tay); dấu hiệu chuông bấm; nghiệm pháp Spurling; nghiệm pháp dạng vai; nghiệm pháp kéo giãn cổ.

+ Chụp X-quang cột sống cổ 3 tư thế (thẳng, nghiêng, chệch $\frac{3}{4}$) có ít nhất 1 hình ảnh của THCSC: gai xương ở thân đốt sống, hẹp khe khớp, hẹp lỗ tiếp hợp, đặc xương dưới sụn.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị, không áp dụng các phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT

Bệnh nhân được chẩn đoán Cảnh chùy thống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp với các chứng trạng sau:

- Đau vùng cổ gáy lan xuống vai, tay, có thể sờ thấy cơ cứng ở cổ vai gáy, cứng cổ, cảm giác nặng nề, tê bì, hạn chế vận động cổ. Đau tăng khi vận động thay đổi tư thế, nghỉ ngơi đỡ đau, trời lạnh âm đau tăng, đau tái đi tái lại.

- Lưng gối đau mỏi, ù tai, ngủ ít, tiểu đêm nhiều lần.

- Sợ lạnh, lưỡi nhợt, mạch trầm tế.

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cánh tay cổ không do THCSC như :các chấn thương cột sống cổ, lao cột sống, ung thư cột sống, viêm cột sống dính khớp, bệnh lý của tổ chức phần mềm trong ống tủy.

- Bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy cổ: Dáng đi không vững, đi lại khó khăn; yếu hoặc liệt chi, teo cơ ngón chi, dị cảm. Tăng phản xạ gân xương.

- Da và tổ chức dưới da vùng cột sống cổ bị viêm nhiễm.

- Bệnh nhân có chỉ định can thiệp phẫu thuật.

- Bệnh nhân suy giảm trí tuệ, mắc các bệnh lý như tim mạch, tăng huyết áp không ổn định, ung thư.

- Bệnh nhân có chống chỉ định với siêu âm trị liệu, điện châm.

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu được chọn chủ đích. Đối tượng được lựa chọn là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh trong thời gian diễn ra nghiên cứu này.

Cỡ mẫu áp dụng cho nghiên cứu là công thức cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ [43]:

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

Trong đó :

p_1 ước lượng tỷ lệ bệnh nhân điều trị đạt hiệu quả đối với Hội chứng cánh tay cổ bằng phương pháp dưỡng sinh kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu.

Do hiện chưa có nghiên cứu công bố trực tiếp trên đối tượng và phác đồ can thiệp hoàn toàn tương đồng, p_1 được ước lượng dựa trên tổng hợp kết quả của các nghiên cứu gần tương tự cho thấy tỷ lệ đáp ứng điều trị dao động trong khoảng 75–85%. Trên cơ sở đó, nghiên cứu lựa chọn $p_1 = 0,80$ làm giá trị ước lượng đại diện.

p_2 ước lượng tỷ lệ bệnh nhân điều trị đạt hiệu quả đối với Hội chứng cánh tay cổ bằng phương pháp điện châm kết hợp siêu âm trị liệu, dựa trên nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú, với tỷ lệ hiệu quả được báo cáo là 56%, do đó chọn $p_2 = 0,56$.

$Z_{\alpha/2}$ Hằng số cho sai sót loại I, lấy $\alpha = 0,05$ thì $Z_{\alpha/2} = 1,96$

Z_{β} Hằng số cho sai sót loại II (power), lấy $\beta = 0,20$ thì $Z_{\beta} = 0,842$

$\bar{p}$ $\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0,68$

Δ $\Delta = p_1 - p_2 = 0,24$

Thay vào công thức tính cỡ mẫu ta được $n = 35$

Như vậy, cỡ mẫu cần thiết tối thiểu là 35 bệnh nhân có hội chứng cánh tay cổ cho mỗi nhóm bệnh nhân (nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng) và tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng cánh tay cổ.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng.

2.4.2. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

* Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu:

- Đặc điểm về tuổi: phân thành các nhóm tuổi : < 50 tuổi, $\geq$ 50 tuổi.
- Đặc điểm về giới: Nam, nữ.
- Đặc điểm về nghề nghiệp: Lao động trí óc, lao động chân tay

(Lao động trí óc tập trung vào tư duy, kiến thức, lý luận và kỹ năng chuyên môn cao ví dụ công việc văn phòng, quản lý, nghiên cứu, giảng dạy, các ngành nghề chuyên môn như kỹ sư, bác sĩ. Lao động chân tay sử dụng sức lực thể chất và kỹ năng thực hành ví dụ công nhân xây dựng, nông dân, công nhân nhà máy, người làm thủ công).

- Đặc điểm về thời gian mắc bệnh: $\leq$ 3 tháng, 4-6 tháng, >6 tháng.
- Đặc điểm tổn thương trên phim X-quang: gai xương ở thân đốt sống, hẹp khe khớp, hẹp lỗ tiếp hợp, đặc xương dưới sụn.

* Các chỉ tiêu theo dõi trước – sau điều trị :

- Mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS.
- Mức độ cải thiện tâm vận động cột sống cổ.
- Mức độ cải thiện hội chứng rễ.
- Mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI.
- Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền sau điều trị.

- Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị (gồm các tác dụng không mong muốn của dưỡng sinh, của siêu âm trị liệu, của điện châm và tác dụng không mong muốn khi kết hợp các phương pháp đối với bệnh nhân).

* Yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: tuổi, giới, nghề nghiệp, tầm vận động, thời gian mắc bệnh.

2.4.3. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Mời các bệnh nhân có hội chứng cánh tay cổ đạt tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ vào nghiên cứu.

Bước 2: Đánh giá các triệu chứng lâm sàng trước điều trị (thời điểm D₀), chụp X - quang cột sống cổ 3 tư thế thẳng, nghiêng, chếch ¾.

Bước 3: Chia bệnh nhân thành 2 nhóm, đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh.

Bước 4: Áp dụng phương pháp điều trị tương ứng cho từng nhóm:

- Nhóm can thiệp: với phác đồ điều trị là: Tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng, điện châm, siêu âm trị liệu vùng cổ gáy.

- Nhóm chứng: với phác đồ điều trị là: Điện châm, siêu âm trị liệu vùng cổ gáy.

Liệu trình can thiệp là 21 ngày liên tục (tập dưỡng sinh 30 phút/lần x 01 lần/ngày, siêu âm trị liệu 10 phút/ lần x 01 lần/ngày, điện châm 30 phút/lần x 01 lần/ngày).

Bước 5: Đánh giá kết quả tại thời điểm D₀, D₇, D₁₄, D₂₁ (dựa trên các chỉ tiêu theo dõi).

Bước 6: Tổng hợp số liệu và báo cáo kết quả.

2.4.3.1. Phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

- Chuẩn bị nơi tập cần thoáng, đủ ánh sáng, yên tĩnh để người tập không bị phân tán trong khi thực hiện các bài tập.

- Quần áo được nói lỏng thoải mái cho người tập.

- Có sự hướng dẫn và giám sát tập luyện của bác sỹ hoặc điều dưỡng viên tại khoa.

- Tiến hành tập bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng (phụ lục 2):

+ Bước 1: Thư giãn. Thời gian 5 phút.

+ Bước 2: Thở 4 thì có kê móng và giờ chân. Thời gian 5 phút.

+ Bước 3: Tập các động tác sau. Thời gian 15 phút

Động tác 1: Uốn cổ

Động tác 2: Vặn xương sống và cổ ngược chiều

Động tác 3: Chiếc tàu

Động tác 4: Rắn hổ mang

Động tác 5: Sư tử

Động tác 6: Chào mặt trời

Động tác 7: Đưa tay lên trời

Động tác 8: Hai tay để sau lưng

Động tác 9: Đưa tay sau gáy

Động tác 10: Bắt chéo 2 tay ra sau lưng

Động tác 11: Xoa, chi trên phía ngoài và trong

+ Bước 4: Tự xoa bóp, bấm huyệt. Thời gian 5 phút.

- Thời gian tập mỗi lần 30 phút, mỗi ngày 1 lần, liệu trình 21 ngày liên tục.

2.4.3.2. Thủ thuật điện châm

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

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

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt, tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt “đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt vị trí huyệt).

- Bước 3: Kích thích huyệt bằng máy điện châm

+ Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ-tả của máy điện châm.

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

+ Cường độ: Nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microampe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

- Thời gian: 30 phút/lần x 01 lần/ngày x 21 ngày.

2.3.4.3. Kỹ thuật siêu âm trị liệu

- Kiểm tra máy, dây dẫn.

- Bộc lộ vùng cổ gáy điều trị.

- Bôi gel vào vùng điều trị, đầu dò trị liệu.

- Dặn bệnh nhân cảm nhận cảm giác (nóng, cắn, dễ chịu).

- Đặt đầu phát sóng trực tiếp vào da – vận cường độ điều trị: Cường độ từ 0.5 – 0.8 Watt/cm².

- Di chuyển đầu phát sóng xoay tròn đều, liên tục lên mặt da với tốc độ chậm, giữ cho bó sóng luôn luôn thẳng góc với mặt da.

- Hỏi cảm giác của bệnh nhân.

- Thời gian cho mỗi lần siêu âm là 10 phút/ lần x 01 lần/ngày x 21 ngày.

- Chú ý:

+ Tránh siêu âm vào các đầu xương, chỗ gồ ghề.

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

+ Vận cường độ về số 0.

+ Nhấc đầu phát sóng ra khỏi da.

+ Lau sạch gel trên da vùng điều trị và đầu phát sóng siêu âm.

+ Cho bệnh nhân nghỉ ngơi 10 phút trước khi ra về.

2.4.4. Phương pháp lượng giá kết quả điều trị

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



Hình 2.1. Thang đau VAS

* Công cụ: Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ của hãng Astra- Zeneca [44].

- Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS bằng thước đo của hãng Schlenker Enterprises (Phụ lục 05). Thước đo VAS là một thước đo 2 mặt: mặt phía thầy thuốc có vạch chia điểm từ 0 đến 10, mặt phía bệnh nhân có 5 khuôn mặt biểu thị mức độ đau và được quy thành 4 mức: 0: không đau, 1-3 điểm: đau nhẹ, 4-6 điểm: đau vừa, 7-10 điểm: đau nặng. Bệnh nhân nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, được giải thích cách đánh giá đau bằng thước VAS, để thước ở vạch số 0 và tự kéo thước để tự đánh giá mức độ đau của mình.

Bảng 2.2. Cách tính điểm phân loại mức độ đau

Điểm VAS	Mức độ	Điểm
VAS = 0 điểm	Không đau	0 điểm
$0 < \text{VAS} \leq 3$ điểm	Đau nhẹ	1 điểm
$3 < \text{VAS} \leq 6$ điểm	Đau vừa	2 điểm
$6 < \text{VAS} \leq 10$ điểm	Đau nặng	3 điểm

2.4.4.2. Đánh giá mức độ cải thiện tầm vận động cột sống cổ

Phương pháp đo TVĐ cột sống cổ dựa trên phương pháp đo TVĐ khớp do Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình của Mỹ đề ra năm 1965.

Phương pháp này quy định mọi cử động khớp đều được đo từ vị trí khởi đầu Zero, trong đó vị trí Zero là tư thế thẳng của người được khám, gồm đầu thẳng, mắt nhìn ra phía trước, hai chân thẳng, đầu gối không gập, hai bàn chân song song với nhau, bờ trong hai bàn chân áp sát vào nhau [45], [46].

Vị trí giải phẫu duỗi của chi và thân thể được quy ước là 0° .

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

TVĐ khớp được đo bằng thước có gốc là mặt phẳng hình tròn, chia độ từ 0° - 360° , một cạnh di động và một cạnh cố định, dài 30cm.



Hình 2.2. Thước đo tầm vận động cột sống cổ

BN được ngồi thẳng, tựa lưng ngang vai, khớp gối và háng gập vuông góc, hai bàn chân đặt trên sàn nhà, hai tay xuôi khép dọc thân người.

TVĐ của cột sống cổ được đo ở các động tác gập duỗi (cúi ngửa), nghiêng bên và quay.

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

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

* Đo cử động quay: người đo đứng ở phía sau, gốc thước là giao điểm của đường nối đỉnh vành tai hai bên cắt giữa thân. Hai cánh của thước chập lại đặt theo hướng nối đỉnh đầu đi qua đỉnh mũi. Khi BN xoay đầu lần lượt sang từng bên, cánh di động của thước xoay theo hướng đỉnh mũi trong khi cánh cố định ở lại vị trí cũ [45], [46].

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

Bảng các giá trị TVĐ bình thường của các động tác cột sống cổ được trình bày trong bảng 2.3.

Điểm vận động của một động tác bằng 0 khi TVĐ trong giới hạn bình thường, hạn chế từ 1 – 5 được tính 1 điểm, hạn chế 6 – 10 được tính 2 điểm, hạn chế 11 – 15 được tính 3 điểm, trên 15 được tính 4 điểm. Cách cho điểm chi tiết của từng động tác trong nghiên cứu được trình bày trong bảng 2.3. và 2.4. Điểm TVĐ chung được tính bằng tổng các điểm vận động cả 6 động tác cúi, ngửa, nghiêng trái, nghiêng phải, quay trái, quay phải [48].

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

TVD Động tác	Bình thường	Bệnh lý			
Điểm	0	1	2	3	4
Cúi	45° – 55°	40° – 44°	35° – 39°	30° – 34°	< 30°
Ngửa	60° – 70°	55° – 59°	50° – 54°	45° – 49°	< 45°
Nghiêng phải	40° – 50°	35° – 39°	30° – 34°	25° – 29°	< 25°
Nghiêng trái	40° – 50°	35° – 39°	30° – 34°	25° – 29°	< 25°
Quay phải	60° – 70°	55° – 59°	50° – 54°	45° – 49°	< 45°
Quay trái	60° – 70°	55° – 59°	50° – 54°	45° – 49°	< 45°

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

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

2.4.4.3. Đánh giá mức độ cải thiện hội chứng rễ

Hội chứng rễ thần kinh được đánh giá bằng các triệu chứng đau vùng gáy lan theo đường đi của rễ thần kinh đau thường tăng lên khi xoay đầu hoặc gập cổ về phía bên đau; rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ (yếu cơ, rát bỏng, kiến bò, tê bì ở vùng vai, cánh tay, hoặc ở bàn tay và các ngón tay); dấu hiệu chuông bấm; nghiệm pháp Spurling; nghiệm pháp dạng vai; nghiệm pháp kéo giãn cổ. BN không có triệu chứng của HC rễ được tính 0 điểm, có ít nhất một triệu chứng của HC rễ được tính 1 điểm.

Bảng 2.5. Đánh giá mức độ cải thiện hội chứng rễ

Không có triệu chứng của hội chứng rễ	0 điểm
Có ít nhất một triệu chứng của hội chứng rễ	1 điểm

2.4.4.4. Đánh giá mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI

Bộ câu hỏi Neck Disability Index của tác giả Howard Vernon là một công cụ dùng để tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau vai gáy hoặc các 38 bệnh lý chấn thương cổ. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục, điểm tối đa là 50 điểm và được đánh giá như sau:

Bảng 2.6. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI)

Điểm thô	Mức hạn chế	Điểm quy đổi
0 – 4	Không hạn chế	0 điểm
5 – 14	Hạn chế nhẹ	1 điểm
15 – 24	Hạn chế trung bình	2 điểm
25 – 34	Hạn chế nghiêm trọng	3 điểm
35 trở lên	Hoàn toàn hạn chế	4 điểm

Bộ câu hỏi NDI được công bố lần đầu vào năm 1991 và là bộ câu hỏi đầu tiên cho việc tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cột sống cổ, đã được dịch ra hơn 20 ngôn ngữ và được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu điều trị [49]

2.4.4.5. Lượng giá sự thay đổi một số triệu chứng Y học cổ truyền

Dựa trên bảng lượng giá Chứng tý của Trịnh Tiêu Du (2018) mô tả trong cuốn các nguyên tắc chỉ đạo nghiên cứu lâm sàng trung dược và tân dược, chúng tôi lượng giá một số chứng trạng của chứng Cảnh chùy thống thể Can thận hư kiêm phong hàn thấp như sau [50] :

Mức độ Chứng trạng	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Đau đầu	Đau đầu nhẹ, từng lúc	Đau đầu thường xuyên tái phát nhưng có thể chịu được	Đau đầu dữ dội, không chịu được, kéo dài liên tục
Chóng mặt	Hoa mắt chóng mặt nhẹ, từng lúc	Chóng mặt kèm rối loạn thị giác không thể đi lại	Chóng mặt nghiêm trọng, không thể đi lại
Tê bì tay chân	Tê bì nhẹ, từng lúc	Tê bì có thể chịu được, thường xuyên tái phát	Tê bì nghiêm trọng không chịu được, kéo dài liên tục
Mất ngủ	Thỉnh thoảng mất ngủ	Thường xuyên mất ngủ	Không thể ngủ được
Ù tai	Ù tai nhẹ	Ù tai kèm giảm thính lực (nghe ngãng), từng lúc	Ù tai liên tục, thính lực suy giảm

2.4.4.7. Theo dõi các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

- Tác dụng không mong muốn của bài tập dưỡng sinh :mệt mỏi, chóng mặt, mỏi cơ.
- Tác dụng không mong muốn của điện châm : vệt châm, nhiễm trùng vị trí châm, chảy máu khi rút kim.
- Tác dụng không mong muốn của siêu âm trị liệu : Bỏng, đau tại vị trí siêu âm, cảm giác kim châm.

2.5. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, số 2 Trần Phú, Hà Đông, Hà Nội.

2.6. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 04/2025 đến hết tháng 11/2025.

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm số liệu SPSS 20.0 [51], [52].

Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn SD.

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

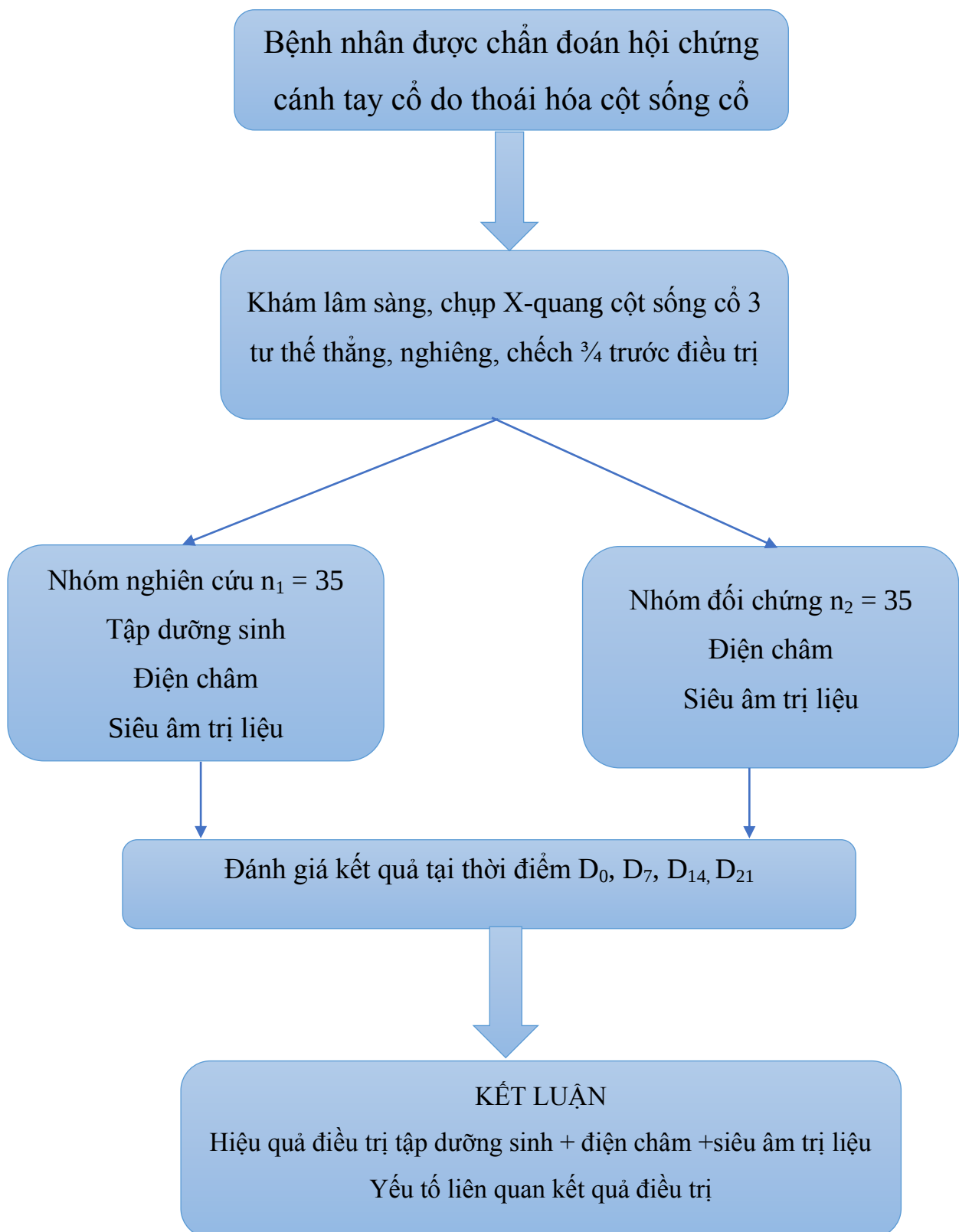
Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng thông qua đề cương luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành Y học cổ truyền Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, Hội đồng khoa học của Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Hội đồng đạo đức của Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, được sự chấp thuận của Ban giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh trước khi tiến hành nghiên cứu.

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

Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo người tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về phương pháp can thiệp, liệu trình điều trị và sự tham gia là hoàn toàn tự nguyện (tất cả các bệnh nhân đều được kí cam kết tình nguyện tham gia). Bệnh nhân có quyền rời khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không cần giải thích lý do.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Đối tượng Nhóm tuổi	Nhóm CT (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng		P ₍₁₋₂₎
	(n=35)		(n=35)				
	n	%	n	%	n	%	
<50	10	28.6	17	48.1	18	25.7	0.584
≥50	25	71.4	18	51.9	52	74.3	
Tổng	35	100	35	100	70	100	
Tuổi trung bình	56.9 ± 8.8		57.9 ± 9.4		57.4 ± 9.1		

Nhận xét : Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở cả hai nhóm, lứa tuổi từ 50 tuổi đều chiếm tỉ lệ cao với 71.4% ở nhóm can thiệp và 51.9% ở nhóm đối chứng. Tuổi trung bình của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng lần lượt là 56.9 ± 8.8 và 57.9 ± 9.4 .

Sự khác biệt về tỉ lệ nhóm tuổi ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.1.2. Đặc điểm giới tính

Bảng 3.2. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu

Đối tượng Giới	Nhóm CT (1) (n=35)		Nhóm ĐC (2) (n=35)		Tổng		P ₍₁₋₂₎
	n	%	n	%	n	%	
Nam	5	14.3	6	17.1	11	15.7	0.743
Nữ	30	85.7	29	82.9	59	84.3	
Tổng	35	100	35	100	70	100	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.2 cho thấy: BN nữ giới tham gia nghiên cứu chiếm đa số trong cả hai nhóm (84.3%), trong đó số nữ giới ở nhóm CT 85.7%, nhóm ĐC là 82.9%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp

Bảng 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu

Nghề nghiệp	Nhóm CT (1) (n=35)		Nhóm ĐC (2) (n=35)		P ₍₁₋₂₎
	n	%	n	%	
Lao động trí óc	24	68.6	26	74.3	0.597
Lao động chân tay	11	31.4	9	25.7	

Nhận xét : Kết quả nghiên cứu trên cho thấy đối với cả hai nhóm can thiệp và nhóm đối chứng tỉ lệ đối tượng lao động trí óc cao hơn tỉ lệ đối tượng lao động chân tay. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.4. Thời gian mắc bệnh

Bảng 3.4. Phân bố thời gian mắc hội chứng cánh tay cổ

Thời gian mắc bệnh	NCT (1) (n=35)		NĐC (2) (n=35)		P ₍₁₋₂₎
	n	%	n	%	
≤3 tháng	11	31.4	10	28.6	0.756
4-6 tháng	14	40	17	48.6	
>6 tháng	10	28.6	8	22.9	
Thời gian trung bình $\bar{X} \pm SD$ (tháng)	5.1 ± 3.1		4.7 ± 2.5		

Nhận xét : Kết quả bảng 3.4 cho thấy thời gian mắc bệnh của bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở cả hai nhóm từ 4 đến 6 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất, nhóm đối chứng là 48.6%, nhóm can thiệp là 40%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Hình ảnh trên phim X –quang cột sống cổ

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, ở NCT tỉ lệ BN đau vừa giảm 37.1%, phương pháp kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương với điện châm và siêu âm làm giảm trung bình điểm đau VAS từ 4.9 xuống còn 3.6 so với thời điểm D0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này xu hướng tương đương so với NĐC, sử dụng điện châm kết hợp với siêu âm, làm giảm 31.6% bệnh nhân đau vừa, giảm trung bình điểm đau VAS từ 4.9 xuống còn 3.9 so với thời điểm D0, sự khác biệt theo mức độ đau giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

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

Nhóm BN Mức độ	Nhóm CT (n=35)				Nhóm ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	7	20	0	0	0	0
Đau nhẹ	0	0	19	54.3	0	0	23	65.7
Đau vừa	35	100	9	25.7	35	100	12	34.3
Đau nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	4.9±0.7		1.94±1.4		4.9±0.8		2.7±1.4	
p	p<0,001				p<0,001			
	p<0,05							

Nhận xét : Sau 14 ngày điều trị, tỉ lệ bệnh nhân đau vừa giảm rõ rệt ở cả 2 nhóm, trong đó NCT chủ yếu bệnh nhân đau nhẹ (54.3%) và không đau (20%), điểm VAS trung bình giảm từ 4.9 xuống còn 1.94 so với thời điểm D0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ở NĐC 65.7% bệnh nhân đau nhẹ còn lại là NB đau vừa, điểm VAS trung bình giảm từ 4.9 xuống còn 2.7 so với thời điểm D0. Sự cải thiện điểm VAS của NCT xu hướng tốt hơn NĐC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

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

Nhóm BN Mức độ	Nhóm CT (n=35)				Nhóm ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	32	91.4	0	0	25	74.4
Đau nhẹ	0	0	3	8.6	0	0	10	28.6
Đau vừa	35	100	0	0	35	100	0	0
Đau nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	4.9±0.7		0.19±0.5		4.9±0.8		1.34±0.4	
p	p<0,001				p<0,001			
	p <0.05							

Nhận xét :

Mức độ đau theo thang điểm VAS sau 21 ngày điều trị của hai nhóm đều có xu hướng giảm.

Cụ thể, nhóm can thiệp điểm VAS giảm xuống còn 0.19 $\pm$ 0.5 điểm, nhóm chứng điểm VAS giảm còn 1.34 $\pm$ 0.4 điểm. Cả 2 nhóm không còn bệnh nhân đau ở mức độ vừa.

Sau 21 ngày điều trị, nhóm CT bệnh nhân không đau chiếm 94.1%, 8.6% bệnh nhân đau nhẹ. Nhóm ĐC bệnh nhân không đau chiếm 74.4%, 28.6% bệnh nhân đau nhẹ.

Nhóm can thiệp hiệu quả giảm đau tốt hơn nhóm chứng. VAS nhóm can thiệp giảm trung bình 4.71 điểm, nhóm chứng giảm 3.56 điểm.

Sự khác biệt giữa hai nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p <0.05.

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

Bảng 3.9. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 7 ngày điều trị

Nhóm BN Mức độ	Nhóm CT (n=35)				Nhóm ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₇		D ₀		D ₇	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	0	0	0	0	0	0
Hạn chế ít	2	5.7	7	20	3	8.6	5	14.3
Hạn chế vừa	15	42.9	20	57.1	15	42.9	17	48.6
Hạn chế nhiều	18	51.4	8	22.9	17	48.6	13	37.1
Tổng	35	100	35	100	35	100	31	100
$\bar{X} \pm SD$	11.9±3.2		8.8±3.7		12.1±3.9		10.02±4.1	
p	p<0,001				p>0,05			
	p>0,05							

Nhận xét :

Sau 7 ngày điều trị, phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp điện châm và siêu âm làm giảm 18.5% bệnh nhân hạn chế nhiều, sự khác biệt so với D₀ có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Kết quả này xu hướng tốt hơn so với nhóm chứng sử dụng điện châm kết hợp siêu âm, tỉ lệ BN hạn chế nhiều giảm 11.5%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Tỉ lệ BN hạn chế ít và vừa ở cả hai nhóm tăng lên.

Tuy nhiên sự khác biệt về mức độ hạn chế TVĐ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.10. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 14 ngày điều trị

Nhóm BN Mức độ	Nhóm NCT (n=35)				Nhóm ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	16	45.7	0	0	6	17.1
Hạn chế ít	2	5.7	11	31.4	3	8.6	8	22.9
Hạn chế vừa	15	42.9	8	22.9	15	42.9	21	60
Hạn chế nhiều	18	51.4	0	0	17	48.6	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	11.9±3.2		2.6±3.7		12.1±3.9		5.8±4.3	
p	p<0,001				p<0,001			
	p<0,05							

Nhận xét :

Sau 14 ngày điều trị, cả hai nhóm không còn bệnh nhân hạn chế nhiều, tỉ lệ bệnh nhân không hạn chế và hạn chế ít tăng lên rõ rệt. Ở nhóm can thiệp tỉ lệ BN không hạn chế tăng 45.7%, tỉ lệ BN hạn chế ít chiếm 31.4%, sự khác biệt so với Do có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Trong khi ở nhóm chứng, tỉ lệ BN hạn chế nhiều vẫn chiếm chủ yếu (60%), tỉ lệ BN không hạn chế tăng 17.1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Mức độ hạn chế tầm vận động ở NCT có xu hướng cải thiện tốt hơn NDC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.11. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 21 ngày điều trị

Nhóm BN Mức độ	Nhóm CT (n=35)				Nhóm ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	25	71.4	0	0	16	45.7
Hạn chế ít	2	5.7	10	28.6	3	8.6	16	45.7
Hạn chế vừa	15	42.9	0	0	15	42.9	3	8.6
Hạn chế nhiều	18	51.4	0	0	17	48.6	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	11.9±3.2		0.3±0.4		12.1±3.9		1.02±1.9	
p	p<0,001				p<0,001			
	p<0,05							

Nhận xét :

Sau 21 ngày điều trị, tỉ lệ bệnh nhân hạn chế ít và không hạn chế tăng rõ rệt ở cả hai nhóm. NCT có tỉ lệ BN không hạn chế chiếm 71.4%, 28.6% BN hạn chế ít, không có BN hạn chế vừa và nhiều, điểm hạn chế TVĐ giảm từ 11.9 $\pm$ 3.2 điểm xuống còn 0.3 $\pm$ 0.4 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001 .

Ở NĐC tỉ lệ BN không hạn chế và hạn chế ít đều chiếm 45.7%, 8.6% BN hạn chế vừa, điểm hạn chế TVĐ giảm từ 12.1 $\pm$ 3.9 điểm xuống còn 1.02 $\pm$ 1.9 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Mức độ hạn chế tầm vận động ở NCT có xu hướng cải thiện tốt hơn NĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.2.3. Tác dụng cải thiện hội chứng rề

Bảng 3.12. Hội chứng rã sau 21 ngày điều trị

Nhóm BN Mức độ	Nhóm CT (n=35)				Nhóm ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không có HC rề	0	0	33	94.3	0	0	29	82.9
Có HC rề	35	100	2	5.7	35	100	6	17.1
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
p	p<0,001				p<0,001			
	p>0,05							

Nhận xét: Thấy trước điều trị, 100% BN có ít nhất một triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh vùng cổ. Sau 21 ngày, tổng số BN có hội chứng rễ ở cả hai nhóm giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị, trong đó NCT còn 5.7%, NĐC còn 17.1%, nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

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

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

Nhóm BN Mức độ	Nhóm CT (n=35)				Nhóm ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₇		D ₀		D ₇	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	0	0	0	0	0	0
Hạn chế nhẹ	7	20	8	22.9	7	20	8	22.9
Hạn chế trung bình	19	54.3	22	62.2	20	57.1	21	60
Hạn chế nghiêm trọng	9	25.7	5	14.3	8	22.9	6	17.1
Hoàn toàn hạn chế	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	21.1±6.2		16.77±6.2		22.3±6.1		17.1±6.7	
p	p>0,05				p>0,05			
	p>0,05							

Nhận xét : Sau 7 ngày điều trị tỉ lệ bệnh nhân hạn chế nghiêm trọng ở cả hai nhóm đều giảm, lần lượt là 9.4% ở NNC và 5.8% ở NĐC. Số BN hạn chế nhẹ và hạn chế trung bình tăng lên ở cả hai nhóm. Tuy nhiên sự khác biệt về mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

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

Nhóm BN Mức độ	Nhóm CT (n=35)				Nhóm ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	10	28.6	0	0	8	22.9
Hạn chế nhẹ	7	20	12	34.3	7	20	10	28.6
Hạn chế trung bình	19	54.3	10	28.6	20	57.1	13	37.1
Hạn chế nghiêm trọng	9	25.7	3	8.6	8	22.9	4	11.4
Hoàn toàn hạn chế	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	21.1±6.2		11.69±6.4		22.3±6.1		13.03±6.8	
P	p<0,05				p<0,001			
	p>0,05							

Nhận xét : Sau 14 ngày điều trị, ở NCT có 28.6% và nhóm chứng có 22.9% không còn hạn chế sinh hoạt hàng ngày. Tỉ lệ BN hạn chế nghiêm trọng giảm rõ rệt, NCT còn 8.6% và NĐC còn 11.4%. Tuy nhiên sự khác biệt về mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

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

Nhóm BN Mức độ	Nhóm CT (n=35)				Nhóm ĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	17	48.6	0	0	9	25.7
Hạn chế nhẹ	7	20	18	51.4	7	20	20	57.1
Hạn chế trung bình	19	54.3	0	0	20	57.1	6	17.1
Hạn chế nghiêm trọng	9	25.7	0	0	8	22.9	0	0
Hoàn toàn hạn chế	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$\bar{X} \pm SD$	21.1±6.2		5.11±4.2		22.3±6.1		6.3±5.2	
p	p<0,05				p<0,001			
	p<0,05							

Nhận xét :

Sau 21 ngày điều trị, ở cả hai nhóm số bệnh nhân hạn chế nhẹ và không hạn chế tăng đáng kể, không còn bệnh nhân nào hạn chế nghiêm trọng. Nhóm can thiệp bệnh nhân không hạn chế tăng 48.6%, hạn chế nhẹ tăng 31.4% so với trước điều trị. Nhóm chứng có 25.7% bệnh nhân không còn hạn chế sinh hoạt, 57% bệnh nhân hạn chế sinh hoạt nhẹ, 17.1% bệnh nhân hạn chế trung bình

Hiệu quả cải thiện mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở nhóm can thiệp tốt hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

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

Bảng 3.16. Lượng giá triệu chứng đau đầu

Nhóm BN Mức độ	NCT (n=35)				NĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không	20	57.1	35	100	20	57.1	33	94.3
Nhẹ	7	20	0	0	10	28.6	2	5.7
Trung bình	8	22.9	0	0	5	14.3	0	0
Nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
p	p<0,001				p<0,001			
	p>0,05							

Nhận xét :

Trước điều trị, ở cả hai nhóm có 15 bệnh nhân đau đầu trung bình và nhẹ. Sau 21 ngày điều trị, tình trạng đau đầu cải thiện rõ rệt. Nhóm can thiệp không còn bệnh nhân bị đau đầu, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Nhóm chứng còn 2 bệnh nhân đau đầu nhẹ.

Tuy nhiên sự khác biệt về cải thiện tình trạng đau đầu giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.17. Lượng giá triệu chứng chóng mặt

Nhóm BN Mức độ	NCT (n=35)				NĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không	30	85.7	35	100	32	91.4	35	100
Nhẹ	5	14.3	0	0	3	8.6	0	0
Trung bình	0	0	0	0	0	0	0	0
Nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
p	p>0,05				p>0,05			

Nhận xét: Trước điều trị, NCT có 5 BN chóng mặt nhẹ, nhóm chứng có 3 BN chóng mặt nhẹ. Sau 21 ngày điều trị các BN đều hết chóng mặt. Tuy nhiên sự khác biệt về cải thiện triệu chứng chóng mặt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.18. Lượng giá triệu chứng tê bì tay

Nhóm BN \ Mức độ	NCT (n=35)				NĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không	21	60	31	88.6	23	65.7	29	82.9
Nhẹ	10	28.6	4	11.4	9	25.7	6	17.1
Trung bình	4	11.4	0	0	3	8.6	0	0
Nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
p	p<0,001				p<0,05			
	p>0,05							

Nhận xét :Trước điều trị, tỉ lệ BN tê bì tay nhẹ ở NCT là 28.6%, NĐC là 25.7%. Sau 21 ngày điều trị tỉ lệ này giảm lần lượt 17.2% ở NCT và 8.6% ở NĐC, khác biệt trước sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Tuy nhiên sự khác biệt về cải thiện triệu chứng tê bì tay chân giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.19. Lượng giá triệu chứng mất ngủ

Nhóm BN Mức độ	NCT (n=35)				NĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không	21	60	30	85.7	26	74.3	30	85.7
Nhẹ	9	25.7	5	14.3	9	25.7	5	14.3
Trung bình	5	14.3	0	0	0	0	0	0
Nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
p	p<0,001				p>0,05			
	p>0,05							

Nhận xét :

Trước điều trị, ở NCT BN mất ngủ trung bình và nhẹ chiếm 40%, sau 21 ngày điều trị còn 14.3% BN mất ngủ nhẹ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Nhóm đối chứng tỉ lệ BN mất ngủ nhẹ giảm từ 25.7% (D₀) xuống 14,3% (D₂₁), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Sự khác biệt về cải thiện giấc ngủ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.20. Lượng giá triệu chứng ù tai

Nhóm BN Mức độ	NCT (n=35)				NĐC (n=35)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không	33	94.3	35	100	35	100	35	100
Nhẹ	2	5.7	0	0	0	0	0	0
Trung bình	0	0	0	0	0	0	0	0
Nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
p	p>0,05							

Nhận xét : Trước điều trị, NCT có 2 BN ù tai nhẹ, NĐC không có BN ù tai. Sau 21 ngày điều trị 2 BN đã hết ù tai, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

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

Bảng 3.21. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Nhóm tuổi \ Đối tượng		Nhóm NCT (n=35)		Nhóm NĐC (n=35)	
		n	%	n	%
Dưỡng sinh	Mệt mỏi	0	0	0	0
	Hoa mắt	0	0	0	0
	Mỏi cơ	0	0	0	0
Siêu âm	Bỏng	0	0	0	0
	Đau vùng siêu âm	0	0	0	0
	Cảm giác kim châm	0	0	0	0
Điện châm	Vụng châm	0	0	0	0
	Chảy máu	0	0	0	0
	Nhiễm trùng vị trí châm	0	0	0	0

Nhận xét : Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi không nghi nhận bất kỳ phản ánh nào về các biểu hiện khó chịu của bệnh nhân nghiên cứu.

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

3.3.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Bảng 3.22. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Kết quả Nhóm tuổi	Tốt		Khá + Trung bình+ Kém		OR	p
	n	%	n	%		
<50	10	55.6	8	44.4	0.42 (0.14-1.28)	0.12
≥50	39	75	13	25		

Nhận xét :

Nhóm BN ≥50 tuổi có kết quả điều trị tốt cao hơn nhóm <50 tuổi. Tuy nhiên chưa thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi với kết quả điều trị với $p>0.05$.

3.3.2. Liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị

Bảng 3.23. Liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị

Kết quả Giới	Tốt		Khá + Trung bình+ Kém		OR	p
	n	%	n	%		
Nam	7	63.6	4	36.4	0.71 (0.18-2.74)	0.62
Nữ	42	71.2	17	28.8		

Nhận xét :

Kết quả tốt, khá và trung bình phân bố đồng đều ở cả hai giới với $p>0.05$. Chưa thấy mối liên quan giữa giới tính với kết quả điều trị.

3.3.3. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị

Bảng 3.24. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị

Kết quả Nghề nghiệp	Tốt		Khá + Trung bình+ Kém		OR	p
	n	%	n	%		
Lao động trí óc	33	66	17	34	0.49 (0.14-1.68)	0.24
Lao động chân tay	16	80	4	20		

Nhận xét: Kết quả tốt, khá và trung bình phân bố đồng đều ở cả hai nhóm nghề nghiệp với $p > 0.05$. Chưa thấy mối liên quan giữa nghề nghiệp với kết quả điều trị.

3.3.4. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị

Bảng 3.25. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị

Kết quả Thời gian	Tốt		Khá + Trung bình+ Kém		OR	p
	n	%	n	%		
≤ 3 tháng	12	57.1	9	42.9	0.43 (0.15-1.28)	0.12
> 3 tháng	37	75.5	12	24.5		

Nhận xét: Kết quả tốt, khá và trung bình phân bố đồng đều ở cả hai nhóm thời gian với $p > 0.05$. Chưa thấy mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị.

3.3.5. Liên quan giữa mức độ hạn chế tầm vận động và kết quả điều trị

Bảng 3.26. Liên quan giữa mức độ hạn chế tầm vận động và kết quả điều trị

Kết quả Mức độ	Tốt		Khá + Trung bình+ Kém		OR	p
	n	%	n	%		
Hạn chế vừa	10	100	0	0	Vô định	<0.001
Hạn chế nhiều	11	44	14	56		

Nhận xét : Từ số liệu trong bảng 100% kết quả tốt tập trung ở nhóm bệnh nhân có mức độ hạn chế vừa. Từ đó cho thấy mối quan hệ chặt chẽ giữa mức độ hạn chế vận động cột sống cổ với kết quả điều trị : Nhóm người bệnh có mức độ hạn chế vừa có kết quả điều trị tốt hơn nhóm có mức độ hạn chế nhiều.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở cả hai nhóm, lứa tuổi từ 50 tuổi đều chiếm tỉ lệ cao với 71.4% ở nhóm can thiệp và 51.9% ở nhóm đối chứng. Tuổi trung bình của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng lần lượt là 56.9 ± 8.8 và 57.9 ± 9.4 .

Sự khác biệt về tỉ lệ nhóm tuổi ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Hà (2025) về tác dụng của bài thuốc “Phong thấp NK” kết hợp điện châm điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ: Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu ở độ tuổi trên 50 tuổi, trong đó tập chung nhiều nhất ở độ tuổi trên 60 tuổi, NCT chiếm tỷ lệ 66.7%, NĐC chiếm tỷ lệ 76.7% [53].

Thoái hóa là quá trình lão hóa tự nhiên của cơ thể. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thoái hóa CSC tăng cao ở người trên 40 tuổi và đạt đỉnh khi đến 50 tuổi [54]. Lý luận YHCT cho rằng, lão suy là quy luật tất yếu của quá trình sinh trưởng và phát dục của con người [55]. Con gái 7 tuổi, thận khí thịnh, thay răng tóc dài; 14 tuổi thiên quý đến; 35 tuổi mạch dương minh bắt đầu suy dần; đến năm 49 tuổi mạch nhâm suy yếu, mạch thái xung kém, thiên quý cạn kiệt, địa đạo không thông nên kinh nguyệt không còn, không thể có con nữa. Con trai 8 tuổi thận khí thực, thay răng tóc tốt; 16 tuổi thận khí thịnh, thiên quý đến; 24 tuổi thận khí quân bình; 40 tuổi thận khí suy dần răng khô tóc rụng; 56 tuổi thận khí suy, gân yếu, thiên quý kiệt, tinh ít; 64 tuổi thận khí kém, tóc rụng, răng khô do lục phủ ngũ tạng đều suy yếu, gân xương lỏng lẻo, thiên quý cạn [56]. Cổ nhân trong “Linh khu - Vệ khí thất thường” viết

“ngũ thập tuế dĩ thượng vi lão”, nghĩa là 50 tuổi trở lên là người già [57]. Người có tuổi thiên quý suy, hoặc thiên thiếu không đủ, phòng dục quá độ làm thận tinh suy tổn; thận hư không tư dưỡng được can mộc; can thận hư không nuôi dưỡng được cân cốt mà gây bệnh. Nhân lúc chính khí suy, vệ khí hư, phong hàn thấp tà thừa cơ xâm phạm vào vùng vai gáy, khiến kinh lạc tắc trở, khí huyết vận hành không thông mà gây ra chứng Tý [54]. Như vậy, độ tuổi trung bình và phân bố nhóm tuổi ở bệnh nhân hội chứng cánh tay cổ do THCS trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với cơ chế bệnh sinh theo YHHĐ và YHCT.

4.1.2. Giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân nữ giới cao hơn hẳn so với bệnh nhân nam giới. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân nữ giới ở nhóm CT là 85,7%, còn ở nhóm ĐC là 82,9%. Sự khác biệt về tỷ lệ giới tính giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Hà (2018) về tác dụng của bài thuốc Quyên Tý thang và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống: Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm đa số ở cả hai nhóm, nhóm CT là 60%, nhóm ĐC là 53,3%. Không có sự khác biệt về phân bố tỷ lệ nam, nữ giữa hai nhóm với $p > 0,05$ [40].

Theo lý luận của YHCT, đàn ông tương xứng với con số 8, phụ nữ tương xứng với số 7, phụ nữ đến 49 tuổi và nam giới đến 64 tuổi thì thiên quý kiệt, chức năng các tạng thận và can suy giảm, không đủ để nuôi dưỡng cân cốt. Thận hư không dưỡng được cốt tủy gây đau mỏi xương khớp, can huyết hư không dưỡng được cân gây co cứng cơ, chính khí suy giảm, tà khí xâm phạm gây chứng Tý [54]. Tuổi thiên quý kiệt ở phụ nữ sớm hơn, phần nào giải thích cho tỉ lệ bệnh nhân nữ mắc lạc chỗ cao hơn so với nam giới. Sự khác biệt về kết quả này với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác có thể do

đặc điểm thu dung BN của từng địa điểm nghiên cứu, mỗi nghiên cứu chỉ có cỡ mẫu nhỏ, không mang tính đại diện cho cả quần thể nên chưa phản ánh khách quan tỷ lệ về giới trong THCS.

4.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.3, Bệnh nhân nghiên cứu đa số là lao động trí óc, NCT chiếm 68.6%, NĐC chiếm tỷ lệ 74.3%. Sự khác biệt về nghề nghiệp của NCT và NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sự khác biệt này phù hợp với một số nghiên cứu như của tác giả Đặng Trúc Quỳnh (66,7%) [60], Nguyễn Hoài Linh (71,7%) [59]. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan (2022) có tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm ngành nghề lao tay chân ở nhóm ĐC và CT lần lượt là 60 % và 57,1% [58].

Nhóm nghề nghiệp (lao động trí óc) làm hành chính văn phòng chủ yếu làm việc trong một tư thế gò bó, ít vận động nên một số nhóm cơ phải làm việc quá sức, cơ có thể bị co cứng gây đau mỏi, hạn chế động tác mà cơ đó chi phối. Bên cạnh đó, đầu và cổ thương xuyên ở trạng thái không sinh lý kéo dài nên làm tăng nguy cơ bị thoái hóa cột sống cổ ở nhóm lao động này. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại thành phố, cỡ mẫu nhỏ, có thể ảnh hưởng tới yếu tố nghề nghiệp của bệnh nhân trong nghiên cứu.

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Theo bảng 3.4, Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh 4-6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất trong đó 40% ở NCT và 48.6% NĐC, đứng thứ 2 là nhóm bệnh có thời gian mắc bệnh ≤ 3 tháng, cuối là nhóm bệnh > 6 tháng.

Kết quả này có sự khác biệt với Đặng Trúc Quỳnh (2016) có tỷ lệ bệnh nhân đau dưới 1 tháng là 78,3% [60] và Nguyễn Thị Phương Lan (dưới 1 tháng là 52%, trên 1 tháng là 48%) [58]. Sự khác biệt này có lẽ do đặc điểm lựa chọn bệnh nhân và thời gian tiến hành nghiên cứu của các tác giả khác

nhau. Ngày nay với trình độ dân trí ngày càng nâng cao thì hiểu biết của người dân về bệnh tật cũng được tăng lên. Hơn nữa đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu đa số là lao động trí óc nên nhận thức của người bệnh với các triệu chứng về bệnh lý CSC tốt hơn, thúc đẩy họ nhanh chóng khám và điều trị sớm bệnh tật. Do đó thời gian bệnh nhân mắc bệnh thường ngắn do được điều trị kịp thời.

4.2. Kết quả của kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị người bệnh hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống

4.2.1. Sự thay đổi mức độ đau trước và sau điều trị qua thang điểm VAS

Trong các bệnh lý cơ xương khớp thì đau là triệu chứng điển hình nhất và cũng là nguyên nhân hàng đầu gây ra sự khó chịu cũng như ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vì vậy việc cải thiện các triệu chứng đau là yếu tố tiên quyết trong tất cả các phương pháp điều trị bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá mức độ đau dựa trên thang điểm VAS là thang nhìn đánh giá mức độ đau với mô tả và hướng dẫn chi tiết để bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau của mình một cách dễ dàng và chính xác nhất.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trên 70 người bệnh hiệu quả giảm đau thể hiện rõ rệt qua sự giảm điểm VAS trung bình theo thời gian điều trị. Bảng 3.8 và 3.9 cho thấy, điểm VAS trung bình của hai nhóm là không có sự khác biệt trước điều trị ($p > 0,05$). Sau 7 ngày điều trị, điểm VAS trung bình trong nhóm CT giảm từ 4.9 ± 0.7 xuống 3.6 ± 0.9 điểm, nhóm ĐC giảm từ 4.9 ± 0.8 xuống 3.9 ± 0.8 điểm. Điểm VAS trung bình ở nhóm CT có xu hướng thấp hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 14 ngày điều trị, điểm VAS trung bình giảm rõ rệt ở hai nhóm, với điểm VAS trung bình là 1.94 ± 1.4 điểm ở nhóm CT thấp hơn nhóm ĐC với 2.7 ± 1.4 điểm, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu quả giảm đau thể hiện rõ tại thời điểm sau 21 ngày điều trị với điểm VAS trung bình ở nhóm CT là 0.19 ± 0.5 điểm, thấp hơn so với nhóm ĐC là 1.34 ± 0.4

điểm, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bảng 3.10 cho thấy sự cải thiện mức độ đau theo VAS của cả 2 nhóm nghiên cứu trước và sau điều trị. Trước can thiệp bệnh nhân cả hai nhóm đều có mức độ đau vừa theo thang điểm VAS ($p > 0,05$). Nhóm NC sau 21 ngày điều trị, tỷ lệ không đau trong nhóm can thiệp là 91.4%, đau nhẹ là 8.6%, không có bệnh nhân đau vừa và đau nặng. Kết quả ở nhóm ĐC là 74.4% không đau và 28.6% đau nhẹ. Tỷ lệ không đau ở nhóm CT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC ($p < 0,05$). Như vậy, bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu có tác dụng giảm đau trên người bệnh hội chứng cánh tay cổ do THCSC.

4.2.2. Sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ

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

Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm hạn chế tầm vận động trung bình của nhóm can thiệp là 11.9 ± 3.2 điểm, của nhóm đối chứng là 12.1 ± 3.9 . Trước điều trị NCT có mức độ hạn chế vận động nhiều là 51.4%, mức độ hạn chế vừa là 42.9%, mức độ hạn chế ít là 5.7%. NĐC có mức độ hạn chế vận động nhiều là 48.6%, mức độ hạn chế vừa là 42.4%, mức độ hạn chế ít là 8.6%. Sau 21 ngày điều trị, NCT không còn mức độ hạn chế nhiều và vừa, hạn chế ít tăng từ 5.7% lên 28.6%, không hạn chế tăng từ 0% lên 71.4%. Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều này có nghĩa là bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu có hiệu quả cải thiện mức độ hạn chế tầm vận động hơn chỉ sử dụng phương pháp siêu âm kết hợp điện châm trên người bệnh hội chứng cánh tay cổ do THCSC.

Trong nghiên cứu, tầm vận động cột sống cổ được cải thiện bởi lẽ : Hạn chế vận động cổ thường do nhiều nguyên nhân kết hợp như đau, phản ứng viêm, tổn thương sụn, hẹp khe khớp, xuất hiện gai xương... Điện châm có tác dụng đuổi tà khí, thông kinh hoạt lạc chúng tôi sử dụng nhóm huyết vùng cổ vai tay như Giáp Tích, Phong trì, Đại chùy tác động vào cạnh cột sống theo nguyên tắc tiết đoạn thần kinh, giãn cơ, giải phóng chèn ép rễ. Mặt khác, trong công thức huyết nghiên cứu chủ yếu là các huyết tại chỗ vùng cổ gáy nên có tác dụng trực tiếp lên các cơ cạnh sống, làm tăng mạch máu tới nuôi dưỡng cho cơ, làm giãn cơ và giảm đau. Bên cạnh đó, việc tập luyện bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng đã tạo ra khí, thúc đẩy khí huyết lưu thông giúp giảm đau, khi kinh lạc bị bế tắc, khí huyết không lưu thông thì gây đau. Khi đau sẽ gây nên tình trạng co cơ, tình trạng này sẽ làm cản trở lưu thông khí huyết dẫn đến tình trạng đau ngày càng tăng, hạn chế vận động, tạo nên vòng xoắn bệnh lý. Khi tình trạng co cứng cơ được giải thoát sẽ giúp cho dinh dưỡng cục bộ vùng cổ gáy được cải thiện, từ đó tầm vận động CSC của bệnh nhân được khôi phục.

4.2.3. Sự cải thiện hội chứng rễ

Bảng 3.9 cho thấy trước điều trị 100% bệnh nhân nhóm can thiệp và nhóm chứng có triệu chứng của hội chứng rễ. Sau điều trị 21 ngày, theo bảng 3.15 tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng rễ ở nhóm chứng và nhóm can thiệp lần lượt là 17.1% và 5.7%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng rễ trước và sau điều trị giữa hai nhóm với $p>0.05$.

Kết quả này phù hợp với tiến triển tự nhiên của hội chứng rễ trên bệnh nhân đau vùng cổ vai cánh tay.

4.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Bảng 3.8. Cho thấy các bệnh nhân chủ yếu hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức trung bình, chiếm 54.3% ở nhóm CT và 57.1% ở nhóm ĐC.

Điểm hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày trung bình của nhóm CT là 21.1 ± 6.2 điểm, của nhóm ĐC là 22.3 ± 6.1 điểm.

Trước điều trị không có bệnh nhân nào không hạn chế sinh hoạt hàng ngày

Sự khác biệt về mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa nhóm CT và nhóm ĐC là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau điều trị điểm mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm đã giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm CT giảm từ 21.1 ± 6.2 xuống 5.11 ± 4.2 điểm, nhóm ĐC giảm từ 22.3 ± 6.1 xuống 6.3 ± 5.2 điểm.

Sự khác biệt về mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điều này có nghĩa là bài tập dưỡng sinh kết hợp điện châm và siêu âm cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày tốt hơn phương pháp chỉ kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu điều trị hội chứng cánh tay cổ. Như đã phân tích ở trên, phương pháp điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi có tác dụng giảm đau, tăng TVĐ cột sống cổ, từ đó mà chức năng sinh hoạt hàng ngày của BN được cải thiện.

4.2.5. Sự thay đổi các triệu chứng Y học cổ truyền

Bệnh nhân hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa CSC của YHHĐ trong nghiên cứu đều thuộc thể Can thận hư kiêm phong hàn thấp của YHCT nên trước điều trị có thể gặp các triệu chứng: Đau cổ vai gáy, đau có tính chất di chuyển nên có thể đau lan xuống vai hoặc cánh tay, đau tăng khi gặp lạnh, đau lưng mỏi gối, hoa mắt chóng mặt, ù tai, lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế. Thể Can thận hư kiêm phong hàn thấp tức là những bệnh nhân vốn có 2 tạng can và thận hư tổn nay lại thêm phong, hàn, thấp thừa cơ xâm phạm. Trong nghiên cứu này các bệnh nhân xuất hiện 1 số triệu chứng như ma mịch, đau cổ gáy, đau tăng khi gặp lạnh, mạch trầm tế, lưỡi nhợt. Không có sự khác biệt về triệu chứng giữa 2 nhóm trước điều trị ($p > 0,05$). Sau điều trị các triệu

chúng YHCT đều cải thiện. Triệu chứng ma mọc thực chất chỉ tình trạng xuất hiện tê bì, dị cảm trên da, nguyên nhân theo YHCT là do huyết hư, huyết thiếu hoặc kinh lạc tắc trở huyết không thông ở kinh lạc hoặc do phong tà xâm phạm. Các triệu chứng lạnh đau tăng, lưỡi nhợt, mạch trầm tế đều biểu thị triệu chứng của hàn, thấp. Trong nghiên cứu, việc tập luyện bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng đã tạo ra khí, thúc đẩy khí huyết lưu thông giúp giảm đau, khi kinh lạc bị bế tắc, khí huyết không lưu thông thì gây đau. Ngoài ra trong điều trị chúng tôi còn kết hợp phương pháp điện châm sử dụng các huyết Kiên ngưng, Khúc trì giúp trừ phong thấp nửa người trên rất tốt. Đại chùy, hợp cốc, Phong trì giúp khu phong, giải biểu. Huyền chung và Đại trử là các huyết bổ vào cốt tủy từ đó cải thiện triệu chứng do can thận hư. Phối hợp thêm siêu âm trị liệu làm ấm nóng, mềm cơ tại vị trí trị liệu, tán hàn trừ thấp, tăng cường dinh dưỡng tại chỗ giúp nuôi dưỡng được cân cơ. Từ đó các triệu chứng theo YHCT đều được cải thiện.

4.2.6. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

- Tác dụng không mong muốn của bài tập dưỡng sinh : mệt mỏi, chóng mặt, mỏi cơ.
- Tác dụng không mong muốn của điện châm : vệt châm, nhiễm trùng vị trí châm, chảy máu khi rút kim.
- Tác dụng không mong muốn của siêu âm trị liệu : Bỏng, đau tại vị trí siêu âm, cảm giác kim châm

Trong quá trình can thiệp trên 70 bệnh nhân thuộc hai nhóm nghiên cứu, chúng tôi chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn của điện châm, siêu âm trị liệu và bài tập dưỡng sinh. Điện châm, tập dưỡng sinh là những phương pháp điều trị YHCT an toàn đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu.

4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Yếu tố liên quan được đưa ra đánh giá bao gồm 2 nhóm lớn, nhóm các yếu tố có thể thay đổi được và nhóm các yếu tố không thể thay đổi được. Yếu

tổ liên quan không thể thay đổi được là các yếu tố về đặc điểm chung bao gồm tuổi, giới. Bảng 3.30 cho thấy rõ không có sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa nhóm tuổi trên và dưới 50 tuổi, nam và nữ. Đối với vấn đề về tuổi, mặc dù càng có tuổi, chức năng các cơ quan bộ phận trong cơ thể càng lão hóa. Khả năng chống chọi với các tác nhân có hại hoặc bất lợi của cơ thể trở nên suy yếu. Cùng với sự gia tăng của tuổi là tình trạng suy giảm cấu trúc và chức năng của khớp, tuy nhiên, có thể do cỡ mẫu nhỏ và quá trình chọn mẫu không xác suất nên kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa thể hiện được tính chất đại diện của quần thể bệnh nhân hội chứng cánh tay cổ. Về mối liên quan với giới tính, do trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ khá thiên lệch, do đó, đại diện cho giới tính ngẫu nhiên, tuy nhiên, kết quả sau khảo sát lại cho thấy sự khác biệt về giới tính đối với hiệu quả của can thiệp là chưa rõ ràng. Hơn nữa, đối tượng bệnh nhân điều trị hầu hết tuổi đều trên 50, do đó, đáp ứng cũng khá tương đồng. Yếu tố liên quan thứ hai thuộc nhóm các yếu tố có thể thay đổi được bao gồm mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ hạn chế vận động cổ và thời gian mắc bệnh. Sở dĩ đây là những yếu tố có thể thay đổi được bởi nó phụ thuộc khá lớn vào bệnh nhân cũng như ngưỡng chịu đựng của từng cá thể. Thứ nhất, thời gian mắc bệnh đến khi tham gia nghiên cứu hoặc can thiệp điều trị thường phụ thuộc quan điểm của bệnh nhân về bệnh tật. Có những bệnh nhân chỉ cần khởi phát các triệu chứng cơ năng nhỏ, đặc biệt là đau, hạn chế vận động thường đã tìm đến các cơ sở y tế khám và điều trị, tuy nhiên, bên cạnh đó là không ít những bệnh nhân tự điều trị, tự bỏ qua những biểu hiện triệu chứng và để bệnh diễn biến nặng mới nhập viện. Điều này cũng chịu ảnh hưởng bởi một số yếu tố tác động như trình độ văn hóa (hiểu biết về bệnh tật) hoặc tình trạng kinh tế gia đình (không có tiền đi khám bệnh, chữa bệnh) hoặc tập quán địa phương. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi nhập viện điều trị càng ngắn, hiệu quả điều trị càng cao do bệnh diễn biến cấp, cơ thể đáp ứng nhanh với thuốc và ngược lại, thời gian diễn biến bệnh càng dài, bệnh càng khó điều trị.

Thứ ba là mức độ hạn chế vận động. Đau được xác định là một trong những yếu tố tiên quyết quyết định đến tầm vận động cột sống cổ. Như đã phân tích ở trên, tầm vận động cột sống cổ thường chịu ảnh hưởng nhiều bởi cảm giác đau của bệnh nhân như một vòng xoắn bệnh lý. Bệnh nhân đau sẽ kéo theo tình trạng “ngại” vận động các khớp hoặc vùng chi phối vận động bị đau, lâu dần sẽ teo cơ, cứng khớp và hạn chế vận động khớp. Điều này cũng là nguyên nhân dẫn đến tàn phế cho bệnh nhân. Vì vậy, phát hiện và đề ra hướng quản lý sớm thoái hóa cột sống cho bệnh nhân theo mức độ hạn chế vận động sẽ giúp cải thiện kết quả điều trị, giảm bớt biến chứng và gánh nặng cho bệnh nhân, gia đình và xã hội.

KẾT LUẬN

Qua các kết quả nghiên cứu từ 70 bệnh nhân sử dụng bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp điện châm và siêu âm điều trị hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống, thể can thận hư kèm phong hàn thấp, so sánh với nhóm đối chứng sử dụng phương pháp điện châm và siêu âm, chúng tôi rút ra được những kết luận sau :

1. Kết quả của kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị người bệnh hội chứng cánh tay cổ

- Tác dụng giảm đau : Có kết quả rõ rệt giữa trước điều trị và sau điều trị. Mức điểm VAS trung bình trước điều trị từ 4.9 ± 0.7 điểm xuống còn 0.19 ± 0.5 điểm sau 21 ngày.

- Tác dụng cải thiện tầm vận động : sau 21 ngày điều trị 25 bệnh nhân không hạn chế (71.4%), 10 bệnh nhân hạn chế ít (28.6%), không có bệnh nhân hạn chế vừa, nặng. Điểm trung bình hạn chế tầm vận động cột sống giảm từ 11.9 ± 3.2 điểm còn 0.3 ± 0.4 điểm.

- Tác dụng cải thiện hội chứng rể : sau 21 ngày điều trị 33 bệnh nhân không còn hội chứng rể (94.3%), 2 bệnh nhân còn ít nhất 1 triệu chứng của hội chứng rể (5.7%).

- Tác dụng cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày : sau điều trị 21 ngày có 17 bệnh nhân không hạn chế (48.6%), 18 bệnh nhân hạn chế nhẹ (51.4%). Điểm trung bình hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày giảm từ 21.1 ± 6.2 điểm xuống 5.11 ± 4.2 điểm.

Các tác dụng này có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

- Tác dụng không mong muốn của kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị hội chứng cánh tay cổ : Trong quá trình nghiên cứu không thấy có bệnh nhân nào có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Trong nghiên cứu bước đầu cho thấy nhóm người bệnh có tầm vận động cột sống cổ hạn chế nhiều có kết quả điều trị kém hơn ($p < 0.001$), chưa ghi nhận sự liên quan giữa tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị ($p > 0.05$).

KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu chúng tôi chứng minh khi kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng với điện châm và siêu âm đã khẳng định tính an toàn và hiệu quả tốt trong điều trị hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống, thể can thận hư kiêm phong hàn thấp. Từ kết quả trên chúng tôi khuyến nghị :

1. Sử dụng phương pháp trong điều trị bệnh nhân hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp từ tuyến cơ sở.
2. Tiếp tục nghiên cứu phương pháp điều trị kết hợp trên ở phạm vi rộng hơn và cỡ mẫu nghiên cứu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2020)**, “ Hội chứng cổ vai cánh tay (Chứng tỷ) ”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại (Ban hành kèm theo Quyết định số 5013/QĐBYT ngày 01/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.
2. **Caridi J.M., Pumberger M., và Hughes A.P. (2011)**. Cervical radiculopathy: a review. *HSS J Musculoskelet J Hosp Spec Surg*, 7(3), 265–272.
3. **Ngô Quý Châu (2016)**, *Bệnh học Nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 7-32.
4. **Corey D.L. và Comeau D. (2014)**. Cervical Radiculopathy. *Med Clin North Am*, 98(4), 791–799.
5. **Eubanks J.D. (2010)**. Cervical Radiculopathy: Nonoperative Management of Neck Pain and Radicular Symptoms. *Am Fam Physician*, 81(1), 33–40.
6. **Hồ Hữu Lương (2006)**, *Thoái hóa cột sống cổ và Thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 17-20.
7. **Hedding-Eckerich (2003)**. Use of pyrimidine nucleotides for the treatment of affections of the peripheral nervous system. *Nanoscale*, 9(21), 7047-7054
8. **Bộ Y tế (2016)**. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-153.
9. **Vương Thị Hương, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thị Loan, Khuất Thị Tơ, Phạm Hồng Thúy (2023)**, *Một số đặc điểm lâm sàng Y học cổ truyền trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống tại Bệnh viện Quân y 105*, Tạp chí Y dược học cổ truyền quân sự tập 13.

10. **Bộ Y Tế (2014)**, “ Điều trị bằng siêu âm”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp (Ban hành kèm theo Quyết định số: 361/QĐ-BYT ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.
11. **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.160-167.
12. **Trần Thúy, Vũ Nam (2006)**, *Chuyên đề nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 478 – 486, tr. 514 – 517.
13. **Bộ Y Tế (2020)**, “ Hướng dẫn tập dưỡng sinh”, *Tài liệu chuyên môn hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền (Ban hành kèm theo Quyết định số 5480/QĐBYT ngày 30/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.
14. **Nguyễn Khắc Viện (2000)**, *Dưỡng sinh cho mọi lứa tuổi*, Nhà xuất bản Thanh niên tr. 49 – 54.
15. **Frank H. Netter (2009)**, *Atlas giải phẫu người (Vietnamese edition)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 110.
16. **Bộ môn Giải phẫu, Trường Đại học Y Hà Nội (2004)**, *Giải phẫu người tập 1,2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 33-39, 110-111, 133-141, 401 403.
17. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2014)**. *Chẩn đoán và điều trị thoái hóa cột sống cổ, Hội nghị khoa học về chuyên ngành cơ xương khớp*, Hà Nội 3/2016, tr. 87-92.
18. **Hà Hoàng Kiệm (2018)**. *Bệnh thoái hóa khớp*, Nhà xuất bản Thể thao và Du lịch, Hà Nội, tr. 73.
19. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012)**, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 120.
20. **Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, Bộ môn Nội y học cổ truyền (2015)**, *Bài giảng Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,

21. **Joao Garcia, John Hernandez - Castro, Rocio Nunez (2014).** “Prevalence of low back pain in Latin America: A systematic literature review”, *Pain Physician*, 17, 379-391.
22. **Phạm Thúc Hạnh (2010),** *Giáo trình khí công dưỡng sinh*, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, tr. 50-54.
23. **Hoàng Bảo Châu (1978),** *Khí công*, Nhà xuất bản Y học, tr. 13, 18, 20.
24. **Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV),** *Hồng nghĩa giác tư y thư*, NXB Y học, tr.120-126.
25. **Bộ trưởng Bộ Y tế (2013),** “Quyết định về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu”, *Quyết định 792/QĐ-BYT*, Bộ Y tế, Hà Nội.
26. **Nguyễn Văn Hưởng (2008),** *Phương pháp dưỡng sinh*, Nhà xuất bản y học, tr. 30 - 35.
27. **Lê Hữu Trác (1997),** *Hải Thượng y tông tâm lĩnh*, NXB Y học, tr. 226-230.
28. **Dương Kế Châu (2015),** *Châm cứu đại thành*, Tập I, Sách dịch, Hội y học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh, tr.35 – 40.
29. **Nguyễn Nhượng Kim, Trần Quang Đạt (2008),** *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 205 – 218.
30. **Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, Bộ môn Nội Y học hiện đại (2019),** *Bài giảng Nội thân kinh*, Đại cương về các hội chứng liệt, tr. 115.
31. **Kiệm, H.H. (2017),** *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, tr.75, 78-80.
32. **Nguyễn, T.T.B.,** *Vận động trị liệu*, Giáo dục Việt Nam, tr. 19-21.
33. **Wang Dali (2018),** *Curative effect of Jiawei Gegen Decoction combined with Zhengji Manipulation in the treatment of cervical disc herniation and its effect on serum inflammatory factors and pain mediators*, *Chinese Journal of Experimental Formulas*, Vol 24, No 9, 179 – 183.

34. 朱立国, 高景华 (2017). 经方治疗神经根型颈椎病的临床应用进展. 世界中西医结合杂志, 第 12 卷, 第 2 期。
35. Liu S. F., Chen Y., Wan R. J., Xu M. M (2013). The clinical observation of Jingtong granule for treating cervical radiculopathy, Zhongguo Zhong Yi Ji Zheng, 22(11):1967–1968.
36. Nguyễn Tiến Chung, Đoàn Quang Huy, Hoàng Thị Vân (2022), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc TK1-HV kết hợp Cảnh tam châm ở bệnh nhân hội chứng cổ vai tay*, Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam, Tập 47 số 6.
37. Dương Thị Hằng, Nguyễn Thị Thanh Tú (2022), *Kết quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của điện châm kết hợp đắp parafin trên bệnh nhân hội chứng cổ vai tay do thoái hóa cột sống cổ*, Tạp chí Y học Việt Nam tập 518.
38. Phạm Bá Tuyên (2021). *Đánh giá tác dụng của bài thuốc "TK1-HV" kết hợp cảnh tam châm trong điều trị Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ*, Tạp chí Y học Việt Nam 498, tr.232 – 237.
39. Phan Thị Hồng Giang , Nguyễn Thị Thanh Tú (2021), *Đánh giá tác dụng giảm đau của điện châm kết hợp đắp parafin trên bệnh nhân hội chứng cổ vai tay do thoái hoá cột sống cổ*, Tạp chí Y học Việt nam 508 số 1.
40. Phạm Ngọc Hà (2018), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
41. Nguyễn Vinh Quốc (2021), *Đánh giá hiệu quả điều trị đau cổ vai gáy trong thoái hoá cột sống cổ bằng bài thuốc Tam tý thang kết hợp điện châm huyết giáp tích cột sống cổ*, Tạp chí Y học Việt Nam 504, tr.56-61.

42. **Bộ Y Tế (2013)**, “Điện châm”, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu (Ban hành kèm theo Quyết định số 792/QĐBYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.
43. **Lưu Ngọc Hoạt (2018)**. *Phương pháp viết đề cương nghiên cứu khoa học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 123.
44. **Domenica A. Delgado, Bradley S. Lambert, Nickolas Boutris (2018)**. *Validation of Digital Visual Analog Scale Pain Scoring With a Traditional Paper-based Visual Analog Scale in Adults*, J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev, 2(3), e088.
45. **Joel A. Delisa, Bruce M. Gans (1998)**. *Rehabilitation Medicine: principles and practice*, Lippincott – Raven Publishers.
46. **Frederic J. Kottke, Justus F. Lehman (2006)**. *Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*, W.B Saunders Company.
47. **Wang Dali (2018)**, *Curative effect of Jiawei Gegen Decoction combined with Zhengji Manipulation in the treatment of cervical disc herniation and its effect on serum inflammatory factors and pain mediators*, Chinese Journal of Experimental Formulas, Vol 24, No 9, 179 – 183.
48. **Học viện Quân y - Bộ môn Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng (2006)**. *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng - Giáo trình giảng dạy đại học và sau đại học*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr.117-122.
49. **Vernon H. và Mior S. (1991)**. *The Neck Disability Index: a study of reliability and validity*. J Manipulative Physiol Ther, 14(7), 409–415.
50. **郑筱萸(2018)**, *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 (2018)**, *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, tr. 117.
51. **Bộ môn Toán - Tin, Trường Đại học Y Hà Nội (2012)**. *Lý thuyết SPSS và ứng dụng trong y sinh học*, Nhà xuất bản Hồng Đức, Hà Nội.

52. **Bộ môn Toán - Tin, Trường Đại học Y Hà Nội (2012).** *Thực hành SPSS và ứng dụng trong y sinh học*, Nhà xuất bản Hồng Đức, Hà Nội.
53. **Trần Thanh Hà (2025),** *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Phong thấp NK”- kết hợp điện châm điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa 2, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
54. **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. 299-300, 302.
55. **Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà (2017).** *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.155-158.
56. **Trương Việt Bình (2014).** *Điều trị học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.138.
57. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2017),** *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (Sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa Y học cổ truyền)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 152 – 156.
58. **Nguyễn Thị Lan (2022).** *Đánh giá kết quả điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hóa CSC bằng điện châm kết hợp đắp parafin*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
59. **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 CSC*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại Học y Hà Nội.
60. **Đặng Trúc Quỳnh (2016).** *Tác dụng giảm đau và cải thiện tâm vận động CSC của bài thuốc “Cát căn thang” kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa CSC*, Tạp chí Nghiên cứu Y học.103(5):48-55.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1	i
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU	i
PHỤ LỤC 2	iii
PHƯƠNG PHÁP DƯỠNG SINH	iii
PHỤ LỤC 3	xv
BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HẠN CHẾ HOẠT ĐỘNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY (THE NECK DISABILITY INDEX - NDI)	xv
PHỤ LỤC 4	xx
BẢNG CÔNG THỨC HUYỆT ĐIỆN CHÂM	xx
PHỤ LỤC 5	xxii
QUY TRÌNH SỐ 46	xxii
ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VAI GÁY	xxii
PHỤ LỤC 6	xxv
QUY TRÌNH SIÊU ÂM TRỊ LIỆU	xxv
PHỤ LỤC 7	xxvii
PHIẾU ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU	xxvii

PHỤ LỤC 1

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

STT :... ☐ Nhóm nghiên cứu ☐ Nhóm đối chứng Mã số bệnh án...

A. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên :..... 2. Giới :....
3. Tuổi :.... 4. Nghề nghiệp :.....

B. KHÁM BỆNH

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Lý do vào viện :.....

2. Chỉ số sinh tồn :

Mạch :...lần/phút

Nhiệt độ :...°C

Huyết áp :...mmHg

Nhịp thở :... lần/phút

BMI :...

3. Thời gian mắc bệnh :

☐ 1-3 tháng

☐ 3-6 tháng

☐ >6 tháng

4. Lâm sàng :

Ngày điều trị Chỉ số	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Điểm VAS				
Vận động CS cổ				
Hội chứng rễ				
Chức năng sinh hoạt hàng ngày				

5. Cận lâm sàng

Xquang cột sống thắt lưng thẳng, nghiêng, chéo $\frac{3}{4}$:.....

6. Chẩn đoán :.....

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN

VII. Tứ chẩn :

Vọng

Vấn

Vấn

Thiết

2. Chẩn đoán

Bệnh danh : Bát cương :

Triệu chứng	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Đau cổ vai gáy				
Đau tay				
Lưng gối mỏi đau				
Tiểu đêm nhiều lần				
Mất ngủ				
Luỡi nhọt				
Mạch phù khẩn				
Mạch trầm tế				

III. Đánh giá kết quả

1. ☐ Tốt ☐ Khá ☐ Trung bình ☐ Kém

2. Tác dụng không mong muốn sau 21 ngày điều trị :

Ngày điều trị thứ :

Tác dụng không mong muốn :

Ngày... tháng... năm 2025

Bác sĩ điều trị

PHỤ LỤC 2

PHƯƠNG PHÁP DƯỠNG SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Dưỡng sinh là phương pháp tập thở, tập thư giãn, tập các động tác chống xơ cứng để chữa các bệnh mạn tính, phục hồi chức năng, phòng bệnh, rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực, tăng cường sức chịu đựng và khả năng thích ứng của cơ thể. Thầy thuốc hướng dẫn và giám sát bệnh nhân trong quá trình tập dưỡng sinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phục hồi chức năng hệ vận động : bệnh khớp mạn tính, thoái hoá cột sống, di chứng chấn thương, tai biến mạch máu não, ...
- Tăng cường chức năng hô hấp: hen phế quản, suy giảm chức năng hô hấp người cao tuổi, viêm phế quản mạn, suy giảm chức năng hô hấp do các bệnh phổi mạn tính, ...
- Phòng và điều trị: stress, mất ngủ, nhức đầu, suy nhược thần kinh, tăng huyết áp, ...
- Phòng và điều trị xơ cứng: da, cơ, xương, khớp, mạch máu, ...
- Người khỏe mạnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý cấp cứu.
- Bệnh truyền nhiễm cần cách ly.
- Người bệnh rối loạn hành vi hoặc mất kiểm soát hành vi: người bệnh tâm thần thể kích thích, những người say rượu, người bệnh bị kích thích rối loạn ý thức do bệnh lý khác.

Thận trọng:

- Người bệnh tăng huyết áp không tập các động tác gắng sức.
- Người bệnh thoát vị đĩa đệm không tập các động tác ép cột sống.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ, y sĩ, lương y, kỹ thuật viên, điều dưỡng được đào tạo về y học cổ truyền có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh theo quy định của luật Khám bệnh, chữa bệnh.

4.2. Trang thiết bị

- Phòng tập thoáng mát, ánh sáng vừa phải, không có gió lùa, yên tĩnh, đủ diện tích để phù hợp với các tư thế tập, mặt sàn phẳng.

- Thảm, chiếu, ghế chắc chắn, gối 40 x 60 cm, đệm khuỷu tay, ...

4.3. Thầy thuốc, người bệnh.

- Thầy thuốc khám lâm sàng và làm bệnh án theo quy định. Hướng dẫn, giải thích để người bệnh yên tâm hợp tác. Kiểm tra mạch, huyết áp của bệnh nhân.

- Người bệnh không quá đói hoặc quá no, không sử dụng rượu bia và chất kích thích trước và trong khi tập. Đại tiện, tiểu tiện trước khi thầy thuốc hướng dẫn tập.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thủ thuật

- Người bệnh cởi rộng quần áo.

- Thầy thuốc chọn vị trí thích hợp để người bệnh quan sát được động tác hướng dẫn của thầy thuốc.

- Người bệnh tập theo động tác hướng dẫn của thầy thuốc.

5.1.1. Hướng dẫn luyện thư giãn

5.1.1.1. Hướng dẫn người bệnh chọn tư thế nằm hoặc ngồi phù hợp

a. Tư thế nằm: chọn một trong ba tư thế sau

- Nằm ngửa:

- + Đầu: có thể gối hoặc không, phù hợp với tình trạng bệnh, tật và yêu cầu tập.

+ Tay: hai tay duỗi xuôi sát người, hai bàn tay để tự nhiên bên cạnh người hoặc úp tự nhiên trên hai mấu trước của mào chậu, ngón tay để vào bụng dưới (để đệm dưới khuỷu tay cho khỏi đau khi nằm trên sàn cứng).

+ Chân duỗi thẳng tự nhiên, mở rộng bằng vai.

- Nằm ngửa bắt chéo chân:

+ Đầu: gối cao vừa phải cho đỡ mỏi cổ.

+ Tay: hai tay duỗi xuôi sát người, hai bàn tay để tự nhiên bên cạnh người hoặc úp tự nhiên trên hai mấu trước của mào chậu, ngón tay để vào bụng dưới (để đệm dưới khuỷu tay cho khỏi đau).

+ Chân: hai chân duỗi thẳng tự nhiên, hai chân bắt chéo lên nhau (bàn chân nọ gác lên bàn chân kia).

- Nằm nghiêng:

+ Đầu: gối cao phù hợp với từng người bệnh.

+ Tay: bàn tay dưới để ngửa ở trên gối, ngang mắt cách mặt một nắm tay của người bệnh, bàn tay trên úp tự nhiên vào hông hoặc đùi, cánh tay để trên người.

+ Chân: chân dưới duỗi tự nhiên hoặc hơi co lại tạo thành một góc khoảng 150 đến 160 độ, chân trên co gối lại thành một góc 120° và để trên chân dưới.

b. Tư thế ngồi: chọn một trong hai tư thế ngồi trên ghế và ngồi xếp vành.

- Ngồi trên ghế:

+ Tay: cánh tay để xuôi theo thân hoặc bàn tay úp tự nhiên trên hai đầu gối.

+ Chân: bàn chân để song song, khoảng cách ngang rộng bằng vai, bàn chân vừa sát mặt đất, bàn chân thẳng góc với cẳng chân, cẳng chân thẳng góc với đùi.

+ Thân thẳng góc với đùi, ngực không ưỡn, lưng không gù, vai để xuôi.

- Ngồi xếp vành (ngồi hoa sen): ngồi xếp vành tự nhiên (xếp vành

thường), xếp vành đơn hoặc vành kép

+ Ngồi xếp vành tự nhiên: hai cẳng chân bắt chéo nhau, hai bàn chân để trên mặt sàn.

+ Ngồi xếp vành đơn: hai cẳng chân để song song, bàn chân trên xếp ngửa trên đùi bên đối diện.

+ Ngồi vành kép: hai cẳng chân bắt chéo nhau, hai bàn chân xếp ngửa trên hai đùi.

+ Thân và vai tương tự như ngồi ghế.

+ Tay: cánh tay để xuôi theo thân, bàn tay úp lên hai đầu gối hoặc hai tay nắm nhẹ vào nhau để trong lòng.

5.1.1.2. Thực hiện 3 bước kỹ thuật

Người bệnh mắt nhắm tự nhiên, tập trung vào hơi thở, thả lỏng cơ thể.

- Thầy thuốc hô khẩu lệnh vị trí cơ thể: người bệnh hít vào đồng thời tập trung vào phần cơ thể được nhắc tới.

- Thầy thuốc hô khẩu lệnh “giãn”: người bệnh thở ra đồng thời thả lỏng vùng cơ thể nêu trên.

- Người bệnh làm giãn lần lượt các bộ phận cơ thể đồng thời với nhịp thở êm, nhẹ, đều và theo dõi cảm giác giãn.

Làm giãn theo 3 đường:

- Đường 1: đi từ đỉnh đầu qua hai bên mặt, hai bên cổ, vai, cánh tay, cẳng tay, cổ tay, bàn tay rồi đến ngón tay.

- Đường 2: đi từ đỉnh đầu qua mặt, cổ, ngực, bụng, mặt trước đùi, mặt trước cẳng chân, cổ chân, bàn chân, xuống ngón chân.

- Đường 3: đi từ đỉnh đầu qua gáy, lưng, thắt lưng, mông, mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, rồi xuống đến gót chân, ngón chân.

5.1.2. Luyện thở

Trình tự theo các bước:

- Thầy thuốc hô khẩu lệnh “hít vào”: người bệnh hít vào làm cho ngực

nở, bụng căng.

- Thầy thuốc hô khẩu lệnh “nín thở”: người bệnh ngưng thở giữ nguyên ngực nở, bụng căng.

- Thầy thuốc hô khẩu lệnh “thở ra”: người bệnh thở ra hết làm cho ngực lép, bụng lép.

- Thầy thuốc hô khẩu lệnh “nín thở”: người bệnh ngưng thở ra giữ nguyên ngực lép, bụng lép.

5.1.2.1. Chuẩn bị ở tư thế nằm ngửa

5.1.2.2. Thở tự nhiên

- Dùng ý thức chỉ huy hơi thở.

- Điều chỉnh hơi thở êm, nhẹ, đều, kết hợp với làm giãn cơ thể. Tần số thở từ 12 đến 16 lần/phút.

- + Hơi thở êm, nhẹ: không khí qua mũi vào phổi và từ phổi ra ngoài một cách nhẹ nhàng, người bên cạnh cũng như bản thân không nghe được hơi thở của mình.

- + Hơi thở đều: thở theo một nhịp điệu nhất định từ lúc tập đến lúc thôi tập, không có hiện tượng lúc nhanh, lúc chậm, lúc ngắn lúc dài.

5.1.2.3. Thở sâu (thở 2 thì)

- Thở sâu: thở theo nhịp độ êm, nhẹ, đều, sâu, dài; hít thở sâu nhưng phải chậm không tạo thành tiếng rít khi thở, khoảng cách giữa các hơi thở phải đều nhau. trung bình 6 - 8 lần/phút.

- Có thể thở một trong 03 cách thở sau: thở bụng, thở ngực, thở bụng - ngực.

5.1.2.4. Thở có nín thở (thở 3 thì)

- Thở có nín thở: trong quá trình thở sâu, kết hợp nín thở.

- Chọn một trong hai cách: nín thở sau khi hít vào hoặc nín thở sau khi thở ra. Thời gian nín thở tùy mức độ tập luyện, cần nắm vững nín thở nhưng không được gây khó chịu khi thở (không đóng thanh quản: đếm nhỏ được).

5.1.2.5. Thở 4 thì

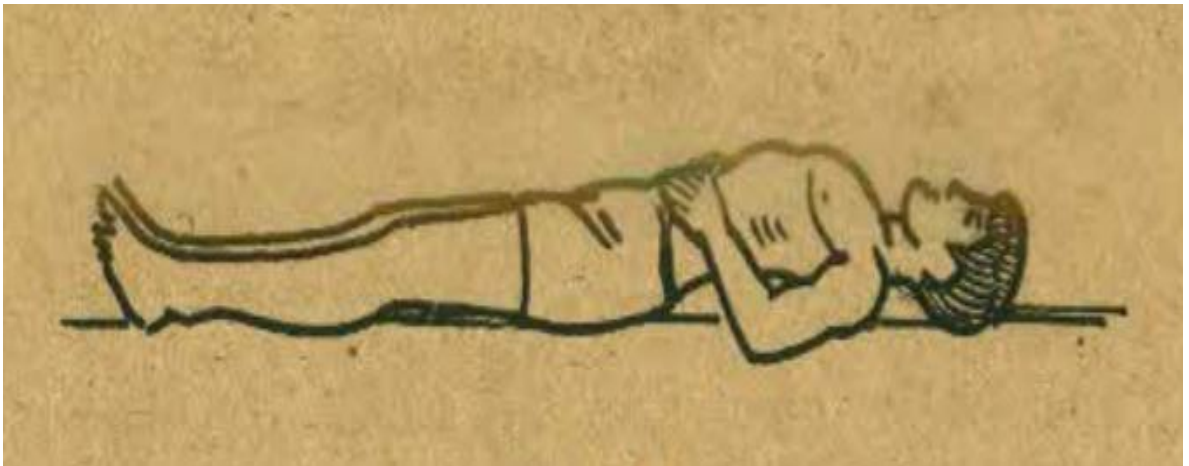
Là thở có nín sau khi hít vào và nín thở sau khi thở ra. Thời gian nín thở tùy mức độ tập luyện, cần nắm vững nín thở nhưng không được gây khó chịu khi thở (không đóng thanh quản).

5.1.3. Tập các động tác chống xơ cứng (12 động tác)

- Tập theo hướng dẫn của thầy thuốc.
- Sau khi tập 2 đến 3 động tác thì ngồi thoải mái tự và tự xoa bóp.
- Động tác 1 : Uốn cổ

Lấy điểm tựa ở xương chẩm và mông, uốn cổ cho cổ và lưng hông giường. Thở theo kiểu tối đa từ 1 – 3 lần

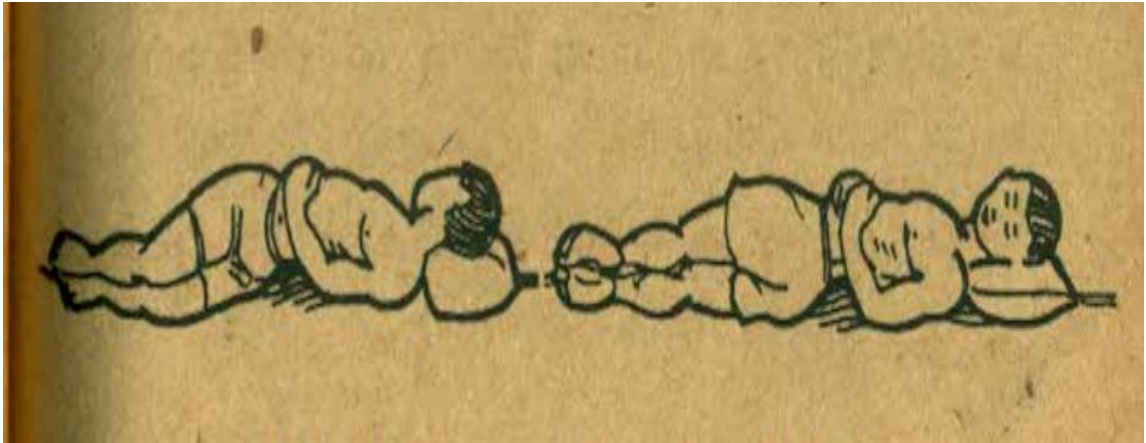
Tác dụng: Tập các cơ phía sau lưng, làm cho âm cổ và lưng



- Động tác 2 : Vận xương sống và cổ ngược chiều

Hai tay vẫn để trên bụng, hai chân co lại, khít nhau. Ngả hai chân qua một bên, vận mình và đầu cổ sang bên kia. Thở tối đa có trở ngại từ 1-3 lần. Ngả chân sang bên kia, vận mình và đầu cổ sang bên này. Thở tối đa có trở ngại từ 1 – 3 lần.

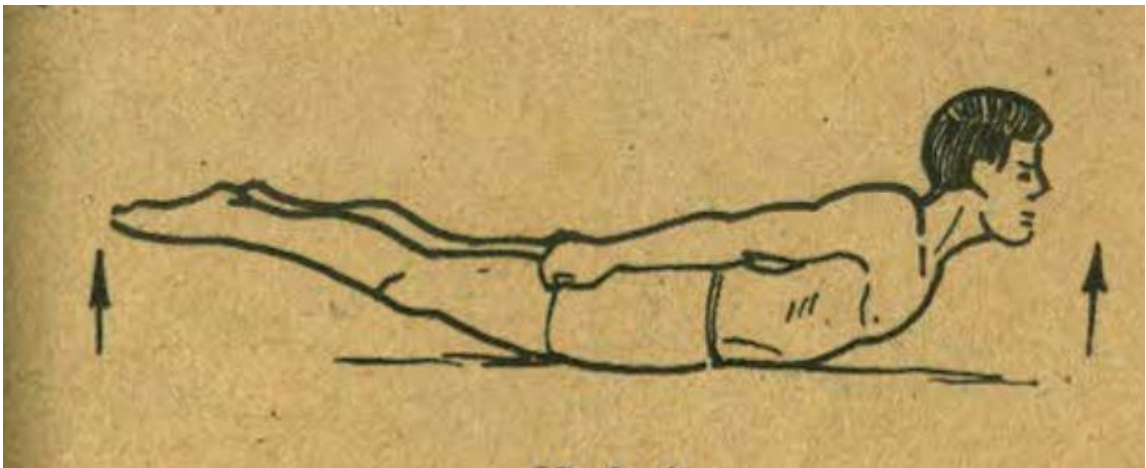
Tác dụng: Vận động các đốt xương sống tối đa làm cho khí huyết lưu thông, phòng và chữa đau lưng. Thở có trở ngại đẩy khí huyết vào vùng gan và lách rất mạnh, phòng và chữa các bệnh lá lách và gan.



- Động tác 3 : Chiếc tàu

Nằm sấp, tay xuôi, hai tay nắm lại, kéo mạnh hết sức về phía sau, uốn cong lưng tối đa. Thở tối đa có trở ngại 3 – 5 – 10 lần tùy sức.

Tác dụng: Vận động toàn bộ các cơ phía sau lưng, do đó động tác này rất công hiệu để chống lại với già nua. Tăng cường tuần hoàn khí huyết ở cột sống, chống cảm cúm và suy nhược thần kinh. Động tác này làm được càng nhiều càng tốt.



- Động tác 4 : Rắn hổ mang

Nằm sấp, chống tay, uốn lưng, uốn đầu ra phía sau, thở tối đa có trở ngại 1 – 3 lần.



Vẹo cổ, nhìn gót chân, hít vô có trở ngại, quay qua phía bên kia thở ra. Làm động tác và thở như vậy từ 2-5 lần.



Tác dụng : Vận động các cơ ở lưng và cổ và các cơ ở 2 bên hông, làm cho khí huyết ở các vùng ấy chạy đến chỗ hóc hiểm, nhất là thở có trở ngại làm cho phổi ở vùng 2 bên hông phải nở ra tối đa, chống được xơ hóa và hiện tượng dính ở màng phổi sau khi bị viêm.

- Động tác 5 : Sư tử

Nằm sấp, co hai chân để dưới bụng, hai tay đưa ra trước, đầu uốn hẳn ra phía sau, thở có trở ngại từ 1-3 lần.

Tác dụng: Vận chuyển cổ và gót, các khớp xương sống cổ cho khí huyết lưu thông đến chỗ hóc hiểm ở vùng cổ quan trọng này. Vận chuyển khí ở lồng ngực và bụng, cổ, tuyến giáp trạng bằng cách thở tối đa có trở ngại trong thế này.



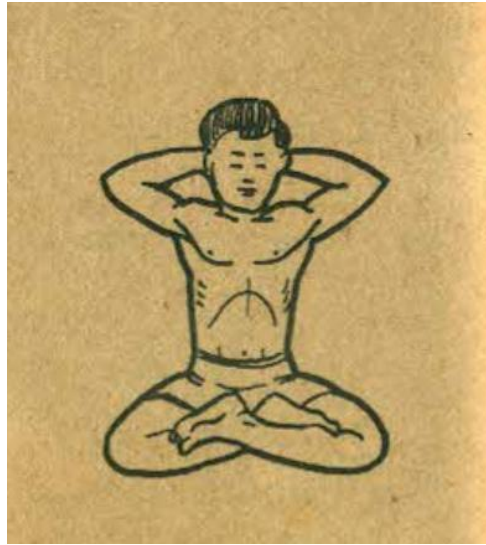
- Động tác 6 : Chào mặt trời

Một chân co dưới bụng, chân kia ngay ra, 2 tay chống xuống giường, ép bụng thở ra tối đa; đưa 2 tay lên trời, thân uốn ra sau tới đã, hít hơi vào tối đa đổi chân và tiếp tục tập, từ 2 – 4 – 6 lần, thở thuận chiều.



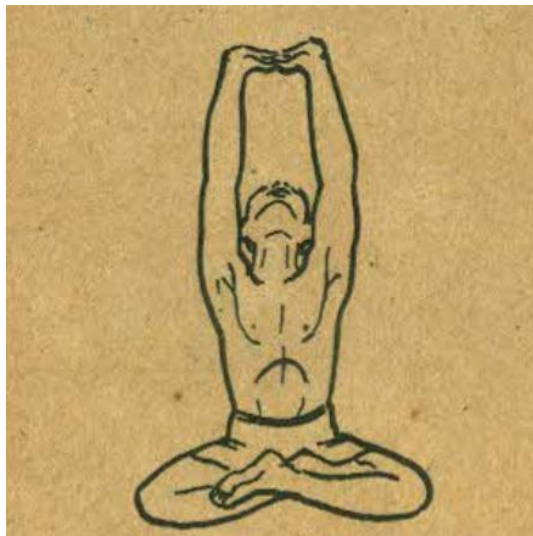
- Động tác 7 : Đưa tay sau gáy

Hạ tay xuống, đưa tay sau gáy hết sức kéo ra sau, đầu bình thường. Thở tối đa có trở ngại từ 1 – 3 lần



- Động tác 8 : Đưa tay lên trời

Bàn tay vẫn gài chéo, 2 tay thẳng, đưa tay lên trời, đầu ngửa ra sau, mặt ngó theo tay. Thở tối đa có trở ngại từ 1 – 3 lần



- Động tác 9 : Hai tay để sau lưng

Hai bàn tay để sau lưng, càng cao càng tốt. Thở tối đa có trở ngại từ 1-3 lần

Nghiêng qua một bên cho đầu đụng giường. Thở tối đa có trở ngại từ 1 – 3 lần. Nghiêng qua bên kia : như trên.



- Động tác 10 : Bắt chéo 2 tay ra sau lưng

Một tay đưa ra sau lưng, càng cao càng tốt; tay kia cố gắng bắt chéo. Thở tối đa có trở ngại từ 1 – 3 lần. Xong đôi tay bắt chéo bên kia.



- Động tác 11 : Xoa chi trên phía ngoài và trong

Tư thế ngồi như trước, xoa phía ngoài vùng vai, vùng cánh tay, cẳng tay và bàn tay, trong lúc bàn tay để úp xong lật ngửa bàn tay, tiếp tục xoa phía trong từ bàn tay lên cẳng tay, cánh tay, vai độ 10-20 lần rồi đổi tay xoa bên kia. Thở tự nhiên.



* *Lưu ý:* Lần lượt tập ở các tư thế:

- Tập các động tác ở tư thế nằm
- Tập các động tác ở tư thế ngồi bình thường
- Tập các động tác ở tư thế ngồi xếp vành sau 2 đến 3 động tác tự xoa bóp bấm huyệt.
- Tập các động tác ở tư thế đứng

5.2. Liệu trình điều trị

Tập luyện phải theo mức độ tăng dần (thời gian và số lượng động tác)

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Triệu chứng toàn thân: mệt mỏi, chóng mặt, ...
- Đau mỗi cơ.

6.2. Xử trí tai biến

- Mệt mỏi, chóng mặt: dừng tập nghỉ ngơi.
- Đau mỗi cơ: giảm bớt cường độ tập.

Tham khảo :

Bộ Y Tế (2020), “ Hướng dẫn tập dưỡng sinh”, *Tài liệu chuyên môn hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền (Ban hành kèm theo Quyết định số 5480/QĐBYT ngày 30/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.

PHỤ LỤC 3

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

Họ và tên bệnh nhân : Tuổi :

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.				
	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.				

Phần 8: LÁI XE	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	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				

GIẢI TRÍ	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 nào.				
----------	---	--	--	--	--

Trong đó:

A: 0 điểm

B: 1 điểm

C: 2 điểm

D: 3 điểm

E: 4 điểm

F: 5 điểm

Tham khảo :

Vernon H., Mior S. (1991), *The Neck Disability Index: a study of reliability and validity*, J Manipulative Physiol Ther.

PHỤ LỤC 4
BẢNG CÔNG THỨC HUYỆT ĐIỆN CHÂM

Tên huyệt	Đường kinh	Vị trí
Phong trì	Túc thiếu dương Đờm	Từ giữa xương chẩm C1 đo ngang ra phải sau 2 thốn, huyệt ở chỗ trũng phía ngoài cơ thang, phía trong cơ ức đòn chũm
Thiên trụ	Túc thái dương Bàng quang	Chính giữa khe C1-C2 đo ngang ra 1,3 thốn
Đại trử	Túc thái dương Bàng quang	Chính giữa khe D1-D2 đo ngang ra 1,5 thốn
Đại chùy	Mạch đốc	Chỗ lõm dưới móm gai đốt sống cổ 7 hay trên đốt sống lưng 1
Giáp tích C4-C7	Ngoài kinh	Nằm dọc hai bên cột sống, song song với đốc, cách $\frac{1}{2}$ đồng thân thốn từ C4-C7.
Kiên ngưng	Thủ dương minh Đại trường	Ở giữa móm cùng vai và mấu chuyển lớn xương cánh tay, ngay chính giữa phần trên cơ delta.
Kiên tỉnh	Túc thiếu dương Đờm	Ở trên vai, nằm giữa đường nối từ Đại chùy và đỉnh vai.
Khúc trì	Thủ dương minh Đại trường	Tận cũng đầu ngoài nếp gấp khuỷu tay, giữa khối cơ trên lồi cầu
		Nằm ở kẽ xương đốt bàn tay 1 và

Hợp cốc	Thủ dương minh Đại trường	2, ở trên cơ liên đốt mu tay 1, phía dưới trong xương đốt bàn tay 2.
Lạc châm	Ngoài kinh	Ở mu bàn tay giữa hai xương bàn tay 2 và 3 (ngón trỏ và ngón giữa), sau khớp xương bàn - ngón chừng 0,5 thốn, khi ấn có cảm giác đau tức nhất
Hậu Khê	Thủ Thái dương Tiểu trường	Chỗ lõm phía sau khớp xương xương ngón và bàn của ngón thứ 5, ngang với đầu trong đường vân tim ở bàn tay
A thị huyết	Ngoài kinh	Điểm đau khi có bệnh. Lấy huyết: ở chỗ ấn vào đau nhất.

PHỤ LỤC 5

QUY TRÌNH SỐ 46

ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VAI GÁY

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 26 /2008/QĐBYT Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền ngày 22/7/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. ĐẠI CƯƠNG

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

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

2. CHỈ ĐỊNH:

Đau vai gáy do thoái hoá đốt sống cổ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

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

4.2. Phương tiện

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả
- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-8-10 cm, dùng riêng cho từng người bệnh
- Khay men, kim có máu, bông, cồn70⁰

4.3. Người bệnh

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Phác đồ huyết

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

5.2. Thủ thuật

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

Mỗi lần chọn 6-8 huyết dưới đây , châm tả:

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

5.3. Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bỏ: 0,5- 4Hz
- Cường độ: 14-150 microAmpe, tăng dần tới ngưỡng bệnh nhân chịu được.
- Thời gian: 20- 30 phút cho một lần điện châm.

5.4. Liệu trình điều trị

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

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

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

6.2. Xử lý tai biến

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

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

Tham khảo :

Bộ Y Tế (2008), “Điện châm”, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền (Ban hành kèm theo Quyết định số: 26 /2008/QĐBYT ngày 22/7/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.

PHỤ LỤC 6

QUY TRÌNH SIÊU ÂM TRỊ LIỆU

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm là sóng âm thanh có tần số trên 20.000 Hz. Trong điều trị thường dùng

siêu âm tần số 1 và 3 MHz với tác dụng chính sóng cơ học, tăng nhiệt và sinh học.

Các kỹ thuật chính: trực tiếp, qua nước, siêu âm dẫn thuốc

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau cục bộ
- Giảm cơ.
- Viêm mãn tính.
- Xơ cứng, sẹo nông ở da.
- Dẫn một số thuốc vào tổ chức cục bộ(siêu âm dẫn thuốc).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trực tiếp lên các u, tinh hoàn, buồng trứng, thai nhi.
- Không điều trị trên tinh hoàn, tử cung đang có thai, đang hành kinh.
- Trực tiếp vùng khớp ở trẻ em.
- Không điều trị trên các đầu xương của trẻ em, nhất là phần sụn.
- Viêm tắc mạch.
- Không điều trị vùng phổi người bị lao đang tiến triển hoặc viêm hạch do lao.
- Viêm da cấp.
- Không điều trị vùng phổi người bệnh bị giãn phế quản.
- Trực tiếp vùng chảy máu, đe dọa chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

2. Phương tiện

* Máy điều trị siêu âm cùng các phụ kiện:

- Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy, kiểm tra dây đất nếu có.
- Thuốc siêu âm (siêu âm dẫn thuốc), chậu nước (siêu âm qua nước) nếu cần.
- Kiểm tra tần phát siêu âm theo quy định (giọt nước)

3. Người bệnh

- Giải thích cho người
- Tư thế người bệnh phải thoải mái: nằm hoặc ngồi.
- Bộc lộ và kiểm tra vùng da điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị chuyên khoa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt các thông số kỹ thuật và cách điều trị theo chỉ định.
- Chọn gel thuốc theo chỉ định và tiến hành điều trị.
- Hết giờ tắt máy (bằng tay hoặc tự động).
- Kiểm tra vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

VI. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh.
- Hoạt động của máy.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: Tắt máy và xử trí theo quy định.
- Dị ứng tại chỗ: Xử trí theo phác đồ

Tham khảo:

Bộ Y Tế (2014), “ Điều trị bằng siêu âm”, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.

PHỤ LỤC 7

Mã số :

PHIẾU ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài : Đánh giá kết quả của bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp siêu âm trị liệu điều trị hội chứng cánh tay cổ

(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu không cần bí mật danh tính)

Họ và tên:

Tuổi :

Địa chỉ.....

Sau khi được bác sỹ thông báo về mục đích , quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu.

Tôi cũng được cam kết thông tin tôi cung cấp chỉ được dùng cho mục đích nghiên cứu. Bác sỹ điều trị chính cho tôi cũng được thông báo việc tôi tham gia nghiên cứu và tôi được thông báo rằng nghiên cứu này được thông qua bởi hội đồng đạo đức.

Tôi cũng được thông báo có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào và vì bất cứ lý do gì.

Tôi (hoặc người đại diện gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này.

Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Mọi thông tin chi tiết có liên quan đến nghiên cứu và tai biến có thể liên hệ

Bác sỹ : Nguyễn Thị Lan Anh - Điện thoại : 0971.814.392

Hà nội, ngày tháng năm 20...

Người tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

Nghiên cứu viên

(Ký và ghi rõ họ tên)