

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN THANH HÀ

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC
“PHONG THẬP NK” KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM
ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁN H TAY
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ**

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA II

HÀ NỘI - 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN THANH HÀ

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC
“PHONG THÁP NK” KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM
ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA II

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS.Phạm Quốc Bình

HÀ NỘI - 2025

LỜI CẢM ƠN

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

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

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

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

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

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

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

Xin trân trọng cảm ơn !

Học viên

Trần Thanh Hà

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Trần Thanh Hà , học viên CKII - Khóa 8 Học viện Y- Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy PGS.TS. Phạm Quốc Bình
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày tháng năm 202....

Học viên

Trần Thanh Hà

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ALT	Alanine Aminotransferase
AST	Aspartate Aminotransferase
BN	Bệnh nhân
CLS	Cận lâm sàng
HC	Hội chứng
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Hình ảnh cộng hưởng từ)
NDI	Neck Disability Index (Bộ câu hỏi NDI đánh giá hạn chế sinh hoạt hàng ngày do đau cổ)
THCS	Thoái hóa cột sống
THCSC	Thoái hóa cột sống cổ
TVĐ	Tâm vận động
TVĐĐ	Thoát vị đĩa đệm
VAS	Visual Analogue Scale (Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau)
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Hội chứng cổ vai cánh tay theo Y học hiện đại	3
1.1.1. Đại cương hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ	3
1.1.2. Nguyên nhân hội chứng cổ vai cánh tay	3
1.1.3. Cơ sở giải phẫu, sinh lý.....	4
1.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng	9
1.1.5. Chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống	11
1.1.6. Điều trị hội chứng cổ vai cánh tay theo y học hiện đại	11
1.1.7. Phòng bệnh.....	13
1.2. Hội chứng cổ vai cánh tay theo y học cổ truyền.....	13
1.2.1. Bệnh danh.....	13
1.2.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ.....	13
1.2.3. Các phương pháp điều trị	14
1.2.4. Các thể lâm sàng	15
1.3. Một số nghiên cứu về điều trị hội chứng cổ vai cánh tay	16
1.3.1. Trên thế giới	16
1.3.2. Tại Việt Nam.....	16
1.4. Tổng quan về bài thuốc “Phong thấp NK”	17
1.4.1. Xuất xứ bài thuốc. (Nguồn gốc xuất xứ)	17
1.4.2. Công thức bài thuốc	17
1.5. Tổng quan về phương pháp điện châm.....	18
1.5.1. Định nghĩa.....	18
1.5.2. Cơ chế tác dụng của điện châm theo y học hiện đại.....	18
1.5.3. Cơ chế tác dụng của điện châm theo y học cổ truyền.....	20
1.5.4. Chỉ định và chống chỉ định	20

1.5.5. Cách tiến hành điện châm	20
1.5.6. Liệu trình điện châm	21
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	22
2.1. Chất liệu nghiên cứu	22
2.1.1. Bài thuốc “Phong thấp NK”	22
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu	22
2.1.3. Công thức huyết	24
2.2. Đối tượng nghiên cứu	25
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	25
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ và loại bỏ bệnh nhân	26
2.3. Phương pháp nghiên cứu	26
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	26
2.3.2. Quy trình nghiên cứu	26
2.3.3. Chỉ tiêu nghiên cứu và phương pháp lượng giá	28
2.3.4. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị	28
2.4. Địa điểm, thời gian nghiên cứu	30
2.5. Xử lý số liệu	31
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	31
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	32
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	32
3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi	32
3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới	32
3.1.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp	33
3.1.4. Phân bố đối tượng theo thời gian mắc bệnh	33
3.1.5. Đặc điểm tổn thương cột sống trên phim X-Q	34
3.1.6. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị	34
3.2. Kết quả điều trị	37
3.3. Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị	42

3.3.1. Lâm sàng	42
3.3.2. Trên cận lâm sàng	43
Chương 4. BÀN LUẬN.....	45
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	45
4.1.1. Tuổi	45
4.1.2. Giới	46
4.1.3. Nghề nghiệp	47
4.1.4. Thời gian mắc bệnh.....	47
4.1.5. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X – quang	48
4.2. Kết quả điều trị.....	48
4.2.1. Tác dụng giảm đau	48
4.2.2. Tác dụng cải thiện tâm vận động cột sống cổ	50
4.2.3. Tác dụng cải thiện những hạn chế sinh hoạt hàng ngày.	52
4.2.4. Hội chứng rã.....	52
4.3. Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.....	53
4.3.1. Lâm sàng	53
4.3.2. Trên cận lâm sàng (sinh hóa máu).	53
4.3.3. Trên cận lâm sàng (huyết học).....	54
KẾT LUẬN	55
KIẾN NGHỊ	56
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG BIỂU

Bảng 2.1. Bài thuốc “Phong thấp Nk” sắc đóng gói.....	22
Bảng 2.2. Thang điểm VAS	29
Bảng 2.3. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý	29
Bảng 2.4. Đánh giá hội chứng rễ.....	30
Bảng 2.5. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI)	30
Bảng 3.1. So sánh độ tuổi giữa hai nhóm	32
Bảng 3.2. So sánh giới tính giữa hai nhóm	32
Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp	33
Bảng 3.4. Phân bố đối tượng theo thời gian mắc bệnh	33
Bảng 3.5. Đặc điểm tổn thương cột sống cổ trên phim xquang.....	34
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS trước ngày điều trị.....	34
Bảng 3.7. Hiệu quả giảm mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị	35
Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày trước điều trị	36
Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo HC rễ thần kinh trước điều trị.....	37
Bảng 3.10. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS sau 14 ngày điều trị ..	37
Bảng 3.11. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS sau 21 ngày điều trị ..	38
Bảng 3.12. Hiệu quả giảm mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ_sau 14 ngày điều trị.....	39
Bảng 3.13. Hiệu quả giảm mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ_sau 21 ngày điều trị.....	40
Bảng 3.14. Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày_sau 21 ngày điều trị.....	41
Bảng 3.15. Phân bố bệnh nhân theo HC rễ thần kinh sau 21 ngày điều trị	42
Bảng 3.16. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	42
Bảng 3.17. Sự thay đổi về một số chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị .	43
Bảng 3.18. Biến đổi một số chỉ số huyết học.....	43

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1. Cơ vùng cổ gáy	5
Hình 1.2. Cột sống cổ (nhìn trước)	6
Hình 1.3. Đám rối thần kinh cánh tay	7
Hình 2.1. Thước đo điểm đau VAS	23
Hình 2.2. Thước đo tầm vận động khớp	23
Hình 2.3. Máy điện châm.....	24
Hình 2.4. Sơ đồ quy trình nghiên cứu.....	27

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cổ vai cánh tay (cervical scapulothoracic syndrome), còn gọi là hội chứng vai cánh tay (scapulothoracic syndrome) hay bệnh lý rễ tủy cổ (cervical radiculopathy), là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cổ, vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và/hoặc vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng. Bệnh thường không nguy hiểm, song có thể gây ra cảm giác khó chịu và làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nguyên nhân hội chứng cổ vai cánh tay do nhiều nguyên nhân nhưng thường gặp nhất là do thoái hóa đốt sống cổ [2], [3], [5].

Theo tác giả Trần Ngọc Ân [1], thoái hóa đốt sống cổ là khá phổ biến. Tại Anh, thoái hóa khớp nói chung trong đó có THĐSC chiếm 8,8% dân số. Theo y học hiện đại (YHHĐ) chủ yếu điều trị theo phương pháp nội khoa với việc dùng các thuốc chống viêm, giảm đau, giãn cơ, vitamin [3], [5]. Phương pháp ngoại khoa phẫu thuật can thiệp áp dụng cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm, trượt cột sống. Sự ra đời của ngành vật lý trị liệu phục hồi chức năng với các phương pháp: Kéo dẫn, chiếu đèn hồng ngoại, điện xung,.... đem lại kết quả điều trị ngày càng tốt hơn. Theo y học cổ truyền (YHCT), hội chứng cổ vai cánh tay được mô tả trong phạm vi “chứng tý”. Bệnh do lục tà xâm phạm, công năng tạng phủ hư suy làm khí huyết bất thông, bế tắc kinh lạc gây đau [3], [5]. YHCT có nhiều phương pháp điều trị như: thuốc thang sắc uống, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, tập khí công dưỡng sinh. Trong đó điện châm là phương pháp tân châm được dùng đã lâu có tác dụng giảm đau hiệu quả [3].

Trong tài liệu “Các bài thuốc thường dùng thừa kế của thầy Nguyễn Kiền” được biên soạn lại năm 1998, mục “Các bệnh thuộc bộ máy thần kinh”, trong đó có một bài thuốc dùng để chữa bệnh hội chứng cổ vai cánh tay đã được cụ Kiền dùng nhiều trong nhân dân, thành phần là các vị thuốc nam quen thuộc [4]. Để thuận tiện cho việc nghiên cứu, chúng tôi đặt tên bài thuốc này là bài thuốc “Phong thấp NK”. Bài thuốc “Phong thấp NK” có thành phần là bài thuốc là các vị thuốc nam dùng nhiều trong nhân dân có tác dụng trừ phong thấp, thư cân, hoạt huyết, chỉ thống, bổ can thận. Bài thuốc này được sử dụng để điều trị cho các bệnh nhân đau vùng cổ vai cánh tay. Tuy nhiên, hiện tại chưa có công trình nghiên cứu khoa học nào báo cáo về tác dụng cụ thể của bài thuốc này. Với nguyện vọng phát triển và kế thừa thuốc nam y học cổ truyền (YHCT), đồng thời đóng góp thêm một phương pháp điều trị cho người bị bệnh: Hội chứng cổ vai cánh tay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Phong thấp NK” kết hợp điện châm điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ”** với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Phong thấp NK” kết hợp điện châm điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ thể phong hàn thấp kèm can thận hư.

2. Theo dõi một số tác dụng không mong muốn của phương pháp

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Hội chứng cổ vai cánh tay theo Y học hiện đại

1.1.1. Đại cương hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ

Hội chứng cổ vai cánh tay (Cervical scapulothoracic syndrome), còn gọi là hội chứng vai cánh tay (Scapulothoracic syndrome) hay bệnh lý rễ tủy cổ (Cervical radiculopathy), là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm [5]

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

1.1.2. Nguyên nhân hội chứng cổ vai cánh tay

Nguyên nhân thường gặp nhất (70-80%) là do thoái hóa cột sống cổ (THCSC), thoái hóa các khớp liên đốt và liên mỏm bên làm hẹp lỗ tiếp hợp, hậu quả là gây chèn ép rễ/dây thần kinh cột sống cổ tại các lỗ tiếp hợp. Khoảng 20-25% nguyên nhân gây HC CVCT là do thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống cổ đơn thuần hoặc phối hợp với thoái hóa cột sống cổ [5]

1.1.2.1. Nguyên nhân cơ học

Sinh hoạt sai tư thế như: nằm ngủ gối đầu cao, dựa đầu vào ghế, nằm nghiêng và co quắp.... sẽ ảnh hưởng đến quá trình cung cấp oxy cho các tế bào cơ. Khi cơ không được cung cấp đủ lượng máu cần thiết thì vùng cổ, gáy dễ bị đau nhức và cứng.

Ngồi lâu trước quạt, máy lạnh; thói quen tắm đêm; dầm mưa dãi nắng thường xuyên sẽ làm rối loạn hệ mạch, thần kinh điều khiển việc cung cấp dưỡng chất cho các bó cơ vùng cổ gáy.

Làm việc quá sức hoặc tư thế hoạt động khiến cơ bị kéo căng quá lâu gây mất cân bằng vi chất trong cơ.

Chấn thương phần mềm vùng cổ gáy, chấn thương cột sống cổ.

1.1.2.2. Rối loạn chức năng thần kinh

Các dây thần kinh vùng cổ gáy bị kéo dãn, hoặc kéo căng quá mức có thể gây ra sự rối loạn chức năng dây thần kinh khu vực này. Đây cũng là nguyên nhân thường gặp gây ra các cơn đau mỏi cổ gáy.

1.1.2.3. Bệnh lý xương khớp

Các tổn thương xương khớp như thoái hóa đốt sống cổ, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, trượt đốt sống cổ, loãng xương, dị tật bẩm sinh cột sống, viêm,... Nếu không điều trị, lâu dần người bệnh có thể bị mất chức năng hoạt động.

1.1.2.4. Sự lão hóa

Do quá trình lão hóa tự nhiên nên hệ mạch máu, cơ, dây chằng vùng cổ gáy bị giảm tính dẻo dai, đàn hồi khiến việc lưu thông máu và trao đổi ô-xy ở đây suy giảm, từ đó gây ra đau mỏi, hạn chế vận động cổ [2], [3], [5].

1.1.3. Cơ sở giải phẫu, sinh lý

1.1.3.1. Giải phẫu

- Hệ thống cơ của cột sống cổ:

+ Theo vị trí giải phẫu, cơ cột sống cổ chia thành ba vùng: vùng cổ trước, vùng cổ bên và vùng cổ sau. Các cơ nằm trong hai vùng cổ trước và cổ bên được chia thành ba nhóm, từ nông vào sâu:

Cơ ức đòn chũm, cơ bám da cổ;

Các cơ trên móng và các cơ dưới móng;

Các cơ trước và các cơ bên cột sống.

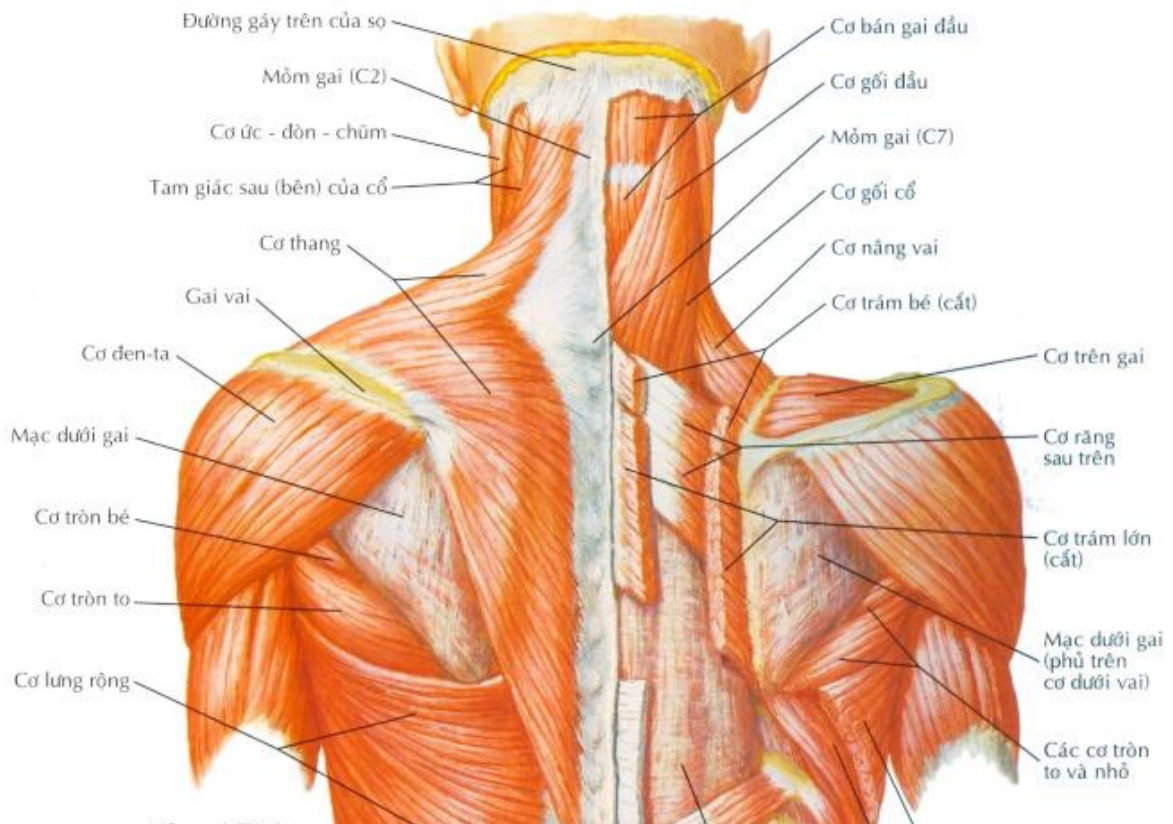
Vùng cổ sau gồm các cơ nằm sau cột sống và mỏm ngang. Được xếp thành bốn lớp, từ nông vào sâu:

Cơ thang;

Cơ gôi đầu, cơ gôi cổ;

Cơ bán gai, cơ dài đầu, cơ dài cổ, phần cổ của cơ thắt lưng;

Cơ thẳng đầu, cơ chéo đầu trên, cơ chéo đầu dưới.



Hình 1.1. Cơ vùng cổ gáy

+ Theo chức năng vận động, cơ cột sống cổ chia làm hai nhóm: nhóm gấp duỗi hộp sọ và nhóm gấp duỗi cột sống cổ. Các cơ này thường đi từ nền sọ tới các đốt sống cổ, giúp đầu cổ có thể vận động được. Trong các cơ này, có một số cơ lớn và hay bị tổn thương dẫn tới đau vùng cổ gáy, quay cổ khó như: cơ thang, cơ ức đòn chũm, cơ dài cổ.

Cơ thang: có ba cơ, nguyên ủy bám vào mỏm ngang các đốt sống II đến VII, bám tận xương sườn 1, động tác gấp và xoay cột sống cổ.

Cơ ức đòn chũm: nguyên ủy có hai đầu là đầu ức và đầu đòn, bám tận ở mỏm chũm, động tác nghiêng đầu và gấp cột sống cổ.

Cơ dài cổ: nguyên ủy đốt đội, bám tận đốt sống ngực III, động tác gấp và xoay cột sống cổ. [4]

- Các đốt sống cổ:

Cột sống cổ gồm bảy đốt sống giữa C_I và C_{II} không có đĩa đệm, một đĩa đệm chuyển đoạn là đĩa đệm cổ lưng $C_{VII} - D_I$.

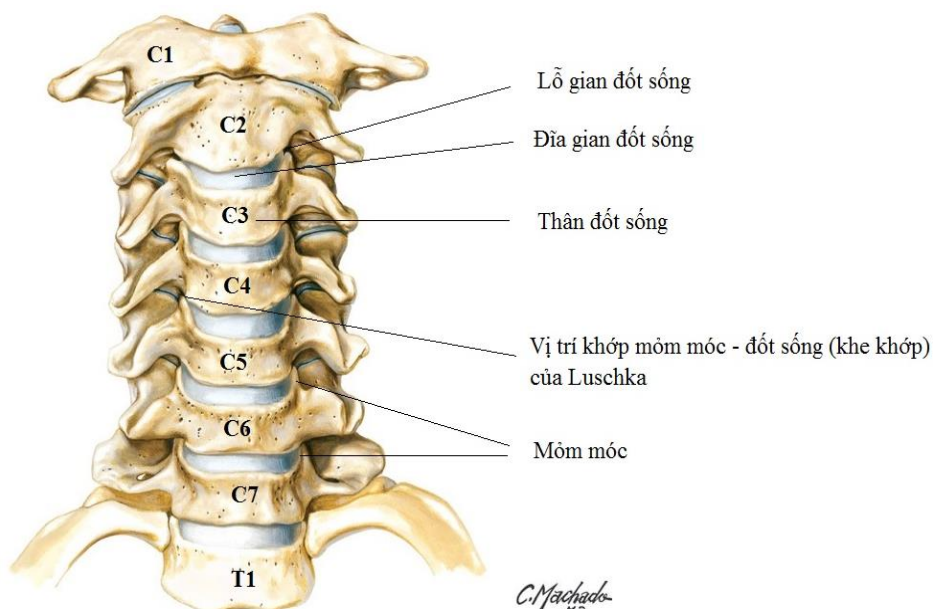
Cột sống cổ là trụ cột chính để giữ và vận động đầu, cong ra trước, di động nhiều, các mỏm khớp hơi nghiêng nên dễ bị tổn thương (thường gặp ở đoạn chuyển tiếp $C_V - C_{VI}$ [4]).

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

Mỏm khớp: diện khớp tương đối phẳng rộng.

Gai sống: đỉnh của gai sống tách làm hai củ, gai sống dài dần từ C_{II} đến C_{VII} .

Lỗ đốt sống: các lỗ to dần từ đốt C_I đến C_V , sau đó nhỏ dần ở đốt C_{VI} và C_{VII} .



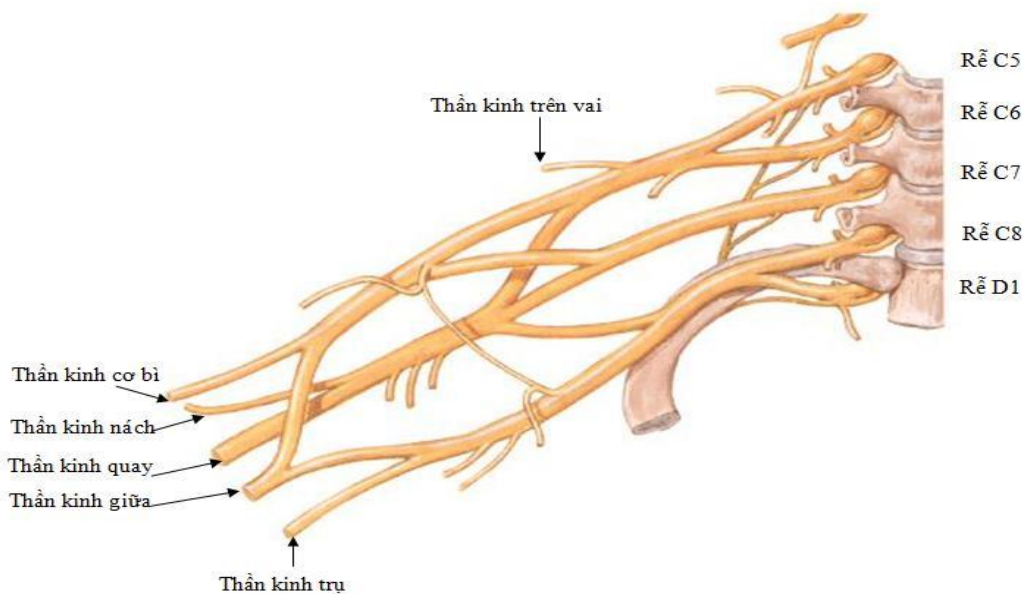
Hình 1.2. Cột sống cổ (nhìn trước)

- Thần kinh vùng cổ vai tay:

Tám đôi dây thần kinh cổ (C_I đến C_{VIII}) đóng vai trò vận động, cảm giác, phản xạ gân xương cho chi trên; chi phối cho da cơ ở đầu và sau gáy.

Đám rối cổ được tạo nên bởi nhánh trước của bốn thần kinh sống cổ đầu tiên. Các nhánh trước này liên kết với nhau thành các quai nối nằm trước cơ nâng vai và cơ bậc thang giữa, sau tĩnh mạch cảnh trong và cơ ức đòn chũm. Đám rối cổ tách ra các nhánh nông đi tới da và các nhánh sâu; các nhánh sâu bao gồm các nhánh cơ và các nhánh nối [4].

Đám rối thần kinh cánh tay được tạo nên từ nhánh trước của bốn thần kinh sống cổ dưới và phần lớn nhánh trước của thần kinh sống ngực I. Nhánh trước của thần kinh cổ IV thường tách một nhánh đi tới thần kinh cổ V và thần kinh ngực I thường nhận nhánh từ thần kinh ngực II. Các nhánh trước này được gọi là các rễ của đám rối. Nhánh trước của các dây thần kinh cổ V và VI hợp thành thân trên; nhánh trước các thần kinh cổ VIII và ngực I tạo nên thân giữa; nhánh trước của thần kinh cổ VII thành thân dưới. Các thân này chạy chéo ra ngoài ở tam giác cổ sau và ở sau xương đòn, mỗi thân tách đôi thành các phần trước và sau. Các phần trước của thân trên và thân giữa tạo nên bó ngoài, nằm ở ngoài động mạch nách. Phần trước của thân dưới đi xuống ở sau rồi ở trong động mạch nách và trở thành bó trong. Phần sau của cả ba thân tạo nên bó sau, nằm sau động mạch nách [4].



Hình 1.3. Đám rối thần kinh cánh tay

Hệ thống giao cảm cổ: hai thành phần chủ yếu của hệ thống thần kinh của thần kinh giao cảm ảnh hưởng ở vùng cột sống cổ, nó tác động đến toàn thân, tuyến mồ hôi, nang lông.

Chuỗi giao cảm cổ: chuỗi hạch giao cảm cổ nối với các dây thần kinh tuỷ sống bởi các rễ nối thông. Mặc dù không truyền cảm giác nhưng chuỗi giao cảm như là một chất kiểm soát đau.

Thần kinh sống là thần kinh vận mạch tới động mạch, kiểm soát lưu lượng máu lên não.

1.1.3.2. Chức năng cột sống cổ [4].

Chức năng chịu tải trọng và bảo vệ tuỷ

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

Chức năng vận động

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

Cử động theo mặt phẳng trước sau: cúi và ngửa cổ. Động tác này được thực hiện ở ba phần, đơn thuần chỉ xảy ra ở xương chẩm và đốt đội.

Còn lại là vai trò của các khớp đốt sống khác từ C2 đến C7.

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

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

1.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.1.4.1. Lâm sàng

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

* Hội chứng cột sống cổ:

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

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

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

* Hội chứng rễ thần kinh:

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

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

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

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

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

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

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

*** Hội chứng túy cổ:**

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

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

* Các triệu 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, mất thăng bằng, mệt mỏi.

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

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

1.1.4.2. Cận lâm sàng

X-Quang cột sống cổ: cho thấy các hình ảnh: gai xương; hẹp khoang gian đốt sống, hẹp lỗ tiếp hợp (tư thế chéch $\frac{3}{4}$); đặc xương dưới sụn, phì đại mấu bán nguyệt và mất đường cong sinh lý cột sống cổ.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) CS cổ: trong THCS cổ cho thấy các hình ảnh tổn thương như phim X-quang; phì đại các dây chằng dọc, vị trí tổn thương rễ thần kinh, hình ảnh thoát vị, mức độ thoát vị, khối u...

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

Xạ hình xương: Khi nghi ngờ ung thư di căn hoặc viêm đĩa đệm đốt sống, cột túy viêm.

Điện cơ: Có thể giúp phát hiện tổn thương nguồn gốc thần kinh và phân biệt bệnh lý túy cổ với bệnh lý rễ và dây thần kinh ngoại biên. [1].

1.1.5. Chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống [5],[6].

1.1.5.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các tiêu chuẩn sau:

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

Biểu hiện lâm sàng ít nhất một triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh: đau dọc theo rễ thần kinh cổ; có một trong số các dấu hiệu kích thích rễ: bầm chuông; rối loạn cảm giác dọc theo rễ thần kinh; rối loạn phản xạ gân xương; rối loạn dinh dưỡng cơ.

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

1.1.5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý khớp vai và viêm quanh khớp vai.
- Hội chứng lồi ra lồng ngực, viêm đám rối thần kinh cánh tay, hội chứng đường hàm cổ tay.
- Hội chứng đau loạn dưỡng giao cảm phản xạ.
- Bệnh lý tủy sống do viêm, nhiễm trùng, đa xơ cứng.
- Bệnh lý não, màng não, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa gây đau vùng cổ vai hoặc tay.

1.1.6. Điều trị hội chứng cổ vai cánh tay theo y học hiện đại

1.1.6.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân kết hợp với điều trị triệu chứng bệnh;
- Kết hợp điều trị thuốc, không dùng thuốc với các biện pháp phục hồi chức năng;
- Chỉ định điều trị ngoại khoa trong một số ít các trường hợp đặc biệt.

1.1.6.2. Điều trị cụ thể

- Các biện pháp không dùng thuốc

- + Giáo dục nguyên nhân, thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc.
- + Có thể bất động cột sống cổ bằng nẹp mềm trong giai đoạn cấp khi có đau nhiều hoặc sau chấn thương.
- + Tập vận động cột sống cổ, vai, cánh tay với các bài tập thích hợp.
- + Vật lý trị liệu: Liệu pháp nhiệt, kích thích điện, siêu âm liệu pháp, kéo giãn cột sống.

- Dùng thuốc

- + Thuốc giảm đau: Tùy mức độ, có thể dùng đơn thuần hoặc phối hợp các thuốc sau:

Thuốc giảm đau thông thường: Acetaminophen (Paracetamol, Tylenol 8H...) 0,5g x 2-4 viên/24h; Acetaminophen kết hợp với codein hoặc tramadol: Efferalgan-codein 2-4 viên/24h; Ultracet 2-4 viên/24h.

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

+ Thuốc giãn cơ

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

+ Các thuốc khác

Thuốc giảm đau thần kinh: Gabapentin (600-900mg/ngày), Pregabalin (150-300mg/ngày). Thuốc chống trầm cảm (liều thấp): Amitriptylin 25mg (0,5-1 viên/ngày) đối với đau thần kinh mạn tính hoặc có rối loạn giấc ngủ. Vitamin nhóm B (B1, B6, B12) liều cao.

Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm bao gồm thuốc ức chế men tiêu sụn (Chondroitin sulfate), tăng cường tổng hợp proteoglycan và tăng sản xuất chất nhầy dịch khớp (Glucosamin sulfate)...[2], [3], [6].

1.1.7. Phòng bệnh

- Những người bị đau vùng cổ gáy cần lưu ý chống các tư thế xấu trong sinh hoạt và lao động.

- Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột, sai tư thế khi mang vác, xách, nâng các đồ vật.

- Khám định kì phát hiện sớm thoái hóa cột sống cổ cho bệnh nhân làm nghề lao động nặng, các nghề nghiệp có tư thế cột sống cổ xấu.

- Điều trị còi xương ở trẻ em. Phát hiện sớm các dị tật xương, khớp, cột sống; điều trị sớm nhằm giảm thoái hóa thứ phát

1.2. Hội chứng cổ vai cánh tay theo y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Theo Y học cổ truyền, hội chứng cổ vai cánh tay được xếp vào phạm vi chứng Tý. Tý có nghĩa là tắc, không thông.

Chứng tý là do tà khí phong hàn thấp nhiệt ở ngoài xâm nhập vào cơ thể, đóng bít ngăn trở kinh lạc, khí huyết vận hành không thông lợi mà gây ra. Là sự bế tắc kinh mạch, khí huyết, phát sinh trên cơ sở khí huyết suy kém, âm dương không điều hòa, các tà khí từ bên ngoài thừa cơ xâm phạm vào gân, cơ, khớp, xương, kinh lạc làm bế tắc kinh mạch, khí huyết không lưu thông gây đau; hoặc do người cao tuổi chức năng các tạng phủ suy yếu, thận hư không chủ được cốt tủy, can huyết hư không nuôi dưỡng được gân, tỳ hư cơ nhục yếu mà gây ra xương khớp đau nhức, sưng nề, gân cơ cứng, teo cơ, vận động khó khăn... [14], [16], [28].

1.2.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ

1.2.2.1. Ngoại nhân (lục dâm)

Các yếu tố bên ngoài như phong, hàn, thấp, nhiệt tà có thể đơn độc hoặc cùng kết hợp xâm nhập vào cơ thể như: phong thấp hàn, phong thấp nhiệt.

1.2.2.2. Nội nhân

Rối loạn tình chí (thất tình), tiên thiên bất túc hoặc sau sinh để làm khí huyết suy kém, âm dương mất điều hòa không nuôi dưỡng được cơ nhục, cốt tủy, tà khí dễ xâm nhập.

Do tuổi cao chức năng của các tạng hư suy, thường gặp can thận hư:

+ Thận tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy ở trong xương để nuôi dưỡng xương cho nên gọi là thận chủ sinh tủy và dưỡng cốt. Thận hư thì cốt không được nuôi dưỡng đầy đủ nên sinh đau.

+ Can chủ gân: gân là gân mạch gồm khớp, gân, cơ...phụ trách việc vận động của cơ thể. Can huyết đầy đủ gân mạch được nuôi dưỡng thì vận động tốt. Nếu can huyết hư không nuôi dưỡng được gân thì sẽ gây chứng tê bại, chân tay run co quắp, teo cơ, cứng khớp. Đầu gối là chỗ tụ của gân, gân bệnh thì đầu gối co duỗi khó khăn.

1.2.2.3. Bất nội ngoại nhân

Các yếu tố bất nội ngoại nhân như lao động vất vả, ăn uống, tình dục không điều độ làm khí huyết suy hoặc do đàm ẩm, huyết ứ sau chấn thương mà gây bế tắc kinh lạc cũng có thể gây chứng kiên tý

1.2.3. Các phương pháp điều trị

1.2.3.1. Phương pháp dùng thuốc

Dựa vào tứ chẩn, bát cương quy về các thể khác nhau mà có pháp phương điều trị khác nhau. Thuốc dùng có thể dùng đường uống hoặc thuốc đắp, thuốc bôi. Các nhóm thuốc hay dùng là: thuốc khu phong tán hàn trừ thấp, hoạt huyết thông lạc.

1.2.3.2. Phương pháp không dùng thuốc

- Điện châm:

+ Sử dụng công thức huyết: Phong trì, Đại trử, Kiên tĩnh, Trung Phủ, Thiên tông, Kiên ngưng, Kiên ngưng, Tý nhu, A thị huyết

+ Ngày châm một lần, lưu kim 30 phút.

1.2.4. Các thể lâm sàng

1.2.4.1. Phong hàn thấp tý

Triệu chứng: Đau mỏi các khớp, trời mưa lạnh ảm đau tăng hoặc tái phát. Đau nhiều một khớp hoặc di chuyển, chườm ấm đỡ đau, kèm vận động khó, tê bì, sợ gió, sợ lạnh. Rêu lưỡi trắng hoặc trắng dính, mạch phù khẩn hoặc nhu hoãn.

Pháp điều trị: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh lạc.

Bài thuốc: Quyên tý thang.

Châm cứu: Phong trì, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Thiên tông, Khúc trì,

Xoa bóp bấm huyết: vùng đau và các huyết trên.

1.2.4.2. Khí trệ huyết ú

Triệu chứng: Thường xuất hiện sau khi mang vác quá nặng hoặc chấn thương, vai gáy đau như dùi đâm, đau có điểm nhất định; vận động cổ khó khăn, nặng thì không quay trở được, đau cự án, chát lưỡi có điểm ú huyết, tím, mạch sáp.

Pháp điều trị: Hoạt huyết hóa ú, lý khí chỉ thống.

Bài thuốc: Thân thống trực ú thang gia giảm.

Châm cứu: Huyết hải, Phong trì, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Dương lăng tuyền, A thị huyết và các huyết lân cận vùng đau.

Xoa bóp bấm huyết: vùng đau và các huyết trên.

1.2.3.3. Phong hàn thấp tý kết hợp can thận hư

Triệu chứng lâm sàng: giống biểu hiện của phong hàn thấp tý nhưng thiên về hàn tý, kèm theo triệu chứng của can thận hư như: đau lưng, ù tai, ngủ ít, nước tiểu trong, lưng gối đau mỏi, tiểu tiện nhiều lần, rêu lưỡi trắng hoặc vàng mỏng, mạch trầm tế.

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

Bài thuốc: Quyên tý thang gia giảm.

Châm cứu: Phong trì, Kiên tinh, Kiên ngưng, Thiên tông, Khúc trì, Quan nguyên, Khí hải, Thận du, Tam âm giao, các huyết vùng đau và lân cận.

Xoa bóp bấm huyết vùng đau và các huyết trên.

1.3. Một số nghiên cứu về điều trị hội chứng cổ vai cánh tay

1.3.1. Trên thế giới

Đặng Kiên Quân (2003) nghiên cứu châm cứu điều trị đau vùng cổ gáy do THCS bằng các huyết Phong trì, Kiên trung du, Kiên tinh, Đại trùy, Thiên tông kết hợp xoa bóp cho 56 bệnh nhân. Kết quả có hiệu quả 96,4% [45].

Blossfeldt P (2004) đánh giá điều trị đau cổ mạn tính bằng châm cứu ở 153 bệnh nhân thấy hiệu quả điều trị đạt 68%. Theo dõi trong thời gian dài thấy 49% số bệnh nhân duy trì hiệu quả điều trị sau 6 tháng và 40% duy trì sau 1 năm [36].

He D. và cộng sự (2005) ở khoa Y, Đại học tổng hợp Oslo, Na Uy đã nghiên cứu tác dụng giảm đau cột sống cổ và đau vai mạn tính của châm cứu ở 24 phụ nữ làm công việc văn phòng (47 ± 9 tuổi) có thời gian đau từ 3 – 21 năm. Kết quả cho thấy châm cứu ngoài tác dụng giảm đau, còn có tác dụng cải thiện giấc ngủ, giảm các triệu chứng lo lắng, trầm uất và cải thiện chất lượng cuộc sống. Theo dõi tiếp tục trong 6 tháng đến 3 năm các tác giả thấy các triệu chứng này vẫn được cải thiện hơn ở nhóm nghiên cứu so với nhóm chứng [38].

1.3.2. Tại Việt Nam

Nguyễn Thị Phương Lan (2003) nghiên cứu tác dụng của điện châm trên 50 bệnh nhân mắc Hội chứng vai tay tại Viện châm cứu Trung ương thấy kết quả điều trị 72% tốt, 28% khá, không có bệnh nhân kết quả kém. Trước điều trị có 100% bệnh nhân đau vùng cổ gáy, giảm chỉ còn 5/50 bệnh nhân (10%) sau điều trị, hạn chế vận động cột sống cổ cũng giảm từ 100% xuống còn 2%.

Trong quá trình nghiên cứu không thấy xảy ra tác dụng không mong muốn nào [20].

Đặng Trúc Quỳnh (2014), đánh giá tác dụng của bài thuốc “Cát căn thang” trên bệnh nhân đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ thấy hiệu quả rõ rệt trong giảm đau, điểm VAS giảm từ $6,00 \pm 1,46$ điểm xuống $1,37 \pm 1,16$ điểm, giảm co cứng cơ, giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày, điểm NDI giảm từ $19,83 \pm 5,95$ điểm xuống $8,93 \pm 2,46$ điểm [29].

Nguyễn Hoài Linh (2016) đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vùng cổ gáy do THCSC thấy hiệu quả giảm đau (tính theo thang điểm VAS), điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ $5,57 \pm 1,04$ xuống $1,17 \pm 0,9$ điểm, điểm NDI của nhóm nghiên cứu giảm từ $16,5 \pm 8,9$ điểm xuống $3,60 \pm 1,99$ điểm [21].

Phạm Ngọc Hà (2018) đánh giá tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống. Kết quả chung cho thấy: thể can thận hư 60,0% tốt; 30,0% khá; 10,0% trung bình và thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp là 56,7% tốt; 30,0% khá; 13,3% trung bình[12]

1.4. Tổng quan về bài thuốc “Phong thấp NK”

1.4.1. Xuất xứ bài thuốc. (Nguồn gốc xuất xứ)

Bài thuốc “Phong thấp NK” trong cuốn “Các bài thuốc thường dùng thừa kế của thầy Nguyễn Kiều” do BS.Trần Đức Đạo biên soạn lại thành tập tài liệu được lưu hành nội bộ được Bộ Y Tế ban hành. Bài thuốc đã được nghiên cứu độc tính cấp tại Viện Nghiên cứu Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và xác định an toàn với liều lượng dùng dưới đây.

1.4.2. Công thức bài thuốc “Phong Thấp NK” (26)

Cà gai leo

20g

Dây chiêu

20g

Hà thủ ô đỏ	20g	Dây chìa vôi	12g
Hạt tơ hồng	20g	Trinh nữ	20g
Dây gắm	20g	Kim cang	20g

- Công năng, chủ trị : khu phong trừ thấp, hoạt huyết chỉ thống, bổ can thận. Vai, lưng trên đau không quay cổ được, đầu đau, người nặng nề, hoặc cột sống thắt lưng đau không xoay trở được.

- Phân tích bài thuốc: Bài thuốc có các vị dây gắm, dây chiều, dây chìa vôi, trinh nữ là các vị thuốc nam dùng nhiều trong nhân dân, đều có tác dụng trừ phong thấp, thư cân, hoạt huyết chỉ thống. Kim cang vị đạm, đắng nhẹ, tác dụng lợi thủy thẩm thấp, đưa thấp ra ngoài theo đường thủy đạo. Hà thủ ô vị ngọt, tính bình, giúp bổ huyết, ích can thận, mạnh cân cốt. Hạt tơ hồng vị ngọt, cay, tính ấm, có tác dụng bổ can thận, ích tinh tủy, giúp cân cốt được cường kiện. Cà gai leo vị đắng nhẹ, ích can giải độc, trừ phong thấp. Các vị thuốc hỗ trợ cho nhau để đạt tác dụng trừ phong thấp, hoạt huyết chỉ thống, bổ can thận

- Liều dùng: Ngày sắc 01 thang ,chia 02 lần uống sáng chiều.

1.5. Tổng quan về phương pháp điện châm

1.5.1. Định nghĩa

Điện châm tức là dùng một máy điện tử tạo xung điện ở tần số thấp qua các kim đã châm trên kinh huyết, nhằm kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết, sự hoạt động của các cơ, các dây thần kinh, các tổ chức, làm dịu đau, ức chế cơn đau điển hình nhất là tác dụng để châm tê; làm tăng cường sự dinh dưỡng của các tổ chức, làm giảm viêm, sung huyết và phù nề tại chỗ, đưa trạng thái của cơ thể trở về thăng bằng ổn định [12][20].

1.5.2. Cơ chế tác dụng của điện châm theo y học hiện đại

+ Cơ chế tác dụng của điện châm theo học thuyết Thần kinh – Nội tiết – Thể dịch: Châm là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới. Tại nơi châm có những biến đổi, tổ chức nơi châm bị tổn thương sẽ tiết ra Histamin, Acetylcholin, Catecholamin... nhiệt độ ở da thay đổi, bạch cầu tập trung,

phù nề tại chỗ, các phản xạ do đột trực làm giãn mạch máu.v.v. Tất cả những kích thích trên tạo thành một kích thích chung của châm. Các luồng xung động của các kích thích trên tạo thành một kích thích được truyền vào não. Từ não, xung động chuyển tới các cơ quan đáp ứng hình thành một cung phản xạ[8], [20],[12].

+ *Hiện tượng chiếm ưu thế Utomski*: Theo nguyên lý của hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski thì trong cùng một thời gian, ở một nơi nào đó có hệ thần kinh trung ương (vỏ não), nếu có hai luồng xung động của hai kích thích khác nhau đưa tới, kích thích nào có cường độ mạnh và liên tục hơn sẽ có tác dụng kéo theo các xung động của kích thích kia tới nó và kìm hãm, tiến tới dập tắt kích thích kia [8], [20],[12].

+ *Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và sự liên quan giữa các tạng phủ đối với các vùng cơ thể do tiết đoạn chi phối*. Thần kinh tủy sống có 31 đôi dây, mỗi đôi dây chia làm hai ngành trước và sau chi phối vận động, cảm giác một vùng cơ thể gọi là tiết đoạn. Sự cấu tạo thần kinh này được gọi là sự cấu tạo tiết đoạn [8], [20],[12].

+ *Nguyên lý về cơ năng sinh lý linh hoạt của hệ thần kinh Widekski*: Theo nguyên lý này, trong trường hợp thần kinh ở trạng thái yên tĩnh, một kích thích nhẹ thường gây ra phản ứng hưng phấn nhẹ, kích thích mạnh thường gây ra phản ứng hưng phấn mạnh, nhưng nếu thần kinh ở trạng thái hưng phấn do bệnh kích thích mạnh chẳng những không gây ra mạnh mà còn trái lại, nó làm cho hoạt động thần kinh chuyển sang quá trình ức chế nên bớt đau [8], [20],[12].+*Vai trò thể dịch, nội tiết và các chất trung gian thần kinh*: Nhiều thực nghiệm đã chứng minh được trong châm cứu và đỉnh cao của nó là châm tê, ngoài vai trò thần kinh còn có vai trò thể dịch tham gia trong quá trình làm giảm đau [8], [20],[12].

1.5.3. Cơ chế tác dụng của điện châm theo y học cổ truyền

Sự mất cân bằng về âm dương dẫn đến sự phát sinh ra bệnh tật. Cơ chế tác dụng của điện châm cơ bản là điều hòa âm dương. Trên lâm sàng, bệnh lý biểu hiện hoặc hàn hoặc nhiệt, hoặc hư hoặc thực (Hư, hàn thuộc âm; thực, nhiệt thuộc dương). Nguyên tắc điều trị chung là điều hòa (lập lại) mối cân bằng của âm dương. Cụ thể trên lâm sàng điều trị bằng điện châm phải tùy thuộc vào vị trí nông sâu, tính chất, trạng thái hàn nhiệt, hư thực của người bệnh để vận dụng bổ hay tả cho thích hợp. Như vậy, xét về mục đích, bổ tả là sự điều chỉnh lượng kích thích ở huyết sau khi châm đạt đắc khí. Dù có nhiều cách thức bổ tả khác nhau nhưng mục đích chỉ có một, đó là điều khí hòa huyết, phù chính khu tà, lập lại thăng bằng âm dương, tiêu trừ bệnh tật [8], [20].

1.5.4. Chỉ định và chống chỉ định

Chỉ định:

- Dùng để cắt chứng đau trong một số bệnh: đau khớp, đau răng, đau dây thần kinh...
- Chữa tê liệt, teo cơ trong các chứng liệt như liệt nửa người, liệt các dây thần kinh ngoại biên (liệt VII ngoại biên...)
- Châm tê để tiến hành phẫu thuật

Chống chỉ định:

Điện châm không được sử dụng trong các trường hợp bệnh lý thuộc cấp cứu; người có sức khỏe yếu, thiếu máu, có tiền sử hoặc đang mắc bệnh tim, phụ nữ đang có thai hoặc hành kinh; cơ thể ở trạng thái không thuận lợi: vừa lao động xong, mệt mỏi, đói...; một số huyết không có chỉ định châm hoặc cấm châm sâu như Phong phủ, Nhũ trung...[20].

1.5.5. Cách tiến hành điện châm

Sau khi đã chẩn đoán xác định bệnh, chọn phương huyết và tiến hành châm kim đạt tới đắc khí, các huyết cần được kích thích bằng xung điện được nối tới máy điện châm. Trước khi điện châm cần lưu ý kiểm tra lại máy điện

châm trước khi vận hành để đảm bảo an toàn; tránh mọi động tác vội vàng khiến cường độ kích thích quá ngưỡng gây cơn co giật mạnh khiến bệnh nhân hoảng sợ. Thời gian kích thích điện tùy thuộc yêu cầu chữa bệnh, có thể từ 15 phút đến 1 tiếng [20].

1.5.6. Liệu trình điện châm

Thông thường điện châm 1 lần/ngày, mỗi lần 20 – 25 phút, 1 liệu trình điều trị từ 10 – 15 ngày hoặc dài hơn tùy yêu cầu điều trị. Tần số của dòng điện điện châm theo pháp bổ là 1 - 3 Hz, theo pháp tả là 4- 10 Hz. Tùy theo ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân mà điều chỉnh cường độ điện châm cho phù hợp [20].

Chương 2.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Bài thuốc “Phong thấp NK”

Bảng 2.1. Bài thuốc “Phong thấp Nk” sắc đóng gói

Tên vị thuốc	Tên khoa học	Liều lượng
Hà thủ ô đỏ	Fallopia multiflora	20g
Hạt tơ hồng	Cuscuta sinensis	20g
Dây gấm	Gnetum montanum	20g
Dây chiêu	Tetracera scandens L.	20g
Dây chìa vôi	Cissus modeccoides Planch	12g
Trinh nữ	Mimosa pudica L.	20g
Kim cang	Dioscorea tokoro Makino	20g
Cà gai leo	Solanum procumbens	20g

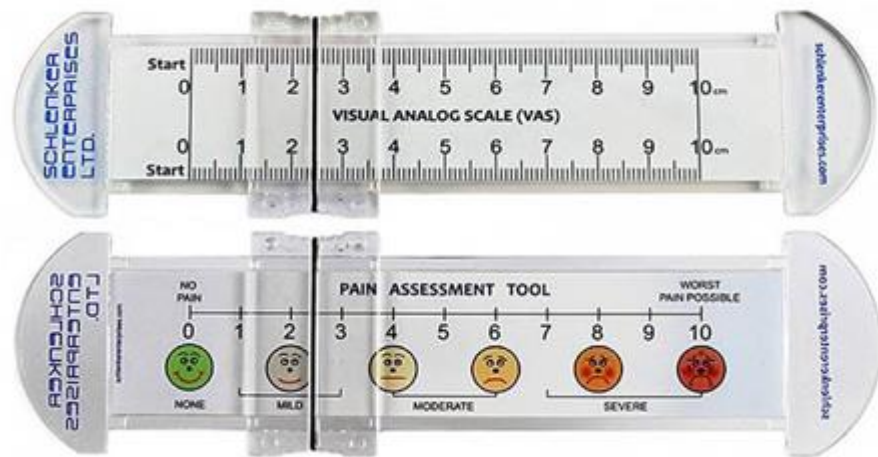
Thuốc được sắc theo quy trình sắc thuốc bằng máy sắc đóng túi bán tự động tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh máy DONGHUAYUAN MEDICAL – Trung Quốc. 1 thang (152 gram dược liệu) sắc lấy 250ml, đóng gói 125 ml/ gói.

Cách dùng: BN ngày uống 2 gói, chia 2 lần sáng - chiều, mỗi lần 01 gói, uống sau ăn 30 phút.

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

Các máy móc, dụng cụ và trang thiết bị dùng trong nghiên cứu:

- Thước đo điểm đau VAS (Visual analogue scale), thước đo tầm vận động khớp, thước dây, bộ câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày .



Hình 2.1. Thước đo điểm đau VAS

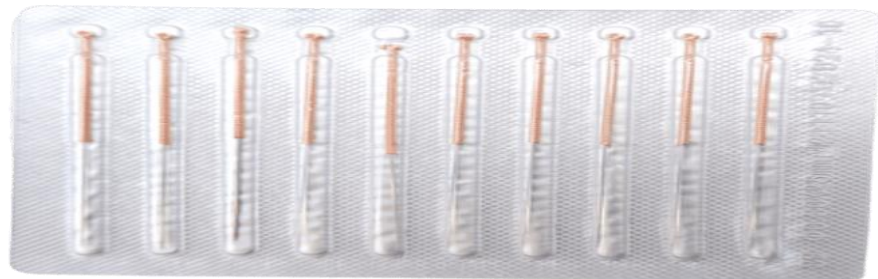
- Thước đo tầm vận động khớp.



Hình 2.2. Thước đo tầm vận động khớp

* Các máy móc dụng cụ dùng trong điện châm.

- Kim châm cứu: Sử dụng kim châm cứu dùng 1 lần của hãng Đông Á, kích thước 0.40x25mm, kim được tiệt trùng, mỗi hộp gồm 10 kim/vi x 10 vi.



- Máy điện châm:



Hình 2.3. Máy điện châm

- Kim kẹp kim, bông cồn.
- Một hộp bông cồn, 1 hộp bông vô khuẩn.
- khay quả đậu.
- Hộp chống sốc.
- Bộ câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày NDI . Thước đo tâm vận động cột sống cổ.
- Bệnh án nghiên cứu.

Tất cả các phương tiện và dụng cụ đưa vào nghiên cứu phải được kiểm tra trước với yêu cầu là được phép sử dụng và trong tình trạng đang hoạt động tốt.

2.1.3. Công thức huyệt

Theo Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền của Bộ Y tế 2013 [8]:

Tên huyệt	Đường kinh
Phong trì	Túc thiếu dương Đờm
Thiên trụ	Túc thái dương Bàng quang
Đại trử	Túc thái dương Bàng quang
Đại chùy	Mạch đốc
Giáp tích C ₄ -C ₇	Ngoài kinh

Kiên ngưng	Thủ dương minh Đại trường
Kiên tĩnh	Túc thiếu dương Đờm
Khúc trì	Thủ dương minh Đại trường
Hợp cốc	Thủ dương minh Đại trường

2.2. Đối tượng nghiên cứu

60 bệnh nhân được chẩn đoán là hội chứng cổ vai cánh tay, tuổi từ 38 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính nghề nghiệp, điều trị tại Khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Theo Y học hiện đại:

- Bệnh nhân từ 38 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính nghề nghiệp, điều trị tại Khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Tuệ Tĩnh, được chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hoá cột sống cổ.

+ Lâm sàng: Có ít nhất 1 triệu chứng trong hội chứng cột sống cổ và có ít nhất 1 triệu chứng trong hội chứng rễ thần kinh.

+ Cận lâm sàng: Có ít nhất 1 trong 3 hình ảnh của thoái hoá cột sống cổ trên phim X quang.

- Bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ đúng liệu trình điều trị.

Theo y học cổ truyền:

Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ theo Y học hiện đại và có các biểu hiện của chứng Tý thể phong thấp kèm can thận hư:

- Vọng: Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng dính.

- Văn: Tiếng nói hơi thở bình thường, không ho, không nôn, không nấc.

- Vấn: Đau cổ gáy, vai, tê lan xuống cánh tay, cảm giác nặng nề khó vận động, đau dai dẳng lâu ngày, trời lạnh đau tăng, đau đầu, đau lưng mỏi gối, ù tai, ngủ ít, nước tiểu trong hoặc hơi vàng.

- Thiết: Cơ nhục vùng vai gáy co cứng nhẹ, mạch khản hoặc trầm sáp.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ và loại bỏ bệnh nhân

- Bệnh nhân có tiền sử liên quan đến chấn thương cột sống cổ, các bệnh lý bẩm sinh tại cột sống và vùng tuỷ và hội chứng chèn ép tuỷ cổ.

- Viêm đốt sống, các trường hợp loãng xương nặng biểu hiện trên phim Xquang như lún xẹp, vỡ thân đốt sống.

- Bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay không do thoái hóa cột sống cổ như: viêm cột sống dính khớp; lao cột sống; ung thư nguyên phát, thứ phát; loãng xương nặng; các chấn thương cột sống cổ...

- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

- Bệnh nhân nghiện rượu, ma tuý, bệnh lý tâm thần và không hợp tác.

- Bệnh nhân bỏ không tuân thủ quy định của nghiên cứu hoặc tiến triển nặng hơn trong quá trình nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, so sánh đối chứng. Lựa chọn phương pháp lấy cỡ mẫu chủ đích trong nghiên cứu lâm sàng, lấy 60 bệnh nhân, mỗi nhóm 30 bệnh nhân.

2.3.2. Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân có hội chứng cổ vai cánh tay được lựa chọn vào đối tượng nghiên cứu, phân nhóm điều trị.

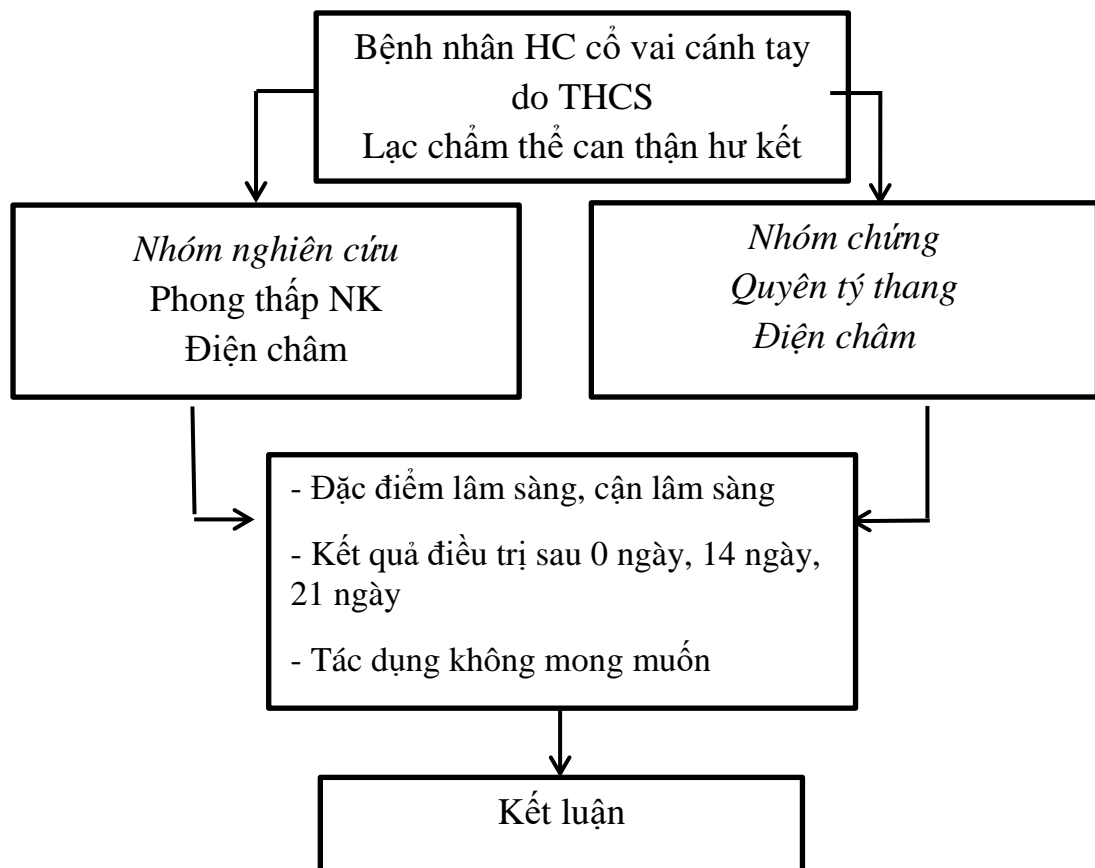
- Đánh giá các triệu chứng lâm sàng trước điều trị (thời điểm D₀).

- Làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết: Bệnh nhân trong nghiên cứu được chụp xquang cột sống cổ 3 tư thế thẳng, nghiêng và chéch ¾; làm xét nghiệm công thức máu, tốc độ máu lắng. Bệnh nhân nhóm nghiên cứu được kiểm tra chức năng gan (AST, ALT), chức năng thận (ure, creatinin) trước điều trị, được chụp MRI hoặc CT scanner nếu cần.

Mỗi đợt điều trị gồm 21 ngày, trong đó bệnh nhân được khám đánh giá vào các ngày đầu tiên, ngày thứ 14 và ngày thứ 21 của quá trình điều trị.

Thứ tự thực hiện các kỹ thuật trong quy trình là:

- + Nhóm I : Uống thuốc sắc bài “Phong thấp NK”, điện châm
- + Nhóm II : Điện châm, uống thuốc sắc bài “ Quyên tý thang”
- Các thủ thuật điện châm cột sống cổ, vai cánh tay thực hiện từ thứ 2 đến thứ 6 (nghỉ thứ 7, chủ nhật). Thuốc sắc uống cả tuần.
- Sau 21 ngày làm lại xét nghiệm CLS.
- Theo dõi tác dụng không mong muốn trong và sau điều trị.



Hình 2.4. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

- Phương pháp điện châm:

+ BN được giải thích rõ về quá trình điện châm, được đo huyết áp trước khi châm.

+ Tiến hành châm theo công thức huyết:

+ Huyệt tại chỗ và lân cận: Phong trì, Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Khúc trì, Hợp cốc, Đại chùy, Đại trử. Điện châm tả, tần số 4 - 10 Hz.

+ Huyệt toàn thân: Can du, Thận du. Điện châm bổ, tần số 1 – 3 Hz.

+ Điều chỉnh cường độ điện châm phù hợp với BN, lưu kim mỗi lần 30 phút. Ngày châm 1 lần. Liệu trình điện châm là 21 ngày.

2.3.3. Chỉ tiêu nghiên cứu và phương pháp lượng giá

2.3.3.1. Các chỉ tiêu lâm sàng: thu thập tại thời điểm D_0 , D_{14} , D_{21} .

2.3.3.1.1 Các chỉ tiêu liên quan đến đặc điểm chung của bệnh nhân

Phân bố bệnh nhân theo: Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, đặc điểm trên phim X quang.

2.3.3.1.2. Các chỉ tiêu lâm sàng trước và sau điều trị

- Triệu chứng cơ năng:

+ Mức độ đau của bệnh nhân: đánh giá theo thang điểm VAS.

+ Hiệu quả giảm mức độ hạn chế vận động cột sống cổ

+ Chỉ tiêu theo dõi mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày do đau cổ của bệnh nhân trước và sau điều trị: bộ câu hỏi NDI.

+ Hội chứng rễ thần kinh

2.3.3.2. Các chỉ tiêu cận lâm sàng: thu thập tại thời điểm D_0 và D_{21}

- Công thức máu, hóa sinh máu, xquang CSC

- Các biểu hiện không mong muốn xuất hiện trong quá trình điều trị.

+ Chức năng gan qua men gan AST và ALT.

+ Chức năng thận qua nồng độ ure, creatinine.

2.3.4. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị

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

Mức độ đau chủ quan của bệnh nhân được lượng giá bằng thang VAS (Visual Analogue Scale). Thang VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 đến 10. Thang VAS được chia thành 4 mức độ sau

Bảng 2.2. Thang điểm VAS

Điểm VAS	Mức độ
VAS = 0 điểm	Hoàn toàn không đau
$1 \leq \text{VAS} \leq 3$ điểm	Đau nhẹ
$4 \leq \text{VAS} \leq 6$ điểm	Đau vừa
$7 \leq \text{VAS} \leq 10$ điểm	Đau nặng

2.3.4.2. *Đánh giá, so sánh các triệu chứng lâm sàng sau điều trị của hai nhóm*

- Tầm vận động của cột sống cổ:

Mức độ chính xác và yếu tố ảnh hưởng phụ thuộc vào trình độ và sự thận trọng của người đo, hiểu biết và sự hợp tác của đối tượng [27], [37], [39].

Bảng 2.3. Tầm vận động cột sống cổ: Cúi, ngửa, nghiêng trái, nghiêng phải, quay trái, quay phải

Mức độ	Điểm tầm vận động chung	Điểm quy đổi
Không hạn chế	0 điểm	0 điểm
Hạn chế ít	1 – 6 điểm	1 điểm
Hạn chế vừa	7 – 12 điểm	2 điểm
Hạn chế nhiều	13 – 18 điểm	3 điểm
Hạn chế rất nhiều	19 – 24 điểm	4 điểm

- Hội chứng rễ thần kinh

Hội chứng rễ thần kinh được đánh giá bằng các triệu chứng tê lan xuống tay, xuống ngón tay, giảm phản xạ gân xương, teo cơ. Bệnh nhân không có triệu chứng nào của hội chứng rễ được tính 0 điểm; có tối thiểu 1 triệu chứng được tính 1 điểm.

Bảng 2.4. Đánh giá hội chứng rỗ

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

2.3.4.3. Đánh giá mức độ cải thiện hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo Bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI)

Bộ câu hỏi Neck Disability Index của tác giả Howard Vernon là một công cụ dùng để tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy hoặc các bệnh lý chấn thương cổ [42]. Bộ câu hỏi NDI được công bố lần đầu vào năm 1991 và là bộ câu hỏi đầu tiên cho việc tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy, đã được dịch ra hơn 20 ngôn ngữ và được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu điều trị. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục, điểm tối đa là 50 điểm và được đánh giá như sau:

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

Điểm	Mức hạn chế
0 – 4	Không hạn chế
5 – 14	Hạn chế nhẹ
15 – 24	Hạn chế trung bình
25 – 34	Hạn chế nghiêm trọng
35 trở lên	Hoàn toàn hạn chế

Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của từng nhóm và so sánh hai nhóm ở các thời điểm D0, D14, D21.

2.4. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh trong thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 11/2024.

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 23.0. Tính giá trị trung bình \bar{X} và độ lệch chuẩn SD. So sánh giá trị trung bình của các nhóm bằng T – test, so sánh các tỷ lệ của các nhóm bằng kiểm định χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng bảo vệ đề cương CKII, hội đồng đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và Ban Giám đốc BV Tuệ Tĩnh thông qua.

- Nghiên cứu vì mục đích bảo vệ nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không vì lý do nào khác. Tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực, áp dụng các nguyên lý về nghiên cứu và đạo đức trong nghiên cứu cũng như phổ biến kết quả trong nghiên cứu.

- Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu với tinh thần tự nguyện, được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu, nắm rõ trách nhiệm và quyền lợi của mình.

- Trong quá trình nghiên cứu bệnh nhân có quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất kì thời điểm nào.

- Thông tin cá nhân của người bệnh được giữ bí mật. Kết quả chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ mục đích khác.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Bảng 3.1. So sánh độ tuổi giữa hai nhóm

Tuổi \ Nhóm BN	Nhóm I (n = 30)		Nhóm II (n = 30)		Tổng (n=60)		P _{I-II}
	NNC		NĐC				
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
39 - 49	3	10	3	10	6	10	>0.05
50 - 59	7	23.3	4	13.3	10	16.7	
>60	20	66.7	23	76.7	44	73.3	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu ở độ tuổi trên 50 tuổi, trong đó tập chung nhiều nhất ở độ tuổi trên 60 tuổi, NNC chiếm tỷ lệ 66.7%, NĐC chiếm tỷ lệ 76.7%

Sự khác biệt về độ tuổi của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Bảng 3.2. So sánh giới tính giữa hai nhóm

Giới \ Nhóm BN	Nhóm NC(n = 30)		Nhóm ĐC (n = 30)		Tổng (n=60)		P _{NC - ĐC}
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Nam	9	30	8	26,7	19	31.7	>0.05
Nữ	21	70	22	73,3	41	68.3	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: Tỷ lệ nữ chiếm đa số, NNC chiếm tỷ lệ 70% (21/30 BN), NĐC chiếm tỷ lệ 73,3%

Sự khác biệt về giới tính của NNC VÀ NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

3.1.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

Đối tượng Nghề nghiệp	Nhóm I (n = 30)		Nhóm II (n = 30)		Tổng (n=60)		P _{I-II}
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Lao động chân tay	7	23.3	5	16.7	12	20	>0.05
Lao động trí óc	23	76.7	25	83.3	48	80	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu đa số là lao động trí óc, NNC chiếm 76.7%, NĐC chiếm tỷ lệ 83.3%

Sự khác biệt về nghề nghiệp của NNC và NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

3.1.4. Phân bố đối tượng theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.4. Phân bố đối tượng theo thời gian mắc bệnh

BN Nghề nghiệp	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm ĐC (n = 30)		Tổng (n=60)		P
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
<1 tháng	4	13.3	4	13.3	8	13.3	>0.05
1-3 tháng	10	33.3	9	30	19	31.7	
>3 tháng	16	53.3	17	56.7	33	55	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: Bảng cho thấy: Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất trong đó 53.3% ở NNC và 56.7% NĐC, đứng thứ 2 là nhóm bệnh có thời gian mắc bệnh 1-3 tháng, cuối là nhóm bệnh <1 tháng

Tỷ lệ bệnh nhân ở cả 2 nhóm nghiên cứu sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

3.1.5. Đặc điểm tổn thương cột sống trên phim X-Q

Bảng 3.5. Đặc điểm tổn thương cột sống cổ trên phim xquang

Biểu hiện Trên phim Xquang	Nhóm	Nhóm nghiên cứu (1) (n=30)		Nhóm đối chứng (2) (n=30)		Tổng		p1-2>0,05
		n	%	n	%	n	%	
Hẹp lỗ tiếp hợp		23	76.7	21	70	44	73.3	
Phi đại bán nguyệt		7	23.3	9	30	16	26.7	
Tổng		30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: Trong đó nhóm tổn thương hẹp lỗ tiếp hợp chiếm tỷ lệ cao nhất trong đó nhóm NC chiếm tỷ lệ 76.7%, ĐC chiếm tỷ lệ 23.3%. Phi đại bán nguyệt chiếm 23,3% trong nhóm NC, 26,7% trong nhóm ĐC

Tỷ lệ về đặc điểm phim chụp X-Quang thường quy của hai nhóm không có sự khác biệt với $P_{1-2} > 0,05$

3.2.6. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

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

Điểm VAS	Nhóm	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm chứng (n = 30)		Tổng (n = 60)	
		n	%	n	%	n	%
Không đau		0	0	0	0	0	0
Đau nhẹ		1	3,33	0	0	1	1,67
Đau vừa		26	86,67	26	86,67	52	86,67
Đau nặng		3	10	4	13,33	7	11,67
$\bar{X} \pm SD$		5,37 \pm 0,96		5,33 \pm 0,99		5,35 \pm 0,97	
$P_{NC-ĐC}$		$P > 0,05$					

Nhận xét:

Điểm đau VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,37 \pm 0,96$ điểm, của nhóm đối chứng là $5,33 \pm 0,99$, của cả 2 nhóm là $5,35 \pm 0,97$

Trong đó điểm đau VAS nhóm nghiên cứu có 86,67% mức độ vừa, 10% mức độ đau nặng, 3,33% mức độ đau nhẹ. Nhóm đối chứng mức độ đau vừa chiếm 86,67%, đau nặng chiếm 13,33%, đau nhẹ chiếm 1,67%

Điểm đau VAS giữa 2 nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.7. Hiệu quả giảm mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị

	<i>NNC(n=30)</i>		<i>NC (N=30)</i>		<i>Tổng (n=60)</i>		<i>P</i>
<i>Mức độ</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Không hạn chế</i>	0	0	0	0	0	0	>0,05
<i>Hạn chế ít</i>	4	13,3	5	16,7	9	15	
<i>Hạn chế vừa</i>	17	56,7	20	66,7	37	61,7	
<i>Hạn chế nhiều</i>	9	30	5	16,7	14	23,3	
$\bar{X} \pm SD$	$20,07 \pm 5,67$		$19,17 \pm 5,48$		$19,62 \pm 5,55$		>0,05

Nhận xét:

- Điểm hạn chế tầm vận động trung bình của nhóm nghiên cứu là $20,07 \pm 5,67$ điểm, của nhóm đối chứng là $19,17 \pm 5,48$, của cả 2 nhóm là $19,62 \pm 5,55$

- Trước điều trị NNC có mức độ hạn chế vận động nhiều là 30%, mức độ hạn chế vừa là 56,7%, mức độ hạn chế ít là 13,3%. NĐC có mức độ hạn chế vận động nhiều là 16,7%, mức độ hạn chế vừa là 66,7%, mức độ hạn chế ít là 16,7%

Điểm hạn chế tầm vận động giữa 2 nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

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

Nhóm BN Điểm bộ câu hỏi NDI	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm ĐC (n = 30)		P _{I-II}
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Không hạn chế	0	0,0	0	0,0	> 0,05
Hạn chế nhẹ	9	30,0	7	23,3	
Hạn chế trung bình	18	60,0	17	56,7	
Hạn chế nghiêm trọng	3	10,0	6	20,0	
$\bar{X} \pm SD$	19,07 \pm 5,77		19,47 \pm 6,9		> 0,05

Nhận xét:

- Các bệnh nhân chủ yếu hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức trung bình, chiếm 60,0% ở nhóm NC và 56,7% ở nhóm ĐC .

- Điểm hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày trung bình của nhóm NC là 19,07 \pm 5,77 điểm, của nhóm ĐC là 19,47 \pm 6,9 điểm.

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

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

Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo HC rỗ thần kinh trước điều trị

Hội chứng rỗ	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm ĐC (n = 30)		P _{NC-ĐC}
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %	
Không có HC rỗ	21	70	20	66,7	P > 0,05
Có HC rỗ	9	30	10	33,4	

Nhận xét:

Bệnh nhân có hội chứng rỗ chiếm 30% nhóm nghiên cứu và 33.4% nhóm chứng.

Tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng rỗ của hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3. 10. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS sau 14 ngày điều trị

Nhóm	Nhóm NC (n = 30)				Nhóm chứng (n = 30)			
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mức độ đau VAS								
Không đau	0	0	0	0	0	0	0	0
Đau nhẹ	1	3,33	13	43,33	0	0	4	13,33
Đau vừa	26	86,67	17	56,67	26	86,67	26	86,67
Đau nặng	3	10	0	0	4	13,33	0	0
$\bar{X} \pm SD$	5,37 ± 0,96		3,63 ± 0,72		5,33 ± 0,99		4,53 ± 1,07	
P _{D14-D0}	P < 0,05				P < 0,05			
P _{NC-ĐC}	P < 0,05							

Nhận xét: Mức độ đau theo thang điểm VAS sau 14 ngày điều trị của hai nhóm đều có xu hướng giảm.

Cụ thể, nhóm nghiên cứu điểm VAS giảm xuống còn 3,63 ± 0,72 điểm , nhóm chứng điểm VAS giảm 4.53 ± 1.07

Cả 2 nhóm không còn bệnh nhân đau ở mức độ nặng. Sau 14 ngày điều trị, nhóm NC có 43,33% bệnh nhân đau nhẹ, 56,67% bệnh nhân ở mức độ đau vừa

Nhóm nghiên cứu có điểm VAS giảm nhanh hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$

Bảng 3.11. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS sau 21 ngày điều trị

Mức độ đau VAS	Nhóm NC (1)(n = 30)		Nhóm chứng (2)(n = 30)					
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	16	53,3	0	0	13	43,3
Đau nhẹ	1	3,33	10	33,3	0	0	12	40,0
Đau vừa	26	86,67	4	13,4	26	86,67	5	16,7
Đau nặng	3	10	0	0	4	13,33	0	0
$\bar{X} \pm SD$	5,37 ± 0,96		1,10 ± 1,40		5,33 ± 0,99		1,27 ± 1,40	
$P_{21(NC-ĐC)}$	>0,05							

Nhận xét:

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

Cụ thể, nhóm nghiên cứu điểm VAS giảm xuống còn $1,10 \pm 1,40$ điểm, nhóm chứng điểm VAS giảm $1,27 \pm 1,40$ điểm

Cả 2 nhóm không còn bệnh nhân đau ở mức độ nặng. Sau 21 ngày điều trị, nhóm NC bệnh nhân không đau chiếm 53.3%, 33,3% bệnh nhân đau nhẹ, 13,4 % bệnh nhân ở mức độ đau vừa, không có bệnh nhân đau nặng. Nhóm ĐC bệnh nhân không đau chiếm 43,3%, 40% bệnh nhân đau nhẹ, 16,7% bệnh nhân ở mức độ đau vừa, không có bệnh nhân đau nặng

Sự khác biệt giữa hai nhóm sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 3.12. Hiệu quả giảm mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 14 ngày điều trị

	<i>NNC(a)(n =30)</i>				<i>NĐC (b) (n=30)</i>			
	<i>D0</i>		<i>D14</i>		<i>D0</i>		<i>D14</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Không hạn chế</i>	0	0	4	13,3	0	0	0	60
<i>Hạn chế ít</i>	4	13,3	17	56,7	5	16,7	12	40
<i>Hạn chế vừa</i>	17	56,7	9	30	20	66,7	18	60
<i>Hạn chế nhiều</i>	9	30	0	0	5	16,7	0	0
$\bar{X} \pm SD$	20,07± 5,67		11,67 ± 5,79		19,17 ± 5,48		15,00 ± 4,27	
<i>P</i>	$P(a D0 - b D0) > 0,05, P(a D14 - b D14) < 0,05, p a(D0 - D14) < 0,05, pb(D0 - D14) < 0,05$							

Nhận xét:

•Nhóm nghiên cứu:

- Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị có điểm trung bình là 20,07±5,67 điểm, sau 14 ngày điều trị là 11,67±5,79 điểm.
- Sau điều trị 14 ngày, cả 2 nhóm không còn mức độ hạn chế nhiều , hạn chế vừa giảm còn 30% , hạn chế ít tăng từ 13,3% lên 56,7%, không hạn chế tăng từ 0% lên 13,3%. Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.
- Điểm trung bình tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị 14 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

•Nhóm đối chứng:

- Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị có điểm trung bình là 19,17±5,48 điểm, sau 14 ngày điều trị là 15,00±4,27 điểm.
- Sau điều trị 14 ngày, nhóm đối chứng không còn mức độ hạn chế nhiều , hạn chế vừa chiếm 60% , hạn chế ít chiếm 40%, Điểm trung bình tầm vận

động cột sống cổ trước và sau điều trị 14 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.13. Hiệu quả giảm mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 21 ngày điều trị

	NNC(a)(n =30)				NDC (b) (n=30)			
	D0		D21		D0		D21	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	20	70	0	0	18	60
Hạn chế ít	4	13,3	10	30	5	16,7	12	40
Hạn chế vừa	17	56,7	0	0	20	66,7	0	0
Hạn chế nhiều	9	30	0	0	5	16,7	0	0
$\bar{X} \pm SD$	20,07±5,67		5,07 ± 2,20		19,17 ± 5,48		5,23 ± 2,70	
P	$P(a D21 - b D21) > 0,05$							

Nhận xét

Nhóm nghiên cứu:

- Sau 21 ngày điều trị mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ giảm còn $5,07 \pm 2,20$ điểm

- Không có hạn chế mức vừa , hạn chế ít tăng lên 30%, không hạn chế tăng từ 0% lên 70%. Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

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

•Nhóm đối chứng: Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị có điểm trung bình là $19,17 \pm 5,67$ điểm, sau 21 ngày điều trị là $5,23 \pm 2,70$ điểm.

- Sau điều trị 21 ngày, nhóm đối chứng không còn mức độ hạn chế nhiều và hạn chế vừa , hạn chế ít chiếm 40% , không hạn chế chiếm 60%

- Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.
- Điểm trung bình tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.
- Sự khác biệt điểm trung bình hạn chế tầm vận động cột sống cổ của NNC và NĐC sau 21 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.14 : Phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau 21 ngày điều trị

	<i>NNC(a)(n =30)</i>				<i>NĐC (b) (n=30)</i>			
	<i>D0</i>		<i>D21</i>		<i>D0</i>		<i>D21</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Không hạn chế</i>	0	0,0	18	60,0	0	0	16	53.3
<i>Hạn chế nhẹ</i>	9	30,0	12	40,0	7	23.3	13	43.3
<i>Hạn chế trung bình</i>	18	60,0	0	0,0	17	56,7	1	3.3
<i>Hạn chế nghiêm trọng</i>	3	10,0	0	0	6	20	0	0.0
$\bar{X} \pm SD$	19,07± 5,77		5,03±3,94		19,47 ± 6,90		5,27± 4,12	
$P_{D21 - D0}$	P < 0,05				P < 0,05			
$P_{21(NC-C)}$	P > 0,05							

Nhận xét:

- Nhóm NC có 60% không hạn chế sinh hoạt hàng ngày, 40% hạn chế nhẹ. Nhóm ĐC 53,3% không hạn chế, 43,3% hạn chế nhẹ và 3,3% hạn chế trung bình.
- Sau điều trị điểm mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm đã giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm NC giảm từ $19,07 \pm 5,77$ xuống $5,03 \pm 3,94$ điểm, nhóm ĐC giảm từ $19,47 \pm 6,90$ xuống $5,27 \pm 4,12$ điểm.

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

Bảng 3.15. Phân bố bệnh nhân theo HC rã thần kinh sau 21 ngày điều trị

<i>Nhóm</i> <i>HC rã</i>	Nhóm NC (n = 30)				Nhóm chứng (n = 30)			
	D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có HC rã	9	30	3	10	10	36,67	6	20
Không có HC rã	21	70	27	90	20	86,67	24	80
P _{D21 - D0}	p < 0,05				p < 0,05			
P21(NC - ĐC)	P > 0,05							

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị số bệnh nhân có hội chứng rã của hai nhóm đều giảm. Cụ thể, Sau điều trị 3 tuần số bệnh nhân có hội chứng rã ở nhóm NC là 10% và nhóm II là 20%.

- Sau điều trị hội chứng rã ở mỗi nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sự khác biệt về kết quả điều trị hội chứng rã của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

3.3.1. Lâm sàng

Bảng 3.16. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

<i>Nhóm</i> <i>Triệu chứng</i>		Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)	
		n	%	n	%
Dùng thuốc	Đau bụng	0	0	0	0
	Nôn	0	0	0	0
	Dị ứng	0	0	0	0
	Tiêu chảy	0	0	0	0
Điện châm	Vụng châm	0	0	0	0
	Chảy máu	0	0	0	0

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

3.3.2. Trên cận lâm sàng

Bảng 3.17. Sự thay đổi về một số chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị

Chỉ số \ Nhóm	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$		Nhóm chứng $\bar{X} \pm SD$	
	D ₀	D ₂₁	D ₀	D ₂₁
Ure (mmol/L)	5,43 ± 0,51	5,42 ± 0,50	5,34 ± 0,64	5,24 ± 0,61
Creatinin (µmol/L)	71,27 ± 4,01	71,11 ± 4,0	71,66 ± 4,82	71,62 ± 5,06
AST (U/L- 37 ⁰ C)	24,56 ± 1,11	24,56 ± 1,73	23,57 ± 2,47	24,86 ± 2,37
ALT (U/L - 37 ⁰ C)	24,46 ± 2,11	25,53 ± 2,43	23,36 ± 2,47	24,86 ± 2,37
P _{D21-D0}	P > 0,05		P > 0,05	
P _{NC-ĐC}	P > 0,05			

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm hóa sinh máu các chức năng gan, thận sau điều trị của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có sự khác biệt so với trước điều trị với $p > 0,05$ và đều nằm trong giới hạn bình thường của các chỉ số.

Bảng 3.18. Biến đổi một số chỉ số huyết học

Chỉ số \ Nhóm	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$		Nhóm chứng $\bar{X} \pm SD$	
	D ₀	D ₂₁	D ₀	D ₂₁
Hồng cầu (T/L)	4.84±0.86	4.84±0.86	4.84±0.86	4.84±0.86
Bạch cầu (G/L)	6.40±1.60	6.40±2,5	6.30±0.84	6.4±0.86
Tiểu cầu (G/L)	240.6±44.8	240.6 ±45.4	240.6±44.8	240.6 ±45.4
P _{D21-D0}	P > 0,05		P > 0,05	
P _{NC-ĐC}	P > 0,05			

Nhận xét: Các chỉ số huyết học (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) sau 21 ngày điều trị không có sự thay đổi với $p > 0,05$ và ở trong khoảng giá trị bình thường.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Qua bảng 3.1, Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu ở độ tuổi trên 50 tuổi, trong đó tập chung nhiều nhất ở độ tuổi trên 60 tuổi, NNC chiếm tỷ lệ 66.7%, NĐC chiếm tỷ lệ 76.7%

Sự khác biệt về độ tuổi của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Hà (2018) về tác dụng của bài thuốc Quyên Tý thang và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống: tuổi trung bình của nhóm chứng là $56,50 \pm 8,70$ và của nhóm nghiên cứu là $55,80 \pm 8,80$. Tỷ lệ gặp cao nhất là nhóm BN trên 60 tuổi, chiếm 46,7% ở nhóm chứng và 43,3% nhóm nghiên cứu [12].

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Linh (2016) về tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên BN đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ: tuổi trung bình của nhóm chứng là $57,87 \pm 13,62$ và của nhóm nghiên cứu là $62,67 \pm 11,39$. Tỷ lệ gặp cao nhất là nhóm BN trên 60 tuổi, chiếm 46,67% ở nhóm chứng và 43,3% nhóm nghiên cứu [21].

Theo lý luận YHCT, ở lứa tuổi từ 60 trở lên chức năng hai tạng can và thận suy giảm dẫn đến khí huyết không đầy đủ nên cân cốt không được nhu nhuận, đó là nguyên nhân chính gây ra các bệnh về chứng tý, tương ứng các bệnh thoái hoá khớp của YHHĐ. Ngoài ra, có thể ở độ tuổi trên 60 người ta quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe, có thời gian và điều kiện để đi khám và nhập viện điều trị nên tỷ lệ BN ở nhóm tuổi này tăng lên.

Một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân đau vùng cổ gáy xuất hiện nhiều từ 50 tuổi trở lên ,do độ tuổi này các cấu trúc đã bắt đầu lão hóa mà vẫn trong độ tuổi lao động chưa được nghỉ ngơi hoặc do cỡ mẫu nhỏ, chưa đủ phản ánh đúng tỉ lệ bệnh trong quần thể.

4.1.2. Giới

Bảng 3.2. Nhận xét: Tỷ lệ nữ chiếm đa số, NNC chiếm tỷ lệ 70% (21/30 BN), NĐC chiếm tỷ lệ 73,3%

Sự khác biệt về giới tính của NNC VÀ NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

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

Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam trong nghiên cứu phù hợp với kết luận của các tác giả Đặng Trúc Quỳnh (2014) [29], Nguyễn Hoài Linh (2016) [21].

Theo YHCT, phụ nữ đến 49 tuổi và nam giới đến 64 tuổi thì thiên quý kiệt, chức năng các tạng thận và can suy giảm, không đủ để nuôi dưỡng cân cốt. Thận hư không dưỡng được cốt tủy gây đau mỏi xương khớp, can huyết hư không dưỡng được cân gây co cứng cơ, chính khí suy giảm, tà khí xâm phạm gây chứng tý. Tuổi thiên quý kiệt ở phụ nữ sớm hơn, phần nào giải thích cho tỉ lệ bệnh nhân nữ mắc lạc chấn thống cao hơn so với nam giới.

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

4.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.3, Bệnh nhân nghiên cứu đa số là lao động trí óc, NNC chiếm 76.7%, NĐC chiếm tỷ lệ 83.3%

Sự khác biệt về nghề nghiệp của NNC và NĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

Sự khác biệt này phù hợp với một số nghiên cứu như của tác giả Đặng Trúc Quỳnh (66,7%) [29], Nguyễn Hoài Linh (71,7%) [21].

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

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Theo bảng 3.4 Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất trong đó 53.3% ở NNC và 56.7% NĐC, đứng thứ 2 là nhóm bệnh có thời gian mắc bệnh 1-3 tháng, cuối là nhóm bệnh <1 tháng

Tỷ lệ bệnh nhân ở cả 2 nhóm nghiên cứu sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Anh cho thấy tỷ lệ về thời gian mắc bệnh không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Số bệnh nhân đến điều trị sau thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,3%, đứng thứ 2 là nhóm bệnh có thời gian mắc bệnh 1-3 tháng, cuối là nhóm bệnh <1 tháng. Một số nghiên cứu khác có thời gian đau của bệnh nhân trước khi điều trị thấp hơn như của tác giả Đặng Trúc Quỳnh (có 33,3% bệnh nhân đau từ 4-7 ngày, 45% đau từ 8 ngày đến 1 tháng và 21,7%

bệnh nhân đau trên 1 tháng) [29]. Sự khác biệt này có lẽ do đặc điểm lựa chọn bệnh nhân và thời gian tiến hành nghiên cứu của các tác giả khác nhau.

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

Bảng 3.5. Trong đó nhóm tổn thương hẹp lỗ tiếp hợp chiếm tỷ lệ cao nhất trong đó nhóm NC chiếm tỷ lệ 76.7%, ĐC chiếm tỷ lệ 23.3%. Phì đại bán nguyệt chiếm 23,3% trong nhóm NC, 26,7% trong nhóm ĐC

Tỷ lệ về đặc điểm phim chụp X-Quang thường quy của hai nhóm không có sự khác biệt với $P_{1-2} > 0,05$

Tỷ lệ này tương đương với tác giả Đặng Trúc Quỳnh có tỷ lệ hẹp lỗ tiếp hợp là 50% [29], Nguyễn Hoài Linh là 60% [21]

Hội chứng cổ vai cánh tay còn gọi là hội chứng vai cánh tay hay bệnh lý rễ tủy cổ là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm [5]

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

Nguyên nhân là do THCSC gây hẹp lỗ tiếp hợp hoặc TVĐĐ gây chèn ép các rễ thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay. Trong nghiên cứu này của chúng tôi hình ảnh hẹp lỗ tiếp hợp trên phim X – quang chiếm tỷ lệ cao nhất, điều đó có nghĩa hẹp lỗ tiếp hợp là lý do chủ yếu chèn ép rễ thần kinh gây ra hội chứng cổ vai cánh tay.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Tác dụng giảm đau

Bảng 3.6. Cho thấy điểm đau VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,37 \pm 0,96$ điểm, của nhóm đối chứng là $5,33 \pm 0,99$, của cả 2 nhóm là $5,35 \pm 0,97$. Trong đó điểm đau VAS nhóm nghiên cứu có 86,67% mức độ vừa, 10%

mức độ đau nặng, 3,33% mức đau nhẹ . Nhóm đối chứng mức độ đau vừa chiếm 86,67%, đau nặng chiếm 13,33%, đau nhẹ chiếm 1,67%

Điểm đau VAS giữa 2 nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Mức độ đau của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương kết quả của Nguyễn Hoài Linh là $5,35 \pm 1,13$ [21]; nhẹ hơn so với kết quả nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh là $5,93 \pm 1,41$ [29],. Sự khác biệt này có lẽ do khác biệt về thời gian, địa điểm lấy bệnh nhân; cỡ mẫu của các nghiên cứu đều nhỏ nên không thể hiện hết mức độ bệnh trong cộng đồng.

Bảng 3.10. Sau 14 ngày điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS sau 14 ngày điều trị của hai nhóm đều có xu hướng giảm. Cụ thể, nhóm nghiên cứu điểm VAS giảm xuống còn $3,63 \pm 0,72$ điểm , nhóm chứng điểm VAS giảm $4,53 \pm 1,07$ Cả 2 nhóm không còn bệnh nhân đau ở mức độ nặng. Sau 14 ngày điều trị , nhóm NC có 43,33% bệnh nhân đau nhẹ, 56,67% bệnh nhân ở mức độ đau vừa

Nhóm nghiên cứu có điểm VAS giảm nhanh hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.11.Mức độ đau theo thang điểm VAS sau 21 ngày điều trị của hai nhóm đều có xu hướng giảm. Cụ thể, nhóm nghiên cứu điểm VAS giảm xuống còn $1,10 \pm 1,40$ điểm , nhóm chứng điểm VAS giảm $1,27 \pm 1,40$ điểm. Cả 2 nhóm không còn bệnh nhân đau ở mức độ nặng. Sau 21 ngày điều trị , nhóm NC bệnh nhân không đau chiếm 53.3%, 33,3% bệnh nhân đau nhẹ, 13,4 % bệnh nhân ở mức độ đau vừa, không có bệnh nhân đau nặng .Nhóm ĐC bệnh nhân không đau chiếm 43,3%, 40% bệnh nhân đau nhẹ, 16,7% bệnh nhân ở mức độ đau vừa, không có bệnh nhân đau nặng. Sự khác biệt giữa hai nhóm sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Sau 21 ngày điều trị, điểm VAS trung bình giữa hai nhóm không có sự khác biệt. Điều này cho thấy tác dụng giảm đau của cả hai phương pháp sau

21 ngày điều trị là tương đương nhau. Như vậy, điểm đau trung bình sau điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương so với nghiên cứu của tác giả Mai Trung Dũng, Nguyễn Hoài Linh .

Lý giải về kết quả trên chúng tôi cho rằng trong nghiên cứu của chúng tôi có sử dụng bài thuốc “ Phong thấp NK” và điện châm với nhóm đối chứng là bài thuốc “Quyên tí thang kết hợp với điện châm cho kết quả tương đương nhau.

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

Hạn chế TVĐ cột sống cổ ở BN hội chứng cổ vai cánh tay biểu hiện bằng những hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Để đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) của tác giả Howard Vernon là một công cụ dùng để tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy hoặc các bệnh lý chấn thương cổ. Bộ câu hỏi NDI được công bố lần đầu vào năm 1991 và là bộ câu hỏi đầu tiên cho việc tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy, đã được dịch ra hơn 20 ngôn ngữ và sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu điều trị. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục: cường độ đau, sinh hoạt cá nhân, nâng đồ vật, đọc sách báo, đau đầu, khả năng tập trung chú ý, làm việc, lái xe, ngủ, hoạt động giải trí.

Bảng 3.7. Điểm hạn chế tâm vận động trung bình của nhóm nghiên cứu là $20,07 \pm 5,67$ điểm, của nhóm đối chứng là $19,17 \pm 5,48$, của cả 2 nhóm là $19,62 \pm 5,55$. Trước điều trị NNC có mức độ hạn chế vận động nhiều là 30%, mức độ hạn chế vừa là 56,7%, mức độ hạn chế ít là 13,3%. NĐC có mức độ hạn chế vận động nhiều là 16,7%, mức độ hạn chế vừa là 66,7%, mức độ hạn chế ít là 16,7%. Điểm hạn chế tâm vận động giữa 2 nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.12. Nhóm nghiên cứu mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ trước điều trị có điểm trung bình là $20,07 \pm 5,67$ điểm, sau 14 ngày điều trị

là $11,67 \pm 5,79$ điểm. Sau điều trị 14 ngày, cả 2 nhóm không còn mức độ hạn chế nhiều, hạn chế vừa giảm còn 30%, hạn chế ít tăng từ 13,3% lên 56,7%, không hạn chế tăng từ 0% lên 13,3%. Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm trung bình tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị 14 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm đối chứng mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị có điểm trung bình là $19,17 \pm 5,48$ điểm, sau 14 ngày điều trị là $15,00 \pm 4,27$ điểm. Sau điều trị 14 ngày, nhóm đối chứng không còn mức độ hạn chế nhiều, hạn chế vừa chiếm 60%, hạn chế ít chiếm 40%, Điểm trung bình tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị 14 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. *Điều này cho thấy sau 14 ngày điều trị khả năng phục hồi của BN ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm đối chứng.*

Bảng 3.13. Nhóm nghiên cứu sau 21 ngày điều trị mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ giảm còn $5,07 \pm 2,20$ điểm. Không có hạn chế mức vừa, hạn chế ít tăng lên 30%, không hạn chế tăng từ 0% lên 70%. Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm trung bình tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm đối chứng mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị có điểm trung bình là $19,17 \pm 5,48$ điểm, sau 21 ngày điều trị là $5,23 \pm 2,70$ điểm. Sau điều trị 21 ngày, nhóm đối chứng không còn mức độ hạn chế nhiều và hạn chế vừa, hạn chế ít chiếm 40%, không hạn chế chiếm 60%.

So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Linh (không hạn chế 70%, hạn chế nhẹ 30%) điểm NDI trung bình $3,60 \pm 1,99$ điểm [47]. Sự khác biệt điểm trung bình hạn chế tầm vận động cột sống cổ của NNC và NĐC sau 21 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này có nghĩa là hiệu quả cải thiện mức độ hạn chế tầm vận động

cột sống cổ của bài thuốc Phong Thấp NK và điện châm và bài thuốc “Quyên Tý Thang” và điện châm là tương đương .

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

Bảng 3.8. Cho thấy các bệnh nhân chủ yếu hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức trung bình, chiếm 60,0% ở nhóm NC và 56,7% ở nhóm ĐC .Điểm hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày trung bình của nhóm NC là $19,07 \pm 5,77$ điểm, của nhóm ĐC là $19,47 \pm 6,90$ điểm.

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

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

Bảng 3.14. - Nhóm NC có 60% không hạn chế sinh hoạt hàng ngày, 40% hạn chế nhẹ. Nhóm ĐC 53,3% không hạn chế, 43,3% hạn chế nhẹ và 3,3% hạn chế trung bình.

- Sau điều trị điểm mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm đã giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm NC giảm từ $19,07 \pm 5,77$ xuống $5,03 \pm 3,94$ điểm, nhóm ĐC giảm từ $19,47 \pm 6,90$ xuống $5,27 \pm 4,12$ điểm.

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

Điều này có nghĩa là hiệu quả cải thiện hạn chế sinh hoạt hàng ngày của bài thuốc Phong Thấp NK và điện châm và bài thuốc “ Quyên Tý Thang” và điện châm là tương đương .Như đã phân tích ở trên, phương pháp điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi có tác dụng giảm đau, tăng TVĐ cột sống cổ, từ đó mà chức năng sinh hoạt hàng ngày của BN được cải thiện.

4.2.4.Hội chứng rã

Bảng 3.9 cho thấy trước điều trị 30% bệnh nhân nhóm nghiên cứu và 33,33% bệnh nhân nhóm chứng có triệu chứng của hội chứng rã. Sau điều trị 15 ngày, theo Bảng 3.15 tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng rã ở nhóm chứng và

nhóm nghiên cứu lần lượt là 10% và 20%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng rết trước và sau điều trị giữa hai nhóm.

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

4.3. Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

4.3.1. Lâm sàng

Bảng 3.16.

Tác dụng không mong muốn của bài thuốc là: rối loạn tiêu hoá (đau bụng, đi ngoài)

Tác dụng không mong muốn của điện châm là: chảy máu, gãy kim, vụng châm, nhiễm trùng nơi châm.

Qua theo dõi điều trị cho 60 bệnh nhân thuộc hai nhóm chúng tôi không thấy có trường hợp nào bị các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng như đã nêu trên. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Linh [21]. Qua đó thấy rằng phương pháp điều trị kết hợp bài thuốc “Phong thấp NK” và điện châm trong nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính an toàn đối với người bệnh, có thể phát triển rộng rãi tới các tuyến y tế cơ sở nhằm phục vụ tốt công tác chăm sóc sức khoẻ cộng đồng.

4.3.2. Trên cận lâm sàng (sinh hoá máu).

Nhóm nghiên cứu theo dõi các chỉ số ure, creatinin, AST, ALT để đánh giá sự thay đổi chức năng gan thận. Sau điều trị, các chỉ số trên đều trong giới hạn bình thường. Chúng tôi không phát hiện trường hợp bệnh nhân thay đổi chức năng gan hoặc suy thận trong thời gian điều trị ($p > 0,05$).

Bài thuốc “Phong thấp NK” trong cuốn “Các bài thuốc thường dùng thừa kế của thầy Nguyễn Kiều” do BS.Trần Đức Đạo biên soạn lại thành tập tài liệu được lưu hành nội bộ được Bộ Y Tế ban hành. Bài thuốc được sử dụng qua nhiều năm, đến nay chưa ghi nhận được tác dụng phụ.

4.3.3. Trên cận lâm sàng (chỉ số huyết học).

Nhóm nghiên cứu theo dõi các chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu. Sau điều trị, các chỉ số trên đều trong giới hạn bình thường. Chúng tôi không phát hiện trường hợp bệnh nhân thay đổi chỉ số huyết học trong thời gian điều trị ($p > 0,05$).

Bài thuốc “Phong thấp NK” trong cuốn “Các bài thuốc thường dùng thừa kế của thầy Nguyễn Kiều” do BS.Trần Đức Đạo biên soạn lại thành tập tài liệu được lưu hành nội bộ được Bộ Y Tế ban hành. Bài thuốc được sử dụng qua nhiều năm, đến nay chưa ghi nhận được tác dụng phụ.

KẾT LUẬN

1. Qua nghiên cứu điều trị cho 60 BN hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ Trong đó 30 bệnh nhân điều trị nền bằng điện châm kết hợp bài thuốc “ Phong thấp NK”, 30 bệnh nhân dùng bài thuốc “ Quyên tý thang “kết hợp điện châm chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Hiệu quả giảm đau: Có kết quả rõ rệt giữa trước điều trị và sau điều . Mức điểm VAS trung bình trước điều trị từ $5,37 \pm 0,96$ điểm xuống còn $1,10 \pm 1,40$ điểm sau 21 ngày

- Cải thiện tầm vận động cột sống: sau 21 ngày điều trị 20 bệnh nhân không hạn chế (70%), 10 bệnh nhân hạn chế ít (30%), không có bệnh nhân hạn chế vừa, nặng. Điểm trung bình hạn chế tầm vận động cột sống giảm từ $20,07 \pm 5,67$ điểm còn $5,07 \pm 2,20$ điểm.

- Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày: sau điều trị 21 ngày có 18 bệnh nhân không hạn chế (60%), 12 bệnh nhân hạn chế nhẹ (40%). Điểm trung bình hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày giảm từ $19,07 \pm 5,77$ điểm xuống $5,03 \pm 3,94$ điểm

- So sánh với nhóm chứng: Sau 14 ngày điều trị các kết quả về mức giảm đau VAS, cải thiện tầm vận động cột sống cổ, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của nhóm nghiên cứu là khác biệt rõ rệt, có ý nghĩa thống kê đối với nhóm chứng với $p < 0,05$. Sau 21 ngày điều trị, hai nhóm có kết quả tương đương, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

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

KIẾN NGHỊ

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

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

1. Bài thuốc “Phong Thấp NK” kết hợp điện châm là phương pháp điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do THCSC có hiệu quả cao và an toàn với người bệnh, vì thế nên phổ biến rộng rãi để áp dụng trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

2. Tiếp tục nghiên cứu phương pháp điều trị kết hợp trên ở phạm vi rộng hơn và cỡ mẫu nghiên cứu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân** (2002), "*Bệnh thấp khớp*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 158 - 159.
2. **Nguyễn Thị Bay** (2010), "*Bệnh học và điều trị nội khoa (kết hợp Đông – Tây y)*", Nhà xuất bản đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh, tr. 522-523, 531.
3. **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2017). Bệnh học nội khoa y học cổ truyền**, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 160-167.
4. **Bộ môn Giải phẫu, Trường Đại học Y Hà Nội (2005), "Giải phẫu người"**, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 33-39, 110-111, 133-141, 401-403.
5. **Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp**, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-153.
6. **Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2004), "Bài giảng Bệnh học Nội khoa tập II"**, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 299-300, 302.
7. **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2013). Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc**, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Bộ trưởng Bộ Y tế, Quyết định 792/QĐ-BYT (2013), "Quyết định về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu"**, Bộ Y tế, Hà Nội
9. **Hoàng Bảo Châu (1994), "Lý luận y học cổ truyền"**, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 17, 20, 26.
10. **Nguyễn Phương Dung (2009), "Dược học cổ truyền"**, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 72, 78, 146, 167, 170, 199.
11. **Hội đồng dược điển Việt Nam (2010), "Dược điển Việt Nam IV"**, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 706, 766, 804, 823, 859, 928, 934.

12. **Phạm Ngọc Hà** (2018) “*Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống*”
13. **Dương Trọng Hiếu** (1994), "*Phương tế học giảng nghĩa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 458-459.
14. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2006), "*Nội khoa Y học cổ truyền*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 373-374.
15. **Hồ Đăng Khoa** (2011), "*Đánh giá tác dụng điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp tập vận động theo y học cổ truyền*", Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.
16. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2005), "*Bài giảng Y học cổ truyền tập II*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 157-158
17. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2017), "*Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 156.
18. **Nguyễn Nhược Kim** (2012), "*Bài giảng nội khoa Y học cổ truyền*". Nhà xuất bản đại học Y học, Hà Nội.
19. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2010), "*Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 138-139, 144.
20. **Nguyễn Thị Phương Lan** (2003), "*Nghiên cứu tác dụng điện châm trong điều trị hội chứng vai tay*", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
21. **Nguyễn Hoài Linh** (2016), "*Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vùng cổ gáy do THCSC*", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
22. **Đỗ Tất Lợi** (2011), "*Cây thuốc vị thuốc bài thuốc Việt Nam*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 95, 507, 618, 654, 664, 863.

23. **Trương Văn Lợi** (2007), "*Đánh giá tác dụng điều trị Hội chứng cơ cứng cơ vùng cổ gáy bằng phương pháp Xoa bóp bấm huyệt*", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
24. **Hồ Hữu Lương** (2006), "*Thoái hóa cột sống cổ và Thoát vị đĩa đệm*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 7 -32.
25. **Phương Việt Nga** (2010), "*Đánh giá tác dụng điều trị Hội chứng cơ cứng cơ vùng cổ gáy bằng phương pháp điện châm*", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
26. **Hoàng Thủ, Trần Đức** (1998) "**Các bài thuốc thường dùng thừa kế của thầy Nguyễn Kiều**".
27. **Nguyễn Xuân Nghiê**n (2002), "*Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 163 - 187.
28. **Phạm Vũ Khánh** (2011), "*Lão khoa y học cổ truyền*", Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 187.
29. **Đặng Trúc Quỳnh** (2014), "*Đánh giá tác dụng của bài thuốc "Cát căn thang" điều trị bệnh nhân đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ*", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
30. **Phạm Thiệp** (2000), "*Cây thuốc bài thuốc và biệt dược*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 43, 98, 153, 177, 229, 337.
31. **Nguyễn Văn Thông** (2009), "*Bệnh lý cột sống cổ*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 51-54, 70-83, 90-96, 105-113, 117-118.
32. **Vũ Thị Thanh Thủy** (2012), "*Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 62-64.
33. **Nguyễn Tuyết Trang** (2013), "*Đánh giá tác dụng điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống cổ (thể phong hàn thấp tý) bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyệt*", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

34. **Nguyễn Tử Siêu** (2009), "*Hoàng đế nội kinh tố vấn*", Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội, tr 14,15.
35. **American Academy of Orthopaedic Surgeons** (1965), "*Joint motion method of measuring and recording*", pg. 86-87.
36. **Blossfeldt P.** (2004). "*Acupuncture for chronic neck pain – a cohort study in an NHS pain clinic*". *Acupunct. Med*, 22(3), pg. 146-151..
37. **Frederic J. Kottke & Justus F. Lehman** (2006), "*Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*", W.B Saunders Company.
38. **He D, Hostmark AT, Veiersted KB, Medbo JI.** (2005), "*Effect of intensive acupuncture on pain-related social and psychological variables for women with chronic neck and shoulder pain - an RCT with six months and three years follow up*", *Acupunct. Med*, 23(2), 52-61.
39. **Joel A. Delisa & Bruce M. Gans** (1998), "*Rehabilitation Medicine: principles and practice*", Lippincott – Raven Publishers.
40. **Nancy Berryman Reese, William D. Bandy** (2002), "*Joint range of motion and muscle length testing*", W.B. Saunders Company.
41. **Tinsley R. Harrison** (1991), "*Harrison's Principles of Internal Medicine*", *McGraw-Hill Professional*, pg. 82-85, 176-181.
42. **Vernon H** (1991), "*The Neck Disability Index: a study of reliability and validity*", *The Journal of Musculoskeletal Pain*, pg. 12: 34 – 45.
43. **Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Liecker B, Wegscheider K, Willich SN** (2006), "*Acupuncture for patients with chronic neck pain*", *Pain*, 125(1-2), 98-106.
44. **陈功** (2017), “羌活胜湿汤合方加减治疗腰痛疗效观察”，*亚太传统医药*, 卷(期): 27(4): 16.
45. **党建军** (2003), “针灸推拿治疗颈椎病 56 例. *陕西中医*”, 卷(期): 24(2): 12.

46. 郭春媛 (2006), “针刺推拿疗法治疗颈性眩晕 30 例临床观察”, 中国中医药科技, 卷(期): 13(6): 90.
47. 王徽 (2009), “刺配合中药治疗椎动脉型颈椎病 74 例”, 中国中医药现代远程教育. 卷(期): 7(8): 12 - 15.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1:

Các vị thuốc trong bài “ Phong thấp NK”

1. Cà gai leo (*Solanum procumbens*)



Vị thuốc cà gai leo

Tên khoa học: *Solanum procumbens*

Bộ phận dùng: Rễ, cành lá, quả

Thu hái: Cành, lá và rễ của cây có thể được thu hái quanh năm phục vụ cho việc làm dược liệu nấu cao khô, cao nước, cao bột, cốm vị thuốc.

Cây sau khi được thu hái sẽ được sơ chế bằng việc rửa sạch, thái lát, phơi hoặc sấy khô để làm thuốc uống

Thành phần hoá học: Alcaloid, tinh bột, saponozit, flavonozit solasodin, solasodinon, glycoalcaloid

Tính vị: Tính âm, vị the, hơi có độc

Công năng: Phát tán, phong thấp, tiêu độc, trừ ho, giảm đau, cầm máu

Chủ trị: Phong thấp, nhức đầu các gân xương, ho khan, ho gà, dị ứng, xơ gan, viêm nhiễm vùng miệng.

Liều lượng, cách dùng: Ngày dùng từ 16g – 20g dạng thuốc sắc [11], [22], [30].

2. Hà thủ ô (*Fallopia multiflora*)

Tính vị: Tính hơi âm, vị ngọt, hơi đắng và cố sáp

Quy kinh: Can và Thận

Tác dụng dược lý: Theo y học cổ truyền, hà thủ ô có tác dụng bổ huyết giữ tinh, bổ can thận, nhuận tràng, mạnh gân xương và hòa khí huyết

Cách dùng và liều lượng: Hà thủ ô được dùng dưới dạng thuốc sắc, rượu bổ hoặc thuốc bột. Liều lượng dùng mỗi ngày từ 12 – 20 gram. [11], [22], [30].



Vị thuốc Hà thủ ô

3. Hạt tơ hồng (*Cuscuta sinensis*)



Tính vị quy kinh: có vị ngọt hơi đắng, tính mát, có tác dụng lợi tiểu, thanh

nhiệt, giải độc.

Cách dùng: Có nhiều cách dùng dây tơ hồng xanh khác nhau, điển hình như việc dùng sắc lấy nước uống hoặc tán mịn thành bột.

Liều dùng: tơ hồng xanh khuyến cáo từ 12-30gr/ ngày. Tuy nhiên, liều dùng có thể thay đổi theo mục đích sử dụng, cũng như chỉ định của thầy thuốc.

4. Dây gấm (Gnetum montanum)



Vị thuốc dây gấm

Bộ phận dùng: Thân và rễ được sử dụng để làm thuốc. Ngoài ra hạt còn dùng để ăn hoặc chế thành thuốc xoa bóp trị đau nhức.

Thu hái – sơ chế: Thu hái rễ và thân cây quanh năm. Khi hái về đem rửa sạch rồi thái từng lát mỏng, phơi cho khô hoàn toàn.

Bảo quản: Bảo quản ở nơi khô ráo và thoáng mát.

Tính vị: Vị đắng, tính bình.

Quy kinh: Chưa có nghiên cứu.

Tác dụng dược lý của cây gấm

- Công năng: Trừ thấp, sát trùng, tiêu viêm, giải độc, hoạt huyết, thư cân, khu phong.
- Chủ trị: đau nhức xương khớp và chứng thống phong (bệnh gout).
Cành dùng để chỉ thống (giảm đau

Cách dùng – liều lượng

Cây dây gắm được sử dụng ở dạng đắp ngoài, thuốc sắc hoặc ngâm rượu.

Liều dùng uống: 15 – 30g/ ngày.

[11], [30], [22].

5. Dây chìa vôi (*Cissus modecooides* Planch)



Vị thuốc Dây chìa vôi

Bộ phận dùng: Cả phần rễ củ, dây và lá chìa vôi đều được tận dụng để làm vị thuốc.

Thu hái và sơ chế

Dược liệu có thể được thu hái quanh năm, những thời điểm thích hợp nhất là vào mùa thu đông. Tất cả các phần lá, thân, rễ đều có thể dùng làm vị thuốc với nhiều hình thức sơ chế khác nhau.

Đối với dây lá sau khi thu hái sẽ đem cắt ngắn, rửa sạch và sao nóng rồi phơi khô. Mỗi khi dùng thường đem ra tẩm với rượu và sao lại hoặc ngâm trực tiếp với nước vo gạo.

Bảo quản: Dược liệu sau khi đã được sơ chế khô cần bảo quản ở trong túi kín và để những nơi khô ráo, thông thoáng. Tránh ẩm thấp, ánh nắng mặt trời chiếu trực tiếp và mối mọt.

Tính vị: Các tài liệu Đông y ghi nhận, dược liệu này có vị đắng nhẹ, chua, hơi the và tính mát.

Tác dụng dược lý: Dây vị ngọt đắng, tính mát với tác dụng thanh nhiệt, giải độc, hành huyết, tán kết. Thường sử dụng để chữa đau nhức xương khớp

Cách dùng – liều lượng

Thông thường sắc lấy nước thuốc uống Đối với liều sắc uống thì giới hạn từ 6 – 20g. Trường hợp đắp ngoài thì liều lượng sẽ không hạn chế.

[11], [22], [30].

6. Dây chiêu (Tetracera scandens L.)



Vị thuốc dây chiêu

Bộ phận dùng: *Rễ và dây được sử dụng để làm thuốc chữa bệnh.*

Thu hái : Người ta thường thu hái rễ quanh năm.

Chế biến :Sau khi thu hái về, đem rửa sạch, rồi thái nhỏ. Có thể dùng tươi, hay phơi khô, tẩm rượu sao vàng.

Tính vị: Theo đông y, dây chiêu có vị chua chát và tính bình.

Công dụng :Trị gân xương đau nhức hay chân gối sưng đau

[11], [22], [30].

7. Trinh nữ (Mimosa pudica L.)



Tính vị: Vị đắng, ngọt, tính mát.

Quy kinh: Quy vào kinh Can và Thận.

Tác dụng, chủ trị:

Tác dụng: Bổ can thận, thanh nhiệt, minh mục, mạnh lưng gối.

Chủ trị: Chứng đau mỏi lưng gối, mắt mờ, tóc bạc, ù tai, điếc tai, hoa mắt chóng mặt.

Cách dùng – liều lượng Nữ trình tử được sử dụng ở dạng sắc, liều dùng thông thường: 6 – 15g/ ngày

[11], [22], [30]

8. Kim cang (*Dioscorea tokoro* Makino)

*** Tính vị, tác dụng**

Tính vị: Vị hơi ngọt, tính bình.

Tác dụng: Chống dị ứng, tiêu độc, lợi thấp, chống viêm, thanh nhiệt, mạnh gân cốt.

Chủ trị: Giải độc, thấp khớp, đau nhức xương, ung thũng, lở ngứa, tràng nhạc...

PHỤ LỤC

Phụ lục 2:

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

<i>Phần</i>	<i>Nội dung</i>	D0	D7	D14	D21
<i>Phần 1:</i> <i>CƯỜNG ĐỘ ĐAU</i>	A Hiện tại tôi không đau. B Hiện tại đau rất nhẹ. C Hiện tại đau vừa phải. D Hiện tại đau khá nặng. E Hiện tại đau rất nặng. F Hiện tại đau không thể tưởng tượng được.				
<i>Phần 2:</i> <i>SINH HOẠT CÁ NHÂN (Tắm, Mặc quần áo, ...)</i>	A Tôi có thể tự chăm sóc bản thân mà không gây đau thêm. B Tôi chăm sóc bản thân bình thường, nhưng gây đau thêm. C Tôi bị đau khi chăm sóc bản thân, phải làm chậm và cẩn thận. D Tôi cần sự giúp đỡ, nhưng tự làm được hầu hết việc chăm sóc bản thân. E Tôi cần giúp đỡ trong hầu hết việc chăm sóc mình. F Tôi không tự mặc quần áo được, phải ở				

	trên giường.				
<i>Phần 3:</i> <i>NÂNG</i> <i>ĐỒ VẬT</i>	<p>A Tôi có thể nâng vật nặng mà không bị đau thêm.</p> <p>B Tôi có thể nâng vật nặng, nhưng bị đau thêm.</p> <p>C Đau làm tôi không nâng được vật nặng từ dưới sàn nhà lên, nhưng có thể nâng nếu vật ở vị trí thuận lợi (ví dụ: trên bàn...).</p> <p>D Đau làm tôi không nâng được vật nặng, nhưng tôi có thể nâng vật nhẹ và vừa nếu vật ở vị trí thuận lợi.</p> <p>E Tôi có thể nâng vật rất nhẹ.</p> <p>F Tôi không nâng hay mang vác được bất cứ vật gì.</p>				
<i>Phần 4:</i> <i>ĐỌC</i> <i>(Sách, báo, ...)</i>	<p>A Tôi có thể đọc lâu bao lâu mình muốn mà không bị đau cổ.</p> <p>B Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau nhẹ ở cổ.</p> <p>C Tôi có thể đọc bao lâu mình muốn nhưng đau vừa phải ở cổ.</p> <p>D Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì đau vừa phải ở cổ.</p> <p>E Tôi không thể đọc bao lâu mình muốn vì</p>				

	đau nặng ở cổ. F Tôi không thể đọc được bất cứ thứ gì.				
<i>Phần 5:</i> <i>ĐAU</i> <i>ĐẦU</i>	A Tôi không bị đau đầu. B Tôi bị đau đầu nhẹ nhưng không thường xuyên. C Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng không thường xuyên. D Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng thường xuyên. E Tôi bị đau đầu nặng thường xuyên. F Hầu như lúc nào tôi cũng bị đau đầu.				
<i>Phần 6:</i> <i>KHẢ</i> <i>NĂNG</i> <i>TẬP</i> <i>TRUNG</i> <i>CHÚ Ý</i>	A Tôi có thể dễ dàng tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn. B Tôi thấy hơi khó khăn để tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn. C Tôi thấy khá khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. D Tôi rất khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. E Tôi thấy cực kỳ khó khăn để tập trung chú ý khi muốn. F Tôi không thể tập trung chú ý được.				
<i>Phần 7:</i>	A Tôi có thể làm nhiều công việc như tôi				

<p><i>LÀM VIỆC</i></p>	<p>mong muốn.</p> <p>B Tôi chỉ có thể làm được những công việc thường lệ của mình.</p> <p>C Tôi chỉ có thể làm được hầu hết những công việc thường lệ của mình.</p> <p>D Tôi không thể làm được công việc thường lệ của mình.</p> <p>E Tôi hầu như không làm được việc gì.</p> <p>F Tôi không thể làm được việc gì.</p>				
<p><i>Phần 8:</i> <i>LÁI XE</i></p>	<p>A Tôi có thể lái xe mà không bị đau.</p> <p>B Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ nhẹ.</p> <p>C Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ vừa phải.</p> <p>D Tôi không thể lái xe bao lâu như mình muốn vì đau cổ vừa phải.</p> <p>E Tôi hầu như không lái xe được vì đau cổ nặng.</p> <p>F Tôi không thể lái được xe.</p>				
<p><i>Phần 9:</i> <i>NGỦ</i></p>	<p>A Tôi không có vấn đề gì bất thường về ngủ.</p> <p>B Giấc ngủ của tôi bị rối loạn ít (ít hơn 1 tiếng mất ngủ).</p> <p>C Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nhẹ (1-2</p>				

	<p>tiếng mất ngủ).</p> <p>D Giấc ngủ của tôi bị rối loạn vừa phải (2-3 tiếng mất ngủ).</p> <p>E Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nặng (3-5 tiếng mất ngủ).</p> <p>F Giấc ngủ của tôi bị rối loạn hoàn toàn (5-7 tiếng mất ngủ).</p>				
<p><i>Phần</i></p> <p><i>10:</i></p> <p><i>HOẠT</i></p> <p><i>ĐỘNG</i></p> <p><i>GIẢI</i></p> <p><i>TRÍ</i></p>	<p>A Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải trí mà không bị đau cổ.</p> <p>B Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải trí nhưng hơi đau cổ.</p> <p>C Tôi có thể tham gia hầu hết, nhưng không phải tất cả các hoạt động giải trí vì đau cổ.</p> <p>D Tôi chỉ có thể tham gia 1 số các hoạt động giải trí vì đau cổ.</p> <p>E Tôi hầu như không tham gia các hoạt động giải trí vì đau cổ.</p> <p>F Tôi không thể tham gia được bất kỳ hoạt động giải trí nào.</p>				

PHỤ LỤC

Phụ lục 3

THANG ĐIỂM VAS

Mức độ đau chủ quan của bệnh nhân được lượng giá bằng thang VAS (Visual Analogue Scale). Thang VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 (hoàn toàn không đau) đến 10 (đau nghiêm trọng, không thể chịu được, có thể choáng ngất). Thang VAS được chia thành 6 mức độ sau.

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU



THANG ĐIỂM ĐAU THEO WONG-BAKER



PHỤ LỤC

Phụ lục 4

QUYẾT ĐỊNH THÔNG QUA HỘI ĐỒNG ĐẠO ĐỨC

PHỤ LỤC

Phụ lục: 5

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN TUỆ TĨNH

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số vào viện:

Đề tài: “Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Phong thấp NK” kết hợp điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ”

(Nhóm: Nghiên cứu , Nhóm đối chứng)

I. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân: Tuổi : Giới:
Nam/Nữ

Địa chỉ:.....

ĐT:

Nghề nghiệp:

Ngày vào viện/...../..... Ngày ra viện/...../.....

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

.....

1. Đau vùng cổ gáy: Trái Phải Hai bên

2. Hạn chế vận động vùng cổ gáy: Có Không

III. BỆNH SỬ

1. Thời gian bị bệnh: Dưới 1 tháng Từ 1-3 tháng Trên 3 tháng

2. Bị lần thứ mấy: Dưới 1 2 – 3 lần Trên 3 lần

3. Các phương pháp đã được chữa trị: Tây Y Y học cổ truyền Khác

4. Diễn biến bệnh như thế nào: Đỡ Không đỡ Nặng thêm

5. Triệu chứng hiện tại:

- Đau: Đau kiểu cơ học Đau kiểu viêm

Đau khi ngủ: Không Đau khi cử động Đau khi không cử động

Đau khi đứng: Đau khi leo cầu thang Đau khi chuyển tư thế

- Tiếng lục khục khi vận động: Có Không

IV. Tiền sử

1. Bản thân:

1.1 .Liên quan đến vùng cổ gáy: Chấn thương Phẫu thuật

Bệnh lý khác.....

- Dùng thuốc chống viêm không steroid: Có Không Lần gần đây nhất:

- Các phương pháp khác:

1.2. Tiền sử khác:

+ Tăng huyết áp: Có Không + Viêm khớp dạng thấp: Có Không

+ Đái tháo đường: Có Không + RL mỡ máu: Có Không

+ Khác (ghi rõ):

- Kinh nguyệt: Chưa mãn kinh Đã mãn kinh

2. Tiền sử gia đình:

- Có người mắc bệnh khớp:.....

- Bệnh khác:.....

V. KHÁM LÂM SÀNG

A. KHÁM LÂM SÀNG THEO YHHD:

5.1. Toàn thân:

- Thể trạng:

- Da, niêm mạc, tuyến giáp, hạch ngoại biên:

- Mạch:..... Nhịp thở: Nhiệt độ:....., Chiều caom.

Cân nặng.....kg

5.2. Khám cơ xương khớp

5.2.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS

Thang điểm VAS	Biểu thị mức độ đau	Điểm quy đổi	Điểm		
			DO	D14	D21
0 điểm	Hoàn toàn không đau	0 điểm			
1 -3 điểm	Đau nhẹ	1 điểm			
4 – 6 điểm	Đau vừa	2 điểm			
7– 10 điểm	Đau nặng	3 điểm			

5.2.2. Tâm vận động cột sống cổ

Tâm vận động CSC	4 Điểm	3 Điểm	2 Điểm	1 Điểm	0 Điểm	Điểm		
						DO	D14	D21
Cúi	30	30-34	35-39	40-44	45-55			

Ngửa	45	45-49	50-54	55-59	60-70			
Nghiêng P	25	25-29	30-34	35-39	40-50			
Nghiêng T	25	25-29	30-34	35-39	40-50			
Xoay P	45	45-49	50-54	55-59	60-70			
Xoay T	45	45-49	50-54	55-59	60-70			
Tổng								

5.2.3. Các chỉ số sinh lý

Thời điểm		D ₀	D ₁₄	D ₂₁
Chỉ số				
Mạch				
Huyết áp	Tâm thu			
	Tâm trương			
Nhịp thở				

5.2.4. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ

Mức độ	Điểm tầm vận động chung	Điểm quy đổi	Do	D14	D21
Không hạn chế	0				
Hạn chế ít	1-6				
Hạn chế vừa	7-12				
Hạn chế nhiều	13-18				
Hạn chế rất nhiều	19 - 24				

5.2.5. Mức độ ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày

Mức độ ảnh hưởng	Tổng điểm NPQ	Ngày		
		D0	D14	D21
Không hạn chế	0 - 4			
Hạn chế nhẹ	5 - 14			
Hạn chế trung bình	15 - 24			
Hạn chế nghiêm trọng	25 - 34			
Hoàn toàn hạn chế	35 điểm trở lên			

5.2.6. Khám hội chứng cột sống:

- Điểm đau cột sống Không Có
 - Điểm đau cạnh sống Không Có
 - Cong vẹo cột sống Không Có
 - Co cứng cơ, tăng trương lực cơ cạnh sống Không Có
 - Hạn chế vận động cột sống cổ Không Có
- Gập Duỗi Nghiêng Xoay

* Các nghiệm pháp phát hiện tổn thương rễ và dây thần kinh:

- Dấu hiệu “bấm chuông”: Không Có
- Nghiệm pháp Spurling: Không Có
- Nghiệm pháp dạng vai: Không Có
- Nghiệm pháp kéo giãn cổ: Không Có

* Các hội chứng khác:.....

5.3. CHẨN ĐOÁN

Theo YHHĐ:.....

5.4. ĐIỀU TRỊ

Phác đồ điều trị:.....

Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. TỨ CHẨN

1. Thần:

Tinh táo Mệt mỏi

2. Sắc:

Tươi nhuận Xanh

Đen Vàng

Đỏ Trắng

3. Chất lưỡi:

Bình thường Nhọt

Bệu Đỏ

4. Rêu lưỡi:

Bình thường Vàng

Trắng Dính

5. Miệng, họng:

Bình thường Khô, háo khát

6. Ăn uống:

Thích mát Thích nóng

7. Đại tiện:

Bình thường Táo

8. Tiểu tiện:

Bình thường Vàng ít

Trong dài Buốt dắt

9. Cảm giác:

Đau lưng Mỏi gối

10. Đầu mặt:

Đau đầu Û tai

11. Mạch:

Phù Trầm

Sác Hoạt

12. Khám khớp gối:

Đau cựa ấn Đau thẹn ấn

2. CHẨN ĐOÁN

Bát cương:

Biểu Lý

Hàn Nhiệt

Hư Thực

Tạng phủ:

Can	<input type="checkbox"/>	Thận	<input type="checkbox"/>
Tâm	<input type="checkbox"/>	Phế	<input type="checkbox"/>
Tỳ	<input type="checkbox"/>	Vị	<input type="checkbox"/>
Đờm	<input type="checkbox"/>	Bàng Quang	<input type="checkbox"/>
Đại trường	<input type="checkbox"/>	Tiểu trường	<input type="checkbox"/>

Nguyên nhân:

Nội nhân	<input type="checkbox"/>	Ngoại nhân	<input type="checkbox"/>
Bất nội ngoại nhân	<input type="checkbox"/>		

Chẩn đoán thể bệnh:.....

VI. CẬN LÂM SÀNG:

Hình ảnh X- quang cột sống cổ:

1. Mất đường cong sinh lý
2. Đặc xương dưới sụn
3. Gai xương, mỏ xương
4. Hẹp khoang gian đốt sống
5. Hẹp lỗ liên đốt sống
6. Cầu xương

MRI , CT (nếu có) :.....

Công thức máu;.....

Sinh hóa máu:.....

Tổng phân tích nước tiểu:.....

VII. Bảng theo dõi tác dụng không mong muốn

Kích ứng da tại vùng châm		Chảy máu	
Vùng châm		Mẫn ngứa	
Sốc phản vệ		Hoa mắt -chóng mặt	
Áp xe		Khác	

Hà Nội, ngày tháng năm 2024

BS ĐIỀU TRỊ

VIỆN NGHIÊN CỨU Y-DƯỢC CỔ TRUYỀN TUỆ TĨNH		
Mã số: QTSX.TP.001	QUY TRÌNH SẢN XUẤT CAO LỎNG PHONG THẬP NK	Trang: 1 / 6
Ngày ban hành:		Lần sửa đổi: 0

THEO DÕI SỬA ĐỔI

TT	Trang	Nội dung sửa đổi	Ngày hiệu lực	Ghi chú

Ngày.....tháng.....năm.....

Người soạn thảo

Người kiểm tra

Phê duyệt

1. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo luôn sản xuất ra sản phẩm có chất lượng ổn định.



- Là tài liệu hướng dẫn sản xuất, chế biến ra 1 lô sản phẩm.

2. PHẠM VI VÀ ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG

2.1. Phạm vi áp dụng: Đối với cao lòng Phong thấp NK

2.2. Đối tượng áp dụng

- Phòng Nghiên cứu phát triển soạn thảo quy trình sản xuất.
- Xưởng chiết xuất thực hiện theo quy trình này.
- Phòng Đảm bảo chất lượng giám sát việc thực hiện quy trình.
- Phòng Kiểm tra chất lượng xây dựng tiêu chuẩn và kiểm nghiệm sản phẩm trung gian, bán thành phẩm, thành phẩm.

3. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- Không

4. NỘI DUNG

4.1. Thông tin sản phẩm

- Tên sản phẩm: cao lòng Phong thấp NK
- Mã số: QTSX 01
- Hạn sử dụng: 01/05/2027
- Quy cách: Gói 100ml
- Dạng bào chế: Thuốc sắc.
- Đường sử dụng: đường uống
- Bảo quản: Nơi khô, nhiệt độ dưới 30⁰C.

4.2. Công thức bào chế

STT	Nguyên liệu, vật tư	Số lượng	CT lô (kg)	Ghi chú
1	Hà thủ ô đỏ	3 kg	10,0	
2	Hạt to hồng	3 kg		
3	Dây gấm	3 kg		
4	Dây chiêu	3 kg		
5	Dây chìa vôi	3 kg		
6	Trình nữ	3 kg		
7	Kim cang	3 kg		
8	Cà gai leo	3 kg		
9	Nước RO*		Vd 10 lít	

(*) Nguyên liệu bay hơi trong quá trình sản xuất

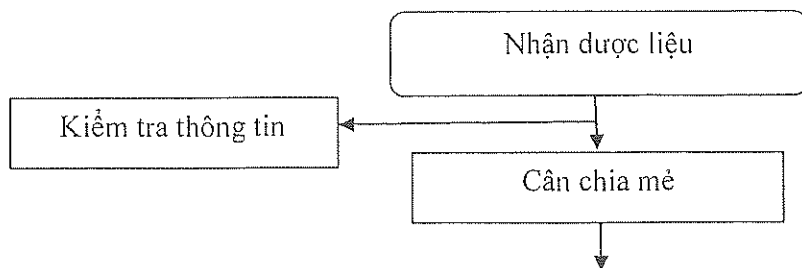
4.3. Chất lượng thành phẩm

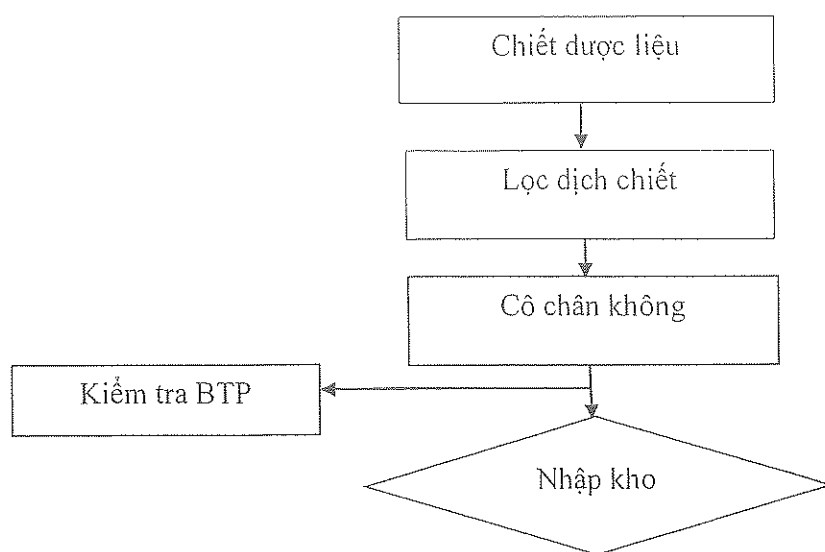
Chỉ tiêu	Tiêu chuẩn
<i>Tính chất</i>	Cao thuốc lỏng sánh màu nâu đen, mùi thơm dược liệu.
<i>Định tính</i>	Phải có các phép thử định tính của dây gấm, cà gai leo
<i>Giới hạn về vi sinh vật</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tổng số VSVHK: $\leq 10^4$ CFU/g chế phẩm. - Tổng số nấm men, nấm mốc: $\leq 10^2$ CFU/g chế phẩm. - Tổng số Vi khuẩn Gram âm dung nạp mật: ≤ 100 CFU/ml. - Không được có <i>Samonela</i> trong 10 ml chế phẩm - Không được có <i>Escherichia coli</i>, <i>Staphylococcus aureus</i> trong 1 ml chế phẩm.
<i>Tro toàn phần</i>	$\leq 5\%$

4.4 Trang thiết bị máy móc

TT	2. Tên thiết bị	Mã số	Số lượng	Vị trí lắp đặt
1	Nồi chiết tuần hoàn dung môi		01	P. Phức chế
2	Thiết bị lọc dịch chiết		01	P. Phức chế
3	Nồi trung gian chứa dịch chiết		01	P. Phức chế
4	Nồi cô chân không		01	P. Phức chế
5	Cân đồng hồ 100kg		01	Kho
6	Cân đồng hồ 60kg		01	Kho

4.5 Sơ đồ quy trình sản xuất





5. Tiến hành

5.1 Chuẩn bị:

5.1.1 Chuẩn bị nguyên liệu:

- Nguyên liệu đạt tiêu chuẩn lĩnh về phân xưởng để riêng từng loại tại khu biệt trữ, có nhãn rõ ràng.
- Nguyên liệu của 1 mẻ được để cùng 1 khu vực, tránh nhầm lẫn khi sản xuất.

5.1.2 Chuẩn bị phòng sản xuất, máy móc, dụng cụ:

- Phòng sản xuất được vệ sinh sạch sẽ, đạt yêu cầu nhiệt độ, độ ẩm, chênh áp.
- Thiết bị được vệ sinh sạch sẽ và kiểm tra độ an toàn về vận hành theo quy định.
- Dụng cụ đầy đủ, được vệ sinh sạch, lau khô.

5.1.3 Chuẩn bị hồ sơ tài liệu cần thiết:

- Hồ sơ lô sản xuất.
- Quy trình sản xuất.
- Các quy trình thao tác chuẩn liên quan khác.

5.2 Tiến hành:

5.2.1. Chiết xuất

- Cho dược liệu vào nồi chiết dược liệu theo đúng số lượng đã cân chia.
- Vận hành nồi chiết dược liệu theo SOP40/SX.006
- Chiết nước 1:
 - + Lượng nước cho vào: 50 lít.
 - + Thời gian chiết nước 1 khoảng 2,5h, tính từ khi nhiệt độ đạt 100⁰C hoặc nhìn cảm quan thấy nước sôi.
 - + Sau khi sôi 1h30' bật bơm tuần hoàn dịch trong 10-15 phút.
 - + Dịch thu được trong lần chiết nước 1 khoảng 10 lít.

- Chiết nước 2:
- + Lượng nước cho vào: 50 lít.
- + Các bước tương tự như chiết nước 1.
- + Thời gian chiết nước 2 khoảng 1,5h.
- + Dịch thu được trong lần chiết nước 2 khoảng 5 lít.
- Tổng lượng dịch thu hồi được: 10 lít.

5.2.2 Lọc dịch chiết

- Vận hành thiết bị lọc dịch chiết theo SOP40/SX.007
- Lọc dịch qua hệ thống lọc vào nồi cô chân không.
- Kiểm tra cảm quan dịch sau lọc: dịch trong, màu nâu đen, không có dị vật

5.2.3. Cô chân không:

- Vận hành nồi cô chân không có cánh khuấy theo SOP40/SX.009
- Một nửa phần dịch chiết được bơm sang thùng chứa sau đó chuyển sang nồi cô chân không tiến hành cô.
- Nồi cô duy trì nhiệt độ 70 - 90°C, áp suất âm -0.04- -0,09 MPa
- Tiến hành tương tự với phần còn lại của dịch chiết
- Kết thúc quá trình cô thu được tổng khoảng 10,0 kg cao lỏng.
- + Cảm quan: Cao lỏng màu nâu đen, mùi thơm dược liệu.
- + Định tính dược liệu: Cà gai leo, Dây gắm – Dương tính.

5.3 Kiểm soát các bước quan trọng:

Công đoạn sản xuất	Thông số kiểm tra	Giới hạn chấp nhận	Tần suất – Chu kỳ	Người KT
Chuẩn bị	- Dụng cụ - Thiết bị máy móc phòng sản xuất - Nguyên vật liệu - Hồ sơ tài liệu.	- Đầy đủ, đã được vệ sinh - Có nhãn sạch, đã vệ sinh - Đạt tiêu chuẩn - Đầy đủ	Trước khi tiến hành pha chế	IPC
Chiết xuất	Lượng nước cho vào	- Lần 1: 50 lít - Lần 2: 40 lít	Trước khi nấu	IPC
	Thời gian chiết	- Lần 1: 2,5h - Lần 2: 1,5h	Trong khi nấu	
	Lượng dịch chiết thu được	10 lít	Sau khi nấu	
Lọc	Tính toàn vẹn của màng lọc	Nguyên vẹn	Trước khi lọc	IPC
	Cảm quan dịch lọc	Dịch trong, màu nâu,	Sau khi lọc	

Cô chân không	Nhiệt độ, áp suất	Đúng quy trình sản xuất	Trong quá trình cô	IPC
	Khối lượng cao sau cô	1 0,0 lít	Sau khi cô	
	Cảm quan	Cao lỏng sánh màu nâu đen, mùi thơm dược liệu.	Sau khi cô	

5. BIỂU MẪU SỬ DỤNG

- Không.

6. HÌNH THỨC LƯU TRỮ

- Bản gốc được lưu tại phòng Đảm bảo chất lượng.
- Các tập tin (files mềm) gốc được lưu trên máy vi tính được quy định của phòng Đảm bảo chất lượng và máy tính của nhân viên kiểm soát tài liệu Đảm bảo chất lượng.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dược điển Việt Nam V (ĐĐVN V).
- Các SOP và tiêu chuẩn sơ sở (TCCS).

NGƯỜI SOẠN THẢO

[Handwritten signature]
Trần Thị Huyền

Ngày 16 tháng 11 năm 2023



PHÓ VIỆN TRƯỞNG
THƯỜNG TRỰC

TS. Trần Văn Khanh



CÔNG CHỨNG VIÊN
Bùi Thị Khanh Lâm



BẢN SAO

HỌC VIỆN YDHCT VIỆT NAM
VIỆN NGHIÊN CỨU TUỆ TÍNH

Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

**KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ
ĐỘ TÍNH CẤP CỦA BÀI THUỐC “PHONG THẤP NK”
TRÊN THỰC NGHIỆM**

Nơi tiến hành nghiên cứu: **Viện nghiên cứu Tuệ Tính**
- Học viện YDHCT Việt Nam

Hà Nội – 2024

I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Chất liệu nghiên cứu

1.1.1. Thuốc nghiên cứu: Cao đặc “Phong thấp NK”

Thành phần bài thuốc

Cà gai leo	20g
Hà thủ ô đỏ	20g
Hạt tơ hồng	20g
Dây gấm	20g
Dây chiều	20g
Dây chia vôi	12g
Trinh nữ	20g
Kim cang	20g
Tổng dược liệu khô/ thang	152g

- Liều dùng dự kiến trên người lớn: ngày sắc 1 thang, chia 2 lần uống sáng, chiều. Tính trung bình một người 50kg thì liều dùng dự kiến trên người sẽ là 3,2g dược liệu khô/kg/ngày (tương đương liều 32g/kg/ngày trên chuột nhắt trắng với hệ số ngoại suy là 10).

- Chuẩn bị mẫu làm nghiên cứu:

Lấy 50 gam cao đặc tương đương 109g dược liệu khô pha trong nước cất thu được vừa đủ 65ml. Đây là dung dịch đậm đặc nhất có thể cho chuột nhắt trắng uống bằng kim chuyên dụng. Dung dịch đậm đặc này dùng để nghiên cứu độc tính cấp và xác định LD₅₀ của cao đặc bài thuốc “Phong thấp NK”.

1.1.2. Dụng cụ, hóa chất nghiên cứu

- Cân điện tử của Nhật, độ chính xác 0,001 gam.

- Kim đầu tù cho chuột uống.

- Cốc chia vạch, bơm kim tiêm 1ml, chày cối sứ, đĩa thủy tinh.

1.2. Đối tượng nghiên cứu

- Chuột nhắt trắng chủng Swiss, cả hai giống, khỏe mạnh, trọng lượng 20 – 25g, do Trung tâm cung cấp động vật thí nghiệm Đan Phượng - Hà Nội cung cấp.

- Động vật thí nghiệm được nuôi trong điều kiện đầy đủ thức ăn và nước uống tại phòng thí nghiệm Viện nghiên cứu Tuệ Tĩnh- Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam từ 7 ngày trước khi nghiên cứu và trong suốt thời gian nghiên cứu.

1.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu độc tính cấp và xác định LD₅₀ của cao đặc “Phong thấp NK” trên chuột nhắt trắng theo đường uống.

Trước khi tiến hành thí nghiệm, cho chuột nhịn ăn qua đêm.

Chuột được chia thành các lô khác nhau, mỗi lô 10 con. Cho chuột uống cao đặc “Phong thấp NK” với liều tăng dần trong cùng một thể tích để xác định liều thấp nhất gây chết 100% chuột và liều cao nhất không gây chết chuột (gây chết 0% chuột). Theo dõi tình trạng chung của chuột, quá trình diễn biến bắt đầu có dấu hiệu nhiễm độc (như nôn, co giật, kích động, bài tiết...) và số lượng chuột chết trong vòng 72 giờ sau khi uống thuốc. Tất cả chuột chết được mổ để đánh giá tổn thương đại thể, từ đó xây dựng đồ thị để xác định LD₅₀ của thuốc thử. Sau đó tiếp tục theo dõi tình trạng của chuột đến hết ngày thứ 7 sau khi uống cao đặc “Phong thấp NK”

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chuột nhắt trắng được uống cao đặc “Phong thấp NK” từ liều thấp nhất đến liều cao nhất. Lô chuột đã uống đến liều 0,25 ml/10g chuột, 3 lần trong 24 giờ dung dịch đậm đặc nhất có thể cho uống bằng kim chuyên dụng. Sau khi uống thuốc thử, quan sát kỹ toàn bộ các lô chuột không thấy xuất hiện bất cứ dấu hiệu bất thường nào. Theo dõi liên tục trong vòng 72 giờ và theo dõi 7 ngày sau đó không có chuột nào chết.

Kết quả được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Kết quả độc tính cấp của cao đặc “Phong thấp NK”

Lô chuột	n	Liều (ml/kg)	Liều (g dược liệu khô/kg)	Tỷ lệ chết (%)	Dấu hiệu bất thường khác
Lô 1	10	35	58,6	0	Không
Lô 2	10	45	75,4	0	Không
Lô 3	10	55	92,2	0	Không
Lô 4	10	65	108,9	0	Không
Lô 5	10	75	125,7	0	Không

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy: các lô chuột uống cao đặc “Phong thấp NK” liều từ 35 ml/kg tương đương 58,6g dược liệu khô/kg đến liều tối đa 75 ml/kg tương đương 125,7g dược liệu khô /kg không có biểu hiện độc tính cấp.

Từ bảng 1 tính được liều dung nạp tối đa (Luôn nhỏ hơn liều chết 50%) của cao đặc “Phong thấp NK” là: 125,7g/kg chuột nhắt.

III. KẾT LUẬN

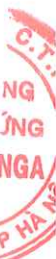
- Chưa xác định được LD₅₀ trên chuột nhắt trắng của cao đặc “Phong thấp NK” trên đường uống.
- Cao đặc “Phong thấp NK” không có biểu hiện độc tính cấp ở liều 125,7g /kg/ngày trên chuột nhắt.
- Cao đặc “Phong thấp NK” ở liều gấp 39,28 lần liều dùng dự kiến trên người, gấp 3,9 liều dự kiến tương đương trên chuột nhắt (với hệ số ngoại suy 10) nhưng không có độc tính cấp trên chuột nhắt theo đường uống (tính người lớn trưởng thành, 50 kg, liều dự kiến 160g/ngày/người)

Hà Nội, ngày tháng năm 2024
Đại diện nhóm nghiên cứu

TS. Phạm Thanh Tùng

VIỆN NGHIÊN CỨU Y-DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN TUỆ TĨNH

Xác nhận chữ ký của TS. Phạm Thanh Tùng là đúng



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gerhard Vogel H. (2016), *Drug discovery and evaluation Pharmacological assays*, Springer.
2. World Health Organization (2013), *Working group on the safety and efficacy of herbal medicine*, Report of regional office for the western pacific of the World Health Organization.
3. De Jong WH, Carraway JW and Geertsma RE. In vivo and in vitro testing for the biological safety evaluation of biomaterials and medical devices. *Biocompatibility and Performance of Medical Devices*. 2012;120-158.
4. SAGANUWAN SA. Toxicity studies of drugs and chemicals in animals: an overview. *Bulgarian Journal of Veterinary Medicine*. 2017;4(20):291-318.
5. OECD, Guidelines for the testing of chemicals repeated dose oral toxicity study in rodents. *Environmental Health and Safety Monograph Series on Testing and Assesment No 407*; 2008.



DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: **Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Phong thấp NK” kết hợp điện châm điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ.**

TT	Họ và tên	Tuổi	Giới tính		Mã BN	Địa chỉ
1	Phạm Thúy H	56	x		NT 17790	Hà Đông ,Hà Nội
2	Đặng Thị Minh Đ	57	x		NT 17675	Chương Mỹ - Hà Nội
3	Hoàng Thị L	65	x		NT 17888	Ý Yên, Nam Định
4	Trần Thị Anh Th	67	x		NT 17887	Hà Đông ,Hà Nội
5	Phạm Thị L	57	x		NT 17969	Hà Đông ,Hà Nội
6	Vũ Thị L	66	x		NT 17963	Hà Đông ,Hà Nội
7	Cao Xuân T	57		x	NT 17906	Hà Đông ,Hà Nội
8	Nguyễn Ngọc X	64		x	NT 17913	Đông Mỹ, Thái Bình
9	Nguyễn Thị Anh Đ	65	x		NT 18061	Thanh Xuân, Hà Nội
10	Nguyễn Thị L	57	x		NT 17969	Hà Đông ,Hà Nội
11	Lê Xuân Tr	64		x	NT 18157	Nam Từ Liêm, Hà Nội
12	Lê Đức Ph	48		x	NT 18165	Long Biên, Hà Nội
13	Nguyễn Thị L	73	x		NT 18153	Hà Đông ,Hà Nội
14	Nguyễn Quốc Ph	82		x	NT 18176	Chương Mỹ, Hà Nội
15	Lê Thị T	58	x		NT 18160	Khoái Châu, Hưng Yên
16	Đỗ Thị H	74	x		NT 18137	Hà Đông ,Hà Nội
17	Nguyễn Đình Th	70		x	NT 18192	Nam Từ Liêm, Hà Nội
18	Nguyễn Thị M	79	x		NT 18263	Tuyên Quang



19	Nguyễn Đình T	58		x	NT 18288	Hà Đông ,Hà Nội
20	Trần Ngọc H	70		x	NT 18318	Thanh Xuân, Hà Nội
21	Nguyễn Thị T	65	x		NT 18368	Cầu Giấy , Hà Nội
22	Đỗ Thị Q	63	x		NT 18383	Hải Phòng
23	Trần Thị Anh Th	67	x		NT 18405	Hà Đông ,Hà Nội
24	Nguyễn Thị T	65	x		NT 18403	Phú Thọ
25	Nguyễn Mạnh H	66		x	NT 18426	Thái Bình
26	Nguyễn Thị H	61	x		NT 018511	Hà Đông ,Hà Nội
27	Đỗ Thị H	73	x		NT 18542	Sơn Tây, Hà Nội
28	Cao Thị N	67	x		NT 018562	Hung Yên
29	Nguyễn Ngọc D	41	x		NT 18565	Gia Lâm, Hà Nội
30	Quách Thị Nh	49	x		NT 18270	Sơn Tây, Hà Nội
31	Lê Thị Bích Ng	39	x		NT 18564	Thanh Xuân, Hà Nội
32	Phạm Vũ H	52		x	NT 18573	Hà Đông ,Hà Nội
33	Trương Văn B	72		x	NT 18640	Hai Bà Trưng, Hà Nội
34	Phạm Thị Th	66	x		NT 18639	Bắc Giang
35	Nguyễn Thị M	74	x		NT 18696	Tuyên Quang
36	Nguyễn Thị Ph	67	x		NT 18773	Thanh Xuân, Hà Nội
37	Phí Thị Lan Ph	62	x		NT 018848	Ba Đình, Hà Nội
38	Nguyễn Khánh Th	66		x	NT 18948	Đống Đa, Hà Nội
39	Đỗ Thúy Ng	64	x		NT 18940	Nam Từ Liêm, Hà Nội
40	Tô Thị Kh	62	x		NT 018996	Thanh Hóa
41	Tô Văn H	64		x	NT 018999	Chương Mỹ, Hà Nội



42	Đào Thị H	67	x		NT 19033	Hà Đông ,Hà Nội
43	Nguyễn Thị L	73	x		NT 19035	Hà Đông ,Hà Nội
44	Nguyễn Thị L	72	x		NT 019103	Hoàng Mai, Hà Nội
45	Dương Thị L	42	x		NT 019139	Đống Đa, Hà Nội
46	Lê Thị Th	57	x		NT 19127	Chương Mỹ, Hà Nội
47	Nguyễn Thị Q	58	x		NT 019107	Thanh Trì, Hà Nội
48	Nguyễn Quốc Ph	82		x	NT 19280	Chương Mỹ, Hà Nội
49	Lê Kim V	62	x		NT 019313	Hà Đông ,Hà Nội
50	Đỗ Thị Thu Th	42	x		NT 19331	Hà Đông ,Hà Nội
51	Nguyễn Thị Ph	83	x		NT 19332	Chương Mỹ, Hà Nội
52	Nguyễn Thị Th	68	x		NT 019423	Hà Đông ,Hà Nội
53	Vũ Văn Ng	84		x	NT 019284	Hà Đông ,Hà Nội
54	Hoàng Thị H	57	x		NT 19119	Hà Nội
55	Đỗ Thị H	69	x		NT 19197	Hà Nam
56	Nguyễn Văn M	74		x	NT 19221	Tuyên Quang
57	Nguyễn Bá I	92		x	NT 019247	Hải Dương
58	Lê Anh C	78		x	NT 019220	Hà Nội
59	Hoàng Cao Ch	70	x		NT 19486	Hà Nội
60	Nguyễn Thị D	65	x		NT 017693	Hà Đông ,Hà Nội

Xác nhận của Phòng Kế Hoạch Tổng Hợp



Người lấy số liệu

Hà
Trần Thanh Hà