

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



CHU VĂN BỘ

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN
CHÂM, TÁC ĐỘNG CỘT SỐNG KẾT
HỢP TÚI CHƯỜM THẢO DƯỢC ĐIỀU
TRỊ ĐAU VAI GÁY DO THOÁI HOÁ
CỘT SỐNG CỔ**

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI, NĂM 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



CHU VĂN BỘ

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN
CHÂM, TÁC ĐỘNG CỘT SỐNG KẾT
HỢP TÚI CHƯỜM THẢO DƯỢC ĐIỀU
TRỊ ĐAU VAI GÁY DO THOÁI HOÁ
CỘT SỐNG CỔ**

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Trần Thái Hà

HÀ NỘI, NĂM 2025

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, em xin được gửi lời cảm ơn đến Đảng ủy, Ban Giám hiệu, Phòng đào tạo Sau Đại học, các Bộ môn, Khoa phòng Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ em trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Em xin được gửi lời cảm ơn đến các thầy, các cô trong Hội đồng thông qua đề cương luận văn đã cho em nhiều ý kiến quý báu trong quá trình nghiên cứu hoàn thiện luận văn.

Em xin bày tỏ lòng Kính trọng và biết ơn sâu sắc tới **PGS.TS. Trần Thái Hà** người thầy hướng dẫn trực tiếp luôn theo sát, thường xuyên giúp đỡ, cho em nhiều ý kiến quý báu, sát thực trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Tôi xin được gửi lời cảm ơn đến nhóm nghiên cứu đề tài, Khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện YHCT Trung ương, các bác sĩ, các anh chị điều dưỡng đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong việc thu thập, hoàn thiện số liệu để nghiên cứu đề tài.

Tôi xin trân trọng cảm ơn tới Đảng ủy, Ban Giám đốc Cơ sở giáo dục bất buộc Thanh Hà - Cục C10 - Bộ Công an nơi tôi công tác đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới những người thân trong gia đình, những người bạn thân thiết, anh chị em đồng nghiệp và tập thể học viên lớp CKII - K9 Chuyên ngành Y học cổ truyền đã luôn động viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn!

Học viên

Chu Văn Bộ

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là: Chu Văn Bộ, học viên lớp Chuyên khoa II - khóa 9, Chuyên ngành Y học cổ truyền - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của PGS.TS. Trần Thái Hà.

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

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

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

Hà Nội, ngày 12 tháng 12 năm 2025

Học viên

Chu Văn Bộ

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
<i>1.1. Đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ theo Y học hiện đại.....</i>	<i>3</i>
1.1.1. Khái niệm	3
1.1.2. Sơ lược về cấu tạo giải phẫu và chức năng của cột sống cổ	3
1.1.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	4
1.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng	5
1.1.5. Chẩn đoán.....	8
1.1.6. Điều trị và phòng bệnh.....	9
<i>1.2. Đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ theo Y học cổ truyền.....</i>	<i>10</i>
1.2.1. Bệnh danh.....	10
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	10
1.2.3. Các thể lâm sàng	10
<i>1.3. Tổng quan về phương pháp nghiên cứu.....</i>	<i>12</i>
1.3.1. Tổng quan về túi chườm thảo dược	12
1.3.2. Tổng quan về tác động cột sống.....	16
1.3.3. Tổng quan về điện châm	19
<i>1.5. Tình hình nghiên cứu ở Việt Nam</i>	<i>21</i>
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	23
<i>2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu</i>	<i>23</i>
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu	23
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu	23
<i>2.2. Đối tượng nghiên cứu</i>	<i>24</i>
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh.....	24
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh	26
<i>2.3. Phương pháp nghiên cứu</i>	<i>26</i>
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	26
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu.....	26

2.3.3. Quy trình nghiên cứu	27
2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	31
2.4. Địa điểm thời gian nghiên cứu.....	35
2.5. Xử lý số liệu.....	35
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	35
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	37
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	37
3.1.2. Đặc điểm theo giới	38
3.1.3. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp	38
3.1.4. Phân bố người bệnh theo thời gian bị bệnh	39
3.1.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị	40
3.1.2.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị	40
3.1.2.2. Tầm vận động cột sống cổ trước điều trị	40
3.1.2.3. Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày trước điều trị.....	42
3.1.2.4. Phân bố người bệnh theo tổn thương cột sống cổ trên phim X - quang.....	43
3.2. Kết quả điều trị.....	44
3.2.1. Hiệu quả giảm đau sau điều trị.....	44
3.2.2. Tầm vận động cột sống cổ sau điều trị.....	46
3.2.3. Hội chứng rễ thần kinh sau điều trị	49
3.2.4. Hoạt động sinh hoạt hàng ngày sau điều trị	50
3.2.5. Kết quả điều trị chung	51
3.3. Tác dụng không mong muốn	51
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	52
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	52
4.1.1. Đặc điểm chung.....	52
4.1.1.1. Đặc điểm về giới	52
4.1.1.2. Đặc điểm về tuổi.....	53
4.1.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp	54
4.1.1.4. Thời gian bị bệnh	54
4.1.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị	55

4.1.2.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị	55
4.1.2.2. Tâm vận động cột sống cổ trước điều trị	55
4.1.2.3. Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày trước điều trị.....	57
4.1.2.4. Đặc điểm tổn thương cột sống cổ trên phim X - quang	57
4.2. Kết quả điều trị.....	58
4.2.1. Hiệu quả giảm đau sau điều trị.....	58
4.2.2. Tâm vận động cột sống cổ.....	60
4.2.3. Hội chứng rễ thần kinh	61
4.2.4. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày	62
4.2.5. Kết quả điều trị chung.....	63
KẾT LUẬN	66
KIẾN NGHỊ.....	67
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC 1	
PHỤ LỤC 2	
PHỤ LỤC 3	
PHỤ LỤC 4	
PHỤ LỤC 5	
PHỤ LỤC 6	
PHỤ LỤC 7	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

CSC	Cột sống cổ
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại
TB	Trung bình
D ₀	Thời gian trước điều trị
D ₇	Thời gian điều trị ngày thứ 7
D ₁₅	Thời gian điều trị ngày thứ 15
ĐC	Đối chứng
NC	Nghiên cứu
NDI	Neck Disability Index
TVĐ	Tầm vận động
TVĐĐ	Thoát vị đĩa đệm
VAS	Visual Analogue Scale (Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau)
HATT	Huyết áp tâm thu
HATTr	Huyết áp tâm trương

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Cách tính điểm phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS trong nghiên cứu.....	32
Bảng 2.2. Cách tính điểm và phân loại TVĐ của CSC trong nghiên cứu	33
Bảng 2.3. Cách tính điểm và phân loại hội chứng rễ thần kinh	33
Bảng 2.4. Phân loại chức năng sinh hoạt hàng ngày dựa theo thang điểm NDI trong nghiên cứu.	34
Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi	37
Bảng 3.2. Đặc điểm về thời gian bị bệnh.....	39
Bảng 3.3. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị	40
Bảng 3.4. Tầm vận động cột sống cổ trước điều trị.....	40
Bảng 3.5. Phân bố người bệnh theo mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị	41
Bảng 3.6. Hội chứng rễ thần kinh trước điều trị	41
Bảng 3.7. Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày trước điều trị	42
Bảng 3.8. Hình ảnh trên phim X – quang cột sống cổ	43
Bảng 3.9. Mức độ đau sau điều trị	45
Bảng 3.10. Tầm vận động cột sống cổ sau 7 ngày điều trị	46
Bảng 3.11. Tầm vận động cột sống cổ sau 15 ngày điều trị	47
Bảng 3.12. Phân bố theo mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ.....	48
Bảng 3.13. Hội chứng rễ thần kinh sau điều trị	49
Bảng 3.13. Hiệu quả cải thiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày theo thang NDI sau điều trị	50

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính	38
Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp	38
Biểu đồ 3.3. Kết quả thay đổi chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm nghiên cứu	44
Biểu đồ 3.4. Kết quả điều trị của hai nhóm.....	51

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Các đốt sống cổ	3
Hình 1.2. Túi chườm thảo dược.....	13
Hình 1.3. Người bệnh nằm túi chườm thảo dược.....	15
Hình 2.1: Máy điện châm.....	23
Hình 2.2: Kim châm cứu.....	24

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau vai gáy là tình trạng cơ vùng vai gáy bị co cứng gây đau, kèm theo có hạn chế vận động cột sống cổ. Đây là những triệu chứng rất thường gặp và cũng là nguyên nhân chính khiến người bệnh (NB) phải đi khám [1] [2] [3]. Bệnh gây khá nhiều khó chịu, giảm năng suất lao động và còn làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. [3] Nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị sớm sẽ khiến các triệu chứng trầm trọng hơn, điều trị khó khăn, tốn kém và ít hiệu quả [3] [4].

Có nhiều nguyên nhân gây ra bệnh đau vai gáy, nhưng chủ yếu là do thoái hóa cột sống cổ (THCSC). Thoái hóa cột sống hay thoái hóa khớp là một bệnh lý mạn tính thường gặp trên lâm sàng [5]. Bệnh chiếm 2/3 trong tổng số các bệnh khớp do thoái hóa [6]. Tại Mỹ, ước tính đến 2020, số lượng NB mắc thoái hóa khớp tăng từ 66 - 100% [7]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Nghiên có 16,83% số NB đau cột sống do thoái hóa [8]. THCSC đứng thứ 2 và chiếm 14% trong các bệnh thoái hóa khớp [1] [2]. Hiện nay, THCSC đang dần trẻ hóa gặp cả ở những người cao tuổi và người trong độ tuổi lao động.

Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống (THCS) nhưng điều trị nội khoa và vật lý trị liệu vẫn là lựa chọn ưu tiên hàng đầu. Với mục đích làm giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống cổ (CSC) giảm tình trạng co cứng cơ và hạn chế ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt của người bệnh [4] [6].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau vai gáy do THCSC thuộc phạm vi chứng Tý. Tý là sự bế tắc kinh mạch, khí huyết không lưu thông mà gây đau. Điều trị chứng Tý theo YHCT bao gồm khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc, tư bổ can thận để tái thiết lập lại hoạt động sinh lý bình thường của vùng cổ gáy [9-11].

YHCT có nhiều phương pháp điều trị chứng Tý bao gồm 2 nhóm: không dùng thuốc và dùng thuốc. Trong đó, chườm thảo dược là một trong những phương pháp không dùng thuốc có lịch sử lâu đời và phạm vi ứng dụng rộng rãi. Phương pháp này đơn giản dễ làm, có tính an toàn cao mà hiệu quả lại nhanh chóng, mang lại cảm giác dễ chịu, rất được nhiều người yêu thích. Phương pháp chườm thảo

được chủ yếu mượn khí ấm nóng và tinh dầu trong thảo dược để trị liệu, nó có tác dụng ôn dương khí, khu tán hàn tà, thông kinh hoạt lạc, điều hoà khí huyết. Phương pháp tác động cột sống (TĐCS) do lương y Nguyễn Tham Tấn sáng lập và phát triển đã vận dụng thành công trong điều trị các bệnh lý về cột sống và các hệ cơ quan. Phương pháp TĐCS Nguyễn Tham Tấn có sự kết hợp độc đáo giữa YHHĐ và YHCT, mang tính truyền thống, khoa học và sáng tạo; phương pháp bước đầu đã đem lại hiệu quả điều trị cao, chi phí thấp. Tuy nhiên từng phương pháp riêng lẻ không giải quyết được triệt để nguyên nhân của bệnh. Chính vì vậy, việc kết hợp các phương pháp điều trị của YHCT nhằm phát huy triệt để tính ưu việt của mỗi phương pháp, góp phần nâng cao chất lượng điều trị là việc làm rất có ý nghĩa. Mặt khác, do những năm gần đây tỷ lệ người bệnh đau vai gáy do THCS đến khám và điều trị tại Bệnh viện YHCT trung ương khá cao. Xuất phát từ nhu cầu thực tế đó và nhằm nâng cao hơn nữa hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá tác dụng của điện châm, tác động cột sống kết hợp túi chườm thảo dược điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ.”** với hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tác dụng của điện châm, tác động cột sống kết hợp túi chườm thảo dược điều trị Đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ.*
2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.*

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ theo Y học hiện đại

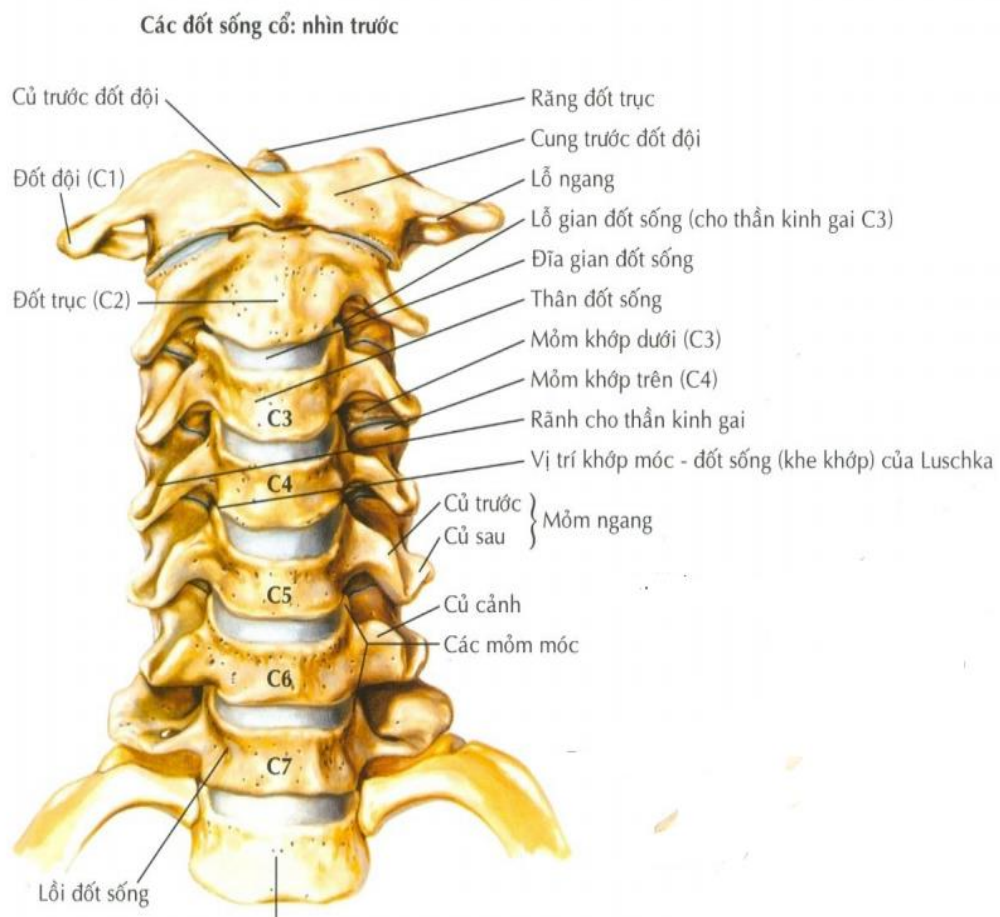
1.1.1. Khái niệm

Đau vai gáy là tình trạng đau do co cứng cơ vùng vai gáy, kèm theo hạn chế vận động cột sống cổ. Nguyên nhân thường gặp nhất chiếm tới 70 - 80% đau vai gáy là do THCS [6].

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

a. Cấu tạo giải phẫu

Cột sống cổ có 7 đốt, từ C1 đến C7, có đường cong uốn ra trước, đốt C1 (đốt đội) không có thân đốt, đốt C7 có mỏm gai dài nhất sờ thấy rõ [5].



Hình 1.1. Các đốt sống cổ [12]

b. Chức năng cột sống cổ

Chức năng chịu tải trọng và bảo vệ tủy

Ở vùng CSC, thân các đốt sống có kích thước nhỏ và đĩa đệm không bao phủ toàn bộ diện mặt của thân đốt. Vì vậy, phần lớn tải trọng dồn lên đĩa đệm, lâu dài làm khoảng cách giữa các đốt sống bị thu hẹp. Trong đó, các khoang gian đốt như C2 - C3 và C5 - C6 phải chịu lực nhiều nhất nên dễ xuất hiện tình trạng thoái hóa. Ngoài chức năng nâng đỡ, cột sống cổ còn có vai trò quan trọng trong bảo vệ tủy sống và các cấu trúc bên trong ống sống.

Chức năng vận động

Cột sống cổ là đoạn có biên độ vận động linh hoạt nhất của toàn bộ trục cột sống. Vùng cổ cao (C1 - C3) đóng vai trò chủ yếu trong chuyển động xoay và thường ít gặp tổn thương thoái hóa. Các khớp giữa các đốt sống cổ cho phép sự trượt nhẹ giữa các thân đốt, tạo nên các động tác gấp - duỗi. Những vận động chủ yếu của cột sống cổ bao gồm:

- + Vận động theo mặt phẳng trước sau: cúi và ngửa cổ. Một phần chuyển động này diễn ra tại khớp giữa xương chẩm và đốt đội, phần còn lại được thực hiện nhờ các đốt sống từ C2 đến C7.
- + Vận động theo mặt phẳng ngang: nghiêng cổ sang trái hoặc phải.
- + Vận động quay cổ: chủ yếu được tạo ra tại khớp đội - trục (C1 - C2), đồng thời được hỗ trợ bởi các đốt sống từ C2 đến C7 [13] [14].

1.1.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

❖ Dù cơ chế gây thoái hóa cột sống cổ (THCSC) chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn, nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh có liên quan đến một số yếu tố chính:

- Lão hóa tự nhiên: Khi tuổi tăng, các tế bào sụn và đĩa đệm giảm khả năng sản xuất collagen và mucopolysaccharid, làm suy yếu cấu trúc nâng đỡ.
- Tác động cơ học: Những lực quá tải tác động kéo dài lên cột sống cổ - như chấn thương lặp đi lặp lại hoặc vận động sai tư thế - có thể đẩy nhanh quá trình thoái hóa.

- Yếu tố toàn thân và bệnh lý đi kèm: Bao gồm rối loạn nội tiết - chuyển hóa, phản ứng miễn dịch hay nhiễm khuẩn, yếu tố di truyền hoặc dị dạng bẩm sinh của cột sống [3.13.14].

❖ **Cơ chế bệnh sinh**

Căn nguyên đau vai gáy ở bệnh nhân THCS khác nhau tùy theo tuổi tác và bệnh lý liên quan như vi chấn thương, nhiễm khuẩn, dị ứng hay rối loạn chuyển hóa. Hiện có hai học thuyết được dùng để giải thích quá trình tổn thương bệnh lý: Thuyết cơ học: Quá tải kéo dài làm giảm số lượng sợi collagen và các proteoglycan trong đĩa đệm, dẫn đến tổn thương cấu trúc và thoái hóa xương - khớp. Thuyết tế bào: Tăng áp lực nội tại khiến tế bào sụn trở nên xơ cứng, đồng thời giải phóng các enzym phân giải protein, từ đó phá hủy chất căn bản của mô sụn và đĩa đệm... [3.6.13].

1.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

*** Hội chứng CSC:**

- Đau CSC: biểu hiện bằng đau cấp hoặc mạn tính. Đau cấp thường xuất hiện đột ngột do vận động CSC, sau tắm lạnh hay sau thay đổi thời tiết. Đau mạn thường âm ỉ tăng dần do cúi đầu, nằm gối cao, liên quan đến vận động CSC.

- Cơ cơ cạnh sống: sờ cơ cạnh sống thấy trương lực cơ tăng.

- Biến dạng CSC: mất đường cong sinh lý, vẹo CSC thường gặp nhất. NB có thể có tư thế chống đau: nghiêng đầu về bên đau, vai bên đau nâng cao hơn bên lành.

- Điểm đau CSC khi ấn vào các gai sau tương ứng điểm xuất chiếu đau của rễ thần kinh.

- Hạn chế tầm vận động CSC các động tác: cúi, ngửa, nghiêng, quay [12] [5] [15].

*** Hội chứng rễ thần kinh:**

- Đau kiểu rễ: đau vùng cổ gáy lan lên cằm và xuống vai tay dọc theo đường đi của dây thần kinh. Đau có tính cơ học, đau tăng khi trọng tải trên CSC tăng (ho,

hắt hơi, rặn, đứng, ngồi lâu), giảm khi nằm nghỉ ngơi, cường độ đau không đồng đều giữa các vùng tay.

- Rối loạn vận động và cảm giác theo phân bố rễ thần kinh: Tổn thương các rễ thần kinh cổ có thể dẫn đến yếu liệt từng nhóm cơ của chi trên, ví dụ: giảm khả năng dạng vai khi rễ C5 bị ảnh hưởng; yếu động tác gấp cẳng tay tương ứng với rễ C6; hạn chế duỗi cẳng tay ở thương tổn rễ C7; hoặc suy giảm động tác gấp các ngón tay khi rễ C8 bị chèn ép. Khi teo cơ tiến triển, có thể quan sát thấy rung giật bó cơ. Rối loạn cảm giác có thể biểu hiện dưới dạng tê bì từng vùng ở cánh tay, cẳng tay hay bàn - ngón tay, tùy theo rễ thần kinh bị tổn thương. Các nghiệm pháp gây căng đám rối thần kinh cánh tay thường làm xuất hiện hoặc tăng đau kèm tê lan xuống tay [5].

+ Nếu tổn thương kích thích: Rối loạn cảm giác chủ quan có hiện tượng đau, tê, rát, bỏng tự phát theo đường đi của khoanh bệnh lý bị tổn thương. Rối loạn cảm giác khách quan sẽ tăng cảm giác theo khoanh bệnh lý.

+ Nếu tổn thương là hủy hoại: sẽ có hiện tượng tê bì, giảm hoặc mất cảm giác khách quan [16].

- Tổn thương rễ thần kinh cổ:

+ Rễ C1, C2 và một phần C3 tạo ra dây thần kinh chẩm Arnold, khi tổn thương gây đau đầu vùng chẩm.

+ Rễ C3: Đau vùng chẩm gáy, kèm theo nói khó và tức ngực.

+ Rễ C4: Đau bả vai và thành ngực trước, có ho, nấc, khó thở.

+ Rễ C5: Đau mặt ngoài cánh tay đến cẳng tay, yếu cơ delta.

+ Rễ C6: Đau mặt trước cánh tay đến ngón cái và ngón trỏ, yếu cơ nhị đầu.

+ Rễ C7: Đau mặt sau cánh tay đến ngón giữa, yếu cơ tam đầu.

+ Rễ C8: Đau mặt trong cánh tay đến ngón nhẫn và ngón áp út, yếu cơ bàn tay.

- Một số dấu hiệu đánh giá kích thích rễ thần kinh cổ:

+ Dấu hiệu bấm chuông: khi ấn điểm cạnh sống tương ứng với lỗ tiếp hợp (cách cột sống khoảng 2cm) xuất hiện đau từ cổ lan xuống vai và cánh tay.

+ Nghiệm pháp Spurling: Người bệnh ngồi hoặc nằm tư thế nghiêng đầu về bên đau, thầy thuốc dùng tay ép lên đỉnh đầu, tạo ra nặng từ vùng cổ lan xuống vai, cánh tay, cẳng tay và bàn tay.

+ Nghiệm pháp kéo giãn CSC: Người bệnh nằm ngửa, thầy thuốc dùng hai bàn tay đặt lên cằm và chẩm người bệnh, từ từ kéo theo trục dọc một lực độ 10 - 15 kg thấy các triệu chứng rã giảm hoặc mất.

+ Nghiệm pháp căng cơ chi trên (ULTT1): Người bệnh nằm trên giường, thầy thuốc cố định vai người bệnh và dạng cánh tay 90^0 , gấp khuỷu tay 90^0 đưa cẳng tay về phía đầu, duỗi cổ tay 90^0 và duỗi các ngón tay. NB đau ở bất kỳ giai đoạn nào đều được đánh giá là dương tính. [5] [16].

- Một số dấu hiệu tổn thương rễ thần kinh cổ:

+ Rối loạn cảm giác kiểu rễ gây dị cảm vùng da do rễ thần kinh bị chèn ép chi phối như tê bì, kiến bò, nóng rát...

+ Rối loạn vận động kiểu rễ gây giảm vận động một số cơ chi trên hoặc giảm hay mất phản xạ gân xương do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép.

+ Teo cơ

+ Rối loạn thần kinh thực vật: da lạnh, giảm tiết mồ hôi, rối loạn vận mạch, mất phản xạ dựng lông,...thường biểu hiện không rõ [5] [16].

*** Các hội chứng khác:**

- *Hội chứng động mạch sống nền:*

+ Đau đầu vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, mờ mắt, đôi khi có giảm thị lực thoáng qua. Đặc biệt người bệnh luôn thấy người mệt mỏi.

+ Rung giật nhãn cầu, hội chứng tiểu não, hội chứng giao bên. Có cơn sụp đổ (Drop - attacks) khi quay cổ quá nhanh ở tư thế bất lợi [5].

- *Hội chứng chèn ép tủy cổ:*

+ Do các gai xương mọc ở phía sau thân đốt chèn ép vào phần trước tủy, biểu hiện liệt cứng nửa người hoặc tứ chi tăng dần [5].

+ Trên lâm sàng có thể định hướng chẩn đoán người bệnh không phải thoát vị đĩa đệm CSC hoặc thoái hóa CSC có hội chứng tủy cổ nếu không có nghiệm pháp Spurling và Lhermitte (cảm giác như điện giật đột ngột lan từ CSC xuống lưng khi

cúi cổ). Trong thoái hóa CSC, dấu hiệu này chỉ gặp ở nhóm người bệnh có hội chứng tủy cổ [17].

- *Các hội chứng thần kinh thực vật:*

+ Hội chứng giao cảm cổ sau (Hội chứng Barre - Lieou): Đau đầu vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, đau mỗi vai gáy, ảm giác bứt rứt.

+ Hội chứng vai - bàn tay: Đau vai lan xuống cánh tay, bàn tay, đau tăng khi vận động, teo cơ, yếu tay.

+ Hội chứng đám rối thần kinh cổ sau: hội chứng Claude Bernard – Horner, tê cứng bàn tay kiểu Raynaud, loạn cảm bỏng buốt khớp vai, co cứng các cơ cổ, tức ngực, hụt hơi, dị cảm ở họng.

+ Đau quanh khớp vai: Đau có tính chất phản xạ từ cổ xuống vai và cánh tay, đôi khi có tức ngực vùng trước tim. Khác với viêm quanh khớp vai, ở người bệnh này không có hạn chế vận động khớp vai.

+ Hội chứng cơ thang: Đau mặt trong cánh tay xuống ngón 4 - 5 và đau lan lên chẩm, đau tăng khi quay và nghiêng đầu sang bên đau kèm theo có lạnh ngón chi, xanh tím, phù nề, mất mạch quay. Chẩn đoán phân biệt với bệnh lý còn xương sườn cổ VII [5].

1.1.4.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chụp X - quang CSC ở tư thế thẳng, nghiêng, chếch $3/4$: Theo phân loại giai đoạn thoái hoá của Kellgren - Lawrence, trên phim X - quang xuất hiện hình ảnh sau: Gai xương nhỏ, hoặc nghi ngờ có gai xương; mọc gai xương rõ; hẹp khe khớp vừa, hẹp lỗ tiếp hợp (tư thế chếch $3/4$) kèm đặc xương dưới sụn, phì đại mấu bán nguyệt. Mật đường cong sinh lý cột sống cổ. [2.3.13]

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) CSC: cho biết chính xác vị trí, hình dạng của các biến đổi bệnh lý do quá trình THCSC gây ra, hình ảnh động mạch đốt sống bị đè đẩy.

- Chụp cắt lớp vi tính: có thể phát hiện hầu hết các chi tiết của đốt sống, hẹp lỗ gian đốt sống, các tổ chức gây hẹp, mức độ hẹp.[5] [15].

1.1.5. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

- Thoái hóa cột sống cổ không có tiêu chuẩn cụ thể chẩn đoán xác định, thường dựa vào lâm sàng (tuổi, HC cột sống cổ, HC rễ...) và cận lâm sàng (chụp X - quang, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ cột sống cổ) [18]

b. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh lý CSC như khối u, chấn thương, viêm CSC nhiễm khuẩn,...
- Các bệnh lý tủy sống do viêm, nhiễm trùng, hội chứng xơ cứng teo cơ một bên, bệnh đa xơ cứng,...
- Các bệnh lý ngoài CSC như viêm đám rối thần kinh cánh tay, hội chứng ống cổ tay, hội chứng lồi ra lồng ngực, bệnh lý tim mạch (nhồi máu cơ tim, thiếu máu cục bộ cơ tim,...), hô hấp gây đau vùng cổ vai hoặc tay, bệnh lý khớp vai và viêm quanh khớp vai [19] [5] [11].

1.1.6. Điều trị và phòng bệnh

a. Điều trị

Nguyên tắc: điều trị triệu chứng kết hợp với giải quyết nguyên nhân nếu có thể. Kết hợp điều trị bảo tồn bằng thuốc và các phương pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng. Chỉ định điều trị ngoại khoa khi cần thiết [19] [5].

** Các biện pháp không dùng thuốc:*

- Giáo dục người bệnh, thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc...
- Tập vận động CSC, vai, cánh tay với các bài tập thích hợp.
- Vật lý trị liệu: Liệu pháp nhiệt (điều trị bằng tia hồng ngoại), kích thích điện, siêu âm liệu pháp, xoa bóp, kéo giãn cột sống [19] [15].

** Dùng thuốc:* Thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ, thuốc giảm đau thần kinh, vitamin nhóm B hoặc dẫn chất B12 Mecobalamin...; Corticosteroid; các thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm.[5] [20].

** Điều trị ngoại khoa:*

- Được chỉ định khi các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng hoặc điều trị bảo tồn tại cơ sở chuyên khoa không đỡ, đau tăng lên, có triệu chứng chèn ép tủy [18]

1.2. Đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau vai gáy do thoái hóa CSC được xếp vào phạm vi chứng Tý có bệnh danh là Lạc chậm, Tý có nghĩa là bế tắc, không thông. Chứng Tý là chứng kinh mạch bị ngoại tà xâm phạm làm bế tắc dẫn đến khí huyết vận hành trở ngại, bì phu cân cốt cơ nhục khớp xương đau tức ê ẩm tê bì, co duỗi khó khăn [11] [21].

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Do ngoại tà xâm nhập: do vệ khí suy giảm, ở chỗ ướt át, dầm mưa, khí hậu nóng lạnh biến đổi đột ngột làm cho phong hàn thấp xâm phạm vào cơ thể, dồn vào kinh lạc, đọng ở các khớp, làm cho khí huyết tắc trở thành chứng tý. Tà khí phong hàn thấp uất lại ở kinh lạc lâu ngày hóa thành nhiệt, thấp uất hóa hỏa phát sinh chứng “nhiệt tý”. Hoặc do tạng phủ kinh lạc đã có nhiệt lại gặp tà khí phong hàn thấp xâm lấn vào, nhiệt bị uất thành chứng “nhiệt tý” [11] [21].

Khí trệ huyết ứ: do mang vác quá sức, bị chấn thương làm tổn hại kinh mạch, khí huyết trở trệ không thông mà sinh đau nhức.

Do can thận hư: bẩm tố tiên thiên không đủ, lại thêm lao động nặng nhọc, phòng dục quá độ hoặc bệnh lâu ngày, người già yếu dẫn đến thận tinh suy tổn không chủ được cốt tủy sinh ra bệnh [11] [10].

1.2.3. Các thể lâm sàng

Có nhiều tác giả phân loại khác nhau về các thể lâm sàng và điều trị, cập nhật mới nhất được trình bày chi tiết dưới đây [11] [21] [22].

a. Thể phong hàn

- *Triệu chứng:* Đau và nhức vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, có điểm đau cố định ở cổ, có thể sờ thấy cơ cứng ở cổ vai gáy, cứng cổ hạn chế vận động, sợ gió, sợ lạnh, trời lạnh đau tăng, chườm ấm đỡ đau, chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng, mạch phù hoãn.

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

- *Phương điều trị:* Quế chi gia Cát căn thang

- *Châm cứu:*

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

Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần 25 - 30 phút.

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

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

b. Thể thấp nhiệt

- *Triệu chứng:* Đau và hạn chế vùng vai gáy, vùng cột sống và phần mềm xung quanh sưng, nóng, đỏ, có sốt, khát nước, nước tiểu đỏ, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sắc.

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

- *Phương điều trị:* Bạch hổ gia quế chi thang

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

Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần 25 - 30 phút.

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

Nhĩ châm, Thủy châm và các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn.

c. Thể khí trệ huyết ứ

- *Triệu chứng:* Đau nhức, tê vùng đầu, cổ, gáy, lan ra vai, xuống cánh tay và bàn tay, đau có điểm cố định, đau cự ấn, cơ cứng cơ tại chỗ, kích thích khó chịu. Bệnh thường xảy ra sau mang vác vật nặng, sai tư thế. Miệng khô, lưỡi tím, có thể có điểm ứ huyết. Mạch huyền hoặc sấp. Thể huyết ứ thường ít xuất hiện đơn thuần mà kết hợp với các thể lâm sàng khác của chứng Tỳ.

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

- *Phương điều trị:* Tứ vật đào hồng hoặc Đào hồng ẩm gia giảm

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

Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần 25 - 30 phút.

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.

d. Thể phong hàn thấp kèm can thận âm hư

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

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

- *Phương điều trị*: Quyên tý thang

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

Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần 25 - 30 phút.

- *Xoa bóp bấm huyệt*: Tương tự như thể phong hàn, bấm các huyệt tương tự như công thức huyệt trên. Tác động cột sống vùng cổ gáy.

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

1.3. Tổng quan về phương pháp nghiên cứu

1.3.1. Tổng quan về túi chườm thảo dược

a. Khái niệm

Chườm thảo dược thuộc phương pháp chườm nóng nói chung, là dùng dược liệu nóng ấm chườm trực tiếp hoặc gián tiếp lên các vị trí bị bệnh để điều trị bệnh. Phương pháp này có được mô tả trong các tác phẩm Đông y kinh điển, như: Nội Kinh Tố Vấn - Điều kinh luận có chép: “Bệnh trong xương thì hơi nóng kim châm

hoặc dùng thuốc sao nóng chườm vào”; Linh Khu - Thọ yếu cương nhu cũng có chép bài thuốc sao nóng để chườm trên da chữa chứng hàn tý (đau khớp do lạnh, có giới thiệu bài thuốc ở phần sau). Các tác phẩm y học nổi tiếng như: Trừu hựu phương, Thiên kim phương, Ngoại đài bí yếu, Gia hựu bản thảo, Bản thảo cương mục, Vệ sinh bửu giám... đều có chép về phương pháp chườm nóng bằng thuốc. Như vậy, có thể nói chườm nóng là phương pháp chữa bệnh có lịch sử lâu đời và phạm vi ứng dụng rộng rãi. Phương pháp này đơn giản dễ làm, có tính an toàn cao mà hiệu quả lại nhanh chóng, mang lại cảm giác dễ chịu, rất được nhiều người yêu thích [23] [24].



Hình 1.2. Túi chườm thảo dược

b. Tác dụng của túi chườm thảo dược

Phương pháp chườm thảo dược chủ yếu mượn khí ấm nóng và tinh dầu trong thảo dược để trị liệu, nó có tác dụng ôn dương khí, khu hàn tà, thông kinh mạch, điều khí huyết... Sách Linh Khu, thiên Thích tiết chân tà viết: “Trị người bệnh quyết (hôn mê mà chân tay lạnh giá) trước hết phải dùng phép chườm nóng để điều hòa các kinh,... hỏa khí thông rồi, huyết mạch mới lưu hành” [23] [25].

Phép chườm nóng thích ứng với các chứng bệnh có hàn tà bên ngoài xâm nhập vào kinh lạc tạng phủ, hoặc bầm tạng dương hư, khí huyết không điều hòa dẫn đến các chứng bệnh khác, như phong hàn thấp tý (đau khớp dạng thấp), đau dạ dày, đau bụng do lạnh, ngực bụng đầy trướng, đại tiểu tiện không thông...[23] [26].

c. Nguyên liệu và trang thiết bị

- Thành phần dược liệu trong túi chườm:

Ngải diệp	200g	Gạo tẻ sao	200g	Địa liên	50g
Thảo quyết minh	200g	Thân và lá cây lá lốt	50g	Đại hồi	50g
Thiên niên kiện	200g	Quế chi	50g		

Các vị thảo dược khô, được tán thô (thảo quyết minh và gạo tẻ sao không tán) thành các mảnh có độ lớn vừa phải, giúp thuốc và tinh dầu thoát ra từ từ, tạo độ nóng bền cho túi chườm. May khít 2 miệng túi lại với nhau để thảo dược không bị rơi ra ngoài.

- Túi vải có kích thước 20 x 30 cm.
- Khăn, găng tay cách nhiệt, khay vuông.
- Thuốc xịt bông Panthenol.
- Lò vi sóng dung tích 20 lít, công suất 800W [25] [26].

d. Quy trình kỹ thuật của phương pháp túi chườm thảo dược

- Bước 1: Sử dụng trong lò vi sóng, thời gian 2 - 3 phút ở công suất trung bình cao (800W) để làm nóng túi chườm thảo dược.

Lưu ý khi sử dụng trong lò vi sóng:

+ Trước khi bật lò vi sóng: xếp gọn túi chườm đặt vào giữa đĩa thủy tinh của lò vi sóng, không để túi chạm vào thành lò.

+ Trong quá trình lò vi sóng hoạt động: cần chú ý quan sát túi chườm có thể bị kẹt, gây cháy.

+ Sau khi tắt lò: túi chườm nóng, dùng găng tay hoặc khăn mỏng kéo túi thuốc ra, dùng tay không có thể gây phỏng.

+ Túi chườm thảo dược mới lấy trong lò vi sóng ra có thể hơi ướt là bình thường, do hơi nước trong thảo dược bốc ra.

- Bước 2: Người bệnh bộc lộ vùng trị liệu.

- Bước 3: Dùng khăn mỏng bọc túi chườm (một lớp hoặc nhiều lớp), kiểm tra độ nóng có phù hợp hay không (khoảng 40⁰ - 50⁰ C) trước khi chườm, không chườm trực tiếp khi túi chườm còn nóng. Sau 05 - 10 phút có thể tháo bớt dần các lớp khăn và tiếp tục chườm.

- Bước 4: Kết thúc chườm
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo [26].

e. Chỉ định

- Các trường hợp cảm mạo phong hàn.
- Chứng phong hàn thấp tý như: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp, các bệnh liên quan đến cột sống, đốt sống.
- Đau bụng do hàn.
- Mày đay, dị ứng do lạnh ... [24] [26]



Hình 1.3. Người bệnh nằm túi chườm thảo dược

f. Chống chỉ định

- Các bệnh lý cấp cứu.
- Vùng mất cảm giác.
- Vùng da tổn thương: vết thương, chấn thương, mụn nhọt, chàm, ...
- Sốt cao, nhiễm trùng, nhiễm độc.

- Thận trọng : Vùng da giảm cảm giác, người say rượu, bệnh lý tâm thần, ...
[24] [26].

1.3.2. Tổng quan về tác động cột sống

a. Nguồn gốc của phương pháp

Tác động cột sống là phương pháp do lương y Nguyễn Tham Tán nghiên cứu sáng lập và phát triển. Qua quan sát, ông thấy những vùng vừa mới đánh gió xuất hiện những thay đổi tại chỗ như những nốt đỏ, đám sần đỏ, cơ lưng co cứng lên, lấy đầu ngón tay day bấm vào những điểm ấy thì người bệnh cảm thấy dễ chịu và một số người bệnh khỏi sau đó vài ngày. Từ thực tiễn qua hơn 50 năm chữa trị cho nhiều người bệnh cộng với tham khảo trên các tài liệu về giải phẫu sinh lý con người của YHHĐ cũng như lý luận YHCT, ông nhận thấy sự biến đổi ở cột sống có liên quan đến nhiều bệnh thuộc các hệ cơ quan như tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa, thần kinh, nội tiết và cơ xương khớp. Qua đó ông đã sáng tạo ra phương pháp tác động cột sống để chẩn, phòng và điều trị bệnh [27] [28] [29].

b. Khái niệm

Tác động cột sống là một phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, sử dụng phần mềm ở đầu ngón tay tác động cơ học lên hệ cột sống một lực thích hợp theo hướng trục và hướng tâm cột sống để điều trị bệnh [27] [30].

c. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định: Tác động cột sống áp dụng để chữa các bệnh [27] [28]:
 - + Hệ thần kinh: Suy nhược thần kinh, đau đầu, mất ngủ, di chứng tai biến mạch máu não, bại não, tự kỷ, đau dây thần kinh hông to...
 - + Hệ tuần hoàn: Tăng huyết áp, huyết áp thấp...
 - + Hệ nội tiết, hệ tiêu hóa, hệ hô hấp, hệ cơ xương khớp: Đau vai gáy, thiếu sữa, hen phế quản...
- Chống chỉ định:
 - + Chống chỉ định với bệnh thuộc diện cấp cứu nội và ngoại khoa, các bệnh nhiễm trùng, bệnh do virus gây ra, bệnh do chấn thương hay tai nạn, bệnh ngoài da.
 - + Hạn chế áp dụng với trường hợp loãng xương, lao xương, ung thư xương.

d. Các nguyên tắc chẩn đoán và điều trị bệnh

Nguyên tắc là những quy định bắt buộc của phương pháp, là kim chỉ nam giúp thầy thuốc xác định chính xác trọng điểm và giải tỏa được trọng điểm [27] [28].

- Nguyên tắc chẩn đoán bệnh:

+ Nguyên tắc đối xứng: chủ yếu là phát hiện các biểu hiện mất đối xứng trên hệ cột sống để xác định trọng điểm, các đối xứng đặc trưng của trọng điểm với ngoài trọng điểm nhằm chẩn đoán và đề ra phương hướng điều trị.

+ Nguyên tắc hưng phấn, chủ yếu là xác định trọng điểm ở trong khu vực có biểu hiện hưng phấn, khu vực ức chế không có trọng điểm.

+ Nguyên tắc trọng khu, chủ yếu là xác định khu vực có trọng điểm khu trú.

+ Nguyên tắc trọng khu, chủ yếu là xác định khu vực có trọng điểm khu trú.

+ Nguyên tắc trọng điểm là điểm trung tâm mất cân bằng lớn nhất.

- Nguyên tắc điều trị bệnh:

+ Nguyên tắc định lực: Là sự không chế hình thức tác động lực của thầy thuốc trên cột sống người bệnh. Theo quy định ở vùng lưng trên (D1 đến D7) được phép dùng lực của một ngón tay.

+ Nguyên tắc định hướng: Khi thao tác trị bệnh phải thao tác theo hướng từ ngoài vào trục cột sống.

+ Nguyên tắc tạo sóng cảm giác: Khi thao tác tại trọng điểm có thể áp dụng các thủ thuật điều trị nhằm tạo cho người bệnh có được cảm giác thích hợp.

+ Nguyên tắc định lượng: Thao tác khi đã thấy hình thái trọng điểm mà có biểu hiện đã thay đổi thì ngừng. Nếu tác động thêm là quá ngưỡng chịu đựng của cơ thể.

+ Nguyên tắc điều nhiệt: Khi thao tác trị bệnh mà vẫn không điều hòa được nhiệt độ thì không được phép tác động tiếp vì như vậy là tác động không đúng trọng điểm [27] [28].

* Các thủ thuật chẩn bệnh [29] [30]:

- Thủ thuật áp: Xác định sự biến đổi về nhiệt độ da. Hình thức của thủ thuật dùng lòng bàn tay hoặc mu bàn tay đặt nhẹ nhàng trên da những vùng cần xem xét

trên người bệnh, thao tác theo các trình tự thủ thuật để xác định đầy đủ những yêu cầu của phương pháp. Có thể dùng máy đo nhiệt độ để thay thế thủ thuật áp.

- Thủ thuật vuốt: Xác định hình thái dính cứng và lớp cơ bệnh lý. Hình thức của thủ thuật dùng lòng bàn tay hoặc các bụng ngón tay (từ ngón 1 đến 3 ngón) đặt thẳng vuốt đến cong ngón tay, thao tác tại khu vực trọng khu để thực hiện nội dung trên.

- Thủ thuật ấn: Xác định vị trí khu trú của lớp cơ bệnh lý. Hình thức của thủ thuật dùng phần mềm ở đầu ngón tay giữa, đặt tĩnh trên đầu gai sống bị biến đổi và lớp cơ cơ, lan tỏa hai bên rãnh sống, để xác định vị trí khu trú của lớp cơ cơ và cảm giác ở lớp ngoài, lớp giữa, lớp trong để làm cơ sở cho xác định trọng điểm.

- Thủ thuật vê: Xác định hình thái lớp cơ bệnh lý. Hình thức của thủ thuật dùng phần mềm ở đầu ngón tay thao tác tại các đầu gai đốt, khe đốt, cạnh đốt để xác định hình thái đốt sống trọng điểm.

* Các thủ thuật trị bệnh [25]:

- Thủ thuật đẩy: Dùng vân ngón tay cái hoặc vân 3 ngón tay trỏ, nhẫn và út đặt tĩnh tại một điểm, sau đó đẩy theo hướng quy định tùy theo hình thái đốt sống bệnh lý mà đẩy theo hướng: từ ngoài vào, từ trên xuống, từ dưới lên, hay từ trái sang phải hoặc từ phải sang trái. Với mục đích là tạo cho đốt sống chuyển động theo yêu cầu của thầy thuốc, tạo cảm giác thích hợp cho cơ thể người bệnh tự điều chỉnh nhằm giải tỏa rối loạn.

- Thủ thuật xoay: Dùng vân các ngón tay hoặc mô út hoặc mô ngón cái day tròn lên lớp cơ bệnh lý, người bệnh có cảm giác đau tức tại trọng điểm tác động, cảm giác đau giảm dần làm mềm cơ giải tỏa trọng điểm.

- Thủ thuật bật: dùng ngón tay cái hoặc 3 ngón tay trỏ, nhẫn, út, ấn mạnh sâu vào lớp cơ rồi bật mạnh sang trái hoặc sang phải một cách đột ngột để làm mềm lớp cơ bệnh lý.

- Thủ thuật rung: Dùng đầu ngón tay cái hoặc giữa hoặc út hoặc mô cái áp vào nông đến sâu kết hợp rung bàn tay làm mềm các thớ cơ để giải tỏa cơ cứng cơ ở trọng điểm.

- Thủ thuật bĩ: Dùng vân ngón tay giữa ấn sâu vào lớp cơ làm cho người bệnh có cảm giác đau tại chỗ giảm dần.

- Thủ thuật lách: Dùng gốc bàn tay ấn, day vùng trọng điểm và vùng lân cận để làm mềm toàn bộ cơ co cứng.

e. Các biến đổi trên người bệnh đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ

Đốt sống biến đổi: Vùng C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, D1, D2. Lớp cơ biến đổi: lớp cơ trên đầu gai C1, C2, C3 lan tỏa lên vùng chẩm và ngang sang hai bên cơ ức đòn chũm, tiết cơ ngang C4, C5, C6, C7 biến đổi thường có các sợi cơ nhỏ xơ cứng. Nhiệt độ biến đổi: Vùng cổ gáy lạnh hoặc nóng. Cảm giác biến đổi: đau tại trọng điểm và vùng cơ xơ co lan tỏa [31].

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

Thủ thuật tác động cột sống thường dùng điều trị bệnh ở vùng cổ, vùng vai gáy là thủ thuật xoay và bật [27] [28].

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

+ Trọng điểm: dùng các thủ thuật xoay, bật giải tỏa cơ cạnh sống tại C1 đến C7.

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

- Tùy theo vị trí và triệu chứng đau và tê ta chọn cách điều trị thích hợp:

+ Đau, tê vai: tác động vị trí cơ co cạnh sống tại C4.

+ Đau, tê cánh tay đoạn từ vai đến khuỷu: tác động vị trí cơ co cạnh sống tại C5.

+ Đau, tê khuỷu tay và 3 ngón tay giữa: tác động vị trí cơ co cạnh sống tại C7.

+ Đau, tê cổ tay: tác động vị trí cơ co cạnh sống tại C7, D1.

+ Đau, tê, khó cử động ngón tay cái: tác động vị trí cơ co cạnh sống tại C6.

+ Đau, tê ngón út: tác động vị trí cơ co cạnh sống tại C5, C6, C7, đốt sống liên quan D1, D2, D3.

+ Đau đầu vùng chẩm: tác động vị trí cơ co cạnh sống tại C1, C2, C6, C7.

1.3.3. Tổng quan về điện châm

a. Định nghĩa

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm. Kích thích của dòng điện, tác dụng làm ức chế cơn đau, kích thích hoạt động các cơ, tổ chức; tăng cường dinh dưỡng [25] [32].

b. Cơ chế tác dụng của điện châm

Theo YHHĐ:

- Phản ứng tại chỗ: Kích thích thần kinh – cơ, tăng tuần hoàn và giảm đau ngay vùng châm.

- Theo tiết đoạn: Tác động lên các rễ thần kinh cùng tiết đoạn giúp điều hòa co thắt và cải thiện đau.

- Toàn thân: Kích hoạt điều hòa trung ương, chọn huyết xa vẫn có thể giảm đau vùng bệnh khi đạt “đắc khí”[25].

Theo YHCT:

- Khi trạng thái âm dương trong cơ thể bị phá vỡ sẽ dẫn tới bệnh lý; tác động của châm cứu nhằm tái lập sự cân bằng này.

- Sự xuất hiện của bệnh làm cản trở chức năng lưu thông của kinh lạc; châm cứu hỗ trợ phục hồi và điều hòa hoạt động của hệ kinh lạc, giúp cải thiện triệu chứng. [21].

c. Chỉ định

- + Bệnh lý thần kinh: đau đầu, mất ngủ, đau hoặc liệt các dây thần kinh ngoại biên, các trường hợp liệt do tai biến mạch máu não...

- + Bệnh lý hô hấp: ho, hen phế quản nhẹ và vừa, khó thở...

- + Bệnh lý hệ tiết niệu - sinh dục: bí đái, đái dầm, không tự chủ, rối loạn kinh nguyệt, di tinh, liệt dương [25]...

d. Chống chỉ định

- + Các trường hợp bệnh lý thuộc diện cấp cứu.

- + Cơ thể mệt mỏi sau lao động, đói, mắc các bệnh tim mạch, thiếu máu, trạng thái tinh thần không ổn định.

- + Không châm các huyết Thần khuyết, Nhũ trung. Không châm sâu Phong phủ, Á môn, Liêm tuyền [21] [22].

1.4. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Tăng Cảnh Chiêu (2014) nghiên cứu phương pháp điện châm kết hợp với xoa bóp điều trị hội chứng rễ thần kinh do thoái hóa cột sống cổ cho 90 người bệnh, sử dụng các huyệt Giáp tích C4, C5, C6; Phong trì, Đại chùy, Hậu Khê, Hợp cốc, Ngoại quan thấy kết quả tốt 60%, khá 30% [33].

Trương Linh (2015) dùng bài Hoàng kỳ quế chi ngũ vật thang kết hợp với châm cứu điều trị 100 người bệnh thoái hóa cột sống cổ, thấy khỏi 40,1%, đỡ bệnh 52% [34].

See Yoon Seo và cộng sự (2017) thống kê một số nghiên cứu điều trị đau cổ vai gáy mạn tính bằng châm cứu và điện châm tại 3 nước Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc. Kết quả cho thấy châm cứu có tác dụng giảm đau nhưng khi sử dụng điện châm thì hiệu quả giảm đau tốt hơn so với châm cứu đơn thuần [35].

Jin Feng Huang và cộng sự (2020) tổng kết từ 22 nghiên cứu với 2588 người bệnh đau vai gáy mạn tính ở Mỹ thấy so với các phương pháp khác như không điều trị, tập luyện, điều trị bằng thuốc, xoa bóp thì châm cứu có tác dụng giảm đau và phục hồi các chức năng tốt hơn trên người bệnh đau cổ vai mạn tính và là một phương pháp điều trị an toàn [36].

1.5. Tình hình nghiên cứu ở Việt Nam

Hồ Đăng Khoa (2011) sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt có kết hợp tập vận động theo YHCT trong điều trị đau vai gáy do THCS mang lại kết quả 86,7% tốt, 10% khá, 3,3% trung bình [37].

Nguyễn Tuyết Trang (2013) đánh giá tác dụng của cây chỉ Catgut trong điều trị đau vai gáy do THCS thể phong hàn thấp tý, nhóm cây chỉ có điểm đau VAS trung bình giảm từ $5,78 \pm 1,28$ điểm xuống $1,53 \pm 0,84$ điểm, cải thiện tầm vận động cột sống cổ và mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày tốt hơn nhóm điện châm [38].

Nguyễn Vũ Úy (2017) đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Thư cân hoạt huyết thang” trên người bệnh đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ thấy hiệu quả rõ rệt trong giảm đau, điểm VAS giảm từ $5,82 \pm 1,44$ điểm xuống $1,28 \pm$

1,03 điểm, cải thiện tầm vận động cột sống cổ, mức độ ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày, điểm NPQ giảm từ $13,46 \pm 5,49$ điểm xuống $4,98 \pm 4,79$ điểm [39].

Phạm Nhật Minh (2018) đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp vận động không xung lực trên người bệnh đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ thấy hiệu quả rõ rệt trong giảm đau, điểm VAS giảm từ $5,23 \pm 0,97$ điểm xuống $1,23 \pm 0,98$ điểm, giảm co cứng cơ, giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày, điểm NDI giảm từ $17,05 \pm 5,26$ điểm xuống $5,37 \pm 2,77$ điểm [40].

Bùi Thị Lệ Ninh (2019) đánh giá tác dụng của liệu pháp kinh cân trong điều trị người bệnh đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ thấy hiệu quả giảm đau, điểm VAS giảm từ $5,40 \pm 0,78$ điểm xuống $0,73 \pm 0,71$ điểm, giảm co cứng cơ, giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày, điểm NDI giảm từ $25,12 \pm 2,39$ điểm xuống $3,12 \pm 1,11$ điểm [41].

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

- Phương pháp túi chườm thảo dược: (Phụ lục 4)

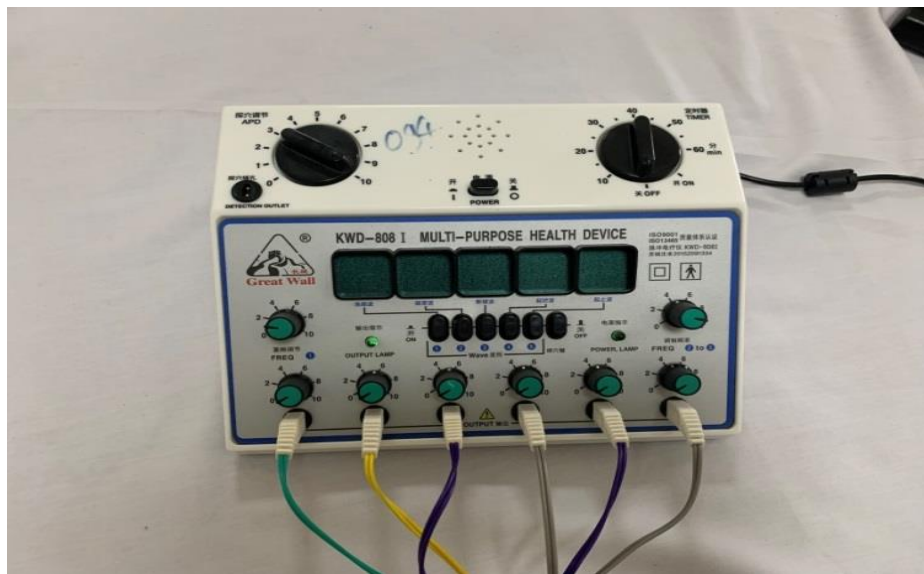
Ngải diệp	200g	Gạo tẻ sao	200g	Địa liền	50g
Thảo quyết minh	200g	Thân và lá cây lá lốt	50g	Đại hồi	50g
Thiên niên kiện	200g	Quế chi	50g		

Các vị thảo dược khô, được tán thô thành các mảnh có độ lớn vừa phải, giúp thuốc và tinh dầu thoát ra từ từ, tạo độ nóng bền cho túi chườm. May khít 2 miệng túi lại với nhau để thảo dược không bị rơi ra ngoài.

- Phương pháp điện châm.
- Phương pháp tác động cột sống.

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Máy điện châm KWD - TN09 - T06 của Công ty Trách nhiệm hữu hạn Thương mại và sản xuất Thiết bị Y tế Hà Nội.



Hình 2.1: Máy điện châm

- Kim châm cứu bằng thép không gỉ, dài 5cm - 10cm, đường kính 0,1mm, đầu nhọn; kích thước 0,3 x 25 mm, kim được tiệt trùng, mỗi hộp 10 kim/ vỉ x 10 vỉ, xuất xứ hãng Đông Á, Việt Nam.



Hình 2.2: Kim châm cứu

- Pank vô khuẩn, bông, cồn 70⁰.
- Túi vải, khăn, găng tay cách nhiệt.
- Thuốc xịt bông Panthenol.
- Thước dây, thước đo mức độ đau VAS, thước đo tầm vận động (TVĐ) của khớp ROM.
- Bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) (xem phụ lục 3).
- Bệnh án nghiên cứu (xem phụ lục 1).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán xác định Đau vai gáy do thoái hóa CSC theo YHHĐ, được khám và điều trị ngoại trú tại Khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.
- Không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.
- Có mức độ đau: $3 \leq \text{VAS} \leq 6$.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ nguyên tắc điều trị.

*** Theo YHHD:**

Người bệnh được chẩn đoán xác định đau vai gáy do THCS theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị về cơ xương khớp” của Bộ Y tế năm 2016 [42].

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, được chẩn đoán xác định đau vai gáy do THCS.

- Lâm sàng có biểu hiện ít nhất một triệu chứng của hội chứng cột sống.

+ Đau cột sống cổ: đau mỗi CSC, đau kèm theo co cứng cơ cạnh sống cổ, cảm giác cứng gáy, đau ê ẩm CSC sau khi ngủ dậy.

+ Có điểm đau cột sống cổ: thường có xu hướng nghiêng đầu về bên đau và vai bên đau nâng lên cao hơn bên lành.

+ Hạn chế vận động CSC.

- Điểm VAS: $3 \text{ điểm} \leq \text{VAS} \leq 6 \text{ điểm}$.

- Hội chứng rễ thần kinh cổ: người bệnh đau vùng vai gáy âm ỉ, tăng từng cơn, có thể lan lên vùng chẩm, xuống vai, cánh tay kèm theo tê một vùng ở cánh tay, cẳng tay, ngón tay.

- Trên phim chụp X - quang có một trong các hình ảnh thường gặp sau:

+ Có gai xương, mỏ xương.

+ Hẹp lỗ tiếp hợp.

+ Hẹp khe khớp đốt sọ.

+ Thay đổi đường cong sinh lý đơn thuần. [5] [14].

*** Theo YHCT:**

Người bệnh được chẩn đoán chứng Tý vùng vai gáy thể Can thận hư kiêm phong hàn thấp tý với các chứng trạng sau: vùng cổ gáy đau nhức, co cứng khó vận động; đau tăng lên khi gặp lạnh, gió, mưa, ẩm; sợ lạnh, cảm giác lạnh vùng cổ gáy, đau giảm khi chườm ấm hoặc xoa bóp. Có thể kèm theo các triệu chứng như: đau đầu, đau lan xuống vai, tay, đau lưng, mỏi gối, ù tai, hoa mắt chóng mặt, Lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu trắng dày, đôi khi hơi vàng hoặc nhớt; mạch trầm tế hoặc trầm tế sác. [11] [21].

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh

- Người bệnh đau vai gáy do bệnh không phải THCSC (TVĐĐ).
- Người bệnh đau vai gáy kèm theo hội chứng chèn ép tuỷ hoặc các bệnh mạn tính như (ung thư nguyên phát, thứ phát tại cột sống, nhiễm khuẩn, viêm cột sống dính khớp, lao cột sống, loãng xương, chấn thương cột sống, ...).
- Phụ nữ có thai.
- Người bệnh loãng xương nặng, tăng huyết áp không kiểm soát được.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng với các thành phần của túi chườm.
- Người bệnh đang mắc các bệnh cấp tính khác.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiền cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước - sau điều trị và so sánh với nhóm chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Sử dụng công thức:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

n	Cỡ mẫu nghiên cứu.
α	Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$.
$Z_{(1-\alpha/2)}$	Hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$
$1 - \beta$	Độ mạnh thống kê, chọn $1 - \beta = 0.8$
p_1	Ước lượng tỷ lệ người bệnh điều trị Đau vai gáy do THCSC bằng

	phương pháp TĐCS kết hợp Điện châm có hiệu quả, dựa trên nghiên cứu trước (Vũ Duy Tuấn 2023)[43], $p_1 = 0.6$
p_2	Ước lượng tỷ lệ người bệnh điều trị Đau vai gáy bằng phương pháp túi chườm thảo dược kết hợp TĐCS, điện châm có hiệu quả. D_0 chưa có nghiên cứu từ trước $\rightarrow$ giả định $p_2 = 0,88$
$\bar{p}$	$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$ Là giá trị trung bình của p_1 và p_2

Từ công thức tính trên ta có $n = 38$ [44]. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 38 người bệnh đau vai gáy cho mỗi nhóm (nhóm NC và nhóm ĐC). Chọn $n = 40$.

- Nhóm NC: Gồm 40 người bệnh, được điều trị bằng phương pháp điện châm, tác động cột sống kết hợp với túi chườm thảo dược.

- Nhóm ĐC: Gồm 40 người bệnh, được điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp tác động cột sống.

2.3.3. Quy trình nghiên cứu

Bước 1:

Người bệnh được chẩn đoán Đau vai gáy do THCS đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được lựa chọn vào nghiên cứu.

Người bệnh được thực hiện khám lâm sàng, chụp X - quang CSC, chụp X - quang ngực thẳng, đo mật độ xương.

Người bệnh được đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị (D_0).

Bước 2:

Nhóm NC: Gồm 40 người bệnh, được điều trị bằng Túi chườm thảo dược kết hợp điện châm, tác động cột sống, đợt điều trị là 15 ngày (thứ 7, chủ nhật nghỉ điều trị). Theo thứ tự:

- Tác động cột sống [27] [28].
- Điện châm theo phác đồ của Bộ Y Tế [45].
- Túi chườm thảo dược.

Nhóm ĐC: Gồm 40 người bệnh, được điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp tác động cột sống, đợt điều trị là 15 ngày (thứ bảy, chủ nhật nghỉ điều trị).

Theo thứ tự:

- Tác động cột sống.
- Điện châm theo phác đồ của Bộ Y Tế [45].

Bước 3:

Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị tại các thời điểm: trước điều trị (D_0), ngày thứ 05 điều trị (D_5), ngày thứ 10 điều trị (D_{10}), ngày thứ 15 điều trị (D_{15}).

2.3.3.1. Quy trình tác động cột sống

- Chuẩn bị người bệnh: căn cứ theo hình thái đốt sống cổ bị biến đổi để lựa chọn các tư thế TĐCS phù hợp với người bệnh (đã đề cập tại mục 2.1).

- Tiến hành cụ thể: phương pháp TĐCS phân chia CSC thành 2 vùng là vùng CSC trên và vùng CSC dưới. Vùng CSC trên bao gồm các đốt sống C1, C2, C3. Vùng CSC dưới bao gồm các đốt sống từ C4 - C7.

** Đối với vùng CSC trên [46]:*

- Xác định và giải tỏa trọng điểm các vùng liên quan ở CSC trên: Áp dụng thủ thuật vuốt, bật để xác định và giải tỏa các sợi cơ từ trọng điểm lan tỏa đến vùng xung quanh theo trình tự sau:

- + Vuốt để xác định trọng điểm.
- + Bật để giải tỏa từ vùng giữa cơ thang đến vùng ngoài cơ thang cho tới bờ ngoài cơ ức đòn chũm.
- + Thao tác hướng dọc lớp cơ từ bờ xương chẩm xuống dưới, từ ngang xương quai hàm vào bờ ngoài cơ ức đòn chũm rồi tới khe đốt sống C3 - C4.

- Xác định và giải tỏa trọng điểm vùng CSC trên: Dùng các thủ thuật vuốt, ấn, vê để xác định trọng điểm sau đó dùng các thủ thuật xoay, bẻ để giải tỏa trọng điểm theo trình tự sau:

- + Giữa đầu gai sau đốt sống C1, C2, C3.
- + Cạnh đầu gai sau đốt sống C1, C2, C3.
- + Bờ trong cơ thang vùng C1, C2, C3.

- + Giữa khe đốt C1 và C2, C2 và C3, C3 và C4.
- + Cạnh khe đốt trên và dưới đốt sống C1 và C2, C2 và C3, C3 và C4.
- + Khe đốt ở bờ trong cơ thang.

* *Đối với vùng CSC dưới [46]:*

- Xác định và giải tỏa trọng điểm các vùng liên quan ở CSC dưới: Khi thao tác phải song chỉnh và dùng các thủ thuật vuốt và bật theo trình tự sau:

- + Giữa cơ thang từ ngang khe đốt C3 - C4 đến ngang khe đốt C7 - D1
- + Bờ ngoài cơ thang
- + Cơ vai trước
- + Bờ ngoài cơ ức đòn chũm đến xương ức và xương đòn.

- Xác định và giải tỏa trọng điểm vùng CSC dưới: Khi thao tác phải song chỉnh và dùng các thủ thuật vuốt, bật, vê, xoay, ấn theo các vị trí và trình tự sau:

- + Giữa đầu gai đốt sống C4, C5, C6, C7.
- + Cạnh đầu gai đốt sống từ C4 đến C7.
- + Bờ trong cơ thang sát gai đốt sống từ C4, C5, C6, C7.
- + Giữa khe các đốt sống C4 và C5, C5 và C6, C6 và C7.
- + Cạnh khe đốt sống C4 và C5, C5 và C6, C6 và C7.
- + Khe đốt ở bờ trong cơ thang từ C4 đến C7

2.3.3.2. Quy trình điện châm

Theo “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền” của Bộ Y tế năm 2020 [47].

- Tư thế người bệnh nằm sấp ở tư thế thoải mái.

- Xác định và sát trùng da vùng huyết: Chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ.

- Một tay dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; tay còn lại châm kim nhanh qua da vùng huyết. Đẩy kim từ từ theo huyết đạo, kích thích kim cho đến khi đạt “đắc khí”.

- Kích thích huyết bằng máy điện châm: nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo thứ tự ưu tiên: 2 huyết cùng tên, cùng đường kinh, loại kinh và theo tần số bổ - tả của máy điện châm:

- + Tần số (đặt tần số cố định): Tả 6 - 20Hz; Bỏ 0.5 - 4 Hz
- + Cường độ: từ 14 đến 150 μ A (tăng dần đến ngưỡng chịu đựng của người bệnh)
- + Thời gian 30 phút cho một lần điện châm
- + Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.
- Công thức huyết trong nghiên cứu:
- + Châm tả: Giáp tích (C4 - C7), Phong trì (GB.20), Kiên tỉnh (GB.21), Kiên ngưng (LI.15), Khúc trì (LI.11), Hợp cốc (LI.4), Ngoại quan (TE.5), Đại chùy (GV.14), Đại trử (BL.11), Hậu Khê (SI.3).
- + Châm bổ: Can du (BL.18), Thận du (BL.23).

2.3.3.3. Quy trình chườm túi thảo dược

- Sử dụng trong lò vi sóng, thời gian 2 - 3 phút ở công suất trung bình cao (800W) để làm nóng túi chườm thảo dược.

Lưu ý khi sử dụng trong lò vi sóng:

- + Trước khi bật lò vi sóng: xếp gọn túi chườm đặt vào giữa đĩa thủy tinh của lò vi sóng, không để túi chạm vào thành lò.
- + Trong quá trình lò vi sóng hoạt động: cần chú ý quan sát túi chườm có thể bị kẹt, gây cháy.
- + Sau khi tắt lò: túi chườm nóng, dùng găng tay hoặc khăn mỏng kéo túi thuốc ra, dùng tay không có thể gây phỏng.
- + Túi chườm thảo dược mới lấy trong lò vi sóng ra có thể hơi ướt là bình thường, do hơi nước trong thảo dược bốc ra.
- Người bệnh bộc lộ vùng trị liệu.
- Dùng khăn mỏng bọc túi chườm (một lớp hoặc nhiều lớp), kiểm tra độ nóng có phù hợp hay không (khoảng 40⁰ - 50⁰ C) trước khi chườm, không chườm trực tiếp khi túi chườm còn nóng. Sau 05 - 10 phút có thể tháo bớt dần các lớp khăn và tiếp tục chườm.
- Thời gian 15 phút cho một lần chườm túi thảo dược

- Kết thúc chườm
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo [26].

2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- **Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.
- **Các chỉ tiêu lâm sàng:** đánh giá tại các thời điểm: trước điều trị (D_0), ngày thứ 05 điều trị (D_5), ngày thứ 10 điều trị (D_{10}), ngày thứ 15 điều trị (D_{15}).
 - + Mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale).
 - + Đo TVĐ của CSC gấp (cúi), duỗi (ngửa), nghiêng, quay bên đau (dùng thước đo tâm vận động ROM bằng phương pháp zero).
 - + Đánh giá mức độ chèn ép rễ (đau lan thoe đường đi của rễ thần kinh, rối loạn cảm giác kiểu rễ, teo cơ, rối loạn thần kinh thực vật).
 - + Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày (Bộ câu hỏi NDI).
 - + Đánh giá hiệu quả điều trị chung.

Trường hợp người bệnh mắc cả 2 bên thì tiến thành đánh giá bên đau hơn.

- **Các chỉ tiêu đánh giá tác dụng không mong muốn**

- Điện châm như: Vỡng châm, gãy kim, chảy máu, nhiễm trùng tại chỗ châm.
- Tác động cột sống: đau tăng lên.
- Túi chườm thảo dược: Bỏng, dị ứng ngoài da.

Cách xử trí các tác dụng không mong muốn tại cơ sở nghiên cứu:

Điện châm: vỡng châm lập tức rút kim, đặt người bệnh ở tư thế nằm duỗi thẳng chân tay, kê đầu thấp, đảm bảo thông thoáng dễ thở, giải thích cho người bệnh, sau đó cho người bệnh uống nước gừng đường nóng, nếu bất tỉnh day bấm huyệt Nhân trung. Nếu chảy máu kịp thời lấy bông khô thấm máu, ấn nhẹ để cầm máu. Nếu gãy kim thì khuyên người bệnh giữ nguyên tư thế rồi dùng panh gấp kim ra. Nếu nhiễm trùng nhẹ thì chỉ nên dùng các thuốc sát trùng tại chỗ để châm hoặc bôi còn nhiễm trùng nặng hơn có thể phối hợp dùng kháng sinh.

- Tác động cột sống: đau tăng lên thì dừng thủ thuật tác động cột sống.
- Túi chườm thảo dược: bỏng thì dừng chườm và dùng thuốc xịt bỏng Panthenol xử trí, nếu dị ứng ngoài da thì dùng túi chườm, nếu không đỡ có thể uống thuốc kháng histamin H1 như Loratadin 10 mg.

• Cách tính điểm các chỉ số nghiên cứu

* **Đánh giá mức độ đau:**

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

Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS là một thước có 2 mặt:

- + Một mặt chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm.
- + Một mặt có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức để người bệnh tự lượng giá cho đồng nhất độ đau.
- Trước khi đo, giải thích và mô tả cho người bệnh hiểu rõ phương pháp đánh giá cảm giác đau để người bệnh tự chỉ ra mức độ đau của mình.

Bảng 2.1. Cách tính điểm phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS trong nghiên cứu

Điểm VAS	Mức độ đau	Điểm đánh giá trong nghiên cứu
VAS = 0	Không đau	1
$1 < \text{VAS} \leq 3$	Đau nhẹ	2
$3 < \text{VAS} \leq 6$	Đau vừa	3
$6 < \text{VAS} \leq 10$	Đau nặng	4

* **Đánh giá 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 [48]. Phương pháp này quy định mọi cử động khớp đều được đo từ vị trí khởi đầu Zero (còn gọi là phương pháp Zero).

- Vị trí Zero: Là tư thế đứng thẳng của người bình thường, đầu thẳng, mắt nhìn ra phía trước, hai chân thẳng, đầu gối không gập, hai bàn chân song song với nhau, bờ trong hai bàn chân áp sát vào nhau.
- Vị trí giải phẫu duỗi của chi và thân thể được quy ước là 0.
- Dụng cụ đo: Góc thước là một mặt phẳng hình tròn, chia độ từ 0 - 360 độ, một cạnh di động và một cạnh cố định, dài 30 cm.

Bảng 2.2. Cách tính điểm và phân loại TVĐ của CSC trong nghiên cứu

Mức độ	Cúi	Ngửa	Nghiêng	Quay	Điểm
Không hạn chế	$45^0 - 55^0$	$60^0 - 70^0$	$40^0 - 50^0$	$60^0 - 70^0$	1 điểm
Hạn chế ít	$40^0 - 44^0$	$55^0 - 59^0$	$35^0 - 39^0$	$55^0 - 59^0$	2 điểm
Hạn chế vừa	$35^0 - 39^0$	$50^0 - 54^0$	$30^0 - 34^0$	$50^0 - 54^0$	3 điểm
Hạn chế nhiều	$30^0 - 34^0$	$45^0 - 49^0$	$25^0 - 29^0$	$45^0 - 49^0$	4 điểm
Hạn chế rất nhiều	$< 30^0$	$< 45^0$	$< 25^0$	$< 45^0$	5 điểm

*** Đánh giá hội chứng rễ thần kinh**

HC rễ thần kinh được đánh giá bằng các triệu chứng đau vùng gáy lan theo đường đi của rễ thần kinh, rối loạn cảm giác kiểu rễ, teo cơ, giảm phản xạ gân xương [5] [20]. NB không có triệu chứng của HC rễ được tính 1 điểm; có ít nhất một triệu chứng của HC rễ được tính 2 điểm.

Bảng 2.3. Cách tính điểm và phân loại hội chứng rễ thần kinh

Mức độ	Điểm
Không có triệu chứng của hội chứng rễ	1 điểm
Có ít nhất một triệu chứng của hội chứng rễ	2 điểm

*** Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày**

Bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) [49] của tác giả Howard Vernon là một công cụ dùng để tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau vai gáy hoặc các bệnh lý chấn thương cổ. Bộ câu hỏi NDI được công bố lần đầu vào năm 1991 và là bộ câu hỏi đầu tiên cho việc tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cột sống cổ, đã được dịch ra hơn 20 ngôn ngữ và được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu điều trị. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục, điểm tối đa là 50 điểm và được đánh giá như sau:

Bảng 2.4. Phân loại chức năng sinh hoạt hàng ngày dựa theo thang điểm NDI trong nghiên cứu.

Điểm NDI	Mức độ	Điểm
0 – 4 điểm	Không hạn chế	1 điểm
5 – 14 điểm	Hạn chế nhẹ	2 điểm
15 – 24 điểm	Hạn chế trung bình	3 điểm
25 – 34 điểm	Hạn chế nhiều	4 điểm
> 34 điểm	Hoàn toàn hạn chế	5 điểm

• Đánh giá kết quả điều trị chung

Đánh giá kết quả chung sau điều trị theo công thức của B. Amor [50] dựa vào 3 chỉ số: mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ hạn chế tầm vận động CSC, mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo bộ câu hỏi NDI theo công thức như sau:

$$\text{Hiệu quả điều trị} = \frac{|\text{Tổng điểm TĐT} - \text{Tổng điểm SĐT}|}{\text{Tổng điểm TĐT}} \times 100\%$$

Phân loại hiệu quả điều trị như sau:

Tốt: $\geq 75\%$

Khá $\geq 50\%$ đến dưới 75% .

Trung bình: Từ $\geq 25\%$ đến dưới 50%

Kém: $< 25\%$.

• Đánh giá tác dụng không mong muốn

Theo dõi các tác dụng không mong muốn của điện châm: Vụng châm, gãy kim, chảy máu, nhiễm trùng tại chỗ châm. Tác dụng không mong muốn của tác

động cột sống: đau tăng lên. Tác dụng không mong muốn của túi chườm thảo dược, điều trị tia hồng ngoại như: bỏng, dị ứng ngoài da. Cách tính điểm: Cách tính điểm: “0” điểm là không, “1” điểm là có.

2.4. Địa điểm thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2025 đến tháng 10/2025.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm xử lý số liệu SPSS 22.0.

Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn SD.

So sánh giá trị TB của các nhóm bằng T – test, so sánh các tỷ lệ của các nhóm bằng kiểm định χ^2 .

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

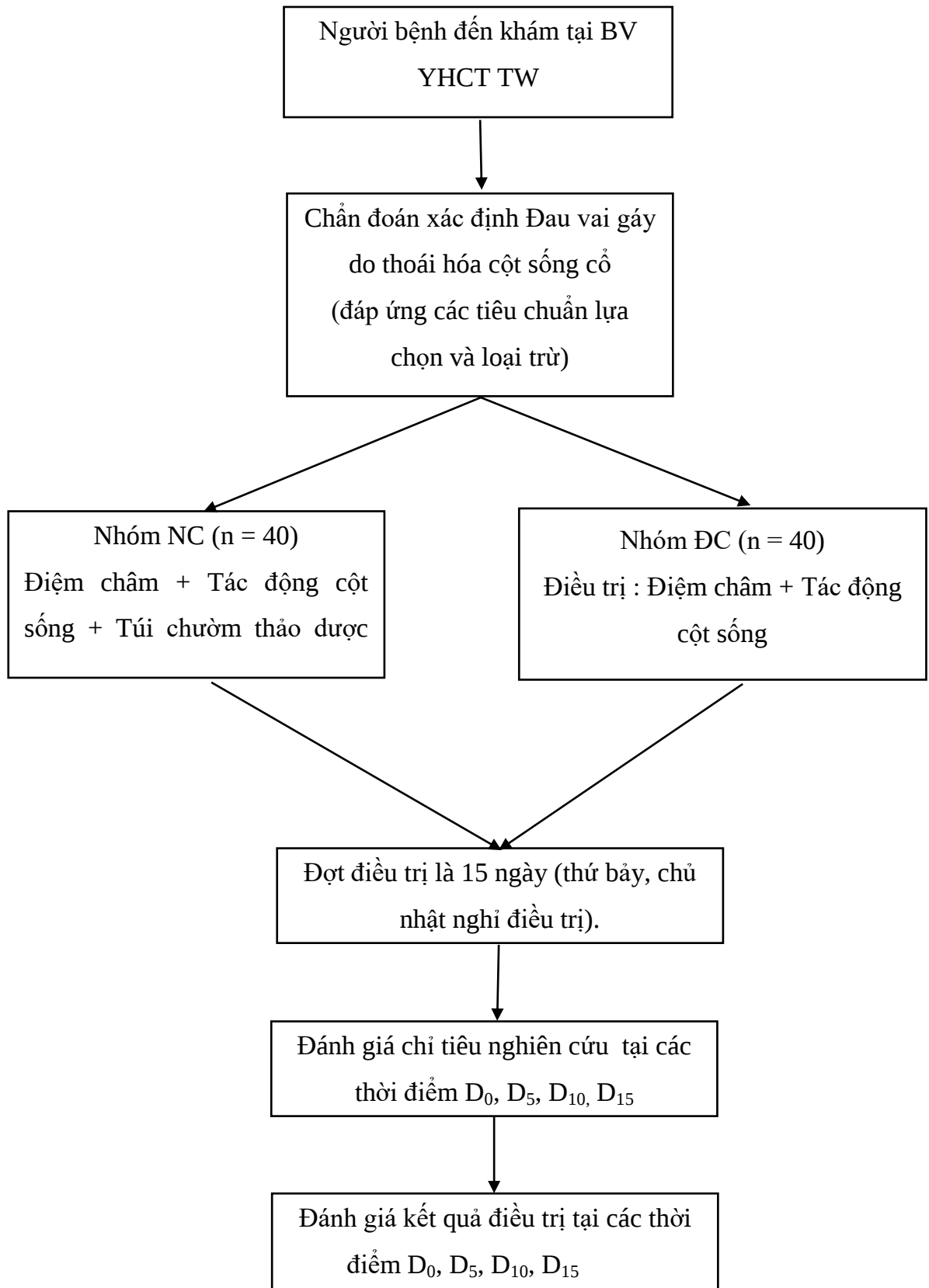
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng khoa học của Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương thông qua.

Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác. Người bệnh đều tự nguyện tham gia trong nghiên cứu sau khi được giải thích rõ phác đồ điều trị.

Các thông tin cá nhân của người bệnh tham gia nghiên cứu được giữ bí mật. Thông tin chỉ phục vụ cho nghiên cứu chứ không sử dụng cho mục đích khác

Khi người bệnh có dấu hiệu bệnh nặng thêm hoặc yêu cầu ngừng tham gia nghiên cứu thì chúng tôi sẽ thay đổi phác đồ điều trị hoặc ngừng nghiên cứu.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố người bệnh theo tuổi

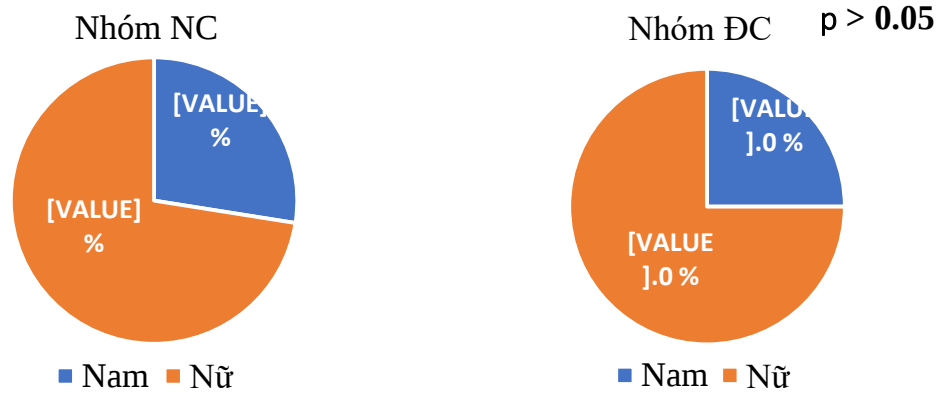
Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi

Nhóm Nhóm tuổi	Nhóm NC (n = 40)		Nhóm ĐC (n = 40)		P (NC - ĐC)
	n	%	n	%	
18 - 29	1	2,5	4	10,0	> 0,05
30 - 39	8	20,0	7	17,5	
40 - 49	14	35,0	19	47,5	
50 - 59	12	30,0	6	15,0	
60 - 69	4	10,0	3	7,5	
≥ 70	1	2,5	1	2,5	
Tổng	40	100	40	100	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	47,30 ± 10,87		43,95 ± 10,69		> 0,05

Nhận xét:

Theo bảng 3.1, tỷ lệ người bệnh ở cả nhóm NC và nhóm ĐC đều cao nhất ở nhóm tuổi 40 - 49 tuổi, trong đó ở nhóm NC chiếm 35 %, nhóm ĐC chiếm 47,5 %. Nhóm tuổi ≥ 70 tuổi có tỷ lệ thấp nhất, chiếm 2,5 % ở cả hai nhóm. Tuổi trung bình của nhóm NC là 47,30 ± 10,87, nhóm ĐC là 43,95 ± 10,69

3.1.2. Đặc điểm theo giới

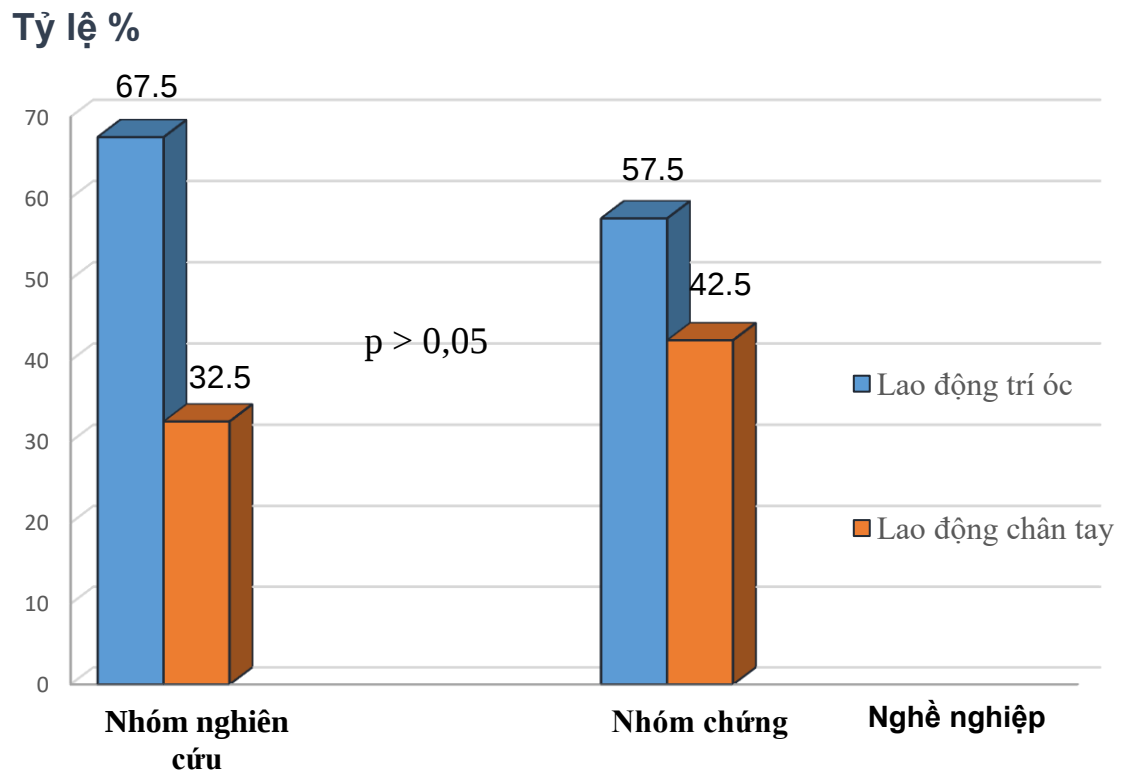


Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính

Nhận xét:

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ người bệnh nữ gấp nhiều hơn nam ở cả hai nhóm. Nhóm NC có tỷ lệ người bệnh nữ chiếm 72,5 %, tỷ lệ này ở nhóm DC là 75 %.

3.1.3. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp



Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Nhận xét:

Trong nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh lao động trí óc là 67,5% ở nhóm nghiên cứu và 57,5% ở nhóm chứng; cao hơn tỷ lệ lao động chân tay là 32,5% nhóm nghiên cứu và 42,5% ở nhóm chứng.

3.1.4. Phân bố người bệnh theo thời gian bị bệnh**Bảng 3.2. Đặc điểm về thời gian bị bệnh**

Nhóm Thời gian	Nhóm NC		Nhóm chứng		P_{NC-ĐC}
	N	%	n	%	
1 – 3 tháng	8	20,0	5	12,5	> 0,05
3 – 6 tháng	22	55,0	25	62,5	
> 6 tháng	10	25,0	10	25,0	
Tổng	40	100	40	100	
$\bar{X} \pm SD$	5,33 ± 3,81		5,23 ± 2,76		> 0,05

Nhận xét:

Người bệnh có thời gian bị bệnh trước điều trị 3 - 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, chiếm 55% ở nhóm NC và 62,5% ở nhóm chứng. Người bệnh bị bệnh < 3 tháng chiếm 20% ở nhóm nghiên cứu và 12,5% ở nhóm chứng; số người bệnh bị bệnh > 6 tháng chiếm 25% ở cả hai nhóm.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

3.1.2.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị

Bảng 3.3. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị

Mức độ đau \ Nhóm	Nhóm NC (n = 40)		Nhóm chứng (n = 40)		P _{Đ0}
	N	%	n	%	
Không đau	0	-	0	-	
Đau nhẹ	0	-	0	-	
Đau vừa	40	100	40	100	> 0,05
Đau nặng	0	-	0	-	
Tổng	40	100	40	100	
$\bar{X} \pm SD$	5,35 $\pm$ 0,62		5,23 $\pm$ 0,69		> 0,05

Nhận xét:

Tại thời điểm trước điều trị, người bệnh có mức độ đau vừa chiếm tỷ lệ 100% ở cả hai nhóm. Điểm đau VAS trung bình của hai nhóm là tương đương nhau, không có sự khác biệt về tỷ lệ đau giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Trước điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm NC là 5,35 $\pm$ 0,62 (điểm) còn nhóm đối chứng là 5,23 $\pm$ 0,69 (điểm).

3.1.2.2. Tầm vận động cột sống cổ trước điều trị

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

Nhóm NB \ TVĐ (độ)	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$	Nhóm chứng $\bar{X} \pm SD$	P _{Đ0}
Cúi	40,30 $\pm$ 3,26	39,17 $\pm$ 3,20	> 0,05
Ngửa	54,60 $\pm$ 3,09	53,95 $\pm$ 3,04	
Nghiêng	35,28 $\pm$ 3,25	34,67 $\pm$ 3,05	
Xoay	49,98 $\pm$ 3,23	49,70 $\pm$ 2,80	

Nhận xét:

Tâm vận động cột sống cổ trước điều trị của hai nhóm đều hạn chế ở tất cả các động tác cúi, ngửa, nghiêng, xoay.

Bảng 3.5. Phân bố người bệnh theo mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ trước điều trị

TVĐ \ Nhóm	Nhóm NC (n = 40)		Nhóm chứng (n = 40)		P _{Đ0}
	n	%	n	%	
Hạn chế ít	0	-	0	-	> 0,05
Hạn chế vừa	4	10,0	8	20,0	
Hạn chế nhiều	36	90,0	32	80,0	
Hạn chế rất nhiều	0	-	0	-	
Tổng	40	100	40	100	
$\bar{X} \pm SD$	10,40 $\pm$ 1,85		11,03 $\pm$ 2,01		> 0,05

Nhận xét:

Trước điều trị, tỷ lệ người bệnh có tâm vận động CSC hạn chế nhiều chiếm 90% nhóm NC và 80% nhóm chứng, mức độ hạn chế tâm vận động vừa chiếm 10% nhóm NC và 20% nhóm chứng. Điểm đo tâm vận động trung bình của nhóm NC là 10,40 $\pm$ 1,85 điểm, của nhóm chứng là 11,03 $\pm$ 2,01 điểm.

3.1.2.3. Hội chứng rễ thần kinh trước điều trị

Bảng 3.6. Hội chứng rễ thần kinh trước điều trị

HC rễ \ Nhóm	Nhóm NC (n = 40)		Nhóm chứng (n = 40)		P _{Đ0}
	n	%	n	%	
Không có HC rễ	17	42,5	19	47,5	> 0,05
Có hội chứng rễ	23	57,5	21	52,5	
Tổng	40	100	40	100	

Nhận xét:

Trước điều trị, tỷ lệ người bệnh có hội chứng rể thần kinh chiếm 57,5% ở nhóm NC và 52,5% ở nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2.4. Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày trước điều trị**Bảng 3.7. Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày trước điều trị**

NDI	Nhóm NC (n = 40)		Nhóm chứng (n = 40)		p Do
	N	%	n	%	
Hạn chế nhẹ	12	30,0	8	20,0	> 0,05
Hạn chế trung bình	22	55,0	26	65,0	
Hạn chế nặng	4	10,0	3	7,5	
Hoàn toàn hạn chế	2	5,0	3	7,5	
Tổng	40	100	40	100	
$\bar{X} \pm SD$	20,68 $\pm$ 6,77		19,75 $\pm$ 8,73		> 0,05

Nhận xét:

Trước điều trị, tỷ lệ người bệnh hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở mức độ trung bình gặp nhiều nhất ở cả hai nhóm, 55% nhóm NC và 65% nhóm chứng; nhóm NC có 30% hạn chế nhẹ, 10% hạn chế nặng và 5% hạn chế hoàn toàn; nhóm chứng có 20% hạn chế nhẹ, 7,5% hạn chế nặng và hạn chế hoàn toàn. Điểm trung bình hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở nhóm NC là 20,68 $\pm$ 6,77 điểm, nhóm chứng là 19,75 $\pm$ 8,73 điểm.

3.1.2.5. Phân bố người bệnh theo tổn thương cột sống cổ trên phim X – quang

Bảng 3.8. Hình ảnh trên phim X – quang cột sống cổ

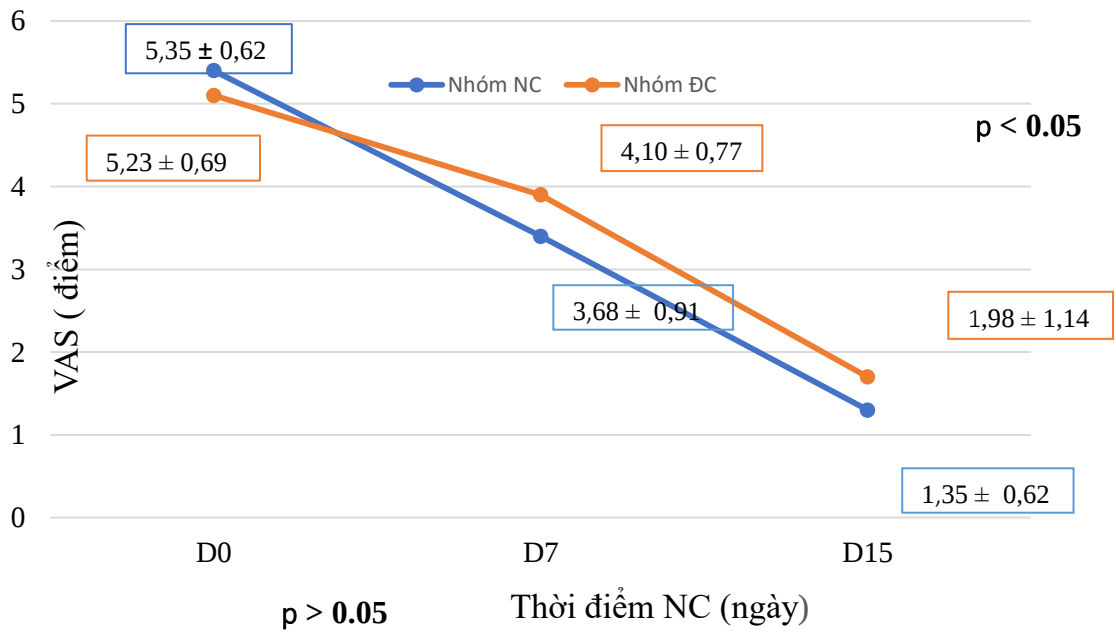
X quang CSC	Nhóm	Nhóm NC (n = 40)		Nhóm chứng (n=40)		p _{D0}
		n	%	n	%	
Gai xương		36	90,0	37	92,5	> 0,05
Hẹp khe đốt sống		20	50,0	16	40,0	
Hẹp lỗ tiếp hợp		11	27,5	10	25,0	
Mất đường cong sinh lý		10	25,0	16	40,0	

Nhận xét:

Hình ảnh gai xương trên phim chụp X - quang cột sống cổ gặp với tỷ lệ cao nhất, 90% nhóm nghiên cứu và 92,5% nhóm chứng; hẹp khe đốt sống 50,0% ở nhóm nghiên cứu và 40,0% ở nhóm chứng; hẹp lỗ tiếp hợp ở nhóm nghiên cứu là 27,5%, 25% nhóm đối chứng. Tỷ lệ mất đường cong sinh lý chiếm 25% ở nhóm nghiên cứu và 40% ở nhóm chứng.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Hiệu quả giảm đau sau điều trị



Biểu đồ 3.3. Kết quả thay đổi chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm NC

Nhận xét:

Trước điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,35 \pm 0,62$ điểm và nhóm chứng là $5,23 \pm 0,69$ điểm.

Sau 7 ngày điều trị, điểm VAS trung bình ở cả hai nhóm đều được cải thiện rõ rệt với $p < 0,05$. VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là $3,68 \pm 0,91$ điểm và nhóm chứng là $4,10 \pm 0,77$ điểm.

Sau 15 ngày điều trị, điểm VAS trung bình ở nhóm nghiên cứu giảm còn $1,35 \pm 0,62$ điểm thấp hơn so với nhóm chứng là $1,98 \pm 1,14$ điểm.

Bảng 3.9. Mức độ đau sau điều trị

Nhóm VAS	Nhóm NC (n = 40)					Nhóm chứng (n = 40)				
	D ₀		D ₁₅		p _{D15-D0}	D ₀		D ₁₅		p _{D15-D0}
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không đau	0	0	3	7,5	< 0,05	0	0	1	2,5	< 0,05
Đau nhẹ	0	0	37	92,5		0	0	31	77,5	
Đau vừa	40	100	0	0		40	100	8	20,0	
Đau nặng	0	0	0	0		0	0	0	0	
Tổng	40	100	40	100		40	100	30	100	
$\bar{x} \pm SD$	5,35 ± 0,62		1,35 ± 0,62		p < 0,05	5,23 ± 0,69		1,98 ± 1,14		p < 0,05
p _{D0}	> 0,05									
p _{D15}	< 0,05									

Nhận xét:

Sau điều trị 15 ngày, ở nhóm NC có 7,5% số người bệnh không đau, 92,5% người bệnh đau nhẹ; ở nhóm chứng có 2,5% số người bệnh không đau, 77,5 người bệnh đau nhẹ và còn 20% người bệnh đau vừa.

3.2.2. Tầm vận động cột sống cổ sau điều trị

Bảng 3.10. Tầm vận động cột sống cổ sau 7 ngày điều trị

Nhóm TVĐ (độ)	Nhóm NC $\bar{x} \pm SD$		Nhóm chứng $\bar{x} \pm SD$		P_{NC-C}
	D₀	D₇	D₀	D₇	
Cúi	40,30 ± 3,26	44,18 ± 2,62	39,17 ± 3,20	43,13 ± 2,97	<0,05
Ngửa	54,60 ± 3,09	58,90 ± 2,92	53,95 ± 3,04	56,35 ± 3,01	<0,05
Nghiêng	35,28 ± 3,25	40,01 ± 2,33	34,67 ± 3,05	38,15 ± 2,94	>0,05
Xoay	49,98 ± 3,23	54,53 ± 2,75	49,70 ± 2,80	52,45 ± 3,12	>0,05
P _{D7-D0}	< 0,05		< 0,05		

Nhận xét:

Sau 7 ngày điều trị, tầm vận động cột sống cổ ở cả 4 động tác của hai nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p < 0,05$. Sau điều trị, so sánh giữa hai nhóm, người bệnh trong nhóm nghiên cứu có tầm vận động CSC có xu hướng tốt hơn so với nhóm chứng đặc biệt là hai động tác cúi và ngửa.

Bảng 3.11. Tầm vận động cột sống cổ sau 15 ngày điều trị

Nhóm TVĐ (độ)	Nhóm NC $\bar{x} \pm SD$		Nhóm chứng $\bar{x} \pm SD$		P_{NC-C}
	D₀	D₁₅	D₀	D₁₅	
Cúi	40,30 ± 3,26	50,10 ± 3,55	39,17 ± 3,20	46,60 ± 3,96	< 0,05
Ngửa	54,60 ± 3,09	62,18 ± 3,90	53,95 ± 3,04	58,43 ± 3,08	< 0,05
Nghiêng	35,28 ± 3,25	45,08 ± 2,93	34,67 ± 3,05	41,58 ± 3,98	< 0,05
Xoay	49,98 ± 3,23	58,65 ± 3,33	49,70 ± 2,80	55,40 ± 3,12	> 0,05
P _{D15-D0}	< 0,05		< 0,05		

Nhận xét:

Sau 15 ngày điều trị, tầm vận động cột sống cổ ở cả 4 động tác của hai nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p < 0,05$. Sau điều trị, so sánh giữa hai nhóm, người bệnh trong nhóm nghiên cứu có tầm vận động CSC có xu hướng tốt hơn so với nhóm chứng đặc biệt là ba động tác cúi, ngửa và nghiêng.

Bảng 3.12. Phân bố theo mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ

TVĐ \ Nhóm	Nhóm NC (n = 40)				p _{D15-D0}	Nhóm chứng (n=40)				p _{D15-D0}
	D ₀		D ₁₅			D ₀		D ₁₅		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không hạn chế	0	0	5	12,5	< 0,05	0	0	0	0	< 0,05
Hạn chế ít	0	0	25	62,5		0	0	20	50,0	
Hạn chế vừa	4	10,0	10	25,0		8	20,0	20	50,0	
Hạn chế nhiều	36	90,0	0	0		32	80,0	0	0	
Hạn chế rất nhiều	0	0	0	0		0	0	0	0	
Tổng	40	100	40	100		40	100	40	100	
$\bar{x} \pm SD$	10,40 ± 1,85		5,13 ± 1,28		p < 0,05	11,03 ± 1,95		6,58 ± 1,45		p < 0,05
p _{D0}	> 0,05									
p _{D15}	< 0,05									

Nhận xét:

Sau điều trị, mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ của hai nhóm đều giảm so với trước điều trị với $p < 0,05$; nhóm nghiên cứu giảm từ $10,40 \pm 1,85$ điểm xuống $5,13 \pm 1,28$ điểm so sánh với nhóm chứng từ $11,03 \pm 1,95$ điểm giảm xuống $6,58 \pm 1,45$ điểm, nhóm nghiên cứu có xu hướng giảm nhiều hơn so với nhóm chứng. Sau điều trị, tỷ lệ mức vận động cột sống cổ của nhóm nghiên cứu 12,5% không hạn chế, hạn chế ít là 62,5%, hạn chế vừa là 25%; ở nhóm chứng, hạn chế ít 50%, hạn chế vừa 50%. Sự khác biệt giữa hai nhóm về tầm vận động cột sống cổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Hội chứng rề thần kinh sau điều trị

Bảng 3.13. Hội chứng rề thần kinh sau điều trị

HC rẽ	Nhóm	Nhóm NC				Nhóm chứng				P _{D0}	P _{D15}
		D ₀		D ₁₅		D ₀		D ₁₅			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Không có HC rẽ		17	42,5	33	82,5	19	47,5	29	72,5	> 0,05	> 0,05
Có HC rẽ		23	57,5	7	17,5	21	52,5	11	27,5		
Tổng		40	100	40	100	40	100	40	100		
P _{D15-D0}		< 0,05				< 0,05					

Nhận xét:

Sau điều trị, tỷ lệ người bệnh có hội chứng rề giảm từ 57,5% xuống 17,5% ở nhóm nghiên cứu; Ở nhóm chứng, giảm từ 52,5% xuống 27,5%. Tỷ lệ hội chứng rề, sau điều trị giảm so với trước điều trị ở cả 2 nhóm có ý nghĩa với $p < 0,05$. Hiệu quả sau điều trị hội chứng rề của hai nhóm tương đương nhau với $p > 0,05$.

3.2.4. Hoạt động sinh hoạt hàng ngày sau điều trị

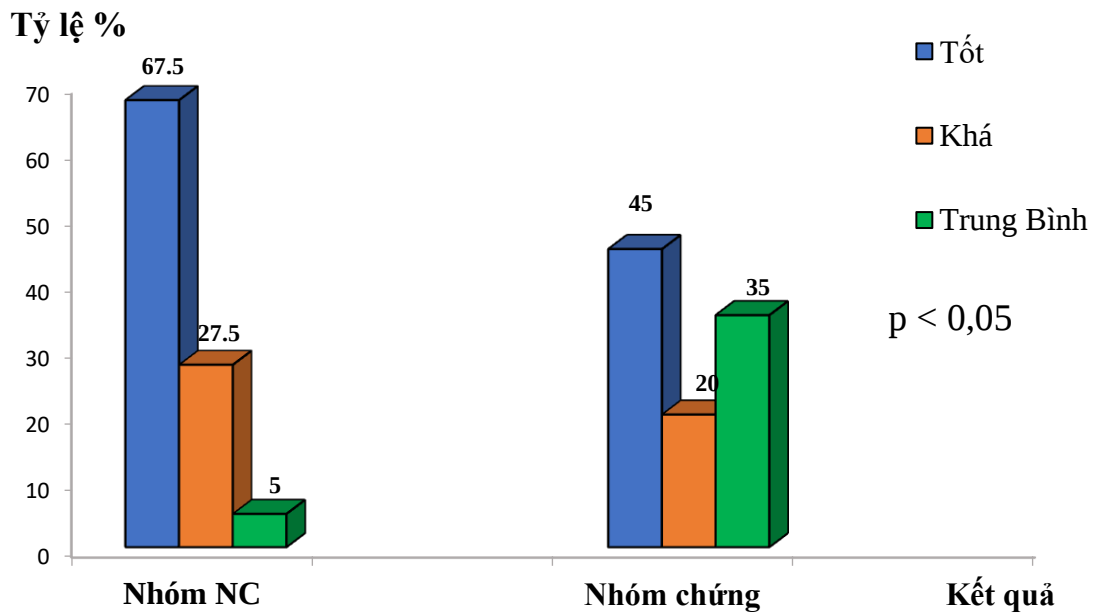
Bảng 3.14. Hiệu quả cải thiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày theo thang NDI sau điều trị

Nhóm NDI	Nhóm NC				p _{D15- D0}	Nhóm chứng				p _{D15- D0}
	D ₀		D ₁₅			D ₀		D ₁₅		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không hạn chế	0	0	20	50,0	< 0,05	0	0	6	15,0	< 0,05
Hạn chế nhẹ	12	30,0	20	50,0		8	20,0	12	30,0	
Hạn chế trung bình	22	55,0	0	-		26	65,0	21	52,5	
Hạn chế nặng	4	10,0	0	0		3	7,5	1	2,5	
Hoàn toàn hạn chế	2	5,0	0	0		3	7,5	0	0	
Tổng	40	100	40	100		40	100	40	100	
$\bar{x} \pm SD$	20,68±6,77		5,53±3,21		p < 0,05	19,75±8,73		13,40±6,34		P < 0,05
p _{D0}	> 0,05									
p _{D15}	< 0,05									

Nhận xét:

Sau điều trị, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ người bệnh không hạn chế sinh hoạt hàng ngày là 37,5% và 50% hạn chế nhẹ, hạn chế trung bình là 12,5%; nhóm chứng có 20% không hạn chế là 60% hạn chế nhẹ và 20% là hạn chế trung bình. Điểm NDI trung bình của nhóm nghiên cứu trước điều trị là $20,68 \pm 6,77$ điểm, sau điều trị là $5,53 \pm 3,21$ điểm. Ở nhóm chứng, trước điều trị $19,75 \pm 8,73$ điểm, sau điều trị $13,40 \pm 6,34$ điểm; sự khác biệt trước sau điều trị của hai nhóm có ý nghĩa với $p < 0,05$. Điểm trung bình NDI của nhóm nghiên cứu giảm thấp hơn nhóm chứng.

3.2.5. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.4. Kết quả điều trị của hai nhóm

Nhận xét:

Sau 15 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu có 67,5% người bệnh đạt loại tốt, 27,5% đạt loại khá và 5% trung bình; ở nhóm chứng có 45% người bệnh loại tốt, 20% đạt loại khá và 35% loại trung bình.

3.3. Tác dụng không mong muốn

Trong quá trình điều trị, 80 người bệnh ở cả hai nhóm không ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào của các phương pháp can thiệp như: bỏng da, dị ứng da, vệt thâm, nhiễm trùng vị trí châm, gãy kim... Đau tăng lên, tổn thương cột sống, tổn thương phần mềm cạnh cột sống,...

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm chung

4.1.1.1. Đặc điểm về giới

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ người bệnh nữ cao hơn người bệnh nam ở cả hai nhóm. Ở nhóm NC tỷ lệ nữ là 72,5%, nhóm chứng tỷ lệ này là 75,0%.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác như nghiên cứu của Phan Văn Nam 2019 (nữ 86,7%, nam 13,3%) [51], Lê Đức Khang 2020 (nữ 70%, nam 30%) [52].

Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho tỷ lệ nam và nữ ở người bệnh THCS tương đương nhau: Nghiên cứu của Lê Thị Diệu Hằng (2012) có tỷ lệ người bệnh nữ là 56,2% và nam là 43,8% [53]; Bùi Thị Lệ Ninh (2019) có nam là 58,3% và nữ 41,7% [41].

Cho đến nay chưa có nghiên cứu cụ thể nào đánh giá sự liên quan giữa giới tính và tỷ lệ mắc bệnh đau vai gáy do THCS. Tuy vậy tỷ lệ nữ > nam có thể giải thích liên quan đến quá trình lão hóa của nữ giới nhanh hơn nam giới, sau mãn kinh nồng độ hormon Estrogen giảm sút làm tăng tốc độ loãng xương và giảm mật độ tái tạo xương. Theo YHCT nữ giới ở tuổi 49 trở đi thì mạch xung nhâm hư sau, thiên quý kiệt, mạch thận không thông nên dễ mắc bệnh hơn nam giới cùng lứa tuổi. Ngoài ra giới nữ có thể nhạy cảm với đau và khả năng chịu đựng kém hơn nam giới cho nên tỷ lệ đến khám và điều trị thường xuyên hơn.

Sự khác biệt này có thể do đặc điểm của từng địa điểm và thời gian 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 bệnh đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ. Ngoài ra, giới nữ có thể nhạy cảm về đau hơn so với nam nên nữ sẽ đi khám bệnh sớm hơn và thường xuyên hơn so với nam giới.

4.1.1.2. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1 cho thấy người bệnh nghiên cứu chủ yếu ở độ tuổi 40 - 49 tuổi, chiếm 35% ở nhóm nghiên cứu và 47,5% ở nhóm chứng. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,30 \pm 10,87$ tuổi; nhóm chứng là $43,95 \pm 10,69$ tuổi.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Hoàng Thị Hậu (2016) có 48,8% người bệnh tuổi từ 40 - 60 tuổi [54], của Phạm Nhật Minh (2018) có người bệnh tuổi từ 40 - 60 chiếm 50% [40].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của người bệnh thấp hơn nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh (2014) có tuổi trung bình là $60,40 \pm 9,92$ tuổi [55], của Nguyễn Hoài Linh (2016) có tuổi trung bình của người bệnh là $60,27 \pm 12,68$ tuổi [56], của Bùi Thị Lệ Ninh (2019) có tuổi trung bình là $56,08 \pm 11,94$ tuổi [41].

Thoái hóa là quá trình tự nhiên của cơ thể và tăng dần theo tuổi. Trong đó thoái hóa cột sống cổ là bệnh rất thường gặp, đứng hàng thứ hai sau thoái hóa cột sống thắt lưng. Tỷ lệ người bệnh thoái hóa cột sống cổ tăng cao ở người trên 40 tuổi [18]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh thoái hóa cột sống cổ có triệu chứng đạt đỉnh ở 50 tuổi [57]. Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ người bệnh thoái hóa cột sống cổ khác nhau giữa các cộng đồng, khác biệt do cỡ mẫu nhỏ, nên chưa đủ phản ánh đúng tỷ lệ bệnh trong quần thể. Ngoài ra người bệnh trên 60 tuổi thường kèm các bệnh nội khoa khác, nên khi xuất hiện đau vai gáy do THCS thì sẽ nhập viện điều trị nội trú. Do đó ở nghiên cứu của chúng tôi người bệnh trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ thấp.

Theo lý luận của Y học cổ truyền, ở nữ 7 tuổi thì thận khí thịnh, răng thay, tóc dài, 14 tuổi thì thiên quý đến, tuổi cơ thể phát triển toàn diện sung sức, gân xương rắn chắc... Khi được 7 thiên quý (49 tuổi) mạch nhâm hư, mạch thái xung suy yếu, thiên quý kiệt. Và ở nam 8 tuổi, thận khí thực thì tóc tốt, thay răng, 16 tuổi thận khí thịnh, thiên quý đến, tinh khí tràn đầy... Ở lứa tuổi 56, chức năng hoạt động của can và thận bắt đầu giảm sút: can khí suy yếu làm gân kém bền, thận tinh hao hụt khiến cốt tủy không được nuôi dưỡng đầy đủ. Đồng thời, thiên quý dần cạn, cơ thể dễ mệt mỏi, tóc rụng, răng yếu và vệ khí kém vững. Vì can chủ cân và thận chủ cốt nên sự

suy giảm chức năng hai tạng này theo tuổi tác dẫn tới các chứng tý do cân cốt không được nuôi dưỡng, tương ứng với các bệnh lý thoái hóa khớp trong Y học hiện đại.

4.1.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Biểu đồ 3.2 cho thấy người bệnh đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ làm công việc lao động trí óc ở nhóm nghiên cứu là 67,5% và nhóm chứng là 57,5%; chiếm tỷ lệ cao hơn so với lao động chân tay với 32,5% ở nhóm nghiên cứu, 42,5% ở nhóm chứng.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh (2014) có tỷ lệ lao động trí óc chiếm 66,7% [55]; Phạm Nhật Minh (2018) có lao động trí óc chiếm 63,33% [40]; Bùi Thị Lệ Ninh (2019) có lao động trí óc chiếm 67,5% [41].

Hồ Hữu Lương cho rằng tư thế lao động nghề nghiệp cúi cổ lâu (đánh máy, bàn giấy...) với các động tác đơn điệu lặp đi lặp lại của đầu thì cổ vai gáy luôn phải chịu một trọng lực thường xuyên, khiến một số nhóm cơ phải hoạt động quá sức, cơ bị co cứng gây đau và hạn chế tầm vận động của cột sống cổ [18]. Trong thời đại 4.0 hiện nay, nhờ vào sự phát triển của khoa học công nghệ thì điều kiện sinh hoạt và làm việc cũng thay đổi, con người ngày càng ít vận động, làm việc tại chỗ ở tư thế cúi đầu lâu hoặc động tác đơn điệu lặp đi lặp lại của đầu và cổ làm giảm tuần hoàn nuôi dưỡng, về lâu dài sẽ gây các triệu chứng đau, co cứng cơ vùng cổ gáy và thoái hóa cột sống cổ. Do vậy tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm này cao hơn nhóm lao động chân tay. 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 người bệnh trong nghiên cứu.

4.1.1.4. Thời gian bị bệnh

Theo bảng 3.2, cho thấy thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm NC là $5,33 \pm 3,81$ tháng và của nhóm chứng là $5,23 \pm 2,76$ tháng. Trong đó thời gian mắc bệnh từ 3 - 6 tháng chiếm tỷ lệ cao là 55% ở nhóm NC và 62,5% ở nhóm chứng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phạm Minh Vương (2016) là 46,7% [58]. Một số nghiên cứu khác có thời gian mắc bệnh ngắn hơn như của tác giả của Lê Thị Diệu Hằng (tỷ lệ người bệnh bị bệnh trên 1 tháng ở nhóm nghiên cứu là 68,8%, nhóm

chúng là 75%) [53], Sự khác biệt này có lẽ do thời gian tiến hành nghiên cứu và tiêu chuẩn lựa chọn NB của các tác giả là khác nhau. Bên cạnh đó là do nhận thức chủ quan của người bệnh về tầm quan trọng của việc điều trị sớm và sự tuân thủ điều trị. Đau vai gáy do THCS là bệnh lý tiến triển trong thời gian dài, các triệu chứng cải thiện nhanh với những phương pháp điều trị nhưng dễ bị tái phát liên quan nhiều đến thói quen vận động và sinh hoạt hàng ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn NB thể can thiệp hư kém phong hàn thấp nên thời gian NB mắc bệnh lâu hơn.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

4.1.2.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị

Theo bảng 3.3, trước điều trị, mức độ đau theo thang điểm VAS của hai nhóm đều ở mức độ đau vừa (từ 4 đến 6 điểm). Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,35 \pm 0,62$ điểm, nhóm chứng là $5,23 \pm 0,69$ điểm. Sự khác biệt về điểm đau VAS và tỷ lệ phân bố người bệnh ở các mức độ đau giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Linh (2016) có điểm VAS trung bình trước điều trị của nhóm nghiên cứu là $5,57 \pm 1,04$ điểm và $5,13 \pm 1,20$ điểm ở nhóm chứng [56]. Điểm đau VAS trung bình trước điều trị của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Nhật Minh (2018) là $5,10 \pm 1,06$ điểm [40].

Trong THCS, triệu chứng lâm sàng nhiều khi không điển hình như các bệnh mang tính chất cấp tính. Nhiều người bệnh chỉ có triệu chứng nhẹ, thoáng qua, không trầm trọng nên dễ bị bỏ qua. Chỉ khi có ảnh hưởng thực sự đến khả năng lao động, ảnh hưởng đến các động tác sinh hoạt hàng ngày người bệnh mới đến cơ sở y tế để điều trị. Đây là lý do khiến tỷ lệ người bệnh có mức độ đau vừa chiếm tỷ lệ cao và cũng là lý do chủ yếu khiến người bệnh khó chịu phải đến khám và điều trị.

4.1.2.2. Tầm vận động cột sống cổ trước điều trị

Theo bảng 3.4 và 3.5, trước điều trị, cả hai nhóm đều hạn chế ở tất cả các động tác cúi, ngửa, nghiêng, quay bên đầu. Giữa hai nhóm, mức hạn chế tầm vận động CSC không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Người bệnh hạn chế vận động cột sống cổ phân bố nhiều nhất là mức độ hạn chế nhiều chiếm 90% ở nhóm nghiên cứu

và 80% ở nhóm chứng, mức hạn chế vừa có 10% ở nhóm nghiên cứu và 20% ở nhóm chứng. Điểm vận động cột sống cổ trung bình của là nhóm nghiên cứu $10,40 \pm 1,85$ điểm, nhóm chứng là $11,03 \pm 2,01$ điểm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh (2014) có điểm vận động cột sống cổ trung bình của nhóm chứng là $11,47 \pm 6,03$ điểm, nhóm nghiên cứu $11,70 \pm 5,45$ điểm [55]; nghiên cứu của Hoàng Thị Hậu (2016) có điểm trung bình của nhóm chứng là $12,32 \pm 4,42$ điểm, nhóm nghiên cứu $12,07 \pm 3,67$ điểm [54]; nghiên cứu của Phạm Nhật Minh (2018) có điểm trung bình của nhóm chứng là $10,47 \pm 4,67$ điểm, nhóm nghiên cứu $9,67 \pm 5,06$ điểm [40].

Khi đau và co cứng cơ nhiều sẽ làm hạn chế tầm vận động của CSC, mức độ hạn chế vận động cũng phù hợp với mức độ đau và co cứng cơ của người bệnh. Hạn chế tầm vận động CSC trong đau vai gáy do THCS cổ là hậu quả của triệu chứng đau, co cứng cơ, do giảm độ đàn hồi bao khớp và dây chằng, do các tổn thương gai xương, hẹp khe khớp...cùng với mức độ giảm đau, giảm co cứng cơ thì cải thiện tầm vận động cột sống cổ là tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị.

4.1.2.3. Hội chứng rễ thần kinh trước điều trị

Theo bảng 3.6, trước điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng rễ chiếm 57,5% ở nhóm nghiên cứu và 52,5% ở nhóm chứng; không gặp các triệu chứng giảm phản xạ gân xương, teo cơ hay liệt vận động chi trên. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ mắc hội chứng rễ trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Nhật Minh (2018) có hội chứng rễ gặp ở 46,67% bệnh nhân nhóm chứng và 40% nhóm nghiên cứu [40]. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác như: Đặng Trúc Quỳnh (2014) có 70% bệnh nhân có hội chứng rễ ở nhóm chứng và 80% nhóm nghiên cứu [55]; Nguyễn Hoài Linh (2016) có hội chứng rễ gặp ở 80% bệnh nhân nhóm chứng và 73,33% nhóm nghiên cứu [56]; Bùi Thị Lê Ninh (2019) có hội chứng rễ gặp ở 72,5% bệnh nhân nhóm chứng và 65% nhóm nghiên cứu [41]. THCS rất thường gặp với các triệu chứng đau, đau lan dọc theo đường đi của dây thần kinh. Các dây thần kinh bị chèn ép trong lỗ tiếp hợp, sẽ kích

thích các rễ kèm theo phản ứng viêm xung quanh rễ và tổn thương mạch máu gây phù nề, thiếu máu thứ phát cho nên xuất hiện triệu chứng đau kiểu rễ lan dọc các dây thần kinh chi phối của nó. Ở bệnh nhân THCS, thường gặp các triệu chứng đau lan xuống tay.

4.1.2.4. Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày trước điều trị

Theo bảng 3.6, trước điều trị, người bệnh hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở mức độ hạn chế trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 55% ở nhóm nghiên cứu và 65% ở nhóm chứng. Điểm trung bình theo bộ câu hỏi NDI là $20,68 \pm 6,77$ điểm ở nhóm nghiên cứu và $19,75 \pm 8,73$ điểm ở nhóm chứng. Điểm NDI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu khác như: nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh (2014) là $17,93 \pm 4,57$ điểm ở nhóm chứng và $19,83 \pm 5,95$ điểm ở nhóm nghiên cứu [55]; Phạm Nhật Minh (2018) là $19,07 \pm 5,34$ điểm ở nhóm chứng và $17,05 \pm 5,26$ điểm ở nhóm nghiên cứu [40]. Điểm NDI trung bình trong nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Lệ Ninh (2019) là $25,12 \pm 2,39$ điểm ở nhóm chứng và $25,22 \pm 2,15$ điểm ở nhóm nghiên cứu [41]. Sự khác biệt này có lẽ do địa điểm lựa chọn người bệnh và thời gian tiến hành nghiên cứu của các tác giả khác nhau. Kết quả trên cũng cho thấy đau vai gáy do THCS đã ảnh hưởng rất nhiều đến khả năng lao động, chăm sóc bản thân và các hoạt động xã hội của người bệnh, làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

4.1.2.5. Đặc điểm tổn thương cột sống cổ trên phim X - quang

Theo bảng 3.7, hình ảnh phim chụp X - quang hay gặp nhất là gai xương chiếm tỷ lệ 90% người bệnh ở nhóm nghiên cứu, 92,5% ở nhóm chứng. Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh (2014) là 83,3% gai xương [55], Phạm Nhật Minh (2018) là 86,67% có hình ảnh gai xương [40]; theo Nguyễn Hoài Linh (2016) [56], Phạm Thị Hồng Tuyết (2016) [59], theo Hoàng Thị Thắng (2017) [60], 100% đều có hình ảnh gai xương. Đây cũng là tiêu chuẩn cận lâm sàng chính của thoái hoá cột sống.

Hình ảnh hẹp khe đốt sống gặp ở 50% người bệnh nhóm nghiên cứu và 40% người bệnh nhóm chứng. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Đặng Trúc

Quỳnh (2014) là 66,7% [55], Phạm Thị Hồng Tuyết (2016) là 85,5% [59]; Bùi Thị Lệ Ninh (2019) là 82,5% [41].

Hình ảnh hẹp lỗ tiếp hợp với tỷ lệ 27,5% ở cả nhóm nghiên cứu và 25% người bệnh nhóm chứng. Mất đường cong sinh lý cột sống cổ chiếm tỷ lệ 25% nhóm nghiên cứu và 40% người bệnh nhóm chứng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Nhật Minh (2018) là 30% nhóm nghiên cứu và 26,67% người bệnh ở nhóm chứng có hình ảnh X - quang hẹp lỗ tiếp hợp, 26,67% nhóm chứng và 23,33% nhóm nghiên cứu có hình ảnh mất đường cong sinh lý [40]. Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh (2014) là 50% [55], Nguyễn Hoài Linh (2016) là 60% hẹp lỗ tiếp hợp [56].

Mặc dù vậy, hình ảnh tổn thương trên X - quang không phải lúc nào cũng tương ứng với các triệu chứng lâm sàng của người bệnh; sau 65 tuổi, tỷ lệ dân số có hình ảnh THCS trên phim X - quang lên tới 75 - 80% trong đó có một tỷ lệ không nhỏ người bệnh không có triệu chứng. Trái lại, trên lâm sàng mức độ nặng lại không tương ứng với mức độ tổn thương nặng trên phim X - quang [18] [61].

Điều này có thể giải thích tùy thuộc vào vị trí gai xương có thể chèn ép vào rễ thần kinh hay động mạch đốt sống hay không. Chính vì vậy để chẩn đoán THCS không thể chỉ căn cứ vào hình ảnh X - quang mà còn phải kết hợp cả triệu chứng lâm sàng và X - quang. Theo Trần Ngọc Ân những dấu hiệu X - quang không có ý nghĩa về mặt bệnh học, vì phần lớn không có biểu hiện lâm sàng hoặc rất lâu sau này mới xuất hiện triệu chứng lâm sàng. Do đó không thể chỉ dựa vào dấu hiệu X - quang đơn thuần để chẩn đoán thoái hóa khớp [62].

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Hiệu quả giảm đau sau điều trị

Theo biểu đồ 3.3, sau điều trị 7 ngày, mức độ giảm đau theo thang điểm VAS của từng nhóm so sánh trước và sau điều trị đều giảm với $p < 0,05$. Điểm VAS trung bình giảm ở cả hai nhóm, nhóm nghiên cứu là $3,68 \pm 0,91$ điểm, ở nhóm chứng là $4,10 \pm 0,77$ điểm.

Sau điều trị 15 ngày, điểm VAS trung bình ở nhóm nghiên cứu giảm từ $5,35 \pm 0,62$ điểm xuống $1,35 \pm 0,62$ điểm, nhóm chứng từ $5,23 \pm 0,69$ điểm giảm xuống $1,98 \pm 1,14$ điểm. Điểm VAS trung bình sau điều trị của nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm chứng ($1,35 \pm 0,62$ và $1,98 \pm 1,14$).

Theo bảng 3.8, sau điều trị, ở nhóm nghiên cứu, triệu chứng đau ở mức độ vừa được cải thiện rõ; tỷ lệ từ 100% người bệnh đau vừa xuống còn 92,5% đau nhẹ và 7,5% không đau, không còn người bệnh đau nặng và đau vừa. Ở nhóm chứng, 100% người bệnh mức độ đau vừa giảm xuống còn 77,5% người bệnh đau nhẹ, 2,5% người bệnh không đau và 20% người bệnh đau vừa.

Như vậy, đau vai gáy trong do THCS chủ yếu do sự co cứng cơ và chèn ép các rễ thần kinh. Tác dụng giảm đau của điện châm và tác động cột sống trong điều trị đau vai gáy đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu và đã được Bộ Y tế ban hành quy trình thực hiện trong chuyên ngành y học cổ truyền, cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm chứng. Nhóm nghiên cứu sử dụng túi chườm thảo dược kết hợp với điện châm, tác động cột sống trong điều trị đau vai gáy cánh tay do THCS. Phương pháp chườm thảo dược tác động trực tiếp vào những vùng co cứng trên vùng tổn thương với độ nóng phù hợp làm giãn cơ, đặc biệt là các sợi cơ cạnh sống như: cơ thang, cơ ức đòn chũm, cơ gối đầu, cơ bán gai đầu, cơ trám lớn, cơ trám bé... thông qua đó làm giảm đau, giãn cơ, là nguyên nhân chính gây ra cảm giác đau đớn. Theo YHCT, phương pháp chườm thảo dược sử dụng các vị thuốc: Ngải diệp có tác dụng tán hàn, giảm đau, ôn kinh, chỉ huyết. Quế chi có tác dụng phát hãn, giãn cơ, ôn thông kinh lạc, giúp trợ hoá dương khí, bình khí, dùng chữa cảm hàn phong hàn, đau lạnh thượng vị và bụng, máu lạnh, vô kinh, đau khớp, đờm, phù nề, đánh trống ngực. Thân và lá cây lá lốt có tác dụng tiêu thực, trừ thấp, khu phong và hành khí. Thiên niên kiện có công dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, mạnh gân cốt, giảm đau tiêu hoá. Đại hồi có công dụng tán hàn, ấm can, chỉ thống, ôn thận. Thảo quyết minh có tác dụng thanh can, ích thận, khứ phong, sáng mắt, nhuận tràng, thông tiện, tác dụng giữ nhiệt túi chườm thảo dược được lâu hơn kết hợp với sức nóng có tác dụng làm cho kinh lạc, khí huyết được khai thông, tạng phủ được điều hòa, qua đó có tác dụng hoạt huyết khứ ứ chỉ thống [63].

Các vị thuốc được làm nóng sau đó chườm vào vùng cổ gáy là vùng có sáu kinh dương đi qua tạo cảm giác nóng ấm, đồng thời ngấm sâu vào trong da kết hợp mùi thơm của tinh dầu của các thảo dược tác động đến huyết tạo cảm giác thoải mái, hiệu quả tốt trong điều trị. Khác với các phương pháp sử dụng sức nóng (nhiệt) để trị liệu ngày nay rất phổ biến với nhiều cách khác nhau như bức xạ hồng ngoại (từ đèn hồng ngoại), chườm nóng bằng túi nước nóng, ngâm parafin. Nhưng điểm khác của phương pháp chườm thảo dược với các phương pháp kể trên đó là hiệu quả sức nóng sẽ gia tăng gấp bội nếu kết hợp với các dược liệu có nhiều tinh dầu như quế chi, ngải diệp, thiên niên kiện, lá lốt, đại hồi làm tăng tác dụng làm nóng lên huyết đạo, có đặc tính trị bệnh, làm dịu đau đối với nhiều chứng bệnh khác nhau đã được người ta biết đến hàng ngàn năm qua. Tác dụng ở đây đến từ sự kết hợp của sức nóng của túi chườm thảo dược và hiệu quả phản xạ trị liệu của châm cứu và tác động cột sống.

4.2.2. Tầm vận động cột sống cổ

Theo bảng 3.10 và 3.11, sau điều trị, tầm vận động tất cả các động tác của cột sống cổ như cúi, ngửa, nghiêng, xoay ở cả hai nhóm đều được cải thiện rõ rệt so với trước điều trị; ở nhóm nghiên cứu, mức độ không hạn chế là 12,5%, hạn chế ít là 62,5%, hạn chế vừa là 25%; ở nhóm chứng, hạn chế và hạn chế vừa đều chiếm 50%. Điểm trung bình tầm vận động sau điều trị của cả hai nhóm đều giảm là $5,13 \pm 1,28$ điểm ở nhóm nghiên cứu và $6,58 \pm 1,45$ điểm ở nhóm chứng. Sự khác biệt trước và sau điều trị của hai nhóm về tầm vận động CSC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Như vậy cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có tác dụng làm tăng tầm vận động cột sống cổ khá tốt. Tuy nhiên tầm vận động cột sống cổ của nhóm nghiên cứu có xu hướng tốt hơn so với nhóm chứng. Do khi có đau vai gáy, cơ bị co cứng nên tầm vận động cột sống cổ hạn chế, kích thích các lỗ tiếp hợp bị ảnh hưởng gây chèn ép rễ thần kinh ngang mức và ảnh hưởng đến cơ quan do rễ thần kinh đó chi phối. Túi chườm thảo dược tác động trực tiếp lớp gân cơ vùng tổn thương, làm giãn cơ, giảm co cứng, giải phóng chèn ép thần kinh. Khi kết hợp với

điện châm, tác động cột sống thông qua tác động vào huyết và kinh lạc có thể đuổi ngoại tà, điều hòa dinh vệ, thông kinh lạc, chỉ thống, việc giảm đau tốt hơn cũng góp phần cải thiện tâm vận động.

4.2.3. Hội chứng rễ thần kinh

Hội chứng rễ ở người bệnh THCS xuất hiện khi cột sống cổ bị thoái hóa nhiều, các gai xương do thoái hóa (đặc biệt là gai xương của khớp móm móc đốt sống) nhô vào lỗ gian đốt sống gây chèn ép vào rễ thần kinh ở đó hoặc đám rối thần kinh cánh tay bị chèn ép vào rễ thần kinh ở đó hoặc đám rối thần kinh cánh tay bị chèn ép khi đi qua cơ thang, gây nên hội chứng rễ thần kinh. Các rễ thần kinh bị ảnh hưởng nhiều nhất là C7 (45 - 60%) và C6 (20-25%) với triệu chứng đau vùng cổ vai, căng tay bên, ngón tay 1, 2, 3 đi kèm với yếu cơ vùng này và rối loạn phản xạ gân cơ tam đầu. Trước điều trị, hội chứng rễ chiếm 57,5% ở nhóm NC và 52,5% ở nhóm chứng. Trong đau vai gáy do THCS, các NB có triệu chứng chủ yếu là đau, tê lan xuống cánh tay, căng tay theo đường đi của rễ thần kinh, tê các đầu ngón tay, rối loạn cảm giác. Số NB xuất hiện teo cơ và giảm phản xạ gân xương chỉ chiếm tỷ lệ thấp. Sau điều trị 15 ngày, tỷ lệ NB có hội chứng rễ là 17,5% ở nhóm NC và 27,5% ở nhóm chứng.

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Linh tỷ lệ người bệnh có hội chứng rễ sau điều trị ở nhóm nghiên cứu là 20%, ở nhóm chứng là 26,67% [56]. So sánh thấy hiệu quả giảm hội chứng rễ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một ít so với tác giả Nguyễn Hoài Linh. Kết quả này phù hợp với tiến triển tự nhiên của hội chứng rễ trên người bệnh THCS, khoảng 40 – 80% NB mắc hội chứng rễ chèn ép đám rối thần kinh cánh tay trong thoái hóa cột sống cổ đáp ứng với các điều trị có tác dụng giảm viêm, giãn cơ.

Theo lý luận YHCT, các triệu chứng đau tê lan theo đường đi của rễ, rối loạn cảm giác, tê bì do phong thấp tà xâm nhập vào kinh lạc làm kinh mạch bế tắc, khí huyết vận hành không thông. Đặc tính của phong hay di chuyển nên đau lan theo đường đi của kinh. Bệnh lâu ngày khiến khí huyết hư không nuôi dưỡng dc cân mạch gây teo cơ. Điện châm tác động vào các huyết tại chỗ kết hợp với huyết

Phong trì có tác dụng trừ phong chỉ thống, thông kinh lạc. Từ đó có tác dụng giảm đau đối với người bệnh. Đặc điểm của phương pháp TĐCS là phát hiện các sai lệch trên cột sống

qua việc thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng, qua đó thực hiện các thủ thuật vi chỉnh nhẹ, giúp điều chỉnh các sai lệch trên cột sống. Đây là điểm riêng biệt của TĐCS mà không có trong xoa bóp bấm huyệt. Từ đó phục hồi sự nhu nhuận của hệ cơ và sự cân bằng của cột sống; thông qua đó giúp người bệnh giảm đau, cải thiện vận động và điều trị bệnh. Vận động các khớp cột sống sẽ giúp người bệnh quen dần với tình trạng chèn ép, biên độ vận động khớp tăng lên, làm giảm cảm giác nhức mỏi. Kết hợp với túi chườm thảo dược là phương pháp làm giãn cơ vì vậy làm giảm sự chèn ép rễ thần kinh. Phương pháp điều trị kết hợp trên làm giảm tỷ lệ NB mắc hội chứng rễ.

4.2.4. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày

Theo bảng 3.13, sau điều trị, mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày cải thiện rõ, không còn người bệnh nào ở mức độ hạn chế nghiêm trọng. Ở nhóm nghiên cứu, tỷ lệ mức độ không hạn chế tăng lên 50%, hạn chế nhẹ là 50,0%; ở nhóm chứng, tỷ lệ người bệnh ở mức độ không hạn chế sinh hoạt là 15%, hạn chế nhẹ chiếm 30% và trung bình là 52,5%, hạn chế nặng còn 2,5% ; tỷ lệ người bệnh ở mức độ không hạn chế sinh hoạt của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, sự cải thiện về mức độ hạn chế sinh hoạt theo NDI của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng; điểm NDI của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng cải thiện rõ: $5,53 \pm 3,21$ điểm ở nhóm nghiên cứu và $13,40 \pm 6,34$ điểm, mức độ cải thiện sinh hoạt trước và sau điều trị có sự khác biệt với $p < 0,05$. Hiệu quả cải thiện hạn chế sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm có sự khác biệt với $p < 0,05$.

Kết quả này cho thấy việc điều trị không những làm cho người bệnh giảm đau mà còn tăng cường sự hòa nhập lại với cuộc sống hàng ngày của người bệnh, thông qua việc giảm hạn chế các hoạt động cá nhân không thực hiện được do đau vai gáy. Hai nhóm đều có hiệu quả giảm đau, giảm co cứng cơ vùng cổ gáy cao hơn nhóm chứng, biên độ vận động động tác cúi tăng lên hơn nhóm chứng, vì vậy mà các chức

năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tốt hơn (như đọc sách, ngủ, khả năng tự chăm sóc bản thân, cầm nắm đồ vật...), nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

4.2.5. Kết quả điều trị chung

Biểu đồ 3.4 cho thấy, sau điều trị, ở nhóm nghiên cứu có 67,5% người bệnh đạt kết quả tốt và 27,5% đạt kết quả khá, 5% là trung bình. Ở nhóm chứng, có 45% kết quả tốt, 20% khá và 35% trung bình. Kết quả điều trị ở nhóm NC có xu hướng tốt hơn so với NC, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Nhật Minh (2018) có 53,33% loại tốt, 40% loại khá, 6,67% loại trung bình [40].

Điện châm trong điều trị đau vai gáy đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu và đã được Bộ Y tế ban hành quy trình kỹ thuật y học cổ truyền. Các huyệt được chọn là các huyệt tiêu biểu, vừa có tác dụng tại chỗ, vừa có tác dụng theo kinh lạc, vì vậy có tác dụng tốt trong điều trị; Huyệt Phong trì chủ dương khí ở biểu, là nơi tập trung phong của cơ thể nên có tác dụng khu phong, hoạt lạc [64]. Huyệt Đại chùy là huyệt hội của sáu kinh dương, có hiệu năng giải biểu, sơ tán hàn tà [64]. Huyệt Kiên tinh có tác dụng điều trị đau cứng cổ vai gáy. Huyệt Kiên ngưng có hiệu năng sơ tán phong thấp, thông lợi các khớp. Huyệt Giáp tích C4 - C7, kỳ huyệt, trị các bệnh vùng đầu, cổ vai gáy, bệnh chi trên. Huyệt Lạc châm điều trị các chứng cứng gáy, đau vai cánh tay. Huyệt Hợp cốc có hiệu năng sơ tán phong tà, trấn thống, thông lạc. A thị huyệt “Bất định huyệt”, là những huyệt không có vị trí cố định, cũng không tồn tại mãi mãi, chỉ xuất hiện tại các vị trí đau mà thôi. Khi điện châm vào A thị huyệt điều trị được chứng đau nhức tại chỗ, và có tác dụng lưu thông khí huyết [64]. Các huyệt này khi được kết hợp với nhau có tác dụng; khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc. Điện châm với phương huyệt trên, có tác dụng giảm đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức; tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức; làm giãn các cơ, hồi phục lại các tổn thương, tăng cường tầm vận động... đã đạt hiệu quả tốt trên lâm sàng.

Phương pháp TĐCS là tác động vào trọng tâm, trọng điểm và các nguyên ủy và bám tận của cơ nên đã gia tăng được tầm vận động của khớp, cơ được giải phóng khỏi sự co cứng, cùng các tổ chức phần mềm quanh cổ vai được tăng nuôi dưỡng nhờ vậy các triệu chứng đau giảm, giảm co cơ và tầm vận động cột sống cổ tăng, hội chứng rễ được cải thiện sẽ giúp người bệnh bớt hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày do đau vai gáy gây ra. Khi đốt sống biến đổi do thoái hóa cột sống cổ hay cơ bị co cứng, kích thích các lỗ tiếp hợp bị ảnh hưởng gây chèn ép rễ thần kinh ngang mức và các cơ quan do rễ thần kinh đó chi phối. TĐCS tác dụng tại chỗ làm giãn cơ, tăng lưu lượng tuần hoàn làm tăng nuôi dưỡng tại chỗ, giải quyết một phần hậu quả của co thắt mạch làm giảm đau. Ngoài ra tăng tuần hoàn còn làm tăng đào thải các chất chuyển hóa ứ đọng như acid lactic giúp giảm cảm giác đau mỏi. Phương pháp tác động cột sống phát hiện các sai lệch trên cột sống qua việc thăm khám lâm sàng, qua đó thực hiện các thủ thuật vi chỉnh nhẹ, giúp điều chỉnh các sai lệch trên cột sống; kết hợp với giãn cơ cạnh sống và trên cột sống làm tránh việc co kéo của hệ cơ về tư thế cũ, phục hồi sự nhu nhuận của hệ cơ và sự cân bằng của cột sống; thông qua đó giúp người bệnh giảm đau, cải thiện biên độ vận động và điều trị bệnh [28].

Phương pháp túi chườm thảo dược là phương pháp chườm nóng nói chung, là dùng dược liệu nóng ấm chườm trực tiếp hoặc gián tiếp lên các vị trí bị bệnh để điều trị bệnh. Phương pháp điều trị bằng túi chườm thảo dược là lợi dụng sức nóng kết hợp với các loại dược liệu như: Ngải diệp, Quế chi, Đại hồi, Thiên niên kiện, Thân và lá cây lá lốt, Thảo quyết minh, khi chườm ở vùng cổ gáy thì tác dụng lên gân, cơ, xương khớp, kinh lạc đạt được tác dụng khu phong tán hàn, chỉ thống ôn thông kinh lạc. Phương pháp này giúp giảm đau, giãn cơ, cải thiện tầm vận động, giảm mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Vì vậy hiệu quả trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng túi chườm thảo dược kết hợp điện châm, tác động cột sống có xu hướng tốt hơn so với điện châm và tác động cột sống đơn thuần.

4.3. Tác dụng không mong muốn

Trong quá trình điều trị 15 ngày cho 80 người bệnh của cả hai nhóm chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị tác dụng không mong muốn của các phương pháp can thiệp (túi chườm thảo dược, tác động cột sống, điện châm) như: bỏng da, di ứng, vùng châm, nhiễm trùng vị trí châm, gãy kim...đau tăng, tổn thương cột sống, tổn thương phần mềm cạnh cột sống...

Điều này cho thấy tính an toàn của phương pháp chườm thảo dược kết hợp điện châm và tác động cột sống.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị cho 80 người bệnh đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ, 40 người bệnh sử dụng phương pháp túi chườm thảo dược kết hợp điện châm, tác động cột sống; 40 người bệnh sử dụng phương pháp điện châm kết hợp tác động cột sống chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Điện châm, tác động cột sống kết hợp với túi chườm thảo dược có tác dụng giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống cổ, cải thiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

- Tác dụng giảm đau: Mức độ đau theo thang điểm VAS giảm từ $5,35 \pm 0,62$ điểm xuống $1,35 \pm 0,62$ điểm, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Nhóm nghiên cứu giảm đau tốt hơn nhóm chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống cổ: Điểm vận động cột sống cổ giảm từ $10,40 \pm 1,82$ điểm xuống $5,13 \pm 1,28$ điểm, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tác dụng cải thiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày: Điểm NDI giảm từ $20,68 \pm 6,77$ điểm xuống còn $5,53 \pm 3,21$ điểm, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Nhóm nghiên cứu giảm thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Kết quả điều trị chung: 67,5% người bệnh đạt kết quả tốt; 27,5% người bệnh đạt kết quả khá, 5% đạt kết quả trung bình, tốt hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Phương pháp điện châm, tác động cột sống kết hợp với túi chườm thảo dược không gây tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng.

KIẾN NGHỊ

Phương pháp túi chườm thảo dược kết hợp điện châm, tác động cột sống trong điều trị người bệnh đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ, là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, không yêu cầu máy móc trang thiết bị phức tạp nên áp dụng rộng rãi ở các tuyến cơ sở.

Nghiên cứu mới chỉ là bước đầu, thực hiện trên số lượng người bệnh chưa đủ lớn, địa bàn nghiên cứu chưa rộng. Vì vậy chúng tôi khuyến nghị mở rộng nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm để đánh giá chính xác và khách quan tác dụng của phương pháp túi chườm thảo dược.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân, *Bệnh thấp khớp*. 2012: Nhà xuất bản Y học. 193.
2. Bộ môn Nội and Trường đại học Y Hà Nội, *Bài giảng bệnh học nội khoa tập 2*. 2020: Nhà xuất bản Y học. 297-308, 327-336.
3. Hồ Hữu Lương, *Thoái hóa cột sống cổ và Thoát vị đĩa đệm*. 2020, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học. 7-32, 53-59, 60-61, 92-96.
4. Ngô Quý Châu, *Bệnh học nội khoa tập 2*. 2020: Nhà xuất bản Y học 188-196.
5. Nguyễn Thị Ngọc Lan, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*. 2012: Nhà xuất bản Y học.
6. Vũ Thị Thanh Thủy, *Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp*. 2012, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
7. Anthony Fauci, Dennis Kasper, and Stephen Hauser, *Larry Jameson and Joseph Loscalzo*. . J. Harrison 18th. McGraw-Hill Education, New York city, 2020.
8. Nguyễn Xuân Nghiên, *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*. 2012: Nhà xuất bản Y học.
9. Khoa Y học cổ truyền and Trường Đại học Y Hà Nội, *Nội khoa Y học cổ truyền (Dành cho đối tượng sau đại học)*. 2006: Nhà xuất bản Y học. 253-256.
10. Khoa Y học cổ truyền and Trường Đại học Y Hà Nội, *Bài giảng Y học cổ truyền (tập 2)*. 2012: Nhà xuất bản Y học
11. Khoa Y học cổ truyền and Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*. 2017: Nhà xuất bản Y học. 149-156.
12. Frank H. Netter, *Atlas giải phẫu người (Vietnamese edition)*. 2009, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học. 19-20.
13. M. Tzalonikou, S. Yarmenitis, and F. Laspas, *Degenerative Disk Disease of the Cervical Spine: Spectrum of Imaging Findings*. Poster ESSR 2014, 2014.
14. Bộ môn Giải phẫu - Trường Đại học Y Hà Nội, *Giải phẫu người tập 1*. 2004: Nhà xuất bản Y học.
15. John Imboden, David B. Hellmann, and John H. Store, *Current Rheumatology Diagnosis & Treatment*. The McGraw-Hill Companies Inc New York City, 2004.
16. Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam and Bộ môn Nội Y học hiện đại, *Đại cương về các hội chứng liệt*, in *Bài giảng Nội thần kinh*. 2012, Nhà xuất bản Y học
17. Milind J Kothari, et al. *Cervical features and diagnosis of cervical*. 2022 [cited October 22nd 2023; Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-cervical-radculopathy?source=mostViewed_widget.
18. Hồ Hữu Lương, *Thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm*. 2020: Nhà xuất bản Y học.

19. Bộ Y tế, *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại*. 2020.
20. Ngô Quý Châu, *Bệnh học Nội khoa*. 2016: Nhà xuất bản Y học.
21. Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam and Bộ môn Nội y học cổ truyền, *Chứng Tý, Đau vai gáy*, in *Bài giảng Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*. 2015, Nhà xuất bản Y học.
22. Nguyễn Nhược Kim, *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. 2017: Nhà xuất bản Y học.
23. Nguyễn Tử Siêu, *Hoàng đế nội kinh tố vấn*. 1953: Nhà xuất bản Lao động.
24. Huỳnh Tấn Vũ, *Sức khỏe và đời sống*, in *Chườm thảo dược (suckhoedoisong.vn)*. 2019, xem 21/08/2023.
25. Nguyễn Nhược Kim and Trần Quang Đạt, *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. 2013: Nhà xuất bản Y học. 290-298.
26. Bộ Y tế, *Quy trình số 07*, in *“Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền, Chườm ngải cứu”*. 2020.
27. Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, *Bài giảng tác động cột sống Tập II*. 2013: Nhà xuất bản Y học. 23-54.
28. Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, *Bài giảng tác động cột sống Tập I*. 2013: Nhà xuất bản Y học. 12-16.
29. Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam and Bộ môn Khí công dưỡng sinh xoa bóp bấm huyệt, *Bài giảng tác động cột sống*. 2023: Hà Nội.
30. Nguyễn Tham Tấn and Kim Công Thắng, *Phương pháp tác động đầu và cột sống*. 2008: Nhà xuất bản Y học. 55-59.
31. Nguyễn Tham Tấn and Nguyễn Đình Thảo, *Phương pháp tác động cột sống*. 2016: Nhà xuất bản Y học. 130-144.
32. Nguyễn Thị Phương Lan, *Nghiên cứu tác dụng điện châm trong điều trị hội chứng vai tay*. 2003, Trường Đại học Y Hà Nội.
33. 曾景钊, 电针结合推拿治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察. 广州中医药大学学报, 2014. **8 (21)**: p. 873-875. Tăng Cảnh Chiêu. Quan sát hiệu quả lâm sàng của điện châm kết hợp xoa bóp điều trị hội chứng rễ thần kinh cổ do thoái hóa cột sống cổ. Tạp chí Đại học Trung y dược Quảng Châu. 2014; **8 (21)**: 873-875.
34. 张苓, 中医综合疗法治疗神经根型颈椎病的临床研究. 南京中医药大学学报, 2015. **4(11)**: p. 213-251. Trương Linh. Nghiên cứu tổng hợp lâm sàng các phương pháp Trung y điều trị hội chứng rễ thần kinh cổ do thoái hóa cột sống cổ. Tạp chí Trung y dược Đại học Nam Kinh. 2015; **4 (11)**: 213-251.
35. See Yoo Seo et al, *Effectiveness and safety of polydioxanone thread embedding acupuncture compared to physical therapy in the treatment of patients with non-specific chronic neck pain: Study protocol for an assessor-blinded, randomized, controlled, clinical trial*. Am J Chin Med, 2017. **45(8)**: p. 1573-1595.

36. Jin Feng Huang et al, *Can Acupuncture Improve Chronic Spinal Pain? A Systematic Review and Meta-Analysis*. Global Spin J, 2020. doi: **10.1177/2192568220962440**.
37. Hồ Đăng Khoa, *Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp tập vận động theo y học cổ truyền*. 2011, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
38. Nguyễn Tuyết Trang, *Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ (thể phong hàn thấp tý) bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyệt*. 2013, Trường Đại học Y Hà Nội.
39. Nguyễn Vũ Úy, *Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Thư cân hoạt huyết thang” trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*. 2017, Trường đại học Y Hà Nội.
40. Phạm Nhật Minh, *Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp vận động không xung lực trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*. 2018, Trường Đại học Y Hà Nội.
41. Bùi Thị Lệ Ninh, *Đánh giá tác dụng của liệu pháp kinh cân trong điều trị bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*. 2019, Trường Đại học Y Hà Nội.
42. Bộ Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*. 2016: Nhà xuất bản Y học. 149-153.
43. Vũ Duy Tuấn, *Nghiên cứu hiệu quả phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm trong điều trị hội chứng cánh tay cổ (M53.1) do thoái hóa cột sống cổ*. 2023, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
44. Viện sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng trung ương, *Phương pháp tính cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu y sinh học*. 2019, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
45. Bộ Y tế, Quy trình số 116, in “*Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền*”. 2020.
46. Trương Việt Bình, *Bài giảng tác động cột sống tập 2*. 2011: Nhà xuất bản Y học.
47. Bộ Y tế, Quyết định số 5480/QĐ-BY ngày 30 tháng 12 năm 2020, *Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*. 2020.
48. American Academy of Orthopaedic Surgeons, *Joint motion: method of measuring and recording*. Churchill Livingstone, 1965.
49. MacDermid, J.C., et al., *Measurement properties of the neck disability index: a systematic review*. J Orthop Sports Phys Ther, 2009. **39**(5): p. 400-17.
50. Amor B, Rvel M, and Dougalos M, *Traitment des conflits discograd-inculaive par infection daprotinine*. Medicine et armies, 1985: p. 751-75.
51. Phan Văn Nam and Nguyễn Tiến Chung, *Tác dụng của bài thuốc “Vai gáy HV” trên bệnh nhân đau vùng cổ gáy*. Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam, 2019. **03(22)**: p. 4-10.
52. Lê Đức Khang, *Đánh giá tác dụng của phương pháp si u âm trị liệu kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điện châm điều trị đau vùng cổ gáy*. 2020, Học Viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

53. Lê Thị Diệu Hằng, *Đánh giá điều trị triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ bằng máy điện châm kết hợp bài thuốc Quyên tý thang*. 2012, Trường Đại học Y Hà Nội.
54. Hoàng Thị Hậu, *Đánh giá tác dụng điều trị của điện châm kết hợp xông thuốc y học cổ truyền trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*. 2016, Trường Đại học Y Hà Nội.
55. Đặng Trúc Quỳnh, *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Cát căn thang” điều trị bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*. 2014, Trường Đại học Y Hà Nội.
56. Nguyễn Hoài Linh, *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống*. 2016, Trường Đại học Y Hà Nội.
57. Chuanling Wang and etc, *The incidence of cervical spondylosis decreases with aging in the elderly, and increases with aging in the young and adult population: a hospital-based clinical analysis*. Clinical interventions in aging, 2016: p. 47-53.
58. Phạm Minh Vương, *Nghiên cứu hiệu quả điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp ác động cột sống kết hợp bài thuốc Quyên tý thang*. 2016, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
59. Phạm Thị Hồng Tuyết, *Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng laser trên huyết*. 2016, Trường Đại học Y Hà Nội.
60. Hoàng Thị Thắng, *Đánh giá tác dụng của viên hoàn TD0015 kết hợp điện châm trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ*. 2017, Trường Đại học Y Hà Nội.
61. Nguyễn Doãn Cường, *Giải phẫu X quang*. 2008: Nhà xuất bản Y học.
62. Trần Ngọc Ân, *Bệnh thấp khớp*. 2002: Nhà xuất bản Y học. 152-159.
63. Võ Văn Chi, *Từ điển cây thuốc Việt Nam tập 2*. 2012: Nhà xuất bản Y học.
64. Lê Quý Nguru, *Từ điển huyết vị châm cứu*. 2013: Nhà xuất bản Thuận Hóa.
65. Bộ Y tế, *Dược điển Việt Nam V*. 2019: Nhà xuất bản Y học.

PHỤ LỤC 1

Số bệnh án NC:

Mã hồ sơ bệnh án

--	--	--	--

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

I. Hành chính.

1. Họ tên người bệnh:
2. Tuổi:
3. Giới: Nam ☐, Nữ ☐
3. Nghề nghiệp: Lao động chân tay ☐ Lao động trí óc ☐
4. Địa chỉ:
5. Số điện thoại:
6. Ngày vào viện:

II. YHHD

1. Lý do vào viện:
2. Hoàn cảnh khởi phát:
☐ Tự nhiên ☐ Vi chấn thương ☐ Chấn thương
3. Thời gian bị bệnh:
☐ < 3 tháng ☐ 3 – 6 tháng ☐ > 6 tháng
4. Lâm sàng:
 - 4.1. Hội chứng cột sống
 - Đau cổ gáy: ☐ Có từ từ/ đột ngột ☐ Không
 - Ảnh hưởng hoạt động
☐ Không ảnh hưởng
☐ Ảnh hưởng Cúi/ Ngửa/ Nghiêng/ Quay
 - Điểm đau CSTL: ☐ Có ☐ Không
 - Điểm đau cạnh sống ☐ Có ☐ Không
 - Đau kiểu rẽ ☐ Có Đường lan.....

- ☐ Không
 • Cảm giác ☐ Có tê bì/ kiến bò/ kim châm
☐ Không
- ☐ Không
 • Teo cơ ☐ Có
☐ Không
- ☐ Có
 • Rối loạn thần kinh thực vật ☐ Không

4.2. Cận lâm sàng.

○ X-quang CS cổ:

Hẹp khe khớp ☐, Đặc xương dưới sụn ☐, Gai xương ☐

5. Chẩn đoán YHHD

6. Đánh giá các chỉ số lâm sàng lúc vào viện, ngày thứ 7 điều trị, ngày thứ 15 điều trị.

Chỉ số lâm sàng	D ₀	D ₇	D ₁₅
VAS (điểm)			
Hội chứng rễ thần kinh			
Cúi (độ)			
Ngửa (độ)			
Nghiêng bên đau (độ)			
Xoay bên đau (độ)			
Chức năng sinh hoạt hàng ngày			

III. Y học cổ truyền

Vọng	
Vấn	
Vấn	
Thiết	

❖ Chẩn đoán YHCT

- Bát cương:

- Tạng phủ - kinh lạc:
- Nguyên nhân:

IV. Đánh giá kết quả

1. ☐ Tốt ☐ Khá ☐ Trung bình ☐ Kém

2. Tác dụng không mong muốn sau 15 ngày điều trị.

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Vụng châm | ☐ Bỏng |
| ☐ Gãy kim | ☐ Nhiễm trùng tại chỗ |
| ☐ Chảy máu | ☐ Dị ứng |
| ☐ Đau tăng lên | ☐ Khác |

Ngày tháng năm 2025

Bác sỹ điều trị

PHỤ LỤC 2

THƯỚC ĐO THANG ĐIỂM VAS



Hình 1. Thước đo điểm VAS

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo của hãng Astra – Zeneca. Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS là một thước có 2 mặt:

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

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

Điểm VAS	Mức độ đau
VAS = 0	Không đau
$1 \leq \text{VAS} \leq 3$	Đau ít
$4 \leq \text{VAS} \leq 6$	Đau vừa
$7 \leq \text{VAS} \leq 10$	Đau nhiều

PHỤ LỤC 3

BẢNG CÂU HỎI THE NECK DISABILITY INDEX (NDI)

Bảng câu hỏi này được thiết kế để giúp chúng tôi hiểu rõ hơn về việc đau cổ ảnh hưởng như thế nào đến hoạt động sống hàng ngày. Trong mỗi phần, hãy đánh dấu vào một ô mô tả đúng nhất tình trạng hàng ngày hiện nay.

Phần 1: Cường độ đau

- ☐ Tôi không đau cổ hiện tại.
- ☐ Tôi đau cổ nhẹ hiện tại.
- ☐ Tôi đau cổ trung bình hiện tại.
- ☐ Tôi đau cổ nặng hiện tại.
- ☐ Tôi đau cổ rất nặng hiện tại.
- ☐ Tôi đau cổ tồi tệ nhất hiện tại.

Phần 2: Chăm sóc cá nhân

- ☐ Tôi có thể chăm sóc bản thân bình thường mà không gây ra đau cổ.
- ☐ Tôi có thể chăm sóc bản thân bình thường, nhưng có gây ra đau cổ.
- ☐ Đau cổ khi chăm sóc bản thân, và tôi làm chậm và cẩn thận.
- ☐ Tôi cần trợ giúp nhưng có thể làm hầu hết việc chăm sóc bản thân.
- ☐ Tôi cần trợ giúp mỗi ngày trong hầu hết các việc chăm sóc bản thân.
- ☐ Tôi không thể mặc quần áo. Tôi tắm rửa khó khăn và phải nằm tại giường.

Phần 3: Nâng vật nặng

- ☐ Tôi có thể nâng vật nặng mà không gây ra đau cổ.
- ☐ Tôi có thể nâng vật nặng, nhưng có gây ra đau cổ.
- ☐ Đau cổ ngăn cản tôi nâng vật nặng lên khỏi mặt sàn nhưng tôi có thể xoay xở nếu các vật được đặt vị trí thuận lợi, ví dụ để trên mặt bàn.
- ☐ Đau cổ ngăn cản tôi nâng vật nặng, nhưng tôi có thể xoay xở các vật nhẹ nếu các vật được đặt vị trí thuận lợi.
- ☐ Tôi chỉ có thể nâng các vật rất nhẹ.
- ☐ Tôi không thể nâng hay mang bất kỳ vật gì.

Phần 4: Công việc

- ☐ Tôi có thể làm việc rất nhiều khi tôi muốn.
- ☐ Tôi có thể làm việc như thông thường, nhưng không thể nhiều hơn.
- ☐ Tôi có thể làm hầu hết các việc thông thường, nhưng không thể nhiều hơn.
- ☐ Tôi không thể làm các việc thông thường.
- ☐ Tôi có thể rất khó làm bất kỳ việc gì.
- ☐ Tôi không thể làm bất cứ việc gì.

Phần 5: Đau đầu

- ☐ Tôi không có đau đầu chút nào.
- ☐ Tôi có đau đầu nhẹ, xảy ra không thường xuyên.
- ☐ Tôi có đau đầu trung bình, xảy ra không thường xuyên.
- ☐ Tôi có đau đầu trung bình, xảy ra thường xuyên.
- ☐ Tôi có đau đầu nặng, xảy ra thường xuyên.
- ☐ Tôi có đau đầu xảy ra hầu hết mọi lúc.

Phần 6: Sự tập trung

- ☐ Tôi có thể tập trung hoàn toàn mà không khó khăn.
- ☐ Tôi có thể tập trung hoàn toàn với một ít khó khăn.
- ☐ Tôi có thể tập trung với độ khó khăn trung bình.
- ☐ Tôi rất khó tập trung.
- ☐ Tôi vô cùng khó tập trung.
- ☐ Tôi không thể tập trung chút nào.

Phần 7: Ngủ

- ☐ Tôi không có rối loạn giấc ngủ.
- ☐ Giấc ngủ bị rối loạn giấc ngủ nhẹ, ít hơn 1 giờ.
- ☐ Giấc ngủ bị rối loạn nhẹ, trong 1 - 2 giờ.
- ☐ Giấc ngủ bị rối loạn trung bình, trong 2 - 3 giờ.
- ☐ Giấc ngủ bị rối loạn nặng, trong 3 - 5 giờ.
- ☐ Giấc ngủ bị rối loạn hoàn toàn, trong 5 - 7 giờ.

Phần 8: Lái xe

- ☐ Tôi có thể lái xe hơi mà không đau cổ.

- ☐ Tôi có thể lái xe hơi mà chỉ đau cổ nhẹ
- ☐ Tôi có thể lái xe hơi nhiều như tôi muốn với đau cổ mức độ trung bình.
- ☐ Tôi không thể lái xe hơi nhiều như tôi muốn do đau cổ mức độ trung bình.
- ☐ Tôi có thể lái xe hơi khó khăn do đau cổ mức độ nặng.
- ☐ Tôi không thể lái xe hơi chút nào do đau cổ.

Phần 9: Đọc sách

- ☐ Tôi có thể đọc nhiều như tôi muốn mà không có đau cổ.
- ☐ Tôi có thể đọc nhiều như tôi muốn mà có đau cổ nhẹ.
- ☐ Tôi có thể đọc nhiều như tôi muốn mà có đau cổ trung bình.
- ☐ Tôi không thể đọc nhiều do đau cổ mức độ trung bình.
- ☐ Tôi không thể đọc nhiều do đau cổ mức độ nặng.
- ☐ Tôi không thể đọc chút nào.

Phần 10: Giải trí

- ☐ Tôi có thể tham gia mọi hoạt động giải trí không có đau cổ.
- ☐ Tôi có thể tham gia mọi hoạt động giải trí, có một ít đau cổ.
- ☐ Tôi có thể tham gia hầu hết mọi hoạt động giải trí thông thường, nhưng không phải tất cả do đau cổ.
- ☐ Tôi có thể tham gia một vài hoạt động giải trí thông thường do đau cổ.
- ☐ Tôi khó có thể làm hoạt động giải trí do đau cổ.
- ☐ Tôi không thể làm bất kỳ hoạt động giải trí nào do đau cổ.

ĐÁNH GIÁ PHÂN LOẠI THEO THANG ĐIỂM NDI

Cách tính điểm: Mỗi phần tối đa 5 điểm, lựa chọn đầu 0 điểm, lựa chọn cuối 5 điểm. Nếu một phần không thể trả lời thì bỏ tổng điểm tối đa đi 5 điểm.

Điểm NDI	Mức độ
0 – 4 điểm	Không khuyết tật
5 – 14 điểm	Khuyết tật nhẹ
15 – 24 điểm	Khuyết tật vừa
25 – 34 điểm	Khuyết tật nặng
> 34 điểm	Hoàn toàn

PHỤ LỤC 4

CÁC VỊ THUỐC TRONG TÚI CHUỒM THẢO DƯỢC

1. NGẢI CỨU [65]

Tên khoa học: Herba Artemisiae vulgaris

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



Mô tả

Ngọn thân dài không quá 30 cm, cỏ khía dọc, màu vàng nâu hay nâu xám, có lông tơ. Lá mọc so le, có cuống hoặc không, thường nhăn nheo, cuộn vào nhau. Lá có nhiều dạng: Lá trên ngọn nguyên, hình mác; lá phía dưới xẻ một hoặc hai lần hình lông chim. Mặt trên lá màu xám đen xanh đen, nhẵn hay có rất ít lông tơ, mặt dưới lá màu tro trắng, có rất nhiều lông tơ trắng như mạng nhện nằm dẹp. cụm hoa đầu, gồm nhiều hoa hình ống.

Thành phần hoá học: Trong ngải cứu chủ yếu chứa tinh dầu và ít tanin. Thành phần chủ yếu của tinh dầu ngải cứu là xineol và α -thuyon. Ngoài ra còn một ít adenin và cholin.

Tính vi, quy kinh

Khô, tân, ôn. Vào các kinh can, tỳ, thận.

Công năng, chủ trị

Chi huyết, trừ hàn thấp, điều kinh, an thai. Chủ trị: Kinh nguyệt không đều, băng huyết, rong huyết, thò huyết, khí hư bạch đới, động thai, viêm ruột, lỵ.

Cách dùng, liều lượng

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

Kiêng kỵ

Âm hư huyết nhiệt, không nên dùng.

2. THẢO QUYẾT MINH (Hạt) [65]

Tên khoa học: Semen Sennae torae

Bộ phận dùng: Hạt già đã phơi hay sấy khô của cây Thảo quyết minh còn gọi là Quuyết minh, Muồng [Senna tora (L.) Roxb.; Syn. Cassia tora L.], họ Đậu (Fabaceae).



Mô tả

Hạt hình trụ, đôi khi hình tháp, hai đầu vát chéo, dài 3 mm đến 6 mm, đường kính 1 mm đến 2.5 mm. Mặt ngoài màu nâu nhạt hay lục nâu, bóng. Bốn cạnh bên thường nổi rõ thành đường gờ, một đường gờ nhô lên thành ngấn. Thở chất cứng, khó tán vỡ. cắt ngang thấy nội nhũ màu xám trắng hay vàng nhạt, lá mầm màu vàng hay nâu nhạt.

Không mùi, vị hơi đắng.

Chế biến

Thu hoạch quả già vào cuối mùa thu, khoảng tháng 9 đến tháng 11, phơi khô, đập lấy hạt, loại bỏ tạp chất, phơi khô.

Bào chế

Quyết minh tử: Loại bỏ tạp chất, rửa sạch, phơi hoặc sấy khô ở 50⁰ C đến 60⁰ C, khi dùng xay vỡ vụn.

Quyết minh tử sao: Lấy Quyết minh tử sạch, cho vào chảo, đun nhỏ lửa, đảo chậm đến khi mặt ngoài của thuốc chuyển sang màu nâu sẫm, có mùi thơm, lấy ra để nguội.

Thành phần hoá học: trong hạt thảo quyết minh có antraglucozit. Khi thuỷ phân sẽ cho emodin và glucoza. Ngoài ra còn có rein, crysophanola. Những chất khác gồm có chất nhầy, chất protit, chất béo và sắc tố. khi rang lên antraglucozit bay đi, chất béo và protit cho một mùi thơm như mùi cà phê rang.

Tác dụng dược lý: do các chất antraglucozit, thảo quyết minh có tác dụng tăng sự co bóp của ruột làm cho sự tiêu hoá được tăng cường, đại tiện cũng dễ, phân mềm

mà lỏng, không gây đau bụng. Ngoài ra còn có tác dụng diệt khuẩn, dùng trong điều trị bệnh hắc bào, nấm ở ngoài da như chàm trẻ em.

Tính vị, quy kinh

Hàm, bình. Quy vào các kinh can, thận, đại tràng.

Công năng, chủ trị

Tả can minh mục, an thần, nhuận tràng. Chủ trị: Đau mắt đỏ, sợ ánh sáng, mắt mờ, chảy nước mắt (sao vàng), đại tiện bí kết (dùng sống), mắt ngủ (sao đen).

Cách dùng, liều lượng

Ngày dùng từ 9 g đến 15 g, phối hợp trong các bài thuốc.

Kiên kỵ

Người hay bị phân lỏng không dùng.

3. THIÊN NIÊN KIẾN [65]

Tên khoa học: *Rhiioma Homaiomenae occuitae*

Bộ phận dùng: Thân rễ đã phơi hay sấy khô của cây Thiên niên kiện [*Homaiomena occulta* (Lour.) Schott], họ Ráy (*Araceae*).



Mô tả: Dược liệu là đoạn thẳng hay cong queo, có nhiều xơ, chắc, cứng, dài 10 cm đến 30 cm, đường kính 1 cm đến 1,5 cm, hai đầu đều nhau. Mặt ngoài màu nâu nhạt hay nâu sẫm, có nhiều nếp nhăn dọc hay vết tích của rễ con. Bề ngang dược liệu hơi dai, vết bề có màu nâu nhạt hay nâu sẫm, có một số sợi màu vàng ngà lờm chớm như bàn chải. Mùi thơm hắc, vị cay

Chế biến

Thu hái vào mùa xuân hay mùa thu, thu lấy những thân rễ già, rửa sạch, bóc loại bỏ vỏ ngoài và các rễ con, cắt thành đoạn ngắn 10 cm đến 30 cm, sấy nhanh ở nhiệt độ 50⁰ C cho khô đều mặt ngoài, bóc bỏ vỏ ngoài và rễ con. Tiếp tục phơi hoặc sấy ở 50⁰ C đến 60⁰ C cho đến khô.

Bào chế

Loại bỏ tạp chất, ủ mềm, thái lát, phơi trong bóng râm hay sấy nhẹ đến khô.

Tính vị, quy kinh

Khô, tân, cam, ôn. Quy vào các kinh can, thận.

Công năng, chủ trị

Trừ phong thấp, cường gân cốt. Chủ trị: Phong hàn thấp gây nên: Thắt lưng và đầu gối lạnh đau, chân co rút tê bại.

Cách dùng, liều lượng

Ngày dùng từ 4,5 g đến 9 g, phối hợp trong các bài thuốc hoặc ngâm rượu.

Dùng ngoài: Thân rễ tươi giã nát, sao nóng, bóp vào chỗ đau nhức, hoặc ngâm Thiên niên kiện khô với rượu xoa bóp chỗ đau nhức, tê bại và phong thấp.

Kiêng kỵ

Không dùng cho người âm hư hỏa vượng, mồm khô, họng đắng.

4. LÁ LỐT [65]

Tên khoa học: *Herba Piperis ioiot*

Bộ phận dùng: Phần trên mặt đất tươi hay phơi sấy khô của cây Lá lót
{*Piper ioiut* c. DC), họ Hồ tiêu (*Piperaceae*).



Mô tả

Đoạn ngọn cành dài 20 cm đến 30 cm. Lá nhăn nheo, nhàu nát. Mặt trên lá màu lục xám, dưới lục nhạt. Lá hình tim dài 5 cm đến 12 cm, rộng 4 cm đến 11 cm. Đầu lá thuôn nhọn, gốc hình tim. phiến mỏng, mép nguyên, có 5 gân chính tỏa ra từ cuống lá, gân giữa thẳng, dài, rõ, các gân bên hình cung, gân cấp 1 hình lông chim, gân cấp 2 hình mạng. Cuống dài 2 cm đến 3,5 cm, gốc cuống lá ôm lấy thân. Thân hình trụ, phình ra ở các mấu, mặt ngoài có nhiều đường rãnh dọc.

Chế biến

Thu hoạch quanh năm. lúc trời khô ráo, cắt lấy cây, loại bỏ gốc rễ, rửa sạch, đem phơi hay sấy từ 40⁰ C đến 50⁰ C đến khô.

Thành phần hoá học: trong lá lốt có tinh dầu, hoạt chất khác chưa rõ

Tính vị, quy kinh

Tân. ôn, mùi thơm. Vào các kinh tỳ. phế. Ôn trung tán hàn, hạ khí chỉ thông, trừ phong thấp.

Chù trị:

Phong hàn thấp, chân tay lạnh, tê bại. Rối loạn tiêu hóa, nôn mửa, đầy hơi, đau bụng ỉa chảy, thận và bàng quang lạnh, đau răng, đau đầu, chảy nước mũi hôi, ra mồ hôi tay chân.

Cách dùng, liều lượng

Ngày dùng từ 8 g đến 12 g lá khô hoặc từ 15 g đến 30 g lá tươi, dạng thuốc sắc.

Dùng ngoài: sắc đặc, ngâm chữa đau răng.

Kiêng kỵ

Vị nhiệt, táo bón không nên dùng.

5. QUẾ CHI [65]

Tên khoa học: Ramuius Cinnamomi

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



Mô tả

Cành hình trụ tròn, thường chặt khúc dài 2 cm đến 4 cm đường kính 0,3 cm đến 1 cm. Mặt ngoài màu nâu đến màu nâu đỏ, có nhiều vết nhăn dọc nhỏ và các vết sẹo cành

sẹo của chồi và nhiều lỗ vỏ. Chất giòn, dễ gày. Trên bề mặt vết cắt thấy: lớp vỏ màu nâu, bên trong có gỗ màu vàng nhạt tới nâu vàng, ruột gần tròn. Mùi thơm nhẹ, vị ngọt và hơi cay

Chế biến

Thu hái vào mùa xuân và mùa hè, bỏ lá lấy cành phơi hoặc sấy khô, hoặc nhân lúc tươi chặt đoạn dài 2 cm đến 4 cm, phơi hoặc sấy khô.

Tính vị, quy kinh

Tân, cam, ôn. Vào kinh phế, tâm, bàng quang.

Công năng, chủ trị

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

Cách dùng, liều lượng

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

Kiêng kỵ

Âm hư hỏa vượng và phụ nữ có thai không dùng

6. ĐỊA LIỀN [65]

Tên khoa học: *Rhizoma Kaempferiae galangae*

Bộ phận dùng: Thân rễ đã thái편 phơi hay sấy khô của cây Địa liên (*Kaempferia galanga* L.), họ Gừng (*Zingiberaceae*).



Mô tả

Phiến dày khoảng 2 mm đến 5 mm, đường kính 0.6 cm trở lên, hơi cong lên. Mặt cắt màu trắng ngà có khi hơi ngả vàng. Xung quanh là vỏ ngoài màu vàng nâu hoặc màu tro nhạt, nhẵn nhéo, có khi còn sót lại rễ con hoặc vết tích rễ con. Thở chặt giòn dễ bẻ, cỏ bột. Mùi thơm đặc trưng, vị cay

Thành phần hoá học: trong địa liên có tinh dầu, trong tinh dầu thành phần chủ yếu là: bocneola methyl, methy p. cumaric axit etyl este, xinamic axit etyl este, pentadecan $C_{15}H_{32}$, xinamic andehyt và xineola.

Tính vị, quy kinh

Tân, ôn. Vào hai kinh tử, vị.

Công năng, chủ trị

Hành khí, ôn trung, tiêu thực, chi thống. Chủ trị: Tê thấp, đau nhức xương khớp, nhức đầu, răng đau, ngực bụng lạnh đau. tiêu hóa kém.

Cách dùng, liều lượng

Ngày dùng từ 6 g đến 9 g, dạng thuốc sắc, bột hoặc viên. Ngâm rượu trong 5 đến 7 ngày, lượng thích hợp, để xoa bóp. Thường phối hợp với các vị thuốc khác.

Kiêng kỵ

Âm hư, thiếu máu hoặc vị có hỏa uất không dùng.

7. ĐẠI HỒI [65]

Tên khoa học: Fructus illicii veri

Bộ phận dùng: Quả chín đã phơi hay sấy nhẹ đến khô của cây Hồi (illicium ventm Hook.f.), họ Hồi (Illiciaceae).

**Mô tả**

Quả phức, thường gồm 8 đại, đôi khi nhiều đại hơn, màu nâu đỏ đến nâu sẫm, xếp thành hình sao xung quanh một trụ trung tâm. Mỗi đại hình lòng thuyền, dài 1 cm đến 2 cm, rộng 0,5 cm, cao 0,7 cm đến 1cm. Bờ trên gần như thẳng, nhẵn, có một đường nứt thành 2 mảnh để lộ ra một hạt. Bờ dưới hơi tròn và sần sùi. Hai mặt bên nhẵn nhéo, tận cùng bởi một chòm tù, ở một góc có khoảng nhẵn hơn (nơi dính giữa các đại). Mặt trong màu nhạt hơn và nhẵn bóng. Cuống quả nhỏ và cong, dính vào trụ quả. Hạt hình trái xoan, màu vàng nâu, nhẵn bóng. Quả có mùi thơm dễ chịu, vị ngọt.

Chế biến

Thu hoạch vào mùa thu, đông. Hái lấy quả từ màu lục chuyển thành vàng, nhúng qua trong nước sôi, sấy nhẹ cho khô hoặc phơi trong bóng râm khoảng 5 đến 6 ngày cho khô.

Thành phần hoá học: Trong quả hồi ngoài các chất như chất nhầy, đường, chủ yếu chứa tinh dầu từ 3 - 3,5% (tươi) hoặc 9 - 10% hay hơn (khô). Tinh dầu hồi là một chất lỏng không màu, hay vàng nhạt, tỷ trọng ở $+15^{\circ}\text{C}$ từ 0,980 đến 0,990, độ đông đặc từ 14° - 18°C . Trong tinh dầu có 80 - 90% anethol, còn lại là tecpen, pinen, dipenten, limonen, estragola, safrola, tecpineola v.v...

Tính vị, quy kinh

Tân, cam, ôn. Vào các kinh can, thận, tỳ vị.

Công năng, chủ trị

Ôn dương, tán hàn, kiện tỳ, tiêu thực, lý khí, chỉ thống.

Chủ trị: Đau bụng, sôi bụng, nôn mửa, ỉa chảy, đau nhức cơ khớp do lạnh.

Cách dùng, liều lượng

Ngày dùng từ 3 g đến 6 g dạng thuốc sắc, ngâm rượu dùng xoa bóp.

Kiêng kỵ

Âm hư hỏa vượng không dùng.

PHỤ LỤC 5

TIÊU CHUẨN CƠ SỞ TÚI CHUỒM THẢO DƯỢC

1. YÊU CẦU KỸ THUẬT

1.1. Công thức điều chế cho 1 túi 1000g

1	Ngải diệp	200 g
2	Gạo tẻ sao	200 g
3	Địa liên	50 g
4	Thảo quyết minh	200 g
5	Thân và lá cây lá lốt	50 g
6	Đại hồi	50 g
7	Thiên niên kiện	200 g
8	Quế chi	50 g

1.2. Nguyên liệu

Ngải diệp (ngải cứu)	<i>Herba Artemisiae vulgaris</i>	DĐVN V 2018
Gạo tẻ sao	<i>Oryza sativa L</i>	TCCS
Địa liên	<i>Rhizoma Kaempferiae galangae</i>	DĐVN V 2018
Thảo quyết minh	<i>Semen Sennae torae</i>	DĐVN V 2018
Thân và lá cây lá lốt	<i>Herba Piperis Lolot</i>	DĐVN V 2018
Đại hồi	<i>Fructus Illicii veri</i>	DĐVN V 2018
Thiên niên kiện	<i>Rhizoma Homalomenaen occultae</i>	DĐVN V 2018
Quế chi	<i>Ramulus Cinnamomi</i>	DĐVN V 2018

1.3. Chất lượng thành phẩm

1.3.1. Hình thức: Bột khô to màu nâu sẫm, mùi thơm tinh dầu, vị cay.

1.3.2. Mất khối lượng do làm khô: Không quá 10,0%.

1.3.3. Định tính: Phải thể hiện phép thử định tính của Thiên niên kiện, Ngải diệp.

1.3.4. Độ đồng đều khối lượng: Chênh lệch khối lượng phải nằm trong giới hạn $\pm 4\%$.

1.3.5. Giới hạn nhiễm khuẩn: phụ lục 13.6, DĐVN V

STT	Tên chỉ tiêu	Mức tối đa	Đơn vị tính
1	Tổng số vi sinh vật hiếu khí	5×10^7	CFU/g
2	Tổng số nấm men, nấm mốc	5×10^5	CFU/g
3	<i>E.coli</i>	10^3	CFU/g
4	<i>Salmonella</i>	Không phát hiện	CFU/10g

2. PHƯƠNG PHÁP THỬ

2.1. Hình thức: Bằng cảm quan, chế phẩm phải đạt các yêu cầu đã nêu.

2.2. Mất khối lượng do làm khô:

Cân chính xác khoảng 1,0 g bột thuốc, tiến hành xác định độ ẩm theo DĐVN V, PL 9.6 (sấy ở 105^0 C trong 4 giờ)

2.3. Định tính:

2.3.1. Định tính Thiên niên kiện

Lấy 1 g bột dược liệu, thêm 5 ml ether lắc trong 30 phút, lọc. Lấy 1 ml dịch lọc, bốc hơi dung môi trên cách thủy đến cạn. Thêm vào cặn 1 đến 2 giọt dung dịch vanilin 1% trong acid sulfuric (TT). Xuất hiện màu đỏ tía.

2.3.2. Định tính Ngải cứu: Phương pháp sắc ký lớp mỏng (Phụ lục 5.4).

Bản mỏng: Silicagel G

Dung môi khai triển: Toluene - ethyl acetat - acetone - acid formic (15: 2 : 2 : 1).

Dung dịch thử: Lấy 2 g bột dược liệu, thêm 30 ml ethyl acetat (TT), lắc đều, ngâm trong 1 giờ. Gạn lấy dịch chiết ethyl acetat, cô trên cách thủy đến cạn. Hoà cặn trong 1ml ethanol 96% (TT).

Dung dịch đối chiếu: Lấy 2g Ngải cứu (mẫu chuẩn) đã cắt nhỏ, tiến hành chiết như dung dịch thử.

Cách tiến hành: Chấm riêng biệt lên bản mỏng 25 µl mỗi dung dịch trên. Triển khai sắc ký đến khi dung môi đi được khoảng 10 - 12 cm, lấy bản mỏng ra, để khô ở nhiệt độ phòng, phun hỗn hợp dung dịch acid boric 10% - acid oxalic 10% (2 : 1), sấy ở 100^0 C trong 5 phút rồi soi bản mỏng dưới đèn tử ngoại ở bước sóng 366 nm.

Trên sắc ký đồ của dung dịch thử phải có các vết phát quang có cùng màu sắc và giá trị R_f với các vết trên sắc ký đồ của dung dịch đối chiếu.

2.4. Độ đồng đều khối lượng: (ĐĐVN V, PL 1.24)

Cân riêng biệt 10 đơn vị đóng gói, xác định khối lượng trung bình. So sánh khối lượng từng đơn vị với khối lượng trung bình.

2.5. Giới hạn nhiễm khuẩn:

Tiến hành thử theo ĐĐVN V, phụ lục 13.6.

3. ĐÓNG GÓI - GHI NHÃN - BẢO QUẢN

- *Đóng gói:* Chế phẩm đóng trong túi vải có kích thước 20 x 30 cm.
- *Ghi nhãn:* Nhãn rõ ràng, đúng quy chế.
- *Bảo quản:* Bảo quản nơi khô ráo, thoáng mát.
- *Hạn dùng:* 18 tháng kể từ ngày sản xuất.

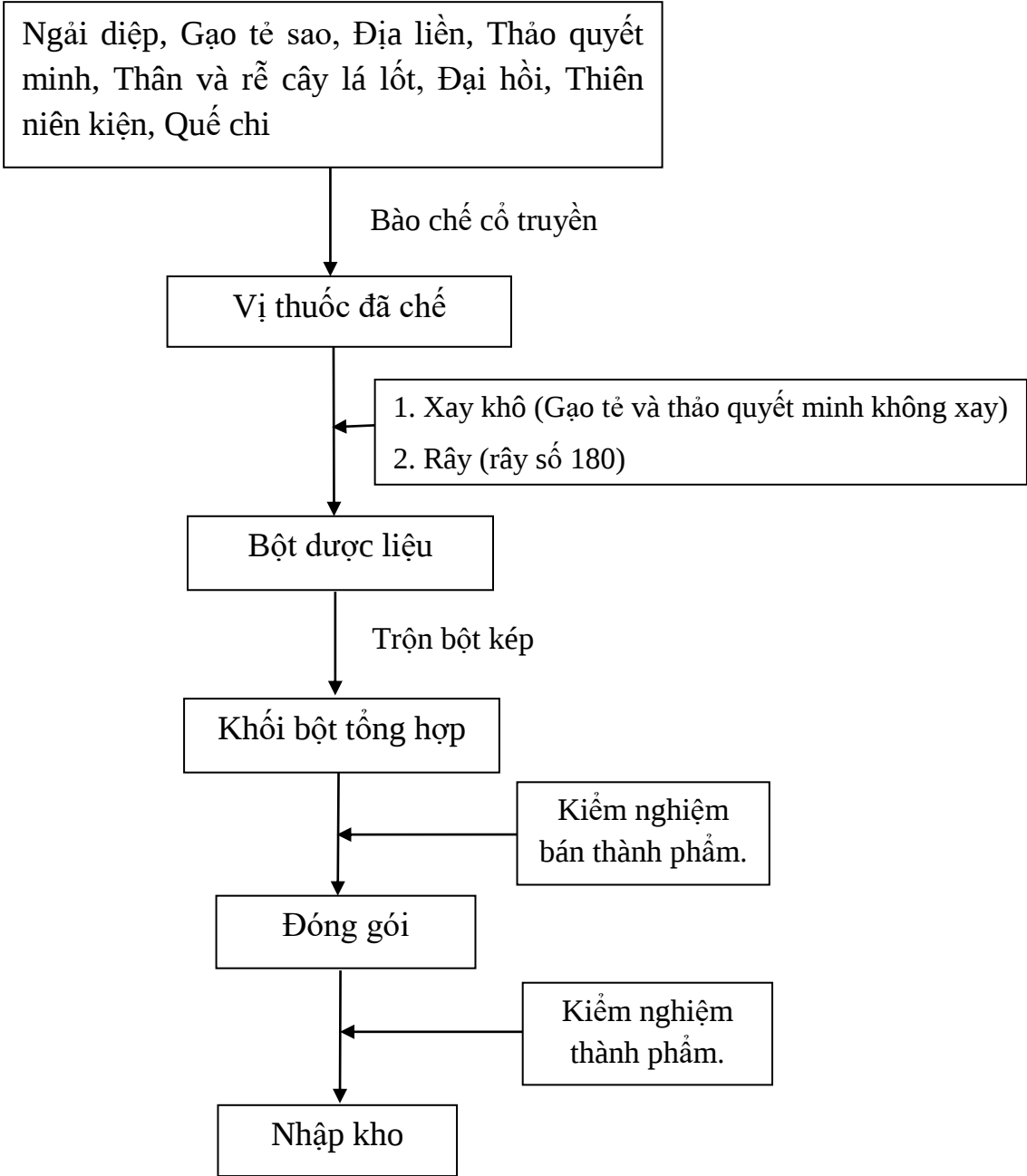
Hà Nội, ngày 01 tháng 8 năm 2024

Trưởng khoa Dược



TS. Trần Phi Hùng

**SƠ ĐỒ CÁC GIAI ĐOẠN SẢN XUẤT
TÚI CHUỒM THẢO DƯỢC**



PHỤ LỤC 6
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

ĐƠN TỰ NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi xác nhận rằng:

Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu: ***“Đánh giá tác dụng của điện châm, tác động cột sống kết hợp tui chườm thảo dược điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ”*** tại Bệnh viện YHCT Trung ương.

Tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

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

Tôi hiểu rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.

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

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

Tôi đồng ý tham gia vào nghiên cứu này.

Hà nội, ngày.....tháng.....năm 2025

(Ký tên của người tham gia)

PHỤ LỤC 7

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

**Đề tài: “Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm, tác động cột sống kết hợp
túi chườm thảo dược điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ”**

STT	Số bệnh án	Họ và tên	Tuổi	Giới	Ngày vào viện	Ngày ra viện	Địa chỉ
1	145	Dương Bích T	52	Nữ	17/03/2025	08/04/2025	Ba Đình – Hà Nội
2	165	Dương Đức P	50	Nam	20/03/2025	09/04/2025	Hai Bà Trưng – Hà Nội
3	171	Tổng Khánh L	31	Nữ	21/03/2025	10/04/2025	Cầu Giấy – Hà Nội
4	172	Lê Thị Hoa M	51	Nữ	21/03/2025	10/04/2025	Đống Đa – Hà Nội
5	174	Hoàng Thị H	52	Nữ	24/03/2025	11/04/2025	Hoài Đức – Hà Nội
6	177	Trần Thị T	56	Nữ	24/03/2025	11/04/2025	Hai Bà Trưng – Hà Nội
7	178	Khổng Ngân G	47	Nữ	24/03/2025	11/04/2025	Bắc Từ Liêm – Hà Nội
8	179	Trần Thị Mai H	50	Nữ	24/03/2025	11/04/2025	TP Yên Bái – Yên Bái
9	192	Đặng Thúy H	51	Nữ	27/03/2025	16/04/2025	Hai Bà Trưng – Hà Nội
10	193	Trần Quang C	56	Nam	27/03/2025	16/04/2025	Hai Bà Trưng – Hà Nội
11	194	Nguyễn Vũ L	49	Nam	27/03/2025	16/04/2025	Hai Bà Trưng – Hà Nội
12	424	Trần Thị N	28	Nữ	09/06/2025	27/06/2025	Tây Hồ - Hà Nội
13	207	Nguyễn Mạnh C	49	Nam	01/04/2025	21/04/2025	Nam Từ Liêm – Hà Nội
14	214	Tô Hồng L	42	Nữ	02/04/2025	22/04/2025	Hoàn Kiếm – Hà Nội
15	213	Bùi Kim Y	54	Nữ	02/04/2025	22/04/2025	Hai Bà Trưng – Hà Nội
16	215	Đỗ Thị Bích D	47	Nữ	02/04/2025	22/04/2025	Gia Lâm – Hà Nội
17	217	Lê T	44	Nữ	02/04/2025	22/04/2025	Hai Bà Trưng – Hà Nội
18	224	Đỗ Tiến D	41	Nam	08/04/2025	28/04/2025	Hoàng Mai – Hà Nội
19	226	Nguyễn Tiến D	32	Nam	09/04/2025	29/04/2025	Long Biên – Hà Nội
20	227	Lê Đức T	60	Nam	09/04/2025	29/04/2025	Cầu Giấy – Hà Nội
21	433	Đặng Trần Thu H	30	Nữ	10/06/2025	30/06/2025	Hoàng Mai – Hà Nội
22	234	Nguyễn Trần H	33	Nam	10/04/2025	05/05/2025	Thanh Xuân – Hà Nội
23	237	Khuất Thị T	42	Nữ	11/04/2025	06/05/2025	Thạch Thất – Hà Nội
24	241	Nguyễn Thanh T	36	Nữ	14/04/2025	07/05/2025	Hoàng Mai – Hà Nội

25	243	Dương Thị Bích P	53	Nữ	14/04/2025	07/05/2025	Hoàn Kiếm - Hà Nội
26	248	Trần Thị Hoàng L	54	Nữ	14/04/2025	07/05/2025	Thanh Xuân – Hà Nội
27	252	Nguyễn Thị C	69	Nữ	16/04/2025	09/05/2025	Hoàn Kiếm - Hà Nội
28	254	Trần Hải L	34	Nam	16/04/2025	09/05/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội
29	256	Đặng Tuyết M	47	Nữ	16/04/2025	09/05/2025	Ba Đình – Hà Nội
30	257	Trần H	42	Nam	16/04/2025	09/05/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội
31	258	Vũ Thị T	76	Nữ	16/04/2025	09/05/2025	Tây Hồ - Hà Nội
32	259	Ngô Thị Lan A	42	Nữ	17/04/2025	12/05/2025	Thanh Xuân – Hà Nội
33	262	Phạm Thị Minh T	64	Nữ	17/04/2025	12/05/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội
34	265	Bùi Thị Minh N	48	Nữ	18/04/2025	13/05/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội
35	267	Vũ Thị N	35	Nữ	18/04/2025	13/05/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội
36	268	Nguyễn Thị V	49	Nữ	18/04/2025	13/05/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội
37	269	Đinh Thị H	36	Nữ	21/04/2025	14/05/2025	Đống Đa – Hà Nội
38	272	Dương Thị T	51	Nữ	21/04/2025	14/05/2025	Hoàng Mai – Hà Nội
39	276	Nguyễn Tiến C	43	Nam	21/04/2025	14/05/2025	Hoàng Mai – Hà Nội
40	280	Nguyễn Hồng L	66	Nữ	22/04/2025	15/05/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội
41	281	Trần Thị Y	35	Nữ	22/04/2025	15/05/2025	Tây Hồ - Hà Nội
42	282	Nguyễn Quang T	41	Nam	22/04/2025	15/05/2025	Tây Hồ - Hà Nội
43	286	Hà Thị V	37	Nữ	22/04/2025	15/05/2025	Nga Sơn – Thanh Hoá
44	288	Đỗ Thị Lan H	40	Nữ	23/04/2025	16/05/2025	Long Biên – Hà Nội
45	289	Nguyễn Xuân T	38	Nam	23/04/2025	16/05/2025	Nam Từ Liêm – Hà Nội
46	290	Bùi Thị Thanh H	58	Nữ	23/04/2025	16/05/2025	TP Thái Nguyên – Thái Nguyên
47	422	Nguyễn Văn N	64	Nam	09/06/2025	27/06/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội
48	293	Thái Thị S	44	Nữ	23/04/2025	16/05/2025	Đông Anh – Hà Nội
49	295	Đỗ Thị V	70	Nữ	24/04/2025	19/05/2025	Hoàng Mai – Hà Nội
50	298	Nguyễn Thị N	38	Nữ	24/04/2025	19/05/2025	Bắc Từ Liêm – Hà Nội
51	303	Nguyễn Mai L	33	Nữ	05/05/2025	27/05/2025	Ba Đình – Hà Nội
52	306	Ngô Thị T	45	Nữ	05/05/2025	27/05/2025	Đông Anh - Hà Nội
53	310	Nguyễn Tiến D	54	Nam	05/05/2025	27/05/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội
54	323	Nguyễn Thị H	66	Nữ	07/05/2025	27/05/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội
55	326	Phạm Phương N	42	Nam	08/05/2025	28/05/2025	Hai Bà Trưng - Hà Nội

56	327	Lê Vũ T	45	Nam	08/05/2025	28/05/2025	Hoàn Kiếm – Hà Nội
57	339	Lê Minh H	27	Nam	13/05/2025	02/06/2025	TP Thái Nguyên – Thái Nguyên
58	342	Nguyễn Thị Trà G	41	Nữ	13/05/2025	02/06/2025	Hoàng Mai – Hà Nội
59	351	Mai Tuyết N	42	Nữ	15/05/2025	05/06/2025	Đống Đa – Hà Nội
60	350	Nguyễn Thị N	61	Nữ	15/05/2025	05/06/2025	Thanh Xuân – Hà Nội
61	352	Lê Thị D	42	Nữ	19/05/2025	06/06/2025	Thanh Trì - Hà Nội
62	357	Nguyễn Thị H	42	Nữ	19/05/2025	06/06/2025	Thanh Xuân - Hà Nội
63	360	Nguyễn Văn M	40	Nam	20/05/2025	09/06/2025	Long Biên – Hà Nội
64	364	Bùi Thị Tố U	54	Nữ	20/05/2025	09/06/2025	Đống Đa – Hà Nội
65	366	Tô Thúy A	33	Nữ	21/05/2025	10/06/2025	Long Biên – Hà Nội
66	370	Nguyễn Thị Thanh H	42	Nữ	22/05/2025	11/06/2025	Hai Bà Trưng – Hà Nội
67	372	Nguyễn Phương H	30	Nữ	26/05/2025	13/06/2025	Hoàn Kiếm – Hà Nội
68	373	Đỗ Lệ V	53	Nữ	26/05/2025	13/06/2025	Hoàn Kiếm – Hà Nội
69	376	Giang Thu Hồng N	54	Nữ	26/05/2025	13/06/2025	Hoàn Kiếm – Hà Nội
70	379	Bùi Thị Hằng N	47	Nữ	27/05/2025	16/06/2025	Thanh Trì – Hà Nội
71	387	Trần Thị Quỳnh A	29	Nữ	28/05/2025	17/06/2025	Cầu Giấy – Hà Nội
72	389	Vũ Thị Bích T	55	Nữ	29/05/2025	18/06/2025	Hoàng Mai – Hà Nội
73	390	Nguyễn Thị T	45	Nữ	29/05/2025	18/06/2025	Đông Anh – Hà Nội
74	394	Nguyễn Thị Nhiều L	42	Nữ	30/05/2025	19/06/2025	Long Biên – Hà Nội
75	402	Mạc Duy L	42	Nam	02/06/2025	20/06/2025	Cầu Giấy – Hà Nội
76	404	Nguyễn Tú A	46	Nam	02/06/2025	20/06/2025	Hoàn Kiếm – Hà Nội
77	406	Bùi Thị Thu H	42	Nữ	03/06/2025	21/06/2025	Hoàng Mai – Hà Nội
78	418	Cao Thị Kim C	47	Nữ	06/06/2025	26/06/2025	Ba Đình – Hà Nội
79	426	Nguyễn Thị Hương G	26	Nữ	09/06/2025	27/06/2025	Vĩnh Lộc - Thanh Hoá
80	427	Nguyễn Thục A	26	Nữ	09/06/2025	27/06/2025	Hai Bà Trưng – Hà Nội

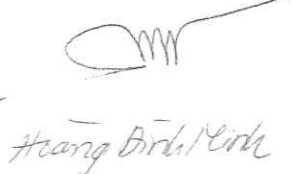
Xác nhận của người
hướng dẫn khoa học

Xác nhận của Phòng Kế
Hoạch Tổng Hợp

Hà Nội, ngày 11 tháng 07 năm 2025

Xác nhận của
Bệnh viện YHCT Trung Ương




Hoàng Đình Minh



PGS. TS. Trần Thái Hà

PHÓ TRƯỞNG PHÒNG KHH
ThS.BS. Hoàng Đình Minh

PHÓ GIÁM ĐỐC
Trần Thị Phương Linh