

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ XUÂN HOÀNG

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA CAO DẪN
HOẠT LẠC CHỈ THỐNG KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM
VÀ XOA BÓP BẨM HUYỆT TRONG ĐIỀU TRỊ
ĐAU VÙNG CỔ GÁY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ**

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI, 2024

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

BỘ Y TẾ



ĐỖ XUÂN HOÀNG

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA CAO DÁN
HOẠT LẠC CHỈ THỐNG KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM
VÀ XOA BÓP BẨM HUYỆT TRONG ĐIỀU TRỊ
ĐAU VÙNG CỔ GÁYDO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ**

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Người hướng dẫn khoa học : TS. BS. Nguyễn Tiến Chung

HÀ NỘI, 2024

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, Phòng Đào tạo Sau đại học, cùng các Bộ môn, Khoa phòng của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành sâu sắc đến thầy TS. BS. Nguyễn Tiến Chung người thầy đã tận tình hướng dẫn, chỉ bảo, dạy dỗ, chỉnh sửa giúp tôi có thể hoàn thành luận văn một cách khoa học và chính xác nhất.

Tôi vô cùng biết ơn các Thầy, các Cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, những người Thầy, người Cô đã đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu để tôi hoàn thành luận văn.

Tôi xin gửi lời cảm ơn đến ban lãnh đạo bệnh viện Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai, các đồng nghiệp trong bệnh viện đã hỗ trợ, tạo điều kiện thuận lợi và giúp đỡ tôi trong quá trình thu thập dữ liệu nghiên cứu. Bên cạnh đó tôi xin cảm ơn đến những bệnh nhân đã đồng ý tham gia nghiên cứu, góp phần thành công cho luận văn và gián tiếp đóng góp cho nâng cao chất lượng điều trị bệnh lý đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ tại bệnh viện.

Xin trân trọng cảm ơn.

Hà Nội, ngày 05 tháng 12 năm 2024

Tác giả luận văn

Đỗ Xuân Hoàng

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Đỗ Xuân Hoàng, học viên chuyên khoa cấp II 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 nhờ sự hướng dẫn của TS. BS. Nguyễn Tiến Chung

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

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

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm với những cam kết này.

Hà Nội, ngày 05 tháng 12 năm 2024

Tác giả luận văn

Đỗ Xuân Hoàng

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

CSC	: Cột sống cổ
D ₀	: Ngày trước điều trị
D ₇	: Ngày 7 (ngày điều trị thứ 7)
D ₁₄	: Ngày 14 (ngày điều trị thứ 14)
D ₂₁	: Ngày 21 (ngày điều trị thứ 21)
ĐC	: Đối chứng
NC	: Nghiên cứu
NDI	: Neck disability index (Thang điểm đánh giá chức năng hoạt động và sinh hoạt hàng ngày do đau cổ)
TVĐ	: Tầm vận động
THCSC	: Thoái hóa cột sống cổ
VAS	: Visual analogue Scale (Thang điểm đánh giá mức độ đau)
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. Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo Y học hiện đại....	3
1.1.1. Sơ lược về chức năng của cột sống cổ.....	3
1.1.2. Đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống cổ.....	4
1.2. Đau vùng cổ gáy theo y học cổ truyền	9
1.2.1. Bệnh danh.....	9
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	9
1.2.3. Các thể lâm sàng.....	9
1.3. Tổng quan về các phương pháp điều trị trong nghiên cứu	11
1.3.1. Phương pháp điện châm.....	11
1.3.2. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt.....	14
1.3.3. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống	16
1.4. Tình hình nghiên cứu về đau vùng cổ gáy do thoái hoá cột sống cổ trong thực hành lâm sàng	16
1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới.....	16
1.4.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam.....	18
Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	20
2.1. Chất liệu nghiên cứu	20
2.2. Đối tượng nghiên cứu	22
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân	22
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân	23
2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	24
2.4. Phương pháp nghiên cứu	24
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	24

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	25
2.4.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu.....	26
2.4.4. Phương pháp tiến hành nghiên cứu.....	27
2.4.5. Phương pháp lượng giá kết quả	29
2.5. Phương pháp xử lý số liệu.....	34
2.5.1. Khống chế sai số.....	34
2.5.2. Xử lý số liệu.....	34
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu.....	34
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	37
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	36
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới.....	36
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	37
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	37
3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí đau.....	38
3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo X-quang	38
3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo điểm VAS trước điều trị	39
3.2. Kết quả điều trị	39
3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS	39
3.2.2. Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống cổ	42
3.2.3. Tác dụng cải thiện co cứng cơ cột sống cổ.....	50
3.2.4. Tác dụng cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày	51
3.2.5. Kết quả điều trị chung	53
3.2.6. Kết quả điều trị một số triệu chứng theo Y học cổ truyền.....	53
3.3.2. Sự thay đổi chỉ số huyết học, sinh hóa máu.....	54
3.3.2. Sự thay đổi chỉ số sinh tồn.....	55
CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN	56
4.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu.....	56

4.1.1. Đặc điểm về tuổi, giới, nghề nghiệp.....	56
4.1.2. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh và vị trí đau.....	58
4.1.3. Đặc điểm về hình ảnh Xquang cột sống cổ.....	59
4.2. Kết quả điều trị	60
4.2.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS	60
4.2.2. Kết quả giảm tình trạng co cứng cơ	64
4.2.3. Kết quả cải thiện tầm vận động cột sống cổ	65
4.2.4. Kết quả giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI.....	68
4.2.5. Kết quả điều trị một số triệu chứng theo Y học cổ truyền.....	69
4.2.6. Kết quả điều trị chung	71
4.3. Một số tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp	73
4.3.1. Tác dụng không mong muốn của Cao dán Hoạt lạc chỉ thống.....	73
4.3.2. Tác dụng không mong muốn của các phương pháp can thiệp khác	74
KẾT LUẬN.....	75
KHUYẾN NGHỊ.....	76
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Thành phần Cao dán Hoạt lạc chỉ thống	20
Bảng 2.2. Triệu chứng chứng Tý thể can thận hư kiêm phong hàn thấp	23
Bảng 2.3. Bảng quy ước đánh giá mức độ đau	29
Bảng 2.4. Phân loại tầm vận động cột sống cổ	30
Bảng 2. 5. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ	30
Bảng 2. 6. Mức độ hội chứng cột sống cổ.....	31
Bảng 2.7. Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày (NDI)	31
Bảng 2.8. Phân loại hiệu quả sau điều trị.....	32
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi	36
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới	36
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	37
Bảng 3.4. Phân bố theo vị trí đau	38
Bảng 3.5. Phân bố theo phim chụp X-quang	38
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo điểm VAS trước điều trị	39
Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS trong điều trị.....	39
Bảng 3.8. Hiệu suất giảm điểm VAS theo thời gian.....	42
Bảng 3.9. Trung bình tầm vận động gấp CSC theo thời gian điều trị	42
Bảng 3.10. Trung bình tầm vận động duỗi CSC theo thời gian điều trị.....	43
Bảng 3.11. Trung bình tầm vận động nghiêng phải CSC theo thời gian điều trị	44
Bảng 3.12. Trung bình tầm vận động nghiêng trái CSC theo thời gian điều trị.....	45
Bảng 3.13. Trung bình tầm vận động xoay phải CSC theo thời gian điều trị.....	46
Bảng 3.14. Trung bình tầm vận động xoay trái CSC theo thời gian điều trị	47
Bảng 3.15. Mức độ cải thiện tầm vận động cột sống cổ sau 21 ngày điều trị	48
Bảng 3.16. Mức độ cải thiện cơ cứng cơ cột sống cổ	50
Bảng 3.17. Mức độ hạn chế sinh hoạt theo thang NDI sau 7 ngày điều trị	51
Bảng 3.18. Hiệu suất giảm điểm NDI theo thời gian.....	52

Bảng 3.19. Kết quả điều trị chung của hai nhóm.....	53
Bảng 3.20. Kết quả điều trị một số triệu chứng theo Y học cổ truyền	53
Bảng 3.21. Sự thay đổi chỉ số huyết học, sinh hóa máu.....	54
Bảng 3.22. Sự thay đổi mạch, huyết áp của hai nhóm.....	55

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố theo thời gian mắc bệnh	37
Biểu đồ 3.2. Điểm VAS trung bình tại các thời điểm	41
Biểu đồ 3.3. Điểm hạn chế TVĐ trung bình qua từng thời điểm.....	49
Biểu đồ 3.4. Điểm NDI trung bình theo thời gian điều trị.....	52

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1. Hình ảnh giải phẫu cột sống cổ	3
Hình 1.2. Phân loại thoái hóa cột sống cổ trên phim X-quang theo Kellgren- Lawrence	6
Hình 2.1. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống	21
Hình 2.2. Máy điện châm, kim châm cứu.	22
Hình 2.3. Sơ đồ quy trình nghiên cứu	33

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau cổ gáy là một hội chứng phổ biến, có liên quan đến thoái hóa cột sống cổ (THCSC) và các rối loạn chức năng thần kinh tại vùng cổ vai gáy, thường không liên quan tới bệnh lý viêm [1], [2]. Triệu chứng thường gặp gồm đau cổ, vai, kèm theo rối loạn cảm giác, vận động do tổn thương rễ dây thần kinh cột sống cổ (CSC) [3], [4]. Theo thống kê năm 2017, tỷ lệ lưu hành đau cổ toàn cầu đạt 3.551,1/100.000 dân số và tỷ lệ mắc bệnh là 806,6/100.000 [5]. Hiện nay, số ca mắc THCSC ngày càng gia tăng do tư thế làm việc không hợp lý, đặc biệt ở lao động văn phòng và lao động nặng. Dù không gây nguy hiểm tính mạng, nhưng bệnh ảnh hưởng đến vận động, làm suy giảm khả năng lao động, là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến nghỉ hưu sớm. Do đó, nghiên cứu và phát triển phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn là rất cần thiết [1].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau cổ gáy thuộc phạm vi chứng Tý, có thể do phong hàn thấp, khí trệ huyết ứ hoặc can thận hư gây ra [6]. Trong đó nguyên nhân do THCSC chủ yếu thường là can thận hư kết hợp với phong hàn thấp, làm suy giảm chức năng gân xương và gây đau nhức kéo dài [6], [7].

Điều trị THCSC thường kết hợp nhiều phương pháp nhằm giảm triệu chứng bệnh. Trong đó, YHCT có thể mạnh với các phương pháp không dùng thuốc như điện châm, cứu ngải, xoa bóp bấm huyết, hoặc sử dụng thuốc YHCT giúp khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, thư cân, cải thiện triệu chứng toàn diện hơn [8], [9]. Hiện nay, xu hướng sử dụng dược liệu điều trị bệnh cơ xương khớp mạn tính đang được ưu tiên cả trong và ngoài nước. Trong khi thuốc dược liệu dạng uống đã được nghiên cứu nhiều, thì thuốc dạng cao dán vẫn còn ít nghiên cứu tại Việt Nam. Thuốc dược liệu dạng cao dán có ưu điểm thẩm thấu trực tiếp vào vùng bệnh, tăng cường hoạt huyết tại chỗ, giúp thông kinh hoạt lạc, tiện dụng và dễ sử dụng. Cao dán Hoạt Lạc Chỉ Thống, bào chế từ Dây gắm, Quế chi, Địa liên..., đã được đánh giá độc tính cấp và tính kích ứng da trên thực nghiệm. Theo YHHĐ, các thành phần này chứa stibenoid, flavonoid, alkaloid có

tác dụng chống viêm, giảm đau, chống oxy hóa, hỗ trợ điều trị đau nhức xương khớp hiệu quả [10]. Tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Lào Cai, bên cạnh việc điều trị bệnh lý THCSC với các phương thức vật lý trị liệu, chúng tôi có sử dụng kết hợp các bài thuốc, cao thuốc YHCT và cho kết quả điều trị rất khả quan.

Để đánh giá một cách khoa học về hiệu quả của phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp Cao dán Hoạt lạc trong bệnh lý thoái hóa cột sống cổ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả của cao dán Hoạt lạc chỉ thống kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ”** với hai mục tiêu sau:

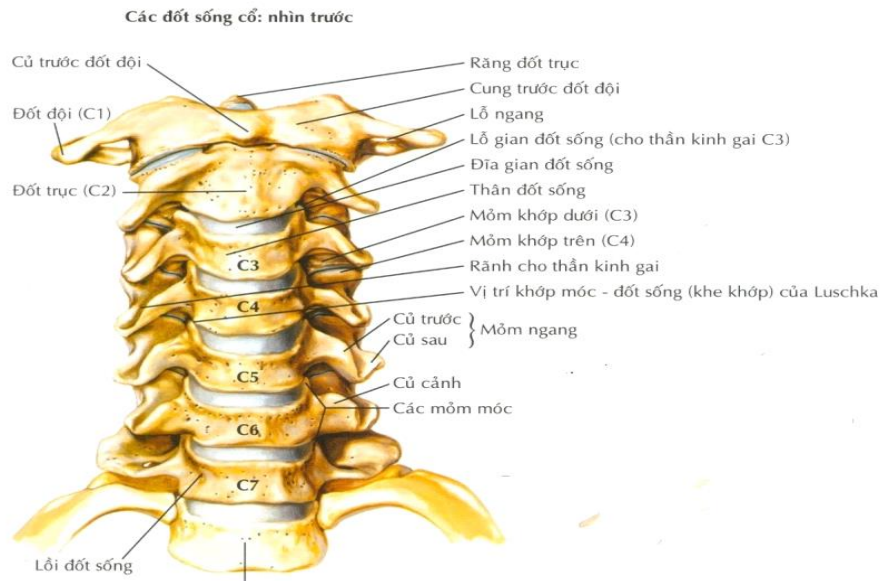
1. Đánh giá kết quả của cao dán Hoạt lạc chỉ thống kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ (thể can thận hư kiêm phong hàn thấp) tại bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai.
2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo Y học hiện đại

1.1.1. Sơ lược về giải phẫu chức năng của cột sống cổ



Hình 1.1. Hình ảnh giải phẫu cột sống cổ [11]

- Chức năng chịu tải trọng và bảo vệ tủy sống:

Ở CSC các thân đốt sống nhỏ, đĩa đệm không bao phủ toàn bộ bề mặt thân đốt, khiến tải trọng chủ yếu dồn lên đĩa đệm dẫn tới giảm chiều cao gian đốt. Khoảng gian đốt $C_2 - C_3$, $C_5 - C_6$ chịu tải trọng lớn nhất ở CSC, do đó là những vị trí thường gặp thoái hóa. CSC còn đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ tủy sống và các cấu trúc thần kinh bên trong ống sống [11].

- Chức năng vận động:

CSC có phạm vi vận động rộng, đóng vai trò quan trọng trong các chuyển động của đầu và cổ. Đoạn cổ trên ($C_1 - C_3$) đáp ứng cho chuyển động xoay, thường ít gặp thoái hóa ở đoạn này. Các cử động của CSC bao gồm:

+ Cử động theo mặt phẳng trước sau: gập (cúi) và duỗi (ngửa) cổ: chủ yếu tại khớp chẩm - đốt đội, với sự hỗ trợ của các đốt sống từ C_2 đến C_7 .

+ 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 ($C_1 - C_2$) đảm nhiệm còn lại là sự tham gia của các đốt sống từ C_2 đến C_7 [11], [12].

1.1.2. Đau vùng cổ gáy do thoái hoá CSC

1.1.2.1. Khái niệm và nguyên nhân

Đau vùng cổ gáy là tình trạng đau cơ cứng cơ vùng vai gáy, kèm theo hạn chế vận động CSC. Đau vai gáy do THCS là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm tới 70 - 80% [13], [14], [15].

Thoái hóa CSC là bệnh lý mạn tính, tiến triển chậm, thường gặp ở người lớn tuổi và/hoặc do tư thế vận động không phù hợp. Tổn thương cơ bản bao gồm thoái hóa sụn khớp, đĩa đệm, kèm theo những thay đổi ở xương dưới sụn và màng hoạt dịch. THCS thường gặp thoái hoá ở $C_5 - C_6$ hoặc $C_6 - C_7$ [13].

Đau vùng cổ gáy trên lâm sàng thường được phân loại là: cấp tính kéo dài dưới 6 tuần, bán cấp kéo dài từ 6 đến 12 tuần và mạn tính là trên 12 tuần.

Nguyên nhân THCS thường do các yếu tố:

- Quá trình thoái hóa tự nhiên: Liên quan đến tuổi tác làm giảm khả năng tổng hợp collagen, mucopolysaccharid, ảnh hưởng đến đĩa đệm, sụn khớp, cơ, dây chằng và thần kinh cạnh cột sống.

- Các yếu tố cơ giới: Áp lực quá tải kéo dài lên sụn khớp là nguyên nhân quan trọng đẩy nhanh quá trình thoái hóa.

- Các yếu tố có thể góp phần đẩy nhanh quá trình bệnh và THCS khởi phát sớm: Chấn thương cột sống nghiêm trọng, hẹp ống sống bẩm sinh, loạn trương lực cơ cổ, tổn thương trong hoạt động thể thao [16], [17].

1.1.2.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng: thường gồm bốn hội chứng chính sau [1], [12]:

- Hội chứng CSC:

+ Đau vùng cổ gáy: có thể khởi phát cấp tính sau chấn thương, sau các động tác vận động cổ quá mức hoặc tự nhiên sau khi ngủ dậy. Đau cũng có thể từ từ mạn tính. Đau tăng lên ở tư thế cổ thẳng hoặc cúi đầu kéo dài, mệt mỏi, căng thẳng, lao động nặng, thay đổi thời tiết đặc biệt bị nhiễm lạnh.

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

+ Hạn chế vận động CSC, có thể kèm theo vẹo cổ, hay gặp trong đau CSC cấp tính.

- Hội chứng rễ thần kinh:

+ Đau âm ỉ tăng từng cơn, từ vùng gáy lan lên vùng cằm và xuống vai hoặc cánh tay, bàn tay. Đau tăng khi xoay đầu hoặc gập cổ về phía bên đau.

+ Rối loạn cảm giác kiểu rễ: cảm giác kiến bò, tê rần dọc tay hoặc đầu ngón tay, quanh khớp vai, yếu cơ hoặc teo cơ.

+ Một số nghiệm pháp đánh giá tổn thương rễ thần kinh cổ: dấu hiệu bầm chuông, nghiệm pháp Spurling, nghiệm pháp dạng vai, kéo giãn cổ.

- Hội chứng động mạch đốt sống: Nhức đầu hoặc đau đầu vùng cằm, thái dương, trán và hai hố mắt; kèm chóng mặt hoa mắt giảm thị lực thoáng qua, mắt thẳng bằng, mệt mỏi.

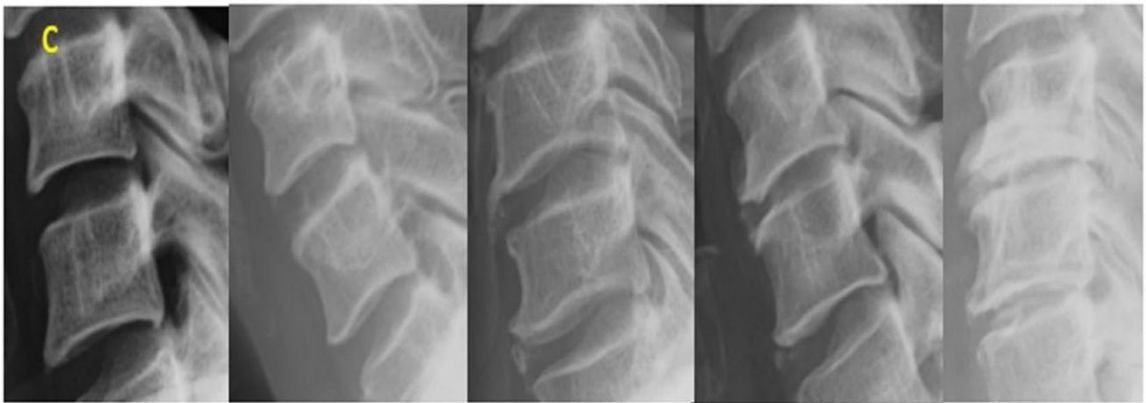
- Hội chứng chèn ép tuỷ cổ: Tùy theo mức độ và vị trí tổn thương mà biểu hiện chỉ ở chi trên hoặc cả thân và chi dưới. Dáng đi không vững, đi lại khó khăn; yếu hoặc liệt chi, teo cơ ngón chi, dị cảm. Tăng phản xạ gân xương.

- Các triệu chứng khác: dễ cáu gắt, thay đổi tính tình, rối loạn giấc ngủ, giảm khả năng làm việc... Tùy theo vị trí CSC bị tổn thương mà có thể xuất hiện riêng lẻ hoặc đồng thời các biểu hiện trên... [1], [17].

Cận lâm sàng:

- *X quang CSC*: cho thấy các hình ảnh thoái hoá trên X-quang theo Kellgren và Lawrence (dựa trên phim X-quang) [13], [18]:

- + Độ 1: gần như bình thường, có thể có gai xương nhỏ
- + Độ 2: khe khớp hẹp nhẹ, có gai xương nhỏ.
- + Độ 3: khe khớp hẹp rõ, có nhiều gai xương kích thước vừa, vài chỗ đặc xương dưới sụn, có thể có biến dạng đầu xương.
- + Độ 4: khe khớp hẹp nhiều, gai xương kích thước lớn, đặc xương dưới sụn, biến dạng rõ đầu xương.



Bình thường Giai đoạn 1 Giai đoạn 2 Giai đoạn 3 Giai đoạn 4

Hình 1.2. Phân loại thoái hóa CSC trên phim X-quang
theo Kellgren- Lawrence [19].

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) CSC: trong TH CSC 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...[1], [12].

- 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 [1], [12].

- Điện cơ: có thể giúp phát hiện tổn thương nguồn gốc thần kinh và phân biệt bệnh lý tủy cổ với bệnh lý rễ và dây thần kinh ngoại biên [1], [12].

Cần lưu ý: gần đây tình trạng toàn thân không bị thay đổi, không sốt, không có các rối loạn chức năng thuộc bất cứ cơ quan nào (dạ dày, ruột, sản phụ khoa, phế quản phổi...) mới xuất hiện; không có các biểu hiện đau các

vùng cột sống khác: lưng, cổ, sườn, khớp khác... Các xét nghiệm dấu hiệu viêm và bilan phospho-calcium âm tính [1], [12].

Chẩn đoán phân biệt [3], [12]:

- Các bệnh lý CSC như khối u CSC, viêm CSC nhiễm khuẩn, chấn thương CSC, thoát vị đĩa đệm CSC ...

- Các bệnh lý trong ống sống cổ như u tủy, xơ cứng cột bên teo cơ, xơ cứng rải rác.

- Bệnh lý ngoài CSC như viêm đám rối thần kinh cánh tay.

- 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 hầm cổ tay.

- Hội chứng đau loạn dưỡng giao cảm phản xạ.

- Bệnh lý tủy sống do viêm, nhiễm trùng, đa xơ cứng.

- Bệnh lý tim mạch, hô hấp, tiêu hoá gây đau vùng cổ vai hoặc tay.

1.1.2.3. Điều trị

Nguyên tắc điều trị [1], [12]:

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

- Kết hợp điều trị thuốc, không dùng thuốc với các biện pháp phục hồi chức năng.

- Chỉ định điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

Các biện pháp không dùng thuốc [1], [12]:

- Cần thực hiện các bài tập vận động vùng cổ, đặc biệt với bệnh nhân đã mang nặng cổ thời gian dài, bệnh nhân có công việc ít vận động vùng cổ.

- Giáo dục bệnh nhân, thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc, nghỉ ngơi, giữ ấm, tránh thay đổi tư thế CSC đột ngột.

- Vật lý trị liệu: liệu pháp nhiệt, kích thích điện, siêu âm liệu pháp, xoa bóp, có thể kéo giãn CSC nhưng nên tăng dần từ từ.

Dùng thuốc [13], [12], [16]:

- Paracetamol: đây là lựa chọn ưu tiên với sự cân bằng giữa tác dụng phụ và hiệu quả mong muốn. Có thể đơn chất hoặc phối hợp với các chất giảm đau trung ương như codein, dextropropoxiphene...

- Nhóm thuốc giảm đau chống viêm không steroid liều thấp: các dạng kinh điển (diclofenac, ibuprofen, naproxen...) hoặc các thuốc ức chế chọn lọc COX-2 (celecoxib, etoricoxib...), tuy nhiên cần thận trọng ở bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh lý tiêu hóa, tim mạch hoặc thận mạn tính. Có thể dùng đường uống hoặc bôi ngoài da.

- Thuốc giãn cơ thường dùng trong các đợt đau cấp, đặc biệt khi có tình trạng co cứng cơ. Các thuốc thường dùng là: Epirisone 150mg/ngày, Mephenesine 1500mg/ngày, Tolperisone 50 – 150mg/ngày.

- Nhóm thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm (piasclidine 300mg/ngày; glucosamine sulfate: 1500mg/ngày, dùng đơn độc hoặc phối hợp với chondroitin sulfate); hoặc diacerein 50mg x 2 viên/ngày.

- Các thuốc khác: khi bệnh nhân có biểu hiện đau kiểu rễ, có thể sử dụng phối hợp với các thuốc giảm đau thần kinh như:

+ Gabapentin: 600 - 1200 mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều thấp)

+ Pregabalin: 150 - 300 mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều thấp)

+ Các vitamin nhóm B (B1, B6, B12), mecobalamin

- Tiêm Glucocorticoid cạnh cột sống: hiệu quả từ vài ngày đến vài tháng. Không nên tiêm quá 3 lần trên cùng một khớp trong một năm. Cần thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa. Trường hợp chèn ép rễ, có thể tiêm thẩm phân corticosteroid tại rễ bị chèn ép dưới hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh [13], [12], [16].

- Điều trị ngoại khoa: Chỉ định trong các trường hợp: biểu hiện chèn ép rễ thần kinh hoặc tủy sống tiến triển nặng, trượt đốt sống độ 3, 4 hoặc đã thất bại với điều trị nội khoa và phục hồi chức năng sau 03 tháng [1], [16].

1.2. Đau vùng cổ gáy theo y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Y học cổ truyền không có bệnh danh tương ứng riêng cho đau vùng cổ gáy do THCSC. Tuy nhiên các triệu chứng lâm sàng của đau vùng cổ gáy do THCSC thuộc phạm vi chứng Tý của YHCT [6], [20]. Tý có nghĩa là bế tắc, không thông. Chứng Tý là chứng kinh mạch bị ngoại tà làm bế tắc dẫn đến khí huyết vận hành trở ngại gây nên bì phu, cân, cốt, cơ nhục, khớp xương đau nhức ê ẩm, tê bì, nặng thì khớp sưng lên, co duỗi khó khăn [6], [20].

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Theo YHCT chứng Tý do nhiều nguyên nhân gây nên, chứng Tý trong hội chứng cổ vai tay do THCSC thường do các nguyên nhân sau [6], [20]:

- Ngoại nhân: phong hàn thấp hoặc phong nhiệt thừa tà thừa cơ xâm phạm vào cơ thể, kinh mạch bị tắc trở không lưu thông được gây đau.

- Nội thương: do chính khí cơ thể bị hư yếu, rối loạn chức năng của các tạng phủ nhất là tạng can và tạng thận. Thận chủ cốt tủy, thận tàng tinh, tinh sinh huyết. Thận hư cốt tủy không vững chắc, cân cốt yếu, huyết ít. Can tàng huyết, can chủ cân. Can huyết hư không nuôi dưỡng được cân cơ, xương khớp bị thoái hóa, biến dạng, cơ bị teo, khớp bị dính Thường gặp ở người già hoặc người mắc bệnh lâu ngày.

- Khí trệ huyết ứ: hay gặp do cân cơ bị tổn thương làm cho khí huyết ứ trệ không thông mà gây đau.

1.2.3. Các thể lâm sàng

Chứng Tý trong hội chứng cổ vai tay do THCSC được chia làm bốn thể lâm sàng chính:

1.2.3.1. Thể phong hàn thấp

Đặc điểm thể phong hàn thấp [6], [20], [21], [22]:

- Triệu chứng: Bệnh xuất hiện sau khi gặp lạnh, mưa ẩm, đau nhức vùng đầu, cổ, vai, và ngực lưng, có điểm đau cố định ở cổ, có thể sờ thấy cơ cơ ở cổ

vai gáy, cứng cổ, hạn chế vận động. Đau, tê, nhức tứ chi, có thể có cảm giác nặng nề hai chi trên, đau nặng đầu, thích ẩm, sợ lạnh, lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng, mạch phù hoãn hoặc sáp.

- Pháp điều trị: khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc.

- Bài thuốc: Quế chi gia Cát căn thang

- Châm cứu: châm tả Hậu Khê, Phong trì, Phong môn, Đại chùy, Liệt khuyết, Kiên tinh, Hợp cốc, Phong long, Túc tam lý, Giáp tích C₄ - C₇, A thị huyết.

- Xoa bóp bấm huyết: thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, ấn, lăn, bóp, chặt, bấm huyết, vận động CSC, phát điều hoà.

1.2.3.2. *Thể phong thấp nhiệt*

Đặc điểm thể phong thấp nhiệt [6], [20], [21], [22]:

- Triệu chứng lâm sàng: vùng cổ gáy sưng, nóng, đỏ, đau nhức vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, đau đầu chóng mặt. Người nóng, sốt, khát nước, nước tiểu đỏ, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch hoạt sáp.

- Pháp điều trị: khu phong, thanh nhiệt, trừ thấp, thông kinh lạc.

- Bài thuốc: Bạch hổ gia quế chi thang hoặc Quế chi thực dược tri mẫu thang.

- Châm cứu: châm tả Hậu Khê, Phong trì, Đại chùy, Liệt khuyết, Kiên tinh, Hợp cốc, Thủ tam lý, Thiên trụ, Ngoại quan, Giáp tích C₄ - C₇, A thị huyết

- Xoa bóp bấm huyết: tương tự như thể phong hàn.

1.2.3.3. *Thể khí trệ huyết ứ*

Đặc điểm thể khí trệ huyết ứ [6], [20], [21], [22]:

- Triệu chứng: thường xuất hiện sau khi mang vác vật nặng, sai tư thế. Vùng vai gáy đau nhói, có điểm đau cố định; vận động cổ khó khăn, nặng thì không quay trở được, đau cự án, chất lưỡi có điểm ứ huyết, mạch sáp hoặc mạch huyền.

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

- Bài thuốc: Tứ vật đào hồng gia vị.

- Châm cứu: châm tả: Hậu Khê, Thân mạch, Hợp cốc, Tam âm giao, Kiên tinh, Thủ tam lý, Thiên trụ, Giáp tích C₄ - C₇, A thị huyết.

- Xoa bóp bấm huyết: tương tự như thể phong hàn.

1.2.3.4. Thể can thận hư kiêm phong hàn thấp

Đặc điểm thể can thận hư kiêm phong hàn thấp [6], [20], [21], [22]:

- Triệu chứng lâm sàng: Bệnh xuất hiện ở người bệnh vốn có can thận hư bị ngoại tà xâm phạm. Trên lâm sàng đây cũng là thể thường gặp nhất. Vùng cổ gáy đau nhức, co cứng khó vận động, đau tăng lên khi gặp lạnh, gió, mưa ẩm, sợ lạnh, cảm giác lạnh vùng cổ gáy, giảm đau khi chườm ấm hoặc xoa bóp. Ngoài ra có các triệu chứng đau đầu, đau lan xuống vai tay, vận động nặng nề, khó khăn, đau lưng, mỏi gối ù tai, tiểu đêm, hoa mắt chóng mặt, râu lưỡi trắng mỏng hoặc hơi nhớt, mạch trầm hoạt.

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

- Bài thuốc: thường dùng bài Quyên tý thang hoặc Hổ tiềm hoàn

- Châm cứu: châm tả các huyết vùng đau và lân cận: Phong trì, Kiên tinh, Thiên trụ, Thiên tông, Khúc trì, Hợp cốc, Giáp tích C₄ - C₇, A thị huyết...
Châm bổ: Can du, Thận du, Quan nguyên, Khí hải, Tam âm giao, Thái Khê.

- Xoa bóp bấm huyết: vùng cổ vai với các thủ thuật xoa bóp bấm huyết: Xoa, xát, day, ấn, lăn, bóp, chặt, bấm huyết, vận động CSC, phát.

1.3. Tổng quan về các phương pháp điều trị trong nghiên cứu

1.3.1. Phương pháp điện châm

1.3.1.1. Định nghĩa

Châm là dùng kim châm vào huyết để gây kích thích đạt tới phản ứng của cơ thể nhằm mục đích chữa bệnh [7], [23].

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm, ứng dụng dòng điện xoay

chiều tạo ra các xung đều hay không đều, có nhiều đầu kích thích, tính năng ổn định an toàn, điều chỉnh thao tác dễ dàng và đơn giản.

Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động các cơ, các tổ chức và tăng cường dinh dưỡng các tổ chức, làm giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ [22], [24].

1.3.1.2. Cơ chế tác dụng của châm cứu

- Theo Y học hiện đại: Châm kim tạo ra một cung phản xạ mới, giúp ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Dựa vào vị trí và tác dụng huyết, cơ thể có ba phản ứng chính [7], [23], [24]:

+ Phản ứng tại chỗ: Châm cứu gây một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, làm giảm sưng huyết, giãn cơ, giảm đau, điều hòa vận mạch và bạch cầu. Huyết tại chỗ, đặc biệt A thị huyết, thường được dùng trong điều trị đau cấp.

+ Phản ứng tiết đoạn: Châm cứu vào các huyết thuộc cùng tiết đoạn thần kinh giúp điều chỉnh rối loạn, giảm co thắt và đau vùng tương ứng, từ đó giúp xây dựng công thức châm phù hợp với từng bệnh lý.

+ Phản ứng toàn thân: Châm cứu ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương và thực vật, tác động đến toàn bộ cơ thể. Theo nguyên lý chiếm ưu thế của Utomski: “Trong cùng một thời điểm, nếu trên vỏ não có hai điểm hưng phấn, ổ hưng phấn nào do luồng kích thích mạnh hơn và đều hơn sẽ thu hút các kích thích ở ổ hưng phấn kia về nó và dập tắt ổ hưng phấn kia”, kích thích châm cứu có thể dập tắt ổ hưng phấn bệnh lý, giúp chọn huyết xa nhưng vẫn đạt hiệu quả điều trị [7], [22].

- Theo Y học cổ truyền: Bệnh tật phát sinh do mất cân bằng âm dương, gây rối loạn hoạt động hệ kinh lạc. Điện châm giúp điều hòa âm dương, lập lại cân bằng âm dương cho cơ thể, thúc đẩy lưu thông khí huyết, giải quyết tình trạng bế tắc kinh lạc [7], [22], [24].

1.3.1.3. Ảnh hưởng của dòng điện lên cơ thể

Dòng điện kích thích thần kinh gây ra sự thay đổi về chuyển hóa, sinh lý và cấu trúc của cơ thể: Thay đổi enzym và tính chất hoá học ở mô, ảnh hưởng đến chuyển hoá tế bào và điều chỉnh hoạt động màng tế bào

Các xung điện duy trì tính ổn định màng tế bào, ngăn ngừa sự nhạy cảm lan tỏa của acetylcholine sau mất chi phối thần kinh, hỗ trợ phục hồi chức năng cơ [25].

1.3.1.4. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định [22], [24]:

+ Giảm đau: Bệnh lý cơ xương khớp, thần kinh, đau tạng, đau sau mổ...

+ Điều trị bệnh lý do tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc trung ương: liệt ½ người, liệt các dây thần kinh ngoại biên (liệt dây thần kinh VII ngoại biên; liệt đám rối thần kinh cánh tay; thần kinh tọa...)

+ Hỗ trợ phục hồi chấn thương do đụng giập, chấn thương khớp hoặc phần mềm quanh khớp...

+ Bệnh cơ năng và triệu chứng của một số bệnh như rối loạn thần kinh tim, mất ngủ không thực tổn, ăn kém, đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cảm cúm, nấc...

+ Một số bệnh do viêm nhiễm như viêm tuyến vú, cháp, lậu...

+ Điều trị bí đái cơ năng sau mổ, mất ngủ, tắc tia sữa sau sinh.

+ Bệnh ngũ quan giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn...

+ Châm tê trong phẫu thuật.

- Chống chỉ định [22], [24]:

+ Các trường hợp bệnh lý thuộc diện cấp cứu.

+ Các cơn đau bụng cần theo dõi về ngoại khoa.

+ Người sức khỏe yếu, thiếu máu, người có tiền sử hoặc mắc bệnh tim, trạng thái tinh thần không ổn định.

+ Cơ thể ở trạng thái không thuận lợi: vừa lao động xong, mệt mỏi, đói..

+ Chóng chỉ định châm vào các huyết ở vị trí rốn, đầu vú và không được châm sâu vào các huyết: Á môn, Liêm tuyền, Phong phủ.... [22], [24].

1.3.1.5. Các tai biến khi sử dụng điện châm

Tai biến của châm kim: choáng, chảy máu, gãy kim, vụng châm, nhiễm trùng, châm phải phủ tạng.

Tai biến của kích thích điện: đối với dòng xung điện thì hầu như ít tai biến. Nếu người bệnh thấy khó chịu, chóng mặt ... thì ngừng kích thích điện, đồng thời rút kim ra ngay [7], [22], [24].

1.3.2. Phương pháp xoa bóp bấm huyết

1.3.2.1. Định nghĩa

- Xoa bóp là dùng sự khéo léo và sức mạnh của bàn tay tác động lên da, cơ, khớp của bệnh nhân nhằm mục đích chữa bệnh, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe [21], [22].

- Bấm huyết là một thủ thuật nằm trong tập hợp các thủ thuật xoa bóp, dùng ngón tay tác động vào huyết có tác dụng giải tỏa các cơ co giật căng thẳng của cơ bắp, khai thông kinh mạch, điều tiết cân bằng âm dương trong cơ thể, nhằm đạt được mục đích chữa bệnh [21], [22].

1.3.2.2. Tác dụng của xoa bóp bấm huyết

- Tác dụng đối với da: da là cơ quan nhận cảm (nóng, lạnh), truyền kích thích vào hệ thống thần kinh trung ương và tiếp nhận những đáp ứng của cơ thể đối với kích thích đó. Vì vậy, khi xoa bóp có tác dụng trực tiếp đến da và thông qua da ảnh hưởng đến toàn thân.

- Tác dụng đối với hệ thần kinh: xoa bóp bấm huyết có ảnh hưởng rất lớn đến hệ thần kinh thực vật, nhất là hệ giao cảm, qua đó gây nên những thay đổi trong một số hoạt động nội tạng và mạch máu.

- Tác dụng đối với cơ, gân, khớp: làm tăng tính đàn hồi của cơ, tăng dinh dưỡng cơ; tăng tính co giãn, tính hoạt động của gân, dây chằng, thúc đẩy việc tiết dịch trong cơ khớp và tuần hoàn quanh khớp.

- Tác dụng đối với hệ tuần hoàn: làm giãn mạch, đẩy máu về tim do đó làm giảm gánh nặng cho tim và giúp máu về tim tốt hơn; hạ huyết áp đối với bệnh nhân tăng huyết áp...

- Tác dụng đến hệ bạch huyết: xoa bóp giúp cho việc vận chuyển bạch huyết được tăng cường, tạo điều kiện giảm hiện tượng ngừng trệ và sự tiết dịch ở vùng khớp và ổ bụng và có tác dụng tiêu sưng.

- Tác dụng đối với các chức năng: xoa bóp bấm huyết có tác dụng kích thích các chức năng hô hấp, tiêu hóa, trao đổi chất trong cơ thể [21], [22].

1.3.2.3. Chỉ định của xoa bóp bấm huyết

- Chỉ định:

+ Giảm đau: bệnh lý cơ xương khớp, đau dây thần kinh, cơn đau tạng...

+ Điều trị các bệnh lý do tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc trung ương: liệt ½ người, liệt các dây thần kinh ngoại biên (liệt dây thần kinh VII ngoại biên; liệt đám rối thần kinh cánh tay; liệt dây thần kinh trụ, quay, mũ, giữa...), đau thần kinh tọa...

+ Triệu chứng cơ năng của một số bệnh như rối loạn thần kinh tim, mất ngủ không thực tổn, đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cảm cúm, nấc....

+ Ứng dụng trong công nghệ làm đẹp: giảm cân, tan mỡ bụng, làm mờ nếp nhăn, tăng cường tuần hoàn da [21], [22].

Một số thủ thuật thường dùng: xát, xoa, day, ấn, bấm huyết, điễm, lăn, phát, rung, vận động.

Yêu cầu: thủ thuật phải từ nông vào sâu, nhẹ nhàng, có tác dụng thấm sâu vào cơ.

Thủ pháp bổ tả của thủ thuật: tùy theo trạng thái cơ thể hư hay thực, tùy theo vị trí bị bệnh của bệnh nhân. Bổ: thường làm nhẹ, chậm rãi, thuận đường kinh; tả làm mạnh nhanh ngược đường kinh [21], [22], [26].

1.3.2.4. Tác dụng không mong muốn của xoa bóp bấm huyệt

Ít gặp: chóng, hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt [21], [22], [26].

1.3.3. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống

Hoạt lạc chỉ thống là bài thuốc được tạo thành từ công thức nghiệm phương, được sử dụng trên lâm sàng trong điều trị các chứng đau trong bệnh lý cơ xương khớp. Bài thuốc được sử dụng dưới dạng dược liệu thô nghiền nhỏ, bào chế thành dạng miếng cao dán theo tiêu chuẩn của Khoa Dược Bệnh Viện Tuệ Tĩnh. Thành phần của Hoạt lạc chỉ thống gồm các vị: Ngải cứu, Địa liền, Quế chi, Huyết giác, Dây gấm (Phụ lục 2). Trong đó Quế chi vị cay ngọt, tính ấm có tác dụng thông dương khí, ôn thông kinh mạch, hóa khí giúp tuyên tý chỉ thống, giảm đau, điều hòa dinh vệ, cơ biểu, dẫn thuốc ra tay chân. Địa liền tính ấm vị cay có tác dụng làm ấm tý vị, tán hàn trừ thấp, hành khí giảm đau. Ngải diệp vị đắng cay, tính ấm, trừ hàn thấp, điều kinh, an thai, chỉ huyết. Huyết giác vị đắng sáp, tính bình có tác dụng hoạt huyết chỉ thống, tán ứ sinh tân, chỉ huyết sinh cơ. Dây gấm có tác dụng giải độc, tiêu viêm, thư cân, hoạt huyết, được dùng điều trị các chứng đau nhức xương khớp, chữa phong tê thấp [6], [10]. Bài thuốc này rất phù hợp với các bệnh nhân bị chứng tý thuộc thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp.

1.4. Tình hình nghiên cứu về đau vùng cổ gáy do thoái hoá CSC trong thực hành lâm sàng

1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh vai trò của châm cứu trong điều trị bệnh lý cơ xương khớp, trong đó có hội chứng cổ vai tay do THCS. Các nghiên cứu

đều cho thấy điện châm có hiệu quả giảm đau, cải thiện tầm vận động, cải thiện chất lượng cuộc sống.

Nakajima và cộng sự (2013) trong nghiên cứu đánh giá hiệu quả lâm sàng của châm cứu đối với bệnh nhân THCSC. Kết quả 70% bệnh nhân tiến triển tốt, giảm đáng kể VAS và NDI sau 4 tuần điều trị với $p < 0,001$ [27].

Zhang S và cộng sự (2018) đã nghiên cứu cơ chế tác dụng của châm cứu trong điều trị đau vai mạn tính trên 24 bệnh nhân tại khoa Châm cứu – Bệnh viện Trung y Bắc Kinh trực thuộc Đại học Y khoa Capital. Kết quả cho thấy châm cứu có tác dụng làm giảm cường độ đau và tăng cường chức năng khớp vai thông qua cơ chế tác dụng của vỏ não trước [28].

Gu và cộng sự (2019) đánh giá hiệu quả của phương pháp châm 7 kim xuyên huyết trên bệnh nhân THCSC. 60 bệnh nhân chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu châm 7 kim xuyên huyết kết hợp kéo giãn CSC, nhóm chứng châm cứu các huyết vùng cổ gáy kết hợp kéo giãn. Kết quả 70% nhóm nghiên cứu và 76,6% nhóm chứng đạt kết quả tốt với $p < 0,05$. Điểm VAS, NDI sau điều trị thấp hơn trước điều trị ở nhóm nghiên cứu so với nhóm chứng với $p < 0,05$. Phương pháp châm xuyên huyết kết hợp với kéo giãn cột sống có hiệu quả hơn, giảm đau, cải thiện chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân [29].

Connie Chen và cộng sự (2020) đánh giá tác dụng giảm đau của cao dán CheeZheng trong kiểm soát tình trạng đau xương khớp ở bệnh nhân ung thư: 22 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên với 2556 người tham gia đã so sánh cao dán CheeZheng (thành phần Xuyên tiêu, Hồng hoa, Khương hoàng và một số vị thuốc Tây Tạng) với thuốc chống viêm không steroid, glucosamine, corticosteroid, tiêm axit hyaluronic và acetaminophen. Kết quả: 10 nghiên cứu cho thấy cao dán CheeZheng giảm trên 30% mức độ đau xương khớp ở bệnh nhân ung thư [30].

Mingxiao Yang và cộng sự (2021) đánh giá hệ thống và phân tích tổng hợp tác dụng giảm đau của cao dán CheeZheng trong điều trị đau thắt lưng. Nghiên cứu bao gồm 1674 bệnh nhân từ 9 nghiên cứu lâm sàng. Kết quả cho thấy ở bệnh nhân đau thắt lưng cấp tính việc sử dụng cao dán CheeZheng giúp cải thiện so với diclofenac và ghi nhận ít tác dụng phụ. Tuy nhiên vẫn cần thêm thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng nghiêm ngặt để đánh giá tác động của cao dán trên cả bệnh đau thắt lưng cấp và mạn tính [31].

1.4.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam

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; 35,0% khá; 10,0% trung bình và thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp là 56,7% tốt; 35,0% khá; 13,3% trung bình [32].

Trịnh Thị Hương Giang (2019) đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do THCSC bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp thủy châm Nucleo C.M.P. Kết quả điều trị chung cho thấy tốt 35,0%; khá 46,7%; trung bình 20,0%; kém 3,3% [33].

Màu Tiến Dũng (2020) đánh giá kết quả điều trị của điện châm kết hợp tác động cột sống trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hoá CSC, kết quả điều trị chung có 60% tốt, 35% khá [34].

Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Yến (2021) đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hoá CSC bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, kết quả điều trị cải thiện triệu chứng lâm sàng với 73,33% xếp loại tốt, 20% xếp loại khá, 6,67% xếp loại kém [35].

Nguyễn Thị Lan (2022) đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hoá CSC bằng phương pháp điện châm kết hợp đắp parafin, kết quả cải thiện điểm đau VAS từ $5,37 \pm 1,59$ điểm xuống $1,34 \pm 0,84$; giảm điểm

hạn chế chức năng sinh hoạt NDI từ $18,94 \pm 5,32$ điểm xuống còn $4,09 \pm 1,62$ điểm, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [36].

Trần Thu Phương (2022) nghiên cứu kết quả điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa CSC bằng đắp chườm nóng Thuốc đắp HV (thành phần: Huyết giác, Quế chi, Địa liền) cho thấy đắp chườm nóng Thuốc đắp HV đã thúc đẩy tác dụng giảm đau, cải thiện tầm vận động CSC sớm hơn so với điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt đơn thuần. Tuy nhiên tại ngày thứ 14 điều trị không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [37].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống

Liều lượng cho 1000g nguyên liệu để bào chế Cao dán Hoạt lạc chỉ thống theo tỷ lệ sau:

Bảng 2.1. Thành phần Cao dán Hoạt lạc chỉ thống

STT	Thành phần	Liều lượng (g)
1	Ngải diệp (<i>Herba Artemisia vulgaris</i> , họ Asteraceae)	300
2	Địa liên (<i>Rhizoma Kaempferiae galangae</i> , họ Zingiberaceae)	200
3	Quế chi (<i>Ramulus Cinnamomi</i> , họ Lauraceae)	150
4	Huyết giác (<i>Lignum Dracaenae</i> , họ Dracaenaceae)	150
5	Dây gấm (<i>Gnetum montanum</i> , họ Gnetaceae)	150
6	Tá dược	50

(Ngải diệp là lá (không có cành), Huyết giác: chỉ lấy phần màu đỏ)

- Chuẩn bị: 1/ Ngải diệp, Địa liên, Quế chi, Huyết giác, Dây gấm: làm sạch, sấy khô. 2/ Tá dược: làm sạch, sấy khô, tán bột mịn, để riêng.

- Bào chế: 1/ Chiết dịch toàn phần trong nước của Ngải diệp, Địa liên, Quế chi, Huyết giác, Dây gấm. 2/ Cô đặc dịch chiết tới nồng độ 1:2 thì cho toàn bộ bột tá dược vừa đủ và cô đặc tới khi đạt thành phẩm.

Nguyên liệu thuốc sử dụng dưới dạng khô, đạt tiêu chuẩn theo Dược điển Việt Nam V và tiêu chuẩn cơ sở của khoa Dược, Bệnh viện Tuệ Tĩnh, bào chế thành dạng miếng cao dán theo kích thước 10 x 15cm, khối lượng 10g/ miếng. Độ ẩm và tá dược trong cao dán chiếm < 20%.



Hình 2.1. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống

2.1.2. Công thức huyết điện châm trong nghiên cứu

Theo quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế: (phụ lục 3) [26]

- Châm tả các huyết Phong Trì, Kiên ngưng, Kiên Tĩnh, Thiên Trụ, Đại chùy, Khúc Trì, Liệt khuyết, Hợp cốc, Giáp tích C₄ - C₇, A thị huyết.

- Châm bổ huyết Huyền chung, Đại Trữ.

- Trong đó các huyết Phong trì, Hợp cốc, Huyền chung, Đại Trữ châm hai bên, các huyết còn lại châm một hoặc hai bên tùy theo vị trí đau của bệnh nhân.

(Vị trí các huyết: Phụ lục 4)

2.1.3. Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm cứu: kim Hải Nam có độ dài 5cm, đường kính 0,3mm.

- Dụng cụ sát trùng: bông vô khuẩn, cồn 70 độ, khay đựng dụng cụ, pince.

- Máy điện châm Model 04 - 05 JH của công ty đầu tư phát triển và xây lắp K&N Hà Nội, sản xuất năm 2020. Máy gồm hai kênh tần số: K1 phát dạng xung đa hài, K2 phát dạng xung blocking được sử dụng cả phần âm và dương, trên cơ sở phối hợp kỹ thuật bổ tả trong châm cứu.

- Thông số kỹ thuật chính:

+ Kênh bổ: Dạng xung: Blocking. Dải tần số xung: 1 Hz - 4 Hz (30 xung/p - 240 xung/p), biên độ xung: $V_{pp} = 0 - 120V + 10\%$.

+ Kênh tả: Dạng xung: Đa hài. Dải tần số xung: $> 5 \text{ Hz}$ ($> 300 \text{ xung/p}$), biên độ xung: $V_{pp} = 0 - 140V + 10\%$.

+ Nguồn: 6V (4 pin đại x 1.5V).

- Công dụng:

Dùng để kích thích các huyết. Châm tê trong phẫu thuật, châm giảm đau. Điều trị hỗ trợ cai nghiện và massage bằng xung điện. Máy được sử dụng thuận tiện trong lĩnh vực châm cứu: Thở châm, điện châm và nhĩ châm.



Hình 2.2. Máy điện châm, kim châm cứu.

- Thước đo thang điểm VAS (phụ lục 3), thước đo tầm vận động (phụ lục 4).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán đau vùng cổ gáy do THCS.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

2.2.1.1. Theo Y học hiện đại

- Bệnh nhân không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, từ 38 tuổi trở lên.

- Lâm sàng: Đau vùng cổ gáy do THCS bao gồm [1], [12]:

+ Hội chứng cột sống: Đau CSC, điểm VAS ≤ 6 điểm, co cứng các cơ cạnh CSC, hạn chế tầm vận động CSC.

- Cận lâm sàng: chụp X-quang cột sống có hình ảnh THCS theo phân loại mức độ thoái hoá trên X-quang theo Kellgren và Lawrence chọn bệnh nhân thoái hoá CSC độ 1 đến độ 2 [13], [18], [19]:

+ Độ 1: gần như bình thường, có thể có gai xương nhỏ

+ Độ 2: khe khớp hẹp nhẹ, có gai xương nhỏ.

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

2.2.1.2. Theo Y học cổ truyền

Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay do THCSC theo YHHĐ và có các biểu hiện của chứng Tý thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp [6], [22].

Bảng 2.2. Triệu chứng chứng Tý thể can thận hư kèm phong hàn thấp

Chứng Tý thể can thận hư kèm phong hàn thấp	
Vọng	Vẹo hoặc cứng cổ. Quay cổ khó khăn. Sắc mặt nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng hoặc vàng mỏng. Chát lưỡi bình thường hoặc nhợt.
Văn	Tiếng nói to rõ, hơi thở bình thường.
Vấn	Đau vùng cổ gáy, có thể lan lên đầu vùng chẩm hoặc lan xuống vai và tay, tay có cảm giác nặng, tê bì. Đau tăng khi gặp thời tiết lạnh, ẩm, chườm nóng dễ chịu. Đau tăng khi vận động, thay đổi tư thế. Kèm lưng gối đau mỏi, ù tai, ngủ ít, nước tiểu trong, tiểu tiện nhiều lần, thích ăn nóng, uống nước ấm.
Thiết	Có điểm đau cạnh sống, vận động cổ thụ động đau tăng. Mạch trầm tế.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân đau vùng cổ gáy không do THCSC: thoát vị đĩa đệm CSC; lao cột sống; viêm cột sống dính khớp; ung thư nguyên phát, thứ phát; u các loại; loãng xương nặng; biến dạng cột sống bẩm sinh hoặc do chấn thương CSC, tổn thương viêm cấp tính tại cột sống hoặc toàn thân

- Bệnh nhân đau vùng cổ gáy do thoái hóa CSC có hội chứng chèn ép tủy cổ.

- Bệnh nhân có kèm theo:

+ Bệnh lý nhiễm trùng cấp tính: viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng huyết, sốt xuất huyết...

- + Chảy máu hoặc rối loạn đông máu.
- + Vùng da mất cảm giác, mất nhận thức đau (hôn mê, suy giảm trí tuệ), mất điều hòa nhiệt.
- + Rối loạn tâm thần, bệnh lý cấp tính tại các cơ quan khác, suy gan, suy thận, HIV/AIDS...
- + Có các bệnh lý ngoài da, viêm, loét vùng cổ vai, sẹo, phù, vết thương hở tại vùng sẽ dán cao.
- Có chỉ định can thiệp phẫu thuật.
- Tiền sử dị ứng với các miếng dán, thuốc dán giảm đau tại chỗ khác, dị ứng thực vật hoặc thảo dược.
- Bệnh nhân sử dụng các phương pháp điều trị không nằm trong nghiên cứu (kể cả thuốc giảm đau).

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị, có nhóm chứng. Trong đó có nhóm nghiên cứu (NC) = 35 bệnh nhân, nhóm đối chứng (ĐC) = 35 bệnh nhân, tổng ngày điều trị là 21 ngày, thứ tự và liệu trình điều trị như sau:

- Nhóm NC: được điều trị bằng Cao dán Hoạt lạc chỉ thống kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt vùng vai gáy theo thứ tự thực hiện thủ thuật: Xoa bóp bấm huyệt: 30 phút/lần x 1 lần/ngày. Điện châm: 20 phút/lần x 1 lần/ngày. Dán cao Hoạt lạc chỉ thống 30 phút/lần x 1 lần/ngày. Liệu trình 21 ngày.

- Nhóm ĐC: được điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt vùng vai gáy theo thứ tự thực hiện thủ thuật: Xoa bóp bấm huyệt: 30 phút/lần x 1 lần/ngày. Điện châm: 20 phút/lần × 1 lần/ngày. Liệu trình 21 ngày.

Theo dõi tại các thời điểm điều trị:

- Lần 1 (D_0): trước khi nghiên cứu.
- Lần 2 (D_7): ngày thứ 07 của nghiên cứu.
- Lần 3 (D_{14}): ngày thứ 14 của nghiên cứu.
- Lần 4 (D_{21}): ngày thứ 21 của nghiên cứu.

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu của WHO cho nghiên cứu có hai nhóm đối tượng với mục tiêu so sánh 2 tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu cho mỗi nhóm

$$\Delta = |p_1 - p_2|; \quad \bar{p} = (p_1 + p_2)/2$$

$Z_{\alpha/2}$ là hằng số cho sai sót loại I; Z_{β} là hằng số cho sai sót loại II

p_1 là tỷ lệ điều trị đạt kết quả tốt ước tính của nhóm đối chứng

p_2 là tỷ lệ điều trị đạt kết quả tốt ước tính của nhóm nghiên cứu

Theo nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Hương Giang (2019) đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do THCSC bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp thủy châm Nucleo C.M.P, kết quả điều trị chung cho thấy tỷ lệ tốt là 35,0%;, ta có $p_1 = 35\%$, tỷ lệ điều trị đạt tốt kỳ vọng của nhóm nghiên cứu $p_2 = 75\%$ thì

$$\bar{p} = (0,35 + 0,75)/2 = 0,55; \quad \Delta = |0,35 - 0,75| = 0,2$$

Với $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.1$ (Power = 0.9). Thay số vào công thức, tính được $n=31$.

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là 31 bệnh nhân. Chúng tôi dự kiến chọn 35 bệnh nhân cho mỗi nhóm.

Chọn cỡ mẫu là 35 cho mỗi nhóm ghép cặp, đảm bảo sự tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và mức độ đau theo thang điểm VAS.

2.4.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu

2.4.3.1. *Đặc điểm chung*: theo dõi trước khi điều trị (D_0)

- Giới (nam/nữ)
- Tuổi (năm); Nhóm tuổi: được chia thành 3 nhóm: từ 38 đến 49 tuổi, từ 50 đến 59 tuổi và từ 60 tuổi.
- Nghề nghiệp: lao động chân tay, lao động trí óc.
- Thời gian bị bệnh: chia làm 3 nhóm: < 1 tháng, từ 1 - 6 tháng, từ > 6 tháng.
- Cận lâm sàng: phân loại mức độ thoái hoá trên X-quang theo Kellgren và Lawrence (dựa trên phim X-quang) chọn bệnh nhân thoái hoá CSC độ 1, độ 2 [13], [18], [19]:

+ Độ 1: gần như bình thường, có thể có gai xương nhỏ

+ Độ 2: khe khớp hẹp nhẹ, có gai xương nhỏ.

- Triệu chứng YHCT chứng Tý thể can thận hư kiêm phong hàn thấp: có, không. Các triệu chứng đánh giá tại thời điểm D_0 : Đau vùng vai gáy, ma mốt, đau tăng khi trời lạnh, lưỡi nhợt hoặc lưỡi đỏ, mạch trầm tế hoặc mạch sắc.

2.4.3.2. *Đánh giá hiệu quả phương pháp can thiệp*

- Theo dõi trước khi điều trị (D_0), sau 7 ngày điều trị (D_7), sau điều trị 14 ngày (D_{14}), sau điều trị 21 ngày (D_{21}):

+ Mức độ đau của bệnh nhân (thước đo VAS).

+ Hạn chế tầm vận động CSC.

+ Mức độ cải thiện hội chứng CSC.

+ Chất lượng cuộc sống: bộ câu hỏi The Neck Disability Index - NDI.

+ Các tác dụng không mong muốn của quá trình điều trị.

+ Cải thiện triệu chứng YHCT của chứng Tý thể can thận hư kèm phong hàn thấp sau điều trị.

- Kết quả điều trị chung theo B.Amor: Đánh giá tại thời điểm D₂₁

2.4.3.3. Theo dõi các tác dụng không mong muốn

- Tác dụng không mong muốn của điện châm: Vụng châm, tụ máu tại chỗ, nhiễm trùng, chóng mặt, đau đầu, buồn nôn, nôn ...

- Tác dụng không mong muốn của xoa bóp bấm huyết: Bầm tím, sưng đau vùng trị liệu, hoa mắt chóng mặt...

- Tác dụng không mong muốn của cao dán: Bỏng, dị ứng ...

2.4.4. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và làm xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán hội chứng cổ vai tay do THCSC đáp ứng các tiêu chuẩn chọn bệnh nhân mục 2.2.1 và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ mục 2.2.2. Bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo mẫu thống nhất (phụ lục 1).

Áp dụng phương pháp điều trị với từng nhóm:

- Chuẩn bị bệnh nhân: để bệnh nhân ở tư thế thoải mái, bộc lộ vùng bị bệnh.

- Liệu trình và thứ tự thực hiện thủ thuật:

Xoa bóp bấm huyết: 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 21 ngày. Nghỉ ngơi 3-5 phút.

Điện châm: 20 phút/lần x 1 lần/ngày x 21 ngày.

Với bệnh nhân nhóm NC, sau điện châm 5-10 phút sẽ được dán cao Hoạt lạc chỉ thống 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 21 ngày.

2.4.4.1. Thực hiện kỹ thuật xoa bóp bấm huyết vùng cổ vai tay.

- Bước 1: Để bệnh nhân nằm hoặc ngồi. Bộc lộ vùng vai gáy

- Bước 2: tiến hành làm thủ thuật theo trình tự Xoa, xát, day, lăn, bóp, chạt, bấm huyết, vận động cổ.

+ Xoa: vùng cổ vai gáy.

+ Xát: vùng cổ vai gáy.

+ Day: vùng cổ vai gáy, day từ Phong trì, Đại chùy, Kiên tinh, day dọc CSC. Tìm điểm đau nhất dọc cơ ức đòn chũm day từ nhẹ đến nặng.

+ Lăn vùng Phong trì, Đại chùy, Kiên tinh.

+ Bóp vùng vai gáy.

+ Bấm huyết: Phong trì, Kiên ngưng, Kiên tinh, Thiên trụ, Đại chùy, Khúc trì, Liệt khuyết, Hợp cốc, Giáp tích C₄ - C₇, A thị huyết, Huyền chung, Đại trử.

+ Vận động cổ bằng các động tác: gập cổ, duỗi cổ, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải cổ.

2.4.4.2. Thực hiện kỹ thuật điện châm.

- Bước 1: Xác định huyết đạo và sát trùng da vùng huyết và chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng châm.

- Bước 2: Các huyết châm tả hướng kim ngược đường kinh, châm bổ hướng kim xuôi theo đường kinh. Châm kim vào huyết theo các thì sau.

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

+ Thì 2: Đẩy kim từ từ theo huyết đạo, đi đúng theo hướng đã được xác định, kích thích kim cho đến khi đạt “đắc khí”.

- Bước 3: kích thích huyết bằng máy điện châm.

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ - tả của máy điện châm. Châm tả (chỉnh tần số 4 Hz - 10 Hz), châm bổ (chỉnh tần số 1 Hz - 3 Hz). Cường độ nâng dần từ 0 - 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

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

2.4.4.3. Thực hiện kỹ thuật dán cao Hoạt lạc chỉ thống vùng cổ vai gáy.

- Bước 1: gỡ cao dán

- Bước 2: bộc lộ vùng cổ vai của bệnh nhân, dán cao Hoạt lạc chỉ thống lên da vùng cổ vai bị đau.

- Bước 3: gỡ cao ra khỏi da bệnh nhân, kiểm tra.

2.4.5. Phương pháp lượng giá kết quả

2.4.5.1. Mức độ đau

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang nhìn VAS (Visual Analog Scales) [39]. (Phụ lục 3)

Bảng 2.3. Bảng quy ước đánh giá mức độ đau

Điểm VAS	Mức độ	Điểm nghiên cứu
VAS = 0	Không đau	0 điểm
VAS ≤ 2	Đau nhẹ	1 điểm
2 < VAS ≤ 4	Đau vừa	2 điểm
4 < VAS ≤ 6	Đau nặng	3 điểm
6 < VAS ≤ 8	Đau rất nặng	4 điểm
8 < VAS ≤ 10	Đau không chịu nổi	5 điểm

2.4.5.2. Phân loại tầm vận động CSC

+ Đo tầm vận động CSC: chúng tôi sử dụng phương pháp Zero được Hội nghị phẫu thuật chỉnh hình Mỹ và Hội nghị Vancouver thông qua năm 1964 [38] và dùng thước đo tầm vận động khớp (ROM) theo phương pháp của Hồ Hữu Lương dựa trên các động tác cơ bản của CSC: gấp, duỗi, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải (Phụ lục 4).

+ Theo tiêu chuẩn của Học viện Quân y [39], chúng tôi phân loại và cho điểm số đánh giá mỗi động tác như sau:

Bảng 2.4. Phân loại tầm vận động CSC

Động tác	Tầm vận động bình thường	Tầm vận động bệnh lý (1=nhẹ; 2=vừa; 3=nặng; 4=rất nặng)			
		1	2	3	4
Điểm	0	1	2	3	4
Gấp	45 ⁰ - 55 ⁰	40 ⁰ - 44 ⁰	35 ⁰ - 39 ⁰	30 ⁰ - 34 ⁰	< 30 ⁰
Duỗi	60 ⁰ - 70 ⁰	55 ⁰ - 59 ⁰	50 ⁰ - 54 ⁰	45 ⁰ - 49 ⁰	< 45 ⁰
Nghiêng phải	40 ⁰ - 50 ⁰	35 ⁰ - 39 ⁰	30 ⁰ - 34 ⁰	25 ⁰ - 29 ⁰	< 25 ⁰
Nghiêng trái	40 ⁰ - 50 ⁰	35 ⁰ - 39 ⁰	30 ⁰ - 34 ⁰	25 ⁰ - 29 ⁰	< 25 ⁰
Xoay phải	60 ⁰ - 70 ⁰	55 ⁰ - 59 ⁰	50 ⁰ - 54 ⁰	45 ⁰ - 49 ⁰	< 45 ⁰
Xoay trái	60 ⁰ - 70 ⁰	55 ⁰ - 59 ⁰	50 ⁰ - 54 ⁰	45 ⁰ - 49 ⁰	< 45 ⁰

+ Tổng số điểm của 6 tư thế vận động (gấp, duỗi, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải), được phân thành 4 mức độ và quy đổi ra các mức điểm nghiên cứu như sau:

Bảng 2. 5. Mức độ hạn chế tầm vận động CSC

Mức độ	Điểm nghiên cứu	Điểm quy đổi
Không hạn chế	0 điểm	0 điểm
Hạn chế nhẹ	1 – 6 điểm	1 điểm
Hạn chế trung bình	7 – 12 điểm	2 điểm
Hạn chế nặng	13 – 18 điểm	3 điểm
Hạn chế rất nặng	19 – 24 điểm	4 điểm

2.4.5.3. Mức độ cải thiện hội chứng CSC

Hội chứng CSC được theo dõi bằng các dấu hiệu đau vùng cổ vai, đau cạnh sống, co cứng cơ vùng cạnh CSC.

Cách theo dõi triệu chứng co cứng cơ cạnh sống trong nghiên cứu:

Bảng 2. 6. Mức độ hội chứng CSC

Mức độ	Điểm nghiên cứu
Không có hội chứng CSC	0 điểm
Có hội chứng CSC	1 điểm

2.4.5.4. Chức năng sinh hoạt hàng ngày

Mức độ cải thiện hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày do đau cổ theo Bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) của tác giả Howard Vernon [40]. Bộ câu hỏi NDI của tác giả Howard Vernon là một công cụ dùng để tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau vai gáy hoặc các bệnh lý chấn thương cổ. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục, điểm tối đa là 50 điểm (Phụ lục 5).

Chỉ số NDI được phân thành 5 mức độ sau đó quy đổi ra các mức điểm nghiên cứu như sau:

Bảng 2.7. Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày (NDI)

Điểm đánh giá	Mức hạn chế	Điểm nghiên cứu
0 - 4	Không hạn chế	0 điểm
5 - 14	Hạn chế nhẹ	1 điểm
15 - 24	Hạn chế trung bình	2 điểm
25 - 35	Hạn chế nặng	3 điểm
35 - 50	Hạn chế rất nặng	4 điểm

2.4.5.5. Theo dõi các tác dụng không mong muốn

- Tác dụng không mong muốn của điện châm: Vỡng châm, tụ máu tại chỗ, nhiễm trùng, chóng mặt, đau đầu, buồn nôn, nôn ...

- Tác dụng không mong muốn của xoa bóp bấm huyệt: choáng, chóng mặt, bầm tím vị trí xoa bóp...

- Tác dụng không mong muốn của cao dán: Kích ứng da tại chỗ, dị ứng...

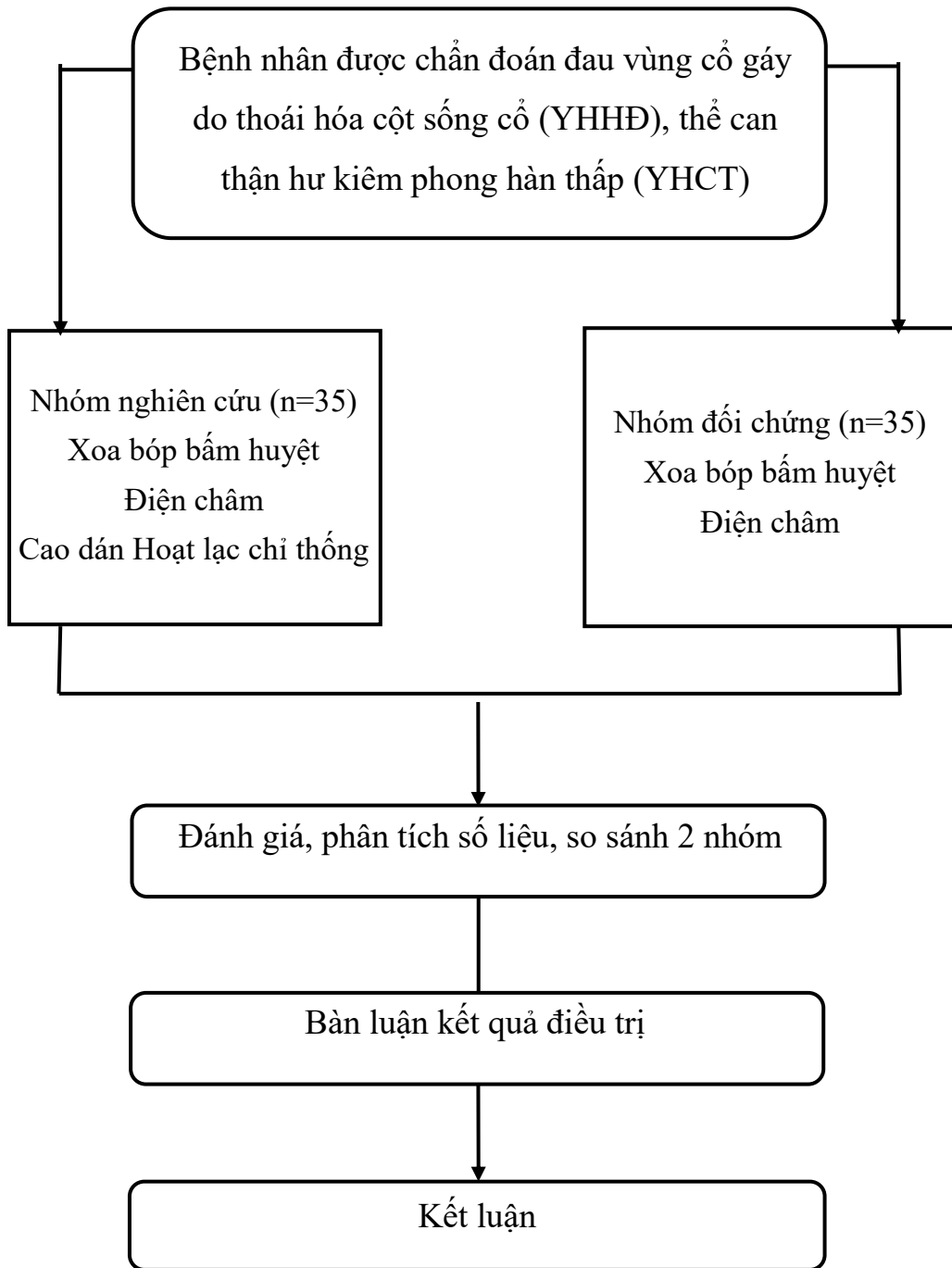
2.4.5.6. Tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả điều trị chung:

Đánh giá kết quả điều trị dựa vào tổng điểm của 3 chỉ số: Mức độ đau VAS, mức độ cải thiện tầm vận động CSC, đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày - Neck Disability Index. Từ tổng điểm trên, quy đổi kết quả điều trị chung theo thang điểm B.Amor như sau [42]:

$$\text{Kết quả điều trị} = \frac{\text{Tổng điểm trước điều trị} - \text{Tổng điểm sau điều trị}}{\text{Tổng điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

Bảng 2.8. Phân loại hiệu quả sau điều trị

Tốt	Kết quả điều trị $\geq 80\%$
Khá	$60\% \leq$ Kết quả điều trị $< 80\%$
Trung bình	$40\% \leq$ Kết quả điều trị $< 65\%$
Kém	Kết quả điều trị $< 40\%$

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

Hình 2.3. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

2.5.1. Không chế sai số

- Nghiên cứu hạn chế sai số hệ thống: Chọn bệnh nhân nằm điều trị nội trú tại viện để thuận tiện trong theo dõi và can thiệp, cũng như hạn chế mất mẫu.

- Kiểm soát sai số ngẫu nhiên: Áp dụng phương pháp ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, mức độ đau ngày vào đề tài, thời gian mắc bệnh để phân chia nhóm chứng và nhóm can thiệp.

- Giảm sai số thông tin thu thập: Thống nhất quy trình nghiên cứu, hướng dẫn sử dụng dụng cụ, ghi chép số liệu và thực hiện thủ thuật đồng nhất, hạn chế thay đổi người thực hiện trong liệu trình điều trị.

2.5.2. Xử lý số liệu

- Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

- Thống kê mô tả qua trung bình mẫu, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm. Thống kê phân tích sử dụng các test: so sánh 2 giá trị trung bình bằng Test t - student, so sánh các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 . Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ (độ tin cậy 95%). Những kết quả dưới đây được trình bày với quy ước sau: $p < 0,05$: *; $p < 0,01$: **; $p < 0,001$: ***.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề tài nghiên cứu được sự thông qua của Hội đồng đánh giá đề cương luận văn bác sĩ Chuyên khoa II Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Hội đồng Y đức của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam trước khi thực hiện trên người và sự chấp thuận cho phép nghiên cứu của Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai.

- Đề tài của chúng tôi được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho người bệnh. Sản phẩm cao dán đã được thử nghiệm tính kích ứng da trên thỏ với liều 0,4167g cao trên diện tích 2,5 x 2,5cm và

được kết luận là không có bất cứ biểu hiện di ứng hay viêm nào trong suốt thời gian đắp 24 giờ (phụ lục 9).

- Trước khi nghiên cứu các bệnh nhân được hỏi ý kiến và hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Trong quá trình điều trị, các tác dụng không mong muốn sẽ được ghi nhận, xử lý tùy thuộc mức độ và quy định của bệnh viện; trong trường hợp bệnh không đỡ hoặc bệnh nặng lên sẽ được ghi nhận tình trạng và ngừng nghiên cứu, can thiệp bằng các biện pháp y tế theo quy định của bệnh viện khi cần và đổi phương pháp điều trị thích hợp.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
	n	%	n	%	
38 - 49	5	14,29	6	17,14	> 0,05
50 - 59	11	31,43	14	40,0	
≥ 60	19	54,29	15	42,86	
Tổng	35	100	35	100	
Tuổi trung bình	59,34 ± 10,44		59,40 ± 10,48		> 0,05

Nhận xét: Phần lớn BN tham gia nghiên cứu từ 60 tuổi trở lên. Tuổi trung bình của nhóm NC và ĐC lần lượt là 59,34 ± 10,44 tuổi và 59,40 ± 10,48 tuổi. Không có sự khác biệt về phân bố theo nhóm tuổi và tuổi trung bình giữa 2 nhóm.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
	n	%	n	%	
Nam	14	40,0	11	31,43	> 0,05
Nữ	21	60,0	24	68,57	
Tổng	35	100	35	100	

Nhận xét: Bệnh nhân NC ở hai nhóm đa số là nữ giới, chiếm 60,0% nhóm NC và 68,57% nhóm ĐC. Tỷ lệ nam và nữ ở nhóm NC và nhóm ĐC không có sự khác biệt.

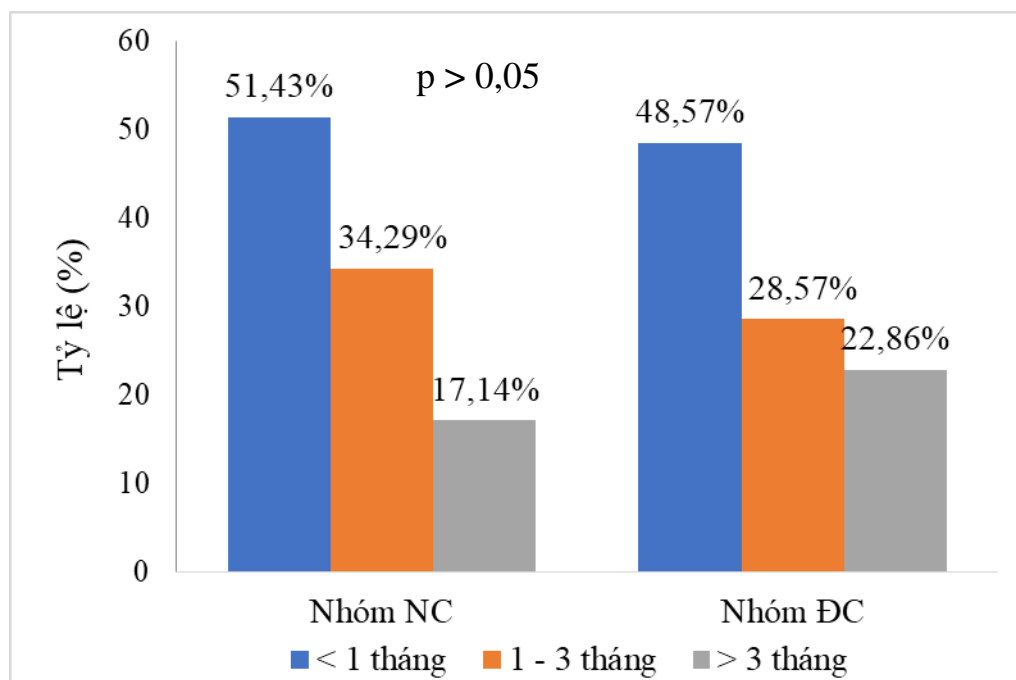
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
	n	%	n	%	
Lao động chân tay	14	40,0	17	48,57	> 0,05
Lao động trí óc	21	60,0	18	51,43	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc của 2 nhóm có sự chênh lệch đáng kể so với bệnh nhân lao động tay chân. Ở nhóm NC tỷ lệ lao động trí óc là 60%, ở nhóm ĐC là 51,43%. Không có sự khác biệt về phân bố nghề nghiệp giữa 2 nhóm.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo thời gian mắc bệnh

Nhận xét: Đa số thời gian mắc bệnh của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều dưới 1 tháng. Ở nhóm NC là 51,43 %, ở nhóm ĐC là 48,57%. Sự khác biệt về phân bố thời gian bị bệnh của cả 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí đau

Bảng 3.4. Phân bố theo vị trí đau

Vị trí	Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
		n	%	n	%	
Đau lan vùng cằm		16	45,7	14	40,0	> 0,05
Đau lan xuống cánh tay		12	34,2	15	42,9	
Đau tại CSC		35	100	35	100	

Nhận xét: 100% bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có triệu chứng đau tại CSC. Sự khác nhau về tỷ lệ các triệu chứng của cả 2 nhóm đều không có ý nghĩa thống kê.

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo X-quang

Bảng 3.5. Phân bố theo phim chụp X-quang

X quang	Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
		N	%	n	%	
Độ 1		16	45,71	20	57,14	> 0,05
Độ 2		19	54,29	15	42,86	

Nhận xét: Nhóm NC có tỷ lệ bệnh nhân thoái hóa trên phim X quang thuộc độ 2 chiếm 54,29%, ở nhóm ĐC tỷ lệ bệnh nhân thoái hóa trên phim X quang ở độ 1 lại chiếm ưu thế hơn với 57,14%. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo điểm VAS trước điều trị

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo điểm VAS trước điều trị

VAS \ Nhóm		Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _{NC-ĐC}
		n	%	n	%	
Đau vừa	3 điểm	0	0	1	2,86	> 0,05
	4 điểm	6	17,14	7	20,0	
Đau nặng	5 điểm	13	37,14	15	42,86	
	6 điểm	16	45,71	12	34,29	

Nhận xét: Ở nhóm NC không có bệnh nhân nào VAS 3 điểm, bệnh nhân có VAS 6 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (45,71%). Ở nhóm ĐC bệnh nhân có VAS 3 điểm chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,86%), tỷ lệ cao nhất là VAS 5 điểm (42,86%). Không có sự khác biệt về phân độ VAS giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

3.2. Kết quả điều trị

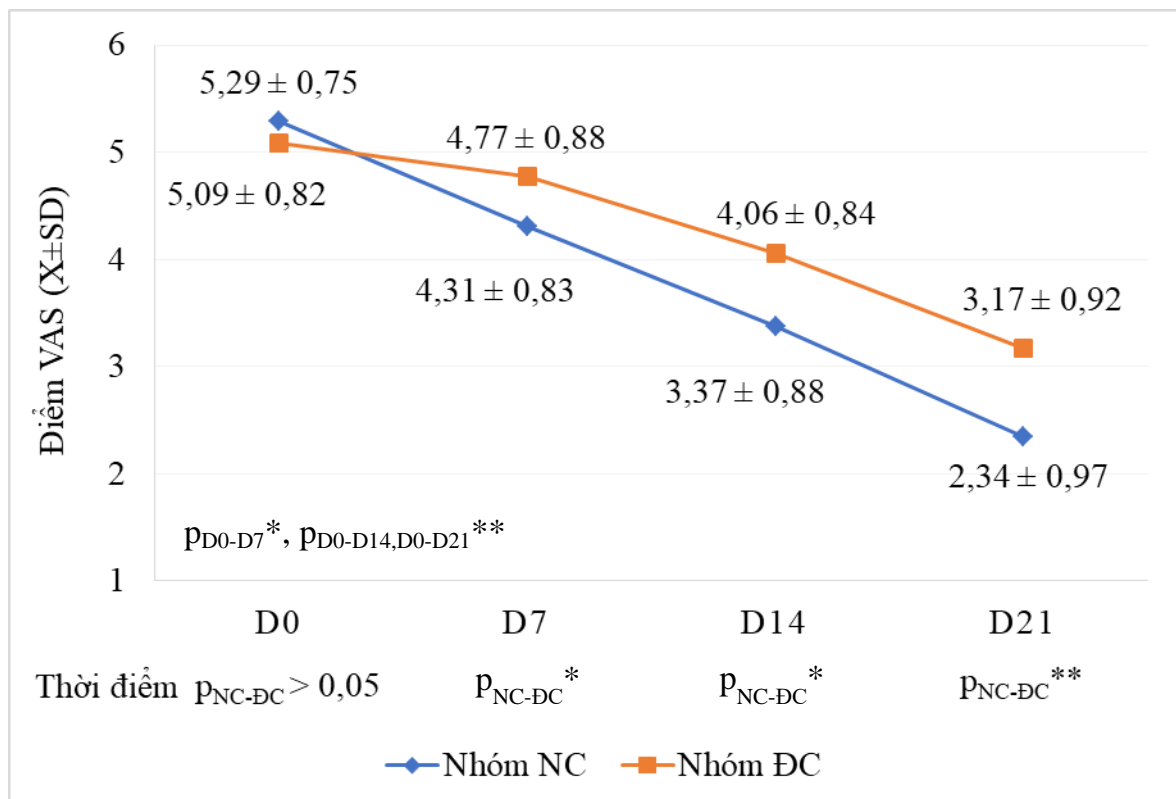
3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS trong điều trị

Mức độ đau theo VAS \ Nhóm		Nhóm NC (n=35)		Nhóm ĐC (n=35)		P _{NC-ĐC}
		n	%	n	%	
D ₀	Đau vừa (3-4 điểm)	6	17,14	8	22,86	> 0,05
	Đau nặng (5-6 điểm)	29	82,86	27	77,14	
D ₇	Đau vừa (3-4 điểm)	20	57,14	12	34,29	< 0,05
	Đau nặng (5-6 điểm)	15	42,86	23	65,71	
D ₁₄	Đau nhẹ (1-2 điểm)	6	17,14	2	5,71	< 0,05
	Đau vừa (3-4 điểm)	26	74,29	22	62,86	
	Đau nặng (5-6 điểm)	3	8,57	11	31,43	

D ₂₁	Không đau (0 điểm)	1	2,86	1	2,86	< 0,01
	Đau nhẹ (1-2 điểm)	19	54,29	4	11,43	
	Đau vừa (3-4 điểm)	15	42,86	30	85,71	
p các thời điểm của từng nhóm						
	P _{D0-D7}		< 0,05		< 0,05	
	P _{D0-D14}		< 0,01		< 0,01	
	P _{D0-D21}		< 0,01		< 0,01	

Nhận xét: Tại thời điểm D₀ không có sự khác biệt về mức độ điểm đau VAS giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Ở mỗi nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt về mức độ đau qua từng thời điểm đánh giá. Ở cả 2 nhóm tại D₇ với $p < 0,05$, tại D₁₄ và D₂₁ với $p < 0,01$. Sau 7 ngày và 14 ngày điều trị, nhóm NC có sự cải thiện điểm đau VAS tốt hơn so với nhóm ĐC, $p < 0,05$. Sau 21 ngày điều trị, nhóm NC có tỷ lệ không đau và đau nhẹ cao hơn nhóm ĐC, $p < 0,01$.



Biểu đồ 3.2. Điểm VAS trung bình tại các thời điểm

Nhận xét: Không có sự khác biệt về mức độ đau giữa 2 nhóm tại thời điểm D_0 ($p > 0,05$).

Sau điều trị, cả 2 nhóm có xu hướng giảm điểm đau VAS từ thời điểm D_7 . Ở nhóm NC điểm VAS trung bình giảm từ $5,29 \pm 0,75$ tại D_0 xuống $3,37 \pm 0,88$ và $2,34 \pm 0,97$ tại D_{14} và D_{21} ($p_{D_0-D_{14}, D_0-D_{21}} < 0,01$). Ở nhóm ĐC điểm VAS giảm từ $5,09 \pm 0,82$ tại D_0 xuống $4,06 \pm 0,84$ và $3,17 \pm 0,92$ tại thời điểm D_{14} và D_{21} ($p_{D_0-D_{14}, D_0-D_{21}} < 0,05$).

Nhóm NC giảm điểm VAS rõ rệt hơn so với nhóm ĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa về điểm VAS trung bình giữa 2 nhóm ở các thời điểm đánh giá D_7 , D_{14} , D_{21} ($p_{NC-ĐC} < 0,05$).

Bảng 3.8. Hiệu suất giảm điểm VAS theo thời gian

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm NC Δ VAS (điểm)	Nhóm ĐC Δ VAS (điểm)	$p_{NC-ĐC}$
D_0-D_7	$0,97 \pm 0,86$	$0,31 \pm 0,53$	$< 0,05$
D_0-D_{14}	$1,91 \pm 0,95$	$1,03 \pm 0,62$	$< 0,05$
D_0-D_{21}	$2,94 \pm 1,03$	$1,91 \pm 0,85$	$< 0,01$

Nhận xét: Hiệu suất giảm điểm VAS tại các thời điểm D_7 , D_{14} , D_{21} so với D_0 ở nhóm NC đều cao hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ tại thời điểm D_7 , D_{14} , và $p < 0,01$ tại thời điểm D_{21} .

3.2.2. Tác dụng cải thiện tầm vận động CSC

Bảng 3.9. Trung bình tầm vận động gấp CSC theo thời gian điều trị

Tầm vận động gấp CSC ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	$p_{NC-ĐC}$
D ₀	29,20 ± 3,56	29,57 ± 2,54	> 0,05
D ₇	32,94 ± 4,01	32,06 ± 2,44	> 0,05
D ₁₄	37,57 ± 3,54	34,09 ± 3,30	< 0,05
D ₂₁	41,29 ± 4,06	37,57 ± 3,57	< 0,01
p_{D0-D7}	< 0,05	< 0,05	
p_{D0-D14}	< 0,01	< 0,01	
p_{D0-D21}	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét:

Tại thời điểm D₀ và D₇ không có sự khác biệt về tầm vận động gấp CSC giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Sau điều trị có sự cải thiện rõ rệt tầm vận động gấp trong đó nhóm NC tầm vận động tăng từ 29,20 ± 3,56 độ tại D₀ lên 41,29 ± 4,06 độ tại D₂₁ ($p < 0,001$). Nhóm ĐC tầm vận động gấp cải thiện từ 29,57 ± 2,54 độ tại D₀ lên 37,57 ± 3,57 độ tại D₂₁ ($p < 0,001$).

Sự khác biệt tầm vận động gấp giữa 2 nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ tại thời điểm D₁₄ và $p < 0,01$ tại thời điểm D₂₁).

Bảng 3.10. Trung bình tầm vận động duỗi CSC theo thời gian điều trị

Tầm vận động duỗi CSC ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	$p_{NC-ĐC}$
D ₀	44,29 ± 3,01	44,14 ± 2,84	> 0,05
D ₇	48,20 ± 3,50	46,63 ± 3,02	< 0,05
D ₁₄	51,54 ± 3,42	49,23 ± 2,84	< 0,05
D ₂₁	56,37 ± 3,61	52,20 ± 3,32	< 0,01
p_{D0-D7}	< 0,05	< 0,05	
p_{D0-D14}	< 0,01	< 0,01	
p_{D0-D21}	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét:

Tầm vận động duỗi CSC tại thời điểm trước điều trị ở cả 2 nhóm không có sự khác nhau ($p > 0,05$). Sau điều trị ở nhóm NC có sự cải thiện rõ rệt tầm vận động duỗi từ 44,29 ± 3,01 độ tại D₀ lên 56,37 ± 3,61 độ tại D₂₁ ($p_{D0-D21} < 0,001$). Ở nhóm ĐC tăng từ 44,14 ± 2,84 độ tại D₀ lên 52,20 ± 3,32 độ tại D₂₁ ($p_{D0-D21} < 0,001$).

Có sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị ($p < 0,05$ tại thời điểm D₇, D₁₄ và $p < 0,01$ tại thời điểm D₂₁).

Bảng 3.11. Điểm trung bình và mức cải thiện tầm vận động nghiêng phải CSC theo thời gian điều trị

Tầm vận động nghiêng phải CSC ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	$P_{NC-ĐC}$
D ₀	25,40 ± 3,71	25,54 ± 3,42	> 0,05
D ₇	28,26 ± 3,27	27,66 ± 3,25	< 0,05
D ₁₄	31,60 ± 3,38	30,23 ± 3,0	< 0,05
D ₂₁	35,83 ± 3,29	33,14 ± 3,4	< 0,01
p_{D0-D7}	< 0,05	< 0,05	
p_{D0-D14}	< 0,01	< 0,01	
p_{D0-D21}	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét:

Không có khác biệt về tầm vận động nghiêng phải CSC ở 2 nhóm tại thời điểm D₀ ($p > 0,05$). Ở nhóm NC tầm vận động nghiêng phải tăng từ 25,40 ± 3,71 độ tại D₀ lên 35,83 ± 3,29 độ tại D₂₁ ($p_{D0-D21} < 0,001$). Ở nhóm ĐC tăng từ 25,54 ± 3,42 độ tại D₀ lên 33,14 ± 3,4 độ tại D₂₁ ($p_{D0-D21} < 0,001$).

Sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ tại thời điểm D₇, D₁₄ và $p < 0,01$) tại thời điểm D₂₁).

Bảng 3.12. Trung bình và mức cải thiện tầm vận động nghiêng trái CSC theo thời gian điều trị

Tầm vận động nghiêng trái CSC ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	$p_{NC-ĐC}$
D ₀	25,11 ± 3,31	25,31 ± 3,5	> 0,05
D ₇	28,20 ± 3,03	27,89 ± 3,11	< 0,05
D ₁₄	32,03 ± 2,97	30,29 ± 2,94	< 0,05
D ₂₁	35,74 ± 3,10	33,06 ± 3,5	< 0,01
$p_{D_0-D_7}$	< 0,05	< 0,05	
$p_{D_0-D_{14}}$	< 0,01	< 0,01	
$p_{D_0-D_{21}}$	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét:

Không có khác biệt về tầm vận động nghiêng trái CSC ở 2 nhóm tại thời điểm D₀ ($p > 0,05$). Ở nhóm NC tầm vận động nghiêng trái tăng từ 25,11 ± 3,31 độ tại D₀ lên 35,74 ± 3,10 độ tại D₂₁ ($p < 0,001$). Ở nhóm ĐC tăng từ 25,31 ± 3,5 độ tại D₀ lên 33,06 ± 3,5 độ tại D₂₁ ($p < 0,001$).

Sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ tại thời điểm D₇, D₁₄ và $p < 0,01$ tại thời điểm D₂₁).

Bảng 3.13. Trung bình và mức cải thiện tầm vận động xoay phải CSC theo thời gian điều trị

Tầm vận động xoay phải CSC ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	$P_{NC-ĐC}$
D ₀	44,54 ± 4,13	43,74 ± 4,03	> 0,05
D ₇	48,31 ± 4,17	46,14 ± 3,87	< 0,05
D ₁₄	51,97 ± 4,0	48,63 ± 3,59	< 0,05
D ₂₁	55,31 ± 4,0	51,94 ± 3,43	< 0,01
P_{D0-D7}	< 0,05	< 0,05	
P_{D0-D14}	< 0,01	< 0,01	
P_{D0-D21}	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét:

Trước điều trị không có sự khác biệt về tầm vận động xoay phải CSC giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Có sự tăng dần mức độ vận động xoay phải ở cả 2 nhóm sau các thời điểm điều trị trong đó nhóm NC tại D₂₁ có điểm trung bình là 55,31 ± 4,0, nhóm ĐC là 51,94 ± 3,43 độ ($p_{D0-D21} < 0,001$).

Có sự khác biệt về tầm vận động xoay phải giữa hai nhóm $p < 0,05$ tại thời điểm D₇, D₁₄ và $p < 0,01$ tại thời điểm D₂₁).

Bảng 3.14. Trung bình tầm vận động xoay trái CSC theo thời gian điều trị

Tầm vận động xoay trái CSC ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	$P_{NC-ĐC}$
D ₀	44,46 ± 4,67	43,60 ± 4,57	> 0,05
D ₇	48,06 ± 4,63	45,94 ± 4,62	< 0,05
D ₁₄	51,54 ± 4,47	48,49 ± 4,57	< 0,05
D ₂₁	55,46 ± 3,7	52,26 ± 3,53	< 0,01
p_{D0-D7}	< 0,05	< 0,05	
p_{D0-D14}	< 0,01	< 0,01	
p_{D0-D21}	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét:

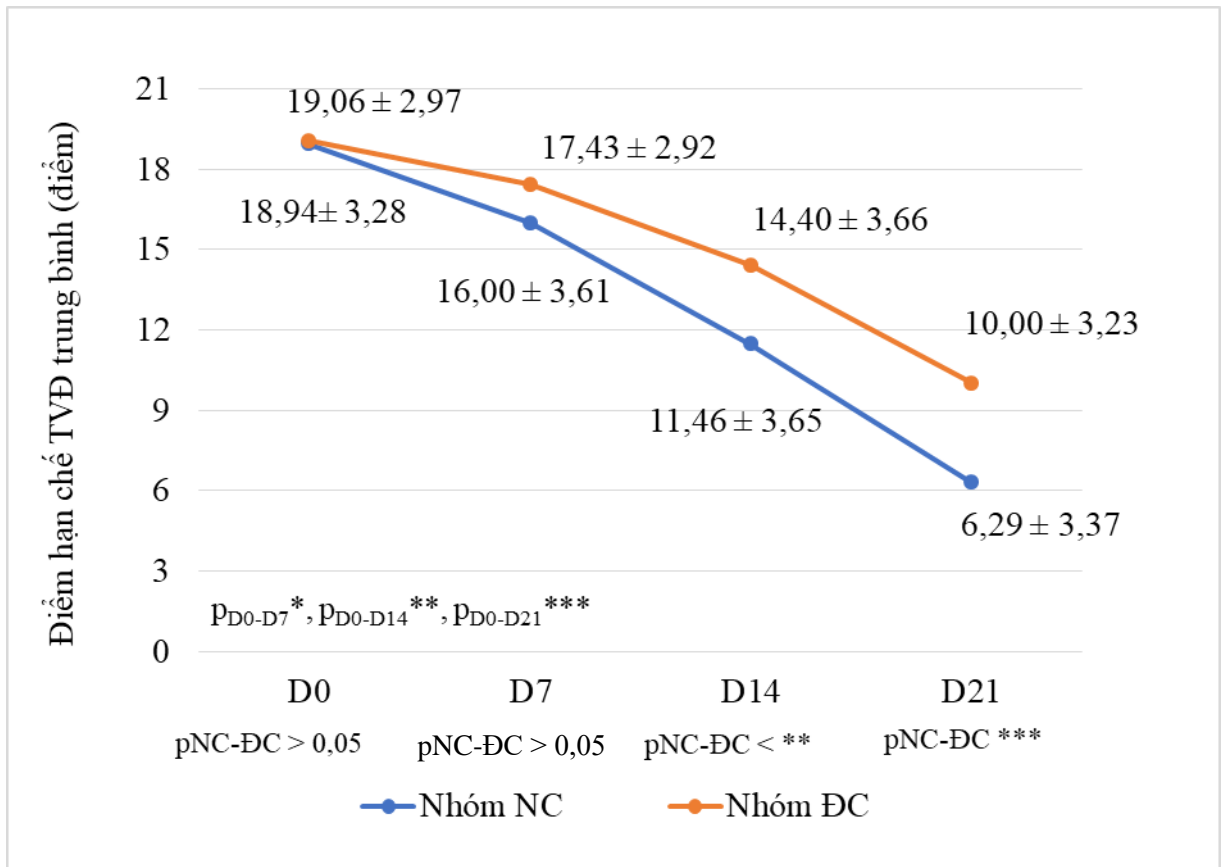
Trước điều trị không có sự khác biệt về tầm vận động xoay trái CSC giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Sau điều trị tầm vận động ở cả 2 nhóm đều tăng có ý nghĩa so với trước điều trị. Ở nhóm NC đã tăng từ 44,46 ± 4,67 độ tại D₀ lên 51,54 ± 4,47 độ tại D₁₄ và 55,46 ± 3,7 độ tại D₂₁ ($p_{D0-D14} < 0,01$, $p_{D0-D21} < 0,001$). Ở nhóm ĐC điểm trung bình này lần lượt là 43,60 ± 4,57 độ tại D₀, 48,49 ± 4,57 độ tại D₁₄ và 52,26 ± 3,53 độ tại D₂₁ ($p_{D0-D14} < 0,01$, $p_{D0-D21} < 0,001$).

Có sự khác biệt về tầm vận động xoay trái giữa hai nhóm $p < 0,05$ tại thời điểm D₇, D₁₄ và $p < 0,01$ tại thời điểm D₂₁).

Bảng 3.15. Mức độ cải thiện tầm vận động CSC sau 21 ngày điều trị

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		p _{NC-ĐC}
	n	%	n	%	
D ₀					
Không hạn chế	0	0	0	0	> 0,05
Hạn chế nhẹ (1-6 điểm)	0	0	0	0	
Hạn chế trung bình (7-12 điểm)	10	28,6	9	25,7	
Hạn chế nặng (13-18 điểm)	19	54,2	18	51,4	
Hạn chế rất nặng (19-24 điểm)	6	17,2	8	22,9	
D ₂₁					
Không hạn chế	1	2,86	0	0	< 0,05
Hạn chế nhẹ (1-6 điểm)	18	51,4	5	14,3	
Hạn chế trung bình (7-12 điểm)	16	45,7	25	71,4	
Hạn chế nhiều (13-18 điểm)	0	0	5	14,3	
Hạn chế rất nặng (19-24 điểm)	0	0	0	0	
P _{D0-D21}	p < 0,05		p < 0,05		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân hạn chế vận động ở các mức độ giữa 2 nhóm trước điều trị không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Tại thời điểm D₂₁, nhóm NC có tỷ lệ bệnh nhân ở mức hạn chế nhẹ là cao nhất 51,4% còn ở nhóm ĐC tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm hạn chế trung bình là cao nhất chiếm 71,4%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị có ý nghĩa ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.3. Điểm hạn chế TVĐ trung bình qua từng thời điểm

Nhận xét: Điểm hạn chế tầm vận động trung bình của 2 nhóm ở 2 thời điểm D_0 và D_7 không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Tại D_{21} cả 2 nhóm đều có sự cải thiện tầm vận động trung bình so với trước điều trị ($p < 0,001$). Trong đó nhóm NC có sự cải thiện vượt trội hơn so với nhóm ĐC ($p < 0,001$).

3.2.3. Tác dụng cải thiện cơ cứng cơ CSC

Bảng 3.16. Mức độ cải thiện cơ cứng cơ CSC

Nhóm		Nhóm NC (n=35)		Nhóm ĐC (n=35)		P _{NC-ĐC}
		n	%	n	%	
D ₀	Có	35	100	35	100	1
	Không	0	0	0	0	
D ₇	Có	29	82,86	30	85,71	> 0,05
	Không	6	17,14	5	14,28	
D ₁₄	Có	12	34,29	18	51,43	< 0,05
	Không	23	65,71	17	48,57	
D ₂₁	Có	5	14,28	11	31,43	< 0,01
	Không	30	85,71	24	68,57	
P _{D0-D7}		> 0,05		> 0,05		
P _{D0-D14}		< 0,05		< 0,05		
P _{D0-D21}		< 0,01		< 0,01		

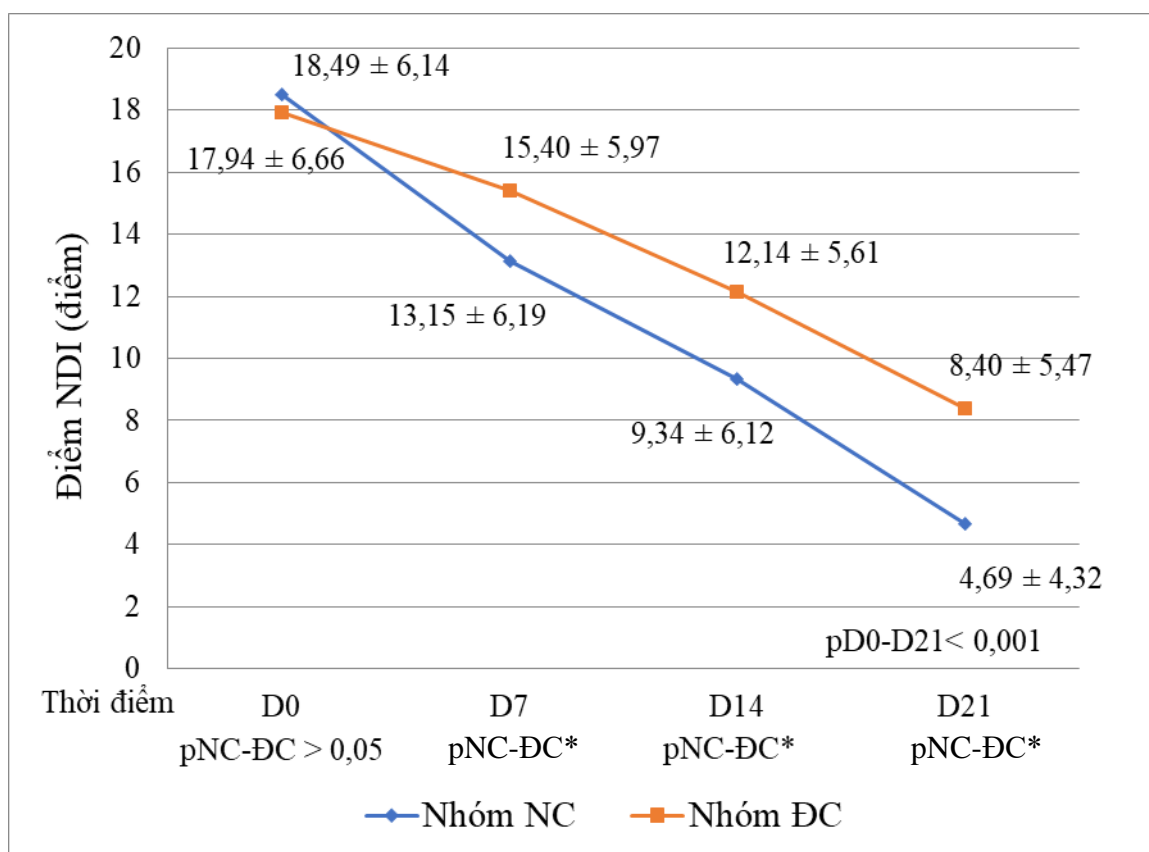
Nhận xét: 100% bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở cả 2 nhóm đều có triệu chứng cơ cứng cơ CSC ($p > 0,05$). So sánh trước và sau điều trị nhận thấy có sự cải thiện rõ rệt mức độ cơ cứng ở cả 2 nhóm ($p < 0,01$), trong đó tỷ lệ bệnh nhân cơ cứng của nhóm NC tại D₂₁ chỉ còn 14,3% thấp hơn nhiều so với nhóm ĐC là 31,4% ($p < 0,01$ tại D₂₁).

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

Bảng 3.17. Mức độ hạn chế sinh hoạt theo thang NDI sau 7 ngày điều trị

Mức độ hạn chế sinh hoạt tại thời điểm	Nhóm		P _{NC-ĐC}
	Nhóm NC (n = 35) n (%)	Nhóm ĐC (n = 35) n (%)	
D₀			
Không	0 (0)	0(0)	> 0,05
Hạn chế nhẹ	9 (25,7)	12 (34,3)	
Hạn chế trung bình	18 (51,4)	14 (40)	
Hạn chế nặng	8 (22,9)	9 (25,7)	
Hạn chế rất nặng	0 (0)	0(0)	
D₇			
Không	1 (2,8)	4 (11,4)	> 0,05
Hạn chế nhẹ	17 (48,6)	13 (37,1)	
Hạn chế trung bình	17 (48,6)	18 (51,5)	
P _{D0-D7}	< 0,05	< 0,05	
D₁₄			
Không	9 (25,7)	5 (8,6)	< 0,05
Hạn chế nhẹ	20 (57,1)	15 (48,6)	
Hạn chế trung bình	6 (17,2)	15 (42,8)	
P _{D0-D14}	< 0,05	< 0,05	
D₂₁			
Không	22 (62,8)	18 (51,4)	< 0,05
Hạn chế nhẹ	13 (37,2)	17 (48,6)	
P _{D0-D21}	< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Trước điều trị bệnh nhân của 2 nhóm đều có sự hạn chế trong sinh hoạt là như nhau ($p > 0,05$). Sự cải thiện trong sinh hoạt tăng dần qua từng thời điểm điều trị ở 2 nhóm ($p < 0,05$). Nhóm NC có sự cải thiện rõ rệt các hạn chế trong sinh hoạt hơn so với nhóm ĐC tại D₁₄ và D₂₁ ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.4. Điểm NDI trung bình theo thời gian điều trị

Nhận xét: Trước điều trị, không có sự khác biệt về điểm NDI trung bình giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Sau điều trị, mỗi nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt điểm NDI trung bình ($p < 0,001$ tại thời điểm D_{21}). Trong đó nhóm NC có sự thay đổi tốt hơn, từ $18,49 \pm 6,14$ (D_0) giảm còn $4,69 \pm 4,32$ (D_{21}), so với nhóm ĐC có điểm NDI là $17,94 \pm 6,66$ (D_0) giảm còn $8,40 \pm 5,47$ (D_{21}) ($p < 0,05$).

Bảng 3.18. Hiệu suất giảm điểm NDI theo thời gian

Δ Điểm NDI (điểm)	Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	$p_{NC-ĐC}$
D0 – D7	$3,23 \pm 1,75$	$3,09 \pm 1,42$	$> 0,05$
D0 – D14	$7,83 \pm 2,46$	$6,34 \pm 2,35$	$< 0,05$
D0 – D21	$12,49 \pm 3,74$	$10,09 \pm 3,81$	$< 0,05$

Nhận xét: Hiệu suất giảm điểm NDI của nhóm NC tốt hơn so với nhóm ĐC tại các thời điểm D_{14} và D_{21} ($p < 0,05$) khi so với D_0 .

3.2.5. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.19. Kết quả điều trị chung của hai nhóm

Kết quả \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35) n (%)	Nhóm ĐC (n = 35) n (%)	$p_{D_{21}} (NC-ĐC)$
Tốt	18 (51,42)	8 (22,86)	< 0,05
Khá	13 (37,14)	19 (54,28)	
Trung bình	4 (11,44)	8 (22,86)	
Tổng	35 (100)	35 (100)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt và khá tại D_{21} của nhóm NC lần lượt là 51,42 % và 37,14%, cao hơn rõ rệt so với nhóm ĐC (22,86% và 54,28%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.6. Kết quả điều trị một số triệu chứng theo Y học cổ truyền

Bảng 3.20. Kết quả điều trị một số triệu chứng theo Y học cổ truyền

Triệu chứng \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)					Nhóm ĐC (n = 35)				
	D_0		D_{21}		$p_{D_0-D_{21}}$	D_0		D_{21}		$p_{D_0-D_{21}}$
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Ma mịch	18	51,42	10	28,57	< 0,05	23	65,71	15	42,85	< 0,05
Đau vai gáy	35	100	34	97,14	> 0,05	35	100	34	97,14	> 0,05
Lạnh đầu tăng	33	94,28	20	57,14	< 0,05	34	97,14	25	71,42	< 0,05
Lưỡi nhợt	24	68,57	13	37,14	< 0,05	22	62,86	15	42,85	< 0,05
Mạch trầm tế	27	77,15	13	37,14	< 0,05	25	71,43	13	37,14	< 0,05
$p_{D_0} (NC-ĐC) > 0,05, p_{D_{21}} (NC-ĐC) > 0,05$										

Nhận xét: Có sự thay đổi rõ rệt các triệu chứng theo YHCT trước và sau điều trị ở mỗi nhóm tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị ($p > 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn

3.3.1. Tác dụng không mong muốn của các phương pháp điều trị

Trong suốt quá trình nghiên cứu, không ghi nhận bệnh nhân nào xuất hiện triệu chứng kích ứng da như đỏ da, mẩn ngứa hay viêm tại vị trí dán cao Hoạt lạc chỉ thống. Chỉ có 1 bệnh nhân nhóm NC và 2 bệnh nhân nhóm ĐC chảy máu trong quá trình điện châm với tỉ lệ lần lượt là 2,85% và 5,71% ($p > 0,05$), và chỉ xử trí tại chỗ, không cần can thiệp gì khác để cầm máu. Ngoài ra không ghi nhận các triệu chứng không mong muốn nào khác trong quá trình điều trị của cả 2 nhóm.

3.3.2. Sự thay đổi chỉ số huyết học, sinh hóa máu

Bảng 3.21. Sự thay đổi chỉ số huyết học, sinh hóa máu

Chỉ số	Nhóm NC (n=35) $\bar{X} \pm SD$		Nhóm ĐC (n=35) $\bar{X} \pm SD$	
	D ₀	D ₂₁	D ₀	D ₂₁
Hồng cầu (T/l)	4,68 ± 0,71	4,74 ± 0,94	4,69 ± 0,64	4,70 ± 0,99
Bạch cầu (G/l)	6,83 ± 1,85	6,87 ± 1,74	6,45 ± 1,96	6,81 ± 1,52
BCĐNTT (G/L)	4,94 ± 1,21	5,07 ± 0,82	4,23 ± 0,86	4,75 ± 0,87
AST (U/L)	22,18 ± 6,41	22,4 ± 5,84	23,66 ± 5,88	22,98 ± 6,39
ALT (U/L)	22,62 ± 5,84	22,89 ± 6,24	22,41 ± 5,67	22,17 ± 4,28
Creatinin ($\mu\text{mol/L}$)	74,94 ± 8,18	73,07 ± 8,26	75,23 ± 9,66	74,75 ± 8,78
P _{D0-D21}	> 0,05		> 0,05	
$P_{D0} (NC-ĐC) > 0,05, P_{D21} (NC-ĐC) > 0,05$				

Nhận xét: Không có sự khác biệt về chỉ số huyết học, sinh hóa máu của cả 2 nhóm bệnh nhân trước và sau điều trị ($p > 0,05$).

3.3.2. Sự thay đổi chỉ số sinh tồn

Bảng 3.22. Sự thay đổi mạch, huyết áp của hai nhóm

Chỉ số	Nhóm NC (n=35)		Nhóm ĐC (n=35)	
	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$	
	D ₀	D ₂₁	D ₀	D ₂₁
Huyết áp tâm thu (mmHg)	115 ± 8,67	119 ± 10,1	117,71 ± 11,46	118,97 ± 10,99
Huyết áp tâm trương mmHg)	67,23 ± 7,05	67,8 ± 7,74	67,45 ± 6,96	68,21 ± 7,32
Mạch (lần/phút)	70,7 ± 7,32	73,7 ± 8,22	72,23 ± 7,58	73,23 ± 9,23
P _{D0-D21}	> 0,05		> 0,05	
P _{D0(NC-ĐC)}	> 0,05			
P _{D21(NC-ĐC)}	> 0,05			

Nhận xét: Không có sự khác biệt về mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương của cả 2 nhóm bệnh nhân trước và sau điều trị ($p > 0,05$).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi, giới, nghề nghiệp

4.1.1.1. Tuổi

Tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh lý cơ xương khớp thường tăng dần theo độ tuổi. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi đa phần nằm ở độ tuổi trung niên với độ tuổi thấp nhất là 41 và cao nhất là 89. Độ tuổi trung bình của nhóm NC là $59,34 \pm 10,44$ tuổi, ở nhóm ĐC là $59,40 \pm 10,48$ tuổi. Không có sự khác biệt về phân bố độ tuổi giữa 2 nhóm với $p > 0,05$.

Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan (2022) có độ tuổi trung bình ở nhóm NC là $51,37 \pm 5,51$ tuổi, nhóm ĐC là $52,14 \pm 5,62$ tuổi [36]. Kết quả này cũng khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phan Thị Hồng Giang (2021) có độ tuổi trung bình của 2 nhóm NC và ĐC lần lượt là $53,47 \pm 9,02$ và $53,23 \pm 9,93$ tuổi [41]. Nguyễn Hoài Linh (2016) tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,27 \pm 12,68$ tuổi [42]. Có thể thấy độ tuổi có ảnh hưởng quan trọng đến bệnh lý thoái hóa CSC.

Thoái hóa là quá trình lão hóa tự nhiên của cơ thể. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thoái hóa CSC tăng cao ở người trên 40 tuổi và đạt đỉnh khi đến 50 tuổi [43]. Liên hệ với YHCT cho rằng can chủ cân, thận chủ cốt tủy. Khi phụ nữ 49 tuổi, nam 64 tuổi thì thiên quý bắt đầu can kiệt, tinh hư huyết thiếu. Thận tinh hư suy khiến cốt tủy không được đầy đủ, can huyết không được đổ đầy khiến cân cơ thiếu nuôi dưỡng mà gây ra co rút, teo nhẽ vận động khó khăn. Chính vì vậy từ độ tuổi 60 trở đi, chính khí hư suy kèm theo 2 tạng can và thận cùng suy giảm về công năng gây ra chứng Tý tương xứng với các triệu chứng của các bệnh lý về cơ xương khớp của YHHĐ. Chính điều này đã giải

thích cho nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân đều nằm ở nhóm người cao tuổi.

4.1.1.2. Giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân nữ giới cao hơn hẳn so với bệnh nhân nam giới. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân nữ giới ở nhóm NC là 60,0%, còn ở nhóm ĐC là 68,57%. Sự khác biệt về tỷ lệ giới tính giữa 2 nhóm không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Kết quả của chúng tôi tương xứng với kết quả của Nguyễn Hoài Linh với tỷ lệ bệnh nhân nam giới là 26,7%, bệnh nhân nữ giới là 73,3% [42]. Nguyễn Thị Hương Giang (2015) tỷ lệ bệnh nhân nữ lên tới 80%, nam là 20% [44]. Trong nghiên cứu của Đinh Thị Thuân (2016) tỷ lệ bệnh nhân nữ là 93,33% [45].

Theo lý luận của YHCT đàn ông tương xứng với con số 8, phụ nữ tương xứng với số 7 [46]. Tại thời điểm 49 tuổi ở nữ và 64 tuổi ở nam thiên quý đều cạn kiệt gây ra các chứng Tý. Ở nữ thời điểm thiên quý cạn kiệt diễn ra sớm hơn phần nào ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh của phụ nữ cao hơn. Hơn nữa phụ nữ còn liên quan nhiều đến vấn đề sinh đẻ, mãn kinh do đó cũng góp phần giải thích kết quả của nghiên cứu.

4.1.1.3. Nghề nghiệp

Kết quả bảng 3.3 cho thấy, bệnh nhân lao động trí óc có tỷ lệ cao hơn so với lao động tay chân ở cả 2 nhóm. Tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc và lao động tay chân ở nhóm NC lần lượt là 60% và 40%. Ở nhóm ĐC tỷ lệ này là 51,43% và 48,57%. Tuy nhiên không có sự khác biệt về phân bố nghề nghiệp giữa 2 nhóm với $p > 0,05$.

Sự khác biệt này có sự tương đồng với một số nghiên cứu. Nguyễn Hoài Linh (2016) có tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc là 71,7% [42]. Đặng Trúc

Quỳnh (2016) với tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc là 66,7% [47]. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan (2022) có tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm ngành nghề lao tay chân ở nhóm ĐC và NC lần lượt là 60 % và 57,1% [36]. Khác biệt giữa các nghiên cứu có thể là do cỡ mẫu và môi trường chọn bệnh nhân là không giống nhau

Đối với nhóm bệnh nhân có nghề nghiệp lao động trí óc, thường xuyên phải tiếp xúc với giấy tờ và máy tính, tư thế làm việc cố định, gò bó và duy trì trong một thời gian dài làm cho các nhóm cơ vùng cổ gáy bị co cứng liên tục gây ra tình trạng đau, mỏi, tạo điều kiện thuận lợi cho các bệnh lý về CSC ngày càng ra tăng.

4.1.2. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh và vị trí đau

4.1.2.1. Thời gian mắc bệnh

Từ biểu đồ 3.1 cho thấy thời gian mắc bệnh ở nhóm NC đa phần dưới 1 tháng (51,43%), ít nhất là bệnh nhân mắc bệnh trên 3 tháng (17,14%). Ở nhóm ĐC cũng có tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm nhiều nhất (48,57%), ít nhất là nhóm bệnh nhân mắc bệnh trên 3 tháng (22,86%). Không có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Kết quả này tương đồng với Đặng Trúc Quỳnh (2016) có tỷ lệ bệnh nhân đau dưới 1 tháng là 78,3% và Nguyễn Thị Phương Lan (dưới 1 tháng là 52%, trên 1 tháng là 48%) [47], [48]. Có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của Phạm Ngọc Hà với tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh kéo dài từ 1-3 tháng chiếm 66,7% [32], Dương Thị Hằng (2024) nghiên cứu thấy hơn 50% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng [49].

Sự khác biệt này có thể do đặc điểm chọn bệnh nhân và thời gian nghiên cứu là khác nhau. Ngày nay với trình độ dân trí ngày càng nâng cao thì hiểu biết của người dân về bệnh tật cũng được tăng lên. Hơn nữa đối tượng

bệnh nhân trong nghiên cứu đa số là lao động trí óc nên nhận thức của người bệnh với các triệu chứng về bệnh lý CSC tốt hơn, thúc đẩy họ nhanh chóng khám và điều trị sớm bệnh tật. Do đó thời gian bệnh nhân mắc bệnh thường ngắn do được điều trị kịp thời.

4.1.2.2. Vị trí đau

Bệnh nhân thoái hóa CSC thường có các hội chứng cột sống, hội chứng chèn ép rễ, hội chứng động mạch sống nền và hội chứng tủy cổ. Hội chứng CSC với biểu hiện đau tại vị trí CSC, đau tính chất cơ học kèm theo co cứng cơ cạnh sống. Hội chứng chèn ép rễ xuất hiện đau tính chất lan dọc theo đường đi của rễ thần kinh và các dị cảm trên da [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các bệnh nhân tham gia đều có triệu chứng đau tại CSC. Các triệu chứng đau lan lên chẩm hoặc lan xuống cánh tay ở nhóm NC lần lượt là 45,7% và 34,2%. Tỷ lệ này ở nhóm ĐC lần lượt là 40% và 42,9%. Sự khác biệt về vị trí đau giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Có sự tương đồng với kết quả của Đặng Trúc Quỳnh là tất cả bệnh nhân đều gặp triệu chứng đau vai gáy, 23,3% bệnh nhân đau lan vùng chẩm, 40% bệnh nhân đau lan xuống cánh tay ở nhóm NC [47]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện vị trí đau vùng chẩm và đau lan xuống cánh tay thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau vùng chẩm là 60%, đau lan xuống cánh tay 57,1%) [44]. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi với tác giả trên có thể do đặc điểm lựa chọn bệnh nhân ở các nghiên cứu là khác nhau.

4.1.3. Đặc điểm về hình ảnh Xquang CSC

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân của nghiên cứu đảm bảo tất cả các bệnh nhân đều có phim chụp Xquang CSC với mức độ thoái hóa CSC từ độ 1 (gần như bình thường, có thể có gai xương nhỏ) đến độ 2 (khe khớp hẹp nhẹ, có

gai xương nhỏ). Hình ảnh tổn thương trên Xquang CSC thường có liên quan đến các triệu chứng lâm sàng

Từ bảng 3.5 cho thấy sự khác biệt về mức độ thoái hóa dựa trên phim Xquang giữa 2 nhóm NC và ĐC. Ở nhóm NC, bệnh nhân có Xquang độ 2 chiếm ưu thế (54,29%), ngược lại ở nhóm ĐC bệnh nhân có Xquang độ 1 chiếm đa số (57,14%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p > 0,05$.

Đa số các nghiên cứu khác đều có tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện triệu chứng gai xương trên Xquang tương đối cao như Nguyễn Hoài Linh (100%) [42], Lê Thị Diệu Hằng (nhóm NC 84,38%, nhóm ĐC 87,5%) [50], Đặng Trúc Quỳnh (nhóm NC 73,3%, nhóm ĐC 93,3%) [47]. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu khác về tỷ lệ bệnh nhân hẹp khe khớp xuất hiện từ mức độ 2 trên Xquang: Đặng Trúc Quỳnh (66,7% nhóm NC và nhóm ĐC) [47], Nguyễn Hoài Linh (55% ở cả 2 nhóm) [42].

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS

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

Dựa vào bảng 3.7 nhận thấy có sự cải thiện mức độ đau ở cả 2 nhóm sau 7, 14 ngày điều trị và đạt hiệu quả tốt nhất ngày thứ 21. Tại thời điểm D_0 , nhóm NC có tỷ lệ bệnh nhân đau nặng là 82,86%, đến D_{21} không còn bệnh

nhân nào có tình trạng đau nặng, 42,68% đau vừa, 54,92% đau nhẹ và 2,86% không đau. Trong khi đó ở nhóm ĐC tại thời điểm D_0 có 77,14% đau nặng giảm xuống 0% tại D_{21} , bệnh nhân đau vừa, đau nhẹ, không đau tại D_{21} lần lượt là 85,71%, 11,43%, 2,86%. Như vậy sau điều trị ngày 21, cả hai nhóm đều có tỷ lệ bệnh nhân không đau như nhau nhưng tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ đau nhẹ và đau vừa ở nhóm NC cao hơn hẳn so với nhóm ĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Ở biểu đồ 3.2, tại thời điểm trước điều trị điểm VAS trung bình của 2 nhóm đều tương đương với mức độ đau vừa trong đó nhóm NC là $5,29 \pm 0,75$, nhóm ĐC là $5,09 \pm 0,82$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điểm VAS trung bình của nhóm NC tại D_{21} giảm 55,7% so với điểm VAS trung bình tại D_0 (từ $5,29 \pm 0,75$ trước điều trị xuống còn $2,34 \pm 0,97$ tại D_{21}) ($p < 0,01$). Ở nhóm ĐC điểm VAS trung bình giảm 33,7% so với D_0 (từ $5,09 \pm 0,82$ trước điều trị xuống $3,17 \pm 0,92$ sau điều trị) ($p < 0,01$). Hiệu quả giảm đau giữa 2 nhóm sau điều trị ngày 21 khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sau mỗi thời điểm điều trị điểm VAS trung bình của cả 2 nhóm đều có xu hướng giảm dần. Tại thời điểm D_7 nhóm NC có xu hướng cải thiện điểm VAS tốt hơn so với nhóm ĐC (nhóm NC $4,31 \pm 0,83$, nhóm ĐC $4,77 \pm 0,88$ với $p < 0,05$). Hiệu quả giảm đau nhanh chóng của nhóm NC phải chăng đến từ tác dụng của cao dán Hoạt lạc chỉ thống có thành phần từ các vị thuốc cổ truyền đa phần mang tính ấm, với công năng ôn thông kinh mạch, hành khí hoạt huyết, tán hàn trừ thấp từ đó đạt được chỉ thống. Tuy nhiên nghiên cứu cần được thực hiện ở cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn hiệu quả giảm đau nhanh của phương pháp này.

Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Phan Thị Hồng Giang, điểm VAS giảm từ $5,5 \pm 1,38$ xuống còn $1,9 \pm 0,8$ sau điều trị (65,5%)

[41]. Giảm ít hơn so với tác giả Nguyễn Thị Ngọc Ánh có mức giảm điểm VAS từ $5,6 \pm 1,4$ điểm xuống còn $1,67 \pm 1,86$ điểm (70,2%) [51]. Mầu Tiến Dũng (2020) từ $6,08 \pm 0,91$ xuống còn $1,23 \pm 0,94$ (giảm 79,7%) [34].

Khi xét hiệu suất giảm điểm đau VAS thấy rằng nhóm NC có hiệu suất giảm điểm đau VAS cao hơn so với nhóm ĐC ở tất cả các thời điểm nghiên cứu. Ở nhóm NC hiệu suất giảm điểm đau VAS tăng từ $0,97 \pm 0,86$ tại D₇ lên $1,91 \pm 0,95$ ở D₁₄ và $2,94 \pm 1,03$ sau điều trị. Ở nhóm ĐC cũng có sự tăng dần hiệu suất giảm điểm qua các thời điểm tuy nhiên có sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị với $p < 0,01$. Hiệu quả vượt trội này ở nhóm NC có thể lý giải do tác dụng của cao dán Hoạt lạc chỉ thống đem lại.

Theo lý luận Y học cổ truyền, tình trạng đau vai gáy do thoái hóa CSC thuộc vào phạm vi chứng Tý của YHCT. Nguyên nhân gây nên chứng Tý thường không nằm ngoài 3 nhóm nguyên nhân gồm nội nhân, ngoại nhân, bất nội ngoại nhân [6], [21], [52]. Các yếu tố như tuổi tác, ăn uống thất điều, sinh hoạt không điều độ... làm suy tổn chức năng can thận. Can chủ cân, thận chủ cốt tủy. Cân nối liền trăm cốt chủ về sự vận động co duỗi, can thận hư tổn khiến cân cốt không được nuôi dưỡng. Hoặc khi chính khí cơ thể hư suy, tà khí gồm phong, hàn, thấp thừa cơ xâm phạm gây tắc trở kinh lạc, khí huyết không được lưu thông, ứ trệ sinh ra đau, tê. Thiên Âm dương ứng tượng đại luận sách Tố vấn có viết “Thông tắc bất thông, thống tắc bất thông” có nghĩa khí huyết lưu thông thì không đau.

Cao dán Hoạt lạc chỉ thống được bào chế từ các vị thuốc của YHCT bao gồm: Ngải diệp, Địa liên, Quế chi, Huyết giác, Dây gấm. Trong đó Ngải diệp có tính ôn, vị hơi cay có tác dụng ôn khí huyết, trừ hàn thấp làm khí huyết được lưu thông [53]. Quế chi có tác dụng thông điều dương khí, điều hòa dinh vệ, phát biểu, đặc biệt còn giúp dẫn thuốc ra tay chân điều trị các triệu chứng khí huyết ứ trệ ở tay chân [53]. Huyết giác vị đắng tính bình có

tác dụng hoạt huyết chi thống, khứ ứ sinh tân có thể bài trừ huyết ứ cũ sinh huyết mới thúc đẩy lưu thông khí huyết ứ trệ [53]. Dây gấm là vị thuốc nam có tác dụng hoạt huyết tiêu viêm trừ được các triệu chứng đau nhức của xương khớp [53]. Vì vậy sử dụng cao dán Hoạt lạc chi thống giúp lưu thông khí huyết tại vị trí đau nhức, đảm bảo “Thông tắc bất thống”.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phương pháp điện châm có tác dụng khai thông kinh lạc giúp khí huyết được thông suốt. Xung điện kết hợp châm cứu tác động trực tiếp vào huyết vị, điều hòa khí huyết của cơ thể thông qua chức năng của từng huyết từ đó làm dịu cơn đau, tăng cường dinh dưỡng tại chỗ. Chúng tôi lựa chọn huyết sử dụng theo cục bộ thủ huyết (Phong trì, Kiên ngưng, Kiên tĩnh, Thiên trụ, Đại trử, Đại chùy, Giáp tích, A thị huyết), kích thích vào các huyết này giúp khí huyết được lưu thông đồng thời tạo ra cung phản xạ mới dập tắt cung phản xạ bệnh lý nhằm cắt cơn đau; tuần kinh thủ huyết (Khúc trì, Hợp cốc), trong đó Khúc trì và Hợp cốc thuộc kinh Dương minh đại trường có nhánh đi qua vùng vai gáy, Liệt khuyết là lục tổng huyết điều trị đau đầu, đau vai gáy để tăng tác dụng điều trị; theo bát hội huyết Huyền chung là hội của tủy, Đại trử là huyết hội của cốt phối hợp bộ huyết này làm tăng sức mạnh của gân cốt. Nguyên nhân gây tắc trở kinh lạc có thể do phong, hàn, thấp thừa cơ xâm phạm do vậy sử dụng huyết Phong trì còn với tác dụng trừ phong vùng đầu mặt, Đại chùy là nơi giao hội của 6 kinh dương giúp trừ phong, tán hàn, thông khí huyết vùng cổ gáy, Khúc trì giúp khu phong thấp ở nửa người trên [22]. Việc lựa chọn các huyết phù hợp với nguyên nhân gây bệnh giúp đạt hiệu quả điều trị trên thực tế nghiên cứu.

Xoa bóp bấm huyết gồm các động tác tác động lên da, cơ làm giảm sự căng thẳng của cơ bắp, khai thông kinh mạch giúp tăng cường dinh dưỡng tại chỗ, điều tiết cân bằng âm dương trong cơ thể từ đó đạt được tác dụng chữa bệnh. Khi sử dụng Cao dán Hoạt lạc chi thống kết hợp điện châm và xoa bóp

bấm huyết tại vùng cổ gáy làm tăng cường thông kinh hoạt lạc, tăng cường dinh dưỡng tại chỗ, giãn cơ, tăng ngưỡng kích thích thần kinh từ đó đạt hiệu quả giảm đau vượt trội so với nhóm ĐC chỉ sử dụng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết.

Tuy nhiên hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS tại thời điểm sau 21 ngày điều trị ở một số nghiên cứu của các tác giả có điều trị phối hợp với thuốc sắc hoặc các phương pháp tác động cột sống cao hơn so với phương pháp của chúng tôi. Hơn nữa tại thời điểm D₂₁ điểm VAS cải thiện đáng kể so với D₁₄, phải chăng điểm VAS còn có thể giảm được hơn nữa nếu bệnh nhân được kéo dài thời gian điều trị. Tuy nhiên tác dụng giảm đau rõ rệt của cao dán Hoạt lạc chỉ thống là cộng hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyết hay theo cơ chế độc lập, chúng tôi cần có các nghiên cứu sâu hơn để so sánh, đối chứng.

4.2.2. Kết quả giảm tình trạng cơ cứng cơ

Đối với bệnh lý đau vai gáy do thoái hóa CSC người bệnh thường biểu hiện hội chứng cột sống bao gồm các triệu chứng điển hình là đau tại vị trí CSC và kèm theo tình trạng cơ cứng các cơ cạnh sống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân trước khi tham gia điều trị đều có triệu chứng cơ cứng cơ vùng cổ gáy. Ở nhóm NC, tỷ lệ bệnh nhân cơ cứng cơ giảm từ 100% trước điều trị xuống còn 34,2 % tại D₁₄ và D₂₁ chỉ là 14,3%. Ở nhóm ĐC tỷ lệ bệnh nhân cơ cứng cơ trước điều trị là 100% đến ngày thứ 14 và 21 tỷ lệ này chỉ còn lần lượt là 51,4% và 31,4%. Trong quá trình điều trị tình trạng cơ cứng cơ có sự cải thiện ở cả 2 nhóm nhưng đối với nhóm NC có sự giảm tình trạng cơ cứng cơ tốt hơn hẳn so với nhóm ĐC từ thời điểm D₁₄ trở đi đến sau điều trị ($p < 0,01$).

Theo nguyên nhân gây bệnh của YHCT, tình trạng cơ cứng cơ thường xảy ra do hàn xâm phạm vào cân cơ, kinh lạc. Hàn là một trong sáu loại lục

khí, khi gây bệnh cho cơ thể nó trở thành lục dâm [54]. Đặc tính của hàn là ngưng trệ, co rút vì vậy khi gây bệnh, hàn thường làm cho khí huyết trong kinh lạc ứ tắc, cân cơ co rút gây đau. Trong thành phần của cao dán Hoạt lạc chỉ thống có Ngải diệp tính ấm giúp tán hàn, Quế chi tính nhiệt, trừ được trầm hàn có lãnh, giãn cơ, chỉ thống. Địa liền tính ấm, vị cay có tác dụng tán hàn trừ thấp. Dây gấm có tác dụng thư cân, giãn cơ [53]. Do đó nhanh chóng tán được hàn, giải được cơ co cứng.

Bên cạnh đó, việc sử dụng điện châm các huyệt Phong trì, Đại chùy, Khúc trì có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp ra ngoài cơ thể. Kết hợp xoa bóp bấm huyệt làm ấm da cơ vùng cổ gáy, giãn mạch tăng cường lưu thông khí huyết, tăng chuyển hóa tại chỗ thúc đẩy bài trừ tà khí, tình trạng co cứng cũng được cải thiện.

4.2.3. Kết quả cải thiện tầm vận động CSC

CSC là phần hoạt động linh hoạt nhất trong toàn bộ cột sống. Tầm vận động CSC được đánh giá qua 6 động tác gấp, duỗi, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải. Tầm vận động cổ thường bị hạn chế do đau, do hiện tượng co cứng cơ, giảm độ đàn hồi dây chằng, hẹp khe khớp [12]. Tầm vận động CSC là một trong những tiêu chí quan trọng đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị. Tùy vào mức độ hạn chế vận động mà chia làm năm mức độ: không hạn chế: 0 điểm, hạn chế ít: 1 - 6 điểm, hạn chế trung bình: 7 - 12 điểm, hạn chế nhiều: 13 - 18 điểm, hạn chế rất nhiều: 19 - 24 điểm.

Từ bảng 3.15 cho thấy, bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có hạn chế vận động từ mức trung bình trở lên. Ở cả 2 nhóm tỷ lệ bệnh nhân hạn chế vận động mức độ nặng trước điều trị chiếm đa số (nhóm NC 54,2%, nhóm ĐC 51,4%), có 17,2% bệnh nhân hạn chế mức độ rất nặng ở nhóm NC, ở nhóm ĐC tỷ lệ này là 22,9%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau điều trị không có bệnh nhân hạn chế tầm vận động ở mức

rất nặng. Ở nhóm NC, không có bệnh nhân hạn chế nhiều trong khi ở nhóm ĐC tỷ lệ này là 14,3%. Tỷ lệ bệnh nhân hạn chế tầm vận động ở mức độ nhẹ của nhóm NC chiếm đa số (51,4%) và có 1 bệnh nhân chấm dứt hoàn toàn hạn chế tầm vận động. Ở nhóm ĐC tỷ lệ bệnh nhân hạn chế tầm vận động mức độ trung bình là chủ yếu (71,4%) và không có bệnh nhân nào không hạn chế tầm vận động. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Hồng Giang (2021) sau điều trị có tới 70% bệnh nhân không hạn chế vận động ở nhóm NC, 83,3% hạn chế ít ở nhóm ĐC [41].

Sự cải thiện tầm vận động còn thể hiện qua mức giảm điểm hạn chế tầm vận động trung bình. Biểu đồ 3.3 cho thấy, hai đường cong biểu diễn sự biến thiên của mức độ hạn chế tầm vận động CSC trung bình đi xuống dần, điều này cho thấy tầm vận động CSC tại các thời điểm đánh giá sau điều trị D_7 , D_{14} , D_{21} của cả hai nhóm NC và ĐC đều có sự cải thiện ($p < 0,05$). Bắt đầu từ thời điểm D_7 , hai đường cong tách ra xa nhau dần và mức độ cải thiện tầm vận động của nhóm NC tốt hơn so với nhóm ĐC. Sau điều trị ngày thứ 21 điểm hạn chế tầm vận động CSC trung bình của nhóm NC là $6,29 \pm 3,37$ điểm giảm 66,7% so với thời điểm D_0 , kết quả này tốt hơn nhóm ĐC là $10 \pm 3,23$ điểm chỉ giảm 47,5%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với một số nghiên cứu khác. Phan Thị Hồng Giang (2021) nhóm NC giảm từ $12,03 \pm 3,89$ điểm xuống $1,87 \pm 1,83$ điểm và nhóm chứng giảm từ $11,70 \pm 3,30$ điểm xuống $3,23 \pm 2,47$ điểm ($p < 0,05$) [41]. Nguyễn Thị Lan (2022) nhóm NC giảm từ $12,24 \pm 2,21$ điểm xuống $1,97 \pm 1,81$ điểm và nhóm chứng giảm từ $11,89 \pm 2,27$ điểm xuống $2,74 \pm 2,51$ điểm ($p < 0,05$) [36]. Phạm Ngọc Hà (2018) nhóm NC giảm từ $13,37 \pm 3,76$ điểm xuống $3,3 \pm 2,9$ điểm và nhóm chứng giảm từ $13,47 \pm 4,25$ điểm xuống $3,1 \pm 2,8$ điểm [32].

Về chi tiết, qua các bảng 3.9 đến 3.14 nhận thấy có sự cải thiện đồng đều cả 6 động tác sau điều trị. Tầm vận động gập, duỗi tăng từ $29,20 \pm 3,56$; $44,29 \pm 3,01$ lên $41,29 \pm 4,06$; $56,37 \pm 3,61$ ở nhóm NC. Nhóm ĐC tăng từ $29,57 \pm 2,54$; $44,14 \pm 2,84$ lên $37,57 \pm 3,57$; $52,20 \pm 3,32$ sau điều trị. Có sự khác biệt giữa 2 nhóm tại D_{21} ($p < 0,01$). Tầm vận động nghiêng phải, nghiêng trái cũng tăng lên rõ rệt, từ $25,40 \pm 3,71$; $25,11 \pm 3,31$ lên $35,83 \pm 3,29$; $35,74 \pm 3,10$ ở nhóm NC. Nhóm ĐC tăng từ $25,54 \pm 3,42$; $25,31 \pm 3,5$ lên $33,14 \pm 3,4$; $33,06 \pm 3,5$. Có sự khác biệt rõ rệt giữa 2 nhóm tại D_{21} ($p < 0,01$). 2 động tác xoay phải và xoay trái CSC cũng có sự cải thiện. Ở nhóm NC tầm vận động trước điều trị của 2 động tác này lần lượt là $44,54 \pm 4,13$; $44,46 \pm 4,67$ tăng lên $55,31 \pm 4,0$; $55,46 \pm 3,7$. Nhóm ĐC tăng từ $43,74 \pm 4,03$; $43,60 \pm 4,57$ lên $51,94 \pm 3,43$; $52,26 \pm 3,53$. Nhóm NC có hiệu quả cải thiện tầm vận động ở các động tác xoay tốt hơn nhóm ĐC tại D_{21} với $p < 0,01$.

Mức độ cải thiện tầm vận động khớp của nhóm NC tốt hơn so với nhóm ĐC cũng tương xứng với hiệu quả giảm đau và giảm co cứng cơ của nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC. Như vậy có thể thấy rằng hai nhóm đều sử dụng Điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt đều có tác dụng giúp kinh khí được vận hành thông suốt, làm thay đổi tính chất của tổn thương, tăng tính đàn hồi cơ. Điện châm kích thích liên tục giúp điều khí, điều hòa cơ năng của hệ kinh lạc giúp các cơ giảm co cứng, vận động dễ dàng hơn. Nhưng nhóm NC sử dụng thêm cao dán Hoạt lạc chỉ thống khi dán tại vị trí đau nhức giúp tán hàn, trừ thấp chỉ thống, tăng cường tuần hoàn cục bộ, lưu thông khí huyết tại chỗ. Giải thích được sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm.

Tuy nhiên từ biểu đồ 3.3 cho thấy tầm vận động CSC tại thời điểm D_{21} có sự cải thiện rõ rệt hơn thời điểm D_{14} ($p < 0,05$). Có lẽ nếu tiếp tục điều trị sau 21 ngày điểm tầm vận động trung bình của bệnh nhân có thể giảm xuống

nữa. Do đó chúng tôi khuyến nghị nên kéo dài thời gian điều trị để nâng cao hiệu quả.

4.2.4. Kết quả giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI

Thoái hóa CSC là bệnh lý mạn tính, không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng lại gây ảnh hưởng đến sinh hoạt và làm suy giảm chất lượng cuộc sống đáng kể. Do đó đánh giá hiệu quả cải thiện sinh hoạt hàng ngày là tiêu chí quan trọng góp phần đánh giá hiệu quả điều trị tổng thể. Đau và co cứng cơ là 2 triệu chứng chính khiến bệnh nhân hạn chế tầm vận động từ đó làm ảnh hưởng đến các động tác sinh hoạt hàng ngày. Để đánh giá mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người bệnh chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) [55]. Bộ câu hỏi đánh giá gồm 10 mục: Cường độ đau, sinh hoạt cá nhân, nâng đồ vật, đọc, đau đầu, khả năng tập trung chú ý, làm việc, lái xe, ngủ, hoạt động giải trí. Mỗi mục được đánh giá theo thang điểm từ 0-5. Tổng tối đa của thang điểm là 50, chia thành các mức độ hạn chế.

Bảng 3.17 cho thấy không có bệnh nhân nào không bị hạn chế trong sinh hoạt ở thời điểm trước điều trị và cũng không có bệnh nhân nào bị hạn chế ở mức độ rất nặng. Đa số bệnh nhân đều hạn chế sinh hoạt ở mức trung bình tại D0 (nhóm NC 51,4%, nhóm ĐC 40%) không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Biểu đồ 3.4 cho thấy 2 đường cong biểu diễn sự biến thiên điểm NDI trung bình của 2 nhóm đi xuống dần, điều này cho thấy mức độ hạn chế sinh hoạt được cải thiện tại mỗi thời điểm. Ngay từ D₇ điểm NDI trung bình của nhóm NC đã tốt hơn so với nhóm ĐC (nhóm NC là $13,15 \pm 6,19$, giảm 26,7%, nhóm ĐC là $15,4 \pm 5,97$, giảm 16,7%). Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm ở thời điểm này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D_{21} , ở nhóm NC điểm NDI trung bình giảm xuống còn $4,69 \pm 4,32$ (giảm 73,85%) giảm tốt hơn hẳn so với nhóm ĐC là $8,4 \pm 5,47$ (giảm 54,57%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại thời điểm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu suất giảm điểm NDI của 2 nhóm cũng đạt tối đa tại thời điểm D_{21} với nhóm NC là $12,49 \pm 3,74$, nhóm ĐC là $10,09 \pm 3,81$ ($p < 0,05$)

Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thị Lan (2022) có hiệu suất giảm điểm NDI ngày 20 so với trước điều trị ở nhóm NC là $14,86 \pm 4,77$ điểm so với $12,63 \pm 4,12$ điểm của nhóm ĐC [36]. Phạm Ngọc Hà có điểm NDI trung bình ở nhóm NC giảm từ $17,5 \pm 8,9$ điểm xuống còn $5,87 \pm 4,99$ điểm [32]. Trịnh Thị Lụa (2021) điểm NDI trung bình sau nghiên cứu $5,5 \pm 5,1$ ở nhóm NC và $7,9 \pm 7$ ở nhóm ĐC ($p < 0,05$).

Kết quả của chúng tôi cho thấy việc điều trị không những giúp bệnh nhân cải thiện tình trạng đau, tình trạng co cứng cơ, hạn chế tầm vận động mà còn giúp bệnh nhân thích nghi lại với các hoạt động sống thường ngày thông qua việc giảm hạn chế các hoạt động cá nhân không thực hiện được do đau vai gáy. Nhóm NC có hiệu quả giảm đau, giảm co cứng cơ và tăng biên độ tầm vận động tốt hơn nhóm ĐC nên mức độ ảnh hưởng đến sinh hoạt thường ngày của nhóm NC cũng được cải thiện tốt hơn nhóm ĐC.

4.2.5. Kết quả điều trị một số triệu chứng theo Y học cổ truyền

Bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa CSC của YHHĐ trong nghiên cứu đều thuộc thể Can thận hư kiêm phong hàn thấp của YHCT nên trước điều trị có thể gặp các triệu chứng: Đau cổ vai gáy, đau có tính chất di chuyển nên có thể đau lan xuống vai hoặc cánh tay, đau tăng khi gặp lạnh, đau lưng mỗi gối, hoa mắt chóng mặt, ù tai, lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế [21]. Thể Can thận hư kiêm phong hàn thấp tức là những bệnh nhân vốn có 2 tạng can và thận hư tổn nay lại thêm phong, hàn, thấp thừa cơ xâm phạm.

Trong nghiên cứu này các bệnh nhân xuất hiện 1 số triệu chứng như ma mịch, đau cổ gáy, đau tăng khi gặp lạnh, mạch trầm tế, lưỡi nhợt. Không có sự khác biệt về triệu chứng giữa 2 nhóm trước điều trị ($p > 0,05$). Sau điều trị các triệu chứng YHCT đều cải thiện. Trong đó các triệu chứng như ma mịch, lạnh đau tăng, lưỡi nhợt, mạch trầm tế có giảm mang ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm ($p < 0,05$). Triệu chứng ma mịch thực chất chỉ tình trạng xuất hiện tê bì, dị cảm trên da, nguyên nhân theo YHCT là do huyết hư, huyết thiếu hoặc kinh lạc tắc trở huyết không thông ở kinh lạc hoặc do phong tà xâm phạm. Các triệu chứng lạnh đau tăng, lưỡi nhợt, mạch trầm tế đều biểu thị triệu chứng của hàn, thấp. Các triệu chứng này sau khi điều trị đều cải thiện rõ rệt chứng tỏ phương pháp dán cao Hoạt lạc chỉ thông kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyết phát huy tác dụng và cải thiện triệu chứng tốt nhất trên những bệnh nhân có chứng Tý do can thận hư kiêm hàn. Trong nghiên cứu này cao dán Hoạt lạc chỉ thông đa phần gồm các vị thuốc mang tính ấm như Quế chi, Ngải diệp, Địa liên có tác dụng tán hàn trừ thấp thông mạch. Đồng thời phối Huyết giác giúp hóa ứ hoạt huyết, Dây gấm giúp thư cân, giãn cơ, khu phong tà. Như vậy phối hợp các vị thuốc trong cao dán đem lại tác dụng hoạt huyết thông mạch, mang huyết lưu thông đến nuôi dưỡng cân cơ nên giải được chứng ma mịch. Trừ được tà khí đặc biệt là hàn khí hiệu quả tốt nhất. Ngoài ra trong điều trị chúng tôi còn kết hợp phương pháp điện châm sử dụng các huyết Kiên ngưng, Khúc trì giúp trừ phong thấp nửa người trên rất tốt. Đại chùy, hợp cốc, Phong trì giúp khu phong, giải biểu. Huyền chung và Đại trử là các huyết bổ vào cốt tủy từ đó cải thiện triệu chứng do can thận hư. Phối hợp thêm xoa bóp bấm huyết làm ấm nóng, mềm cơ tại vị trí trị liệu, tán hàn trừ thấp, tăng cường dinh dưỡng tại chỗ giúp nuôi dưỡng được cân cơ. Từ đó các triệu chứng theo YHCT đều được cải thiện.

4.2.6. Kết quả điều trị chung

Từ bảng 3.19 cho thấy sau điều trị, ở nhóm NC hiệu quả tốt lên tới 51,42%, hiệu quả khá và trung bình lần lượt là 37,14% và 11,44%. Trong khi đó ở nhóm ĐC hiệu quả tốt chỉ 22,86%, hiệu quả khá chiếm đa số là 54,28%, hiệu quả trung bình là 22,86%. Nhóm NC có hiệu quả tốt hơn so với nhóm ĐC sau điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan (2022) nhóm NC sau điều trị có 65,7% ở mức độ tốt, 28,6% mức độ khá và trung bình 5,7% [36]. Phạm Ngọc Hà (2018) sau điều trị ở thể Can thận hư kiêm phong hàn thấp có 56,7% ở mức độ tốt, 30% mức độ khá, 13,3% mức độ trung bình [32]. Mâu Tiến Dũng (2020) sau điều trị 60% bệnh nhân hiệu quả tốt, 35% hiệu quả khá và 5% đạt trung bình [34].

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Điện châm là phương pháp sử dụng kim châm cứu truyền thống tác động vào huyệt và phối hợp với kích thích của dòng điện. Khi châm cứu tạo ra cung phản xạ mới dập tắt cung phản xạ bệnh lý gây đau. Đồng thời khi châm cứu dòng điện kích thích liên tục vào hệ thống cơ, dây thần kinh, tăng cường dinh dưỡng tại chỗ. Bên cạnh đó kích thích này kích thích cơ thể sản xuất các hooc-môn giảm đau nội sinh như Endorphin, Enkephalin...[23]. Các chất này có tác dụng an thần, làm dịu hệ thần kinh, tạo sự dễ chịu, thoải mái và giảm đau khi trị liệu. Xoa bóp bấm huyệt chủ yếu sử dụng lực của đôi tay làm ấm phần da và cơ, lực này làm tan các điểm ứ trệ, làm mềm cân cơ, tăng cường lưu thông khí huyết tại chỗ.

So sánh hiệu quả điều trị của nhóm NC sử dụng cao dán Hoạt lạc chỉ thống kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt với nhóm ĐC chỉ sử dụng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt cho thấy nhóm sử dụng thêm cao dán Hoạt lạc chỉ thống có hiệu quả điều trị tốt hơn nhóm không sử dụng.

Nghiên cứu của tác giả Dương và cộng sự (2017) về chiết xuất của Quế chi (*Ramulus Cinnamomi*) báo cáo rằng chiết xuất Quế chi ức chế sản xuất NO, IL-6, IL-1 β và TNF- α trong tế bào vi mô BV2 gây viêm bằng lipopolysaccharide qua ức chế con đường truyền tín hiệu TLR4/MyD88; đồng thời làm giảm đáng kể mức độ biểu hiện protein COX2 - enzyme chính chịu trách nhiệm tổng hợp prostaglandin liên quan đến viêm, có liên quan chặt chẽ với tình trạng viêm mãn tính [58]. Nghiên cứu của tác giả Giai và cộng sự (2023) cũng cho thấy tinh dầu Quế chi có tác dụng chống viêm thông qua ức chế hoạt động của N-acyl ethanolamine acid amidase, cũng làm giảm các cytokine NO và TNF- α trong các đại thực bào được kích thích bằng lipopolysaccharide với hai hoạt chất chính là (E)-cinnamaldehyde và O-methoxycinnamaldehyde [59]. Nhằm phát huy tác dụng hiệp đồng của cao dán, thành phần của Hoạt lạc chỉ thống còn có Địa liên (*Kaempferia galanga* L) và Ngải cứu (*Artemisia Vulgaris* L). Địa liên được sử dụng trong y học truyền thống chủ yếu nhờ vào khả năng chống viêm. Cơ chế của tác dụng này liên quan đến sự hiện diện của các hợp chất có hoạt tính sinh học, giúp ức chế sự giải phóng các yếu tố gây viêm. Nghiên cứu cho thấy chiết xuất Địa liên có khả năng ức chế mạnh phản ứng viêm qua trung gian tế bào mast HMC-1 khi bị kích thích bởi lipopolysaccharide. Ở nồng độ 40 $\mu\text{mol/L}$, Địa liên làm giảm đáng kể mức IL-6, IL-8, IL-1 β và TNF- α , các cytokine quan trọng trong quá trình viêm. Ngoài ra, dược liệu này còn ức chế sản xuất nitric oxide (NO) trong các tế bào đại thực bào RAW264.7 do lipopolysaccharide kích thích, góp phần kiểm soát phản ứng viêm và bảo vệ mô khỏi tổn thương viêm kéo dài [60]. Quá trình viêm và quá trình oxy hóa thường tác động qua lại trong vòng xoắn của bệnh lý mạn tính. Do đó bên cạnh việc chống viêm, tác dụng chống oxy hóa cũng được các chuyên gia nghiên cứu trong điều trị nhiều bệnh lý. Nghiên cứu của tác giả Vương và cộng sự (2023) cho thấy tinh dầu Địa liên có tác dụng chống oxy hóa trong cả trong in vivo và in vitro với các hoạt

chất chính là trans ethyl p-methoxycinnamate (32,01%), n-pentadecane (29,14%) và trans ethyl cinnamate (19,50%), hiệp đồng tác dụng với Quế chi [62]. Một nghiên cứu tổng quan của nhóm tác giả Ekiert (2022) về tác dụng và tiềm năng của các loài họ Artemisia trong đó có Ngải cứu (*Artemisia vulgaris*) cho thấy thành phần hóa học và hoạt tính sinh học của các loài này đã được nghiên cứu rộng rãi, xác nhận các tác dụng truyền thống cũng như mở ra các hướng dược lý mới trong cả y học và thẩm mỹ, tức ở dạng thuốc dùng ngoài, Ngải cứu cũng có tác dụng chống viêm, chống oxy hóa nhờ sự hiện diện của các flavonoid và polyphenol [63]. Ngoài ra, Huyết giác có tác dụng mạnh trong việc bài trừ huyết ứ, sinh huyết mới, Dây gắm giúp trừ hàn thấp, dưỡng cân cốt. Khi sử dụng thêm miếng dán trực tiếp tại chỗ giúp làm tăng cường khả năng tán hàn trừ thấp, khí huyết được lưu thông, tà khí được bài trừ, khí huyết được lưu thông liên tục để nuôi dưỡng cân cốt tứ chi thì triệu chứng đau, tê đều được loại bỏ.

Như vậy khi sử dụng cao dán Hoạt lạc chỉ thống kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyết đem lại hiệu quả cải thiện tốt và có tác dụng cải thiện rõ nhất trên những bệnh nhân có hàn chứng là chủ yếu. Từ những kết quả thu được, chúng tôi cho rằng, để đánh giá rõ hơn tác dụng của cao dán Hoạt lạc chỉ thống cần tiến hành những nghiên cứu tiếp theo để so sánh hiệu quả với những phương pháp khác trong điều trị đau vai gáy do THCS.

4.3. Một số tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp

4.3.1. Tác dụng không mong muốn của Cao dán Hoạt lạc chỉ thống

Trong suốt quá trình dùng cao dán Hoạt lạc chỉ thống điều trị với liệu trình ngày dán 1 lần 30 phút trong 21 ngày, chúng tôi không ghi nhận có bệnh nhân nào xuất hiện các tác dụng không mong muốn như ngứa da hoặc mẩn đỏ. Trước khi đưa vào nghiên cứu trên người bệnh, cao dán Hoạt lạc chỉ thống đã được nghiên cứu tính kích ứng trên thử nghiệm theo hướng dẫn

của OECD: áp dụng chất thử là miếng cao dán kích thước 2,5cm x 2,5cm (khoảng 6cm²) được cắt từ miếng cao dán nghiên cứu, đắp lên một bên sườn của thỏ (đã được cạo lông), bên sườn còn lại đắp gạch tắm nước cất làm đối chứng của da và che phủ bằng một miếng gạch, được giữ cố định bằng băng dính không gây kích ứng [64], [65]. Quan sát và ghi điểm phản ứng trên chỗ da đặt chất thử so với da không đặt chất thử ở các thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ và 24 giờ. Kết luận thử nghiệm cho thấy da thỏ hoàn toàn bình thường, khỏe mạnh, không có bất cứ biểu hiện dị ứng hay viêm nào trong suốt quá trình đắp 24 giờ (chi tiết phụ lục 9). Qua kết quả nghiên cứu thực nghiệm và nghiên cứu lâm sàng thấy rằng các thành phần của cao dán Hoạt lạc chi thống đảm bảo tính an toàn đối với thỏ thực nghiệm và người bệnh trong thời gian lưu lại cao dán trên da.

4.3.2. Tác dụng không mong muốn của các phương pháp can thiệp khác

Trong liệu trình sử dụng phương pháp điện châm có 1 bệnh nhân ở nhóm NC và 2 bệnh nhân nhóm ĐC xuất hiện tình trạng chảy máu khi châm. Tuy xảy ra tình trạng chảy máu nhưng tỷ lệ này không cao, và do vị trí các huyệt sử dụng nằm gần các mạch máu nên tình trạng chảy máu là điều khó có thể tránh khỏi. Đây là những tác dụng không mong muốn chấp nhận được hay gặp trên lâm sàng. Ngoài ra không xuất hiện tình trạng nhiễm trùng hoặc vụng châm sau điện châm.

Sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt không ghi nhận các tác dụng không mong muốn như choáng, hoa mắt, chóng mặt ở cả 2 nhóm. Do chúng tôi tiến hành thủ thuật trên bệnh nhân ở tư thế nằm nên hạn chế tối đa các tác dụng không mong muốn xảy ra.

Chỉ số sinh tồn về mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương ghi nhận trước và sau điều trị ở cả 2 nhóm đều không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 70 bệnh nhân đau vai gáy do THCS trong đó 35 bệnh nhân nhóm NC được điều trị bằng cao dán Hoạt lạc chỉ thống kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt, 35 bệnh nhân nhóm ĐC điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt, chúng tôi rút ra kết luận như sau:

1. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau, giảm co cứng cơ, cải thiện tầm vận động CSC, cải thiện chất lượng cuộc sống. Cụ thể:

- Tác dụng giảm đau: Điểm VAS trung bình giảm từ $5,29 \pm 0,75$ điểm tại D_0 còn $2,34 \pm 0,97$ điểm tại D_{21} (giảm 55,76%) ($p_{D_0-D_{21}} < 0,01$). Hiệu quả giảm đau cao hơn nhóm ĐC giảm 33,7% ($p_{NC-ĐC} < 0,05$).

- Tác dụng cải thiện tầm vận động: Điểm hạn chế tầm vận động CSC trung bình từ $18,94 \pm 3,28$ giảm xuống $6,29 \pm 3,37$ điểm tại D_{21} (cải thiện 66,79%) ($p_{D_0-D_{21}} < 0,05$). Hiệu quả cải thiện tầm vận động vượt trội hơn nhóm ĐC giảm 47,5% ($p_{NC-ĐC} < 0,001$)

- Tác dụng cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày: Điểm NDI trung bình giảm từ $17,94 \pm 6,66$ xuống $4,69 \pm 4,32$ tại ngày thứ 21 (cải thiện 73,85%) ($p_{D_0-D_{21}} < 0,05$). Hiệu quả cải thiện mức độ hạn chế sinh hoạt theo thang NDI tốt hơn nhóm ĐC chỉ giảm 54,57% ($p_{NC-ĐC} < 0,05$).

- Kết quả điều trị chung: hiệu quả tốt lên tới 51,42%, hiệu quả khá và trung bình lần lượt là 37,14% và 11,44%, không có kết quả kém. Nhóm NC có hiệu quả tốt hơn so với nhóm ĐC sau điều trị ($p_{NC-ĐC} < 0,05$).

2. Sử dụng cao dán Hoạt lạc chỉ thống kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt ít gặp tác dụng không mong muốn

- 100% bệnh nhân sử dụng cao dán không xuất hiện mẩn ngứa hay dị ứng trên da. Tỷ lệ nhỏ bệnh nhân chảy máu khi rút kim châm cứu. Không xuất hiện các tác dụng không mong muốn khác trong quá trình điều trị.

KHUYẾN NGHỊ

1. Thực hiện thêm nghiên cứu đánh giá tác dụng độc lập của cao dán Hoạt lạc chỉ thống trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa CSC.
2. Theo dõi tác dụng của cao dán Hoạt lạc chỉ thống trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa CSC trong thời gian dài hơn và quy mô lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế . (2016). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*. Hà Nội: Nhà Xuất Bản y Học.
2. Pumberger M Caridi JM, Hughes AP. (2011) Cervical radiculopathy: a review. . *HSS J Musculoskelet J Hosp Spec Surg* 7(3):265-72.
3. Ngô Quý Châu. (2016). *Bệnh học Nội khoa*. Hà Nội: Nhà Xuất Bản Y Học.
4. Comeau D. Corey DL (2014) Cervical radiculopathy. *Med Clin North Am*.98(4):791-9.
5. Kolahi A-A Safiri S, Hoy D, Buchbinder R, Mansournia MA, Bettampadi D, et al. (2020) Global, regional, and national burden of neck pain in the general population, 1990–2017: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *BMJ*.368.
6. 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.
7. Khoa Y Học Cổ Truyền - Trường Đại Học Y Hà Nội (2005). *Bài giảng Y học cổ truyền*. Hà Nội: Nhà Xuất Bản Y Học.
8. Becker BA. Childress MA (2016) Nonoperative Management of Cervical Radiculopathy. *Am Fam Physician*.93(9):746-54.
9. Nguyễn Thị Bay. (2007). *Bệnh học và điều trị nội khoa (Kết hợp Đông - Tây Y)*. Hà Nội: Nhà Xuất Bản Y Học,.
10. Võ Văn Chi (2018). *Từ điển cây thuốc Việt Nam*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học. 742, 53 p.
11. Trường Đại Học Y Hà Nội. Bộ Môn Giải Phẫu (2017). *Giải Phẫu Người (Dùng Cho Hệ BSDK)*. . Hà Nội: Nhà Xuất Bản Y Học,.
12. Hồ Hữu Lương. (2006). *Thoái hóa CSC và thoát vị đĩa đệm*. Hà Nội: Nhà Xuất Bản Y Học. 7-32, 53-9, 60-1, 92-6.

13. Nguyễn Thị Ngọc Lan. (2012). *Bệnh học Cơ xương khớp nội khoa*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học, .
14. Seyed Aria Nejadghaderi Somaye Kazeminasab, Parastoo Amiri, Hojjat Pourfathi, Mostafa Araj-Khodaei (2022) Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors. *BMC Musculoskelet Disord*.23:26.
15. Mehta VA Bakhsheshian J, Liu JC. (2017) Current Diagnosis and Management of Cervical Spondylotic Myelopathy. *Glob Spine J*.7(6):572-86.
16. Hilibrand AS. Woods BI (2015) Cervical radiculopathy: epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment. *J Spinal Disord Tech*.28(5):E251-9.
17. Nguyễn Văn Thông. (2009). *Bệnh thoái hóa CSC*. . Hà Nội: Nhà Xuất Bản Y Học. 8-15, 7-31, 6-100.
18. Phạm Minh Thông, Nguyễn Duy Huệ (2010). *Chẩn đoán hình ảnh (dùng cho đào tạo bác sĩ đa khoa)*. : Nhà xuất bản giáo dục.
19. Nagata K Murakami K, Hashizume H, et al. (2020) Prevalence of cervical anterior and posterior spondylolisthesis and its association with degenerative cervical myelopathy in a general population. *Sci Rep*.10(1):10455.
20. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Bộ môn Nội (2016). *Bệnh học nội khoa*. Chứng tý.
21. Bộ Y tế. (2020). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học
22. Trần Quang Đạt, Nguyễn Nhược Kim (2013). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
23. Bộ Y tế (2017). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*: Nhà xuất bản y học.

24. Khoa Y Học Cổ Truyền - Trường Đại Học Y Hà Nội (2016). *Bài giảng Y học cổ truyền Tập 1 (Dùng cho học viên chuyên khoa định hướng Y học cổ truyền)*. Nhà xuất bản Y học.
25. Phạm Văn Minh. Cẩm Bá Thức (2020). *Điện trị liệu lâm sàng*. Nhà Xuất Bản Y Học.
26. Bộ Y tế. (2008). *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền, Quy trình 46 (Điện châm điều trị hội chứng vai gáy)*. Nhà xuất bản Y học.
27. Inoue M Nakajima M, Itoi M, Kitakoji H. (2013) Clinical effect of acupuncture on cervical spondylotic radiculopathy: results of a case series. . *Acupunct Med J Br Med Acupunct Soc.*31(4):364-7.
28. Wang X Zhang S, Yan CQ, et al. (2018) Different mechanisms of contralateral- or ipsilateral-acupuncture to modulate the brain activity in patients with unilateral chronic shoulder pain: a pilot fMRI study. *J Pain Res* 11:505-14.
29. Yan Y Gu CL, Zhang D, Li P. (2019) An evaluation of the effectiveness of acupuncture with seven acupoint-penetrating needles on cervical spondylosis. . *J Pain Res* 12:1441-5.
30. Susan Q.Li. Connie Chen, et al (2020) A Systematic Review of CheeZheng Pain Relieving Plaster for Musculoskeletal Pain: Implications for Oncology Research and Practice. *Integr Cancer Ther.*
31. Susan Q.Li. Mingxiao Yang, et al. (2021) Tibetan herbal pain-relieving plaster for low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Biomed Pharmacother.*140.
32. Phạm Ngọc Hà. (2018). Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội.

33. Trịnh Thị Hương Giang. (2019). Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa CSC bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp thủy châm Nucleo C.M.P. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội.
34. Mầu Tiến Dũng (2020). Đánh giá kết quả điều trị của điện châm kết hợp tác động cột sống trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hoá CSC. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
35. Trần Thị Yến, Nguyễn Văn Tuấn (2021). Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hoá đốt sống cổ bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. *Tạp chí Y học Việt Nam*. July 20:102-5.
36. Nguyễn Thị Lan (2022). Đánh giá kết quả điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hóa CSC bằng điện châm kết hợp đắp parafin. Luận văn thạc sĩ y học. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
37. Trần Thu Phương (2022). Đánh giá kết quả của thuốc đắp HV kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trên người bệnh đau vùng cổ gáy. Luận văn thạc sĩ y học. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
38. Nguyễn Xuân Nghiên. (2018). *Phục hồi chức năng*: Nhà xuất bản Y học.
39. Học viện Quân y - Bộ môn Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng. (2006). *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng - giáo trình giảng dạy đại học và sau đại học*. : Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
40. Mior S. Vernon H (1991) The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. . *J Manipulative Physiol Ther*.14(7):409-15.
41. Nguyễn Thị Thanh Tú, Phan Thị Hồng Giang (2021) Tác dụng giảm đau của điện châm kết hợp đắp parafin trên bệnh nhân hội chứng cổ vai tay do thoái hoá CSC. *Tạp Chí Y Học Việt Nam* 508(1).
42. Nguyễn Hoài Linh. (2016). Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc "Quyên tý thang" kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa CSC. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại Học y Hà Nội.

43. Dennis Kasper Anthony Fauci, Stephen Hauser, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo (2012). *Harrison 18th*. New York City: Mc Graw- Hill Education.
44. Nguyễn Thị Hương Giang (2015). Đánh giá hiệu quả điều trị đau vai gáy do thoái hóa CSC bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
45. Đinh Thị Thuân (2016). Hiệu quả điều trị đau vai gáy do thoái hóa CSC bằng phương pháp điện xung kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
46. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). *Nội kinh*: Nhà xuất bản Y học.
47. Đặng Trúc Quỳnh (2016) Tác dụng giảm đau và cải thiện tâm vận động CSC của bài thuốc “Cát căn thang” kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa CSC. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*.103(5):48-55.
48. Nguyễn Thị Phương Lan (2003). Nghiên cứu tác dụng điện châm trong điều trị hội chứng vai tay. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
49. Nguyễn Thị Thanh Tú, Dương Thị Hằng (2024) Hiệu quả cải thiện hội chứng CSC của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân có hội chứng cổ vai cánh tay. *Tạp Chí Y học Việt Nam*.533(2).
50. Lê Thị Diệu Hằng (2012). Đánh giá hiệu quả điều trị triệu chứng của thoái hóa CSC bằng điện mãng châm kết hợp bài thuốc Quyên tý thang. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
51. Nguyễn Thị Kim Liên, Nguyễn Thị Ngọc Ánh, Nguyễn Thị Thu Hà (2018) Tác dụng giảm đau và cải thiện tâm vận động CSC của điện châm kết hợp bài tập CSC trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa CSC. *Tạp chí Y học Việt Nam*:87-91.

52. Học viện Quân Y (2011). *Chứng ty*: Nhà xuất bản Quân đội nhân dân
53. Đỗ Tất Lợi (2004). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*,: Nhà xuất bản Y học.
54. Nguyễn Nhược Kim (2010). *Nguyên nhân gây bệnh*: Nhà xuất bản Y học.
55. Walton DM MacDelilld JC, Avery S, et al (2009) Measurement properties of the neck disability index: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther*.39:400-17.
56. Bộ Y tế (2017). *Dược điển Việt Nam*. Hà Nội: Nhà xuất bản y học.
57. Nhóm tác giả Viện Dược liệu (2011). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*: Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật.
58. Yang H, Cheng X, Yang YL, Wang YH, Du GH (2017). *Ramulus Cinnamomi* extract attenuates neuroinflammatory responses via downregulating TLR4/MyD88 signaling pathway in BV2 cells. *Neural Regen Res*. 12(11):1860-1864. doi:10.4103/1673-5374.219048
59. Jia W, He X, Jin W, et al (2023). *Ramulus Cinnamomi* essential oil exerts an anti-inflammatory effect on RAW264.7 cells through N-acylethanolamine acid amidase inhibition. *J Ethnopharmacol*. 317:116747. doi:10.1016/j.jep.2023.116747
60. Si-Yu Wang, Hui Zhao, Hong Tao Xu, et al (2021). *Kaempferia galanga* L.: Progresses in Phytochemistry, Pharmacology, Toxicology and Ethnomedicinal Uses. *Front Pharmacol*, 12: 675350.
61. Zheng F, Gonçalves FM, Abiko Y, Li H, Kumagai Y, Aschner M (2020). Redox toxicology of environmental chemicals causing oxidative stress. *Redox Biol*. 34:101475. 10.1016/j.redox.2020.101475
62. Wang SY, Cai L, Yang N, Xu FF, Wu YS, Liu B (2023). Chemical composition of the *Kaempferia galanga* L. essential oil and its *in vitro* and *in*

vivo antioxidant activities. *Front Nutr.* 10:1080487. Published 2023 Feb 2. doi:10.3389/fnut.2023.1080487

63. Ekiert H, Klimek-Szczykutowicz M, Rzepiela A, Klin P, Szopa A (2022). Artemisia Species with High Biological Values as a Potential Source of Medicinal and Cosmetic Raw Materials. *Molecules.* 27(19):6427. Published 2022 Sep 29. doi:10.3390/molecules27196427

64. Organisation for Economic Co-operation and Development (2002), “Guideline for testing of chemicals: Acute Dermal Irritation/Corrosion”, OECD 404.

65. International Organisation of Standardization (2010), “Biological evaluation of medical devices – Part 10: Tests for irritation and skin sensitization”, ISO 10993-10.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1. Bệnh án nghiên cứu.....	ii
Phụ lục 2. Các vị thuốc trong cao dán hoạt lạc chi thống.....	vii
Phụ lục 3. Các huyết sử dụng trong nghiên cứu.....	xii
Phụ lục 4. Thước đo VAS.....	xv
Phụ lục 5. Cách đo tầm vận động CSC.....	xvii
Phụ lục 6. Bộ câu hỏi đánh giá mức độ hạn chế hoạt động.....	xix
Phụ lục 7. Giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu.....	xxiv
Phụ lục 8. Danh sách bệnh nhân nghiên cứu.....	xxv
Phụ lục 9. Báo cáo kết quả thử nghiệm tính kích ứng da của “Cao dán Hoạt lạc chi thống” trên thực nghiệm.....	xxv
Phụ lục 10. Một số hình minh họa hoạt động nghiên cứu.....	xxviii

PHỤ LỤC 1.
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Nhóm

Mã số BA:.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên bệnh nhân:..... TuổiGiới:

2. Địa chỉ:

3. Điện thoại liên hệ:

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

5. Ngày vào viện: 6. Ngày ra viện:

II. HỎI BỆNH

1. Lý do vào viện:

2. Quá trình bệnh lý:Thời gian mắc bệnh: < 1 tháng ; 1- < 3 tháng ; > 3 tháng **3. Tiền sử.**

- Bản thân: Đau cổ vai:

- Các bệnh khác:

Tăng huyết áp Rối loạn chuyển hoá Bệnh lý cơ xương khớp Bệnh lý dạ dày tá tràng Bệnh khác **III. KHÁM BỆNH.****1. Y học hiện đại**

- Các chỉ số sinh lý:

Chỉ số \ Thời điểm		D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Mạch					
Huyết áp	Tâm thu				
	Tâm trương				

- Đánh giá một số chỉ số lâm sàng

- Mức độ đau:** Không đau Đau nhẹ Đau vừa Đau Đau nặng
- Vị trí đau:** Đau tại CSC Đau lan lên Đau lan xuống
vùng thắt lưng vùng cánh tay
- Đau tăng khi:** Nghi ngơi Ho, hắt hơi Ban ngày Ban đêm
Thay đổi thời tiết Chu kỳ kinh nguyệt
- Điều trị đau:** Chưa Đã uống thuốc giảm đau Khác
- Triệu chứng kèm theo:** Cảm giác tê bì, kiến bò Đau sưng khớp
Yếu chi trên Mệt mỏi Sút cân Sốt

Các bệnh khác kèm theo:.....

Khám hội chứng cột sống

		D₀		D₇		D₁₄		D₂₁
- Điểm đau cột sống		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- Điểm đau cạnh sống		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- Cong vẹo cột sống		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- Co cứng cơ, tăng trương lực cơ cạnh sống		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- Hạn chế vận động CSC		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gập	D₀	<input type="text"/>	D₇	<input type="text"/>	D₁₄	<input type="text"/>	D₂₁	<input type="text"/>
Duỗi	D₀	<input type="text"/>	D₇	<input type="text"/>	D₁₄	<input type="text"/>	D₂₁	<input type="text"/>
Nghiêng trái	D₀	<input type="text"/>	D₇	<input type="text"/>	D₁₄	<input type="text"/>	D₂₁	<input type="text"/>
Nghiêng phải	D₀	<input type="text"/>	D₇	<input type="text"/>	D₁₄	<input type="text"/>	D₂₁	<input type="text"/>
Xoay trái	D₀	<input type="text"/>	D₇	<input type="text"/>	D₁₄	<input type="text"/>	D₂₁	<input type="text"/>
Xoay phải	D₀	<input type="text"/>	D₇	<input type="text"/>	D₁₄	<input type="text"/>	D₂₁	<input type="text"/>

- Đánh giá chỉ số cận lâm sàng:

X-quang CSC: Bình thường Hẹp khe khớp
 Mất đường cong sinh lý Gai xương

2. Y học cổ truyền:

Thần: Tỉnh Chậm

Sắc: Nhuận Không nhuận

Thể trạng: Gầy Béo Cân đối

Cử động tay, chân: Linh hoạt Hạn chế

Dáng đi, tư thế: Nhanh nhẹn Chậm chạp Lệch, nghiêng

Chất lưỡi: Đỏ Hồng Bệu

Rêu lưỡi: Trắng Mỏng Vàng Dày

Đầu thân: Đau Chóng Bình Khác
 đầu mặt thường

Ăn uống: Thích ấm Thích mát Bình thường

Ngủ: Sâu Khó ngủ Dễ tỉnh Mê
 man

Tiểu tiện: Trắng Trong Vàng Đỏ

Đại tiện: Táo Lỏng Bình thường

Chân tay: Ấm Lạnh

Mạch: Mạch phù Mạch trầm Mạch nhu

Mạch sáp Mạch nhược Mạch hoãn

Mạch tế Mạch khác

3. Theo dõi tác dụng không mong muốn:

Chỉ số máu	D ₀	D ₂₁
Hồng cầu (T/l)		
Bạch cầu (G/l)		
BCĐNTT (G/L)		
AST (U/L)		
ALT (U/L)		
Creatinin (μmol/L)		

Triệu chứng	Ngày	Mức độ	Cách xử lý
Tụ máu tại chỗ			
Nhiễm trùng			
Chóng mặt			
Đau đầu			
Buồn nôn			
Nôn			
Bông			
Kích ứng da			
Huyết áp			
Mạch			

IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

4.1. Mức độ đau

Thời điểm	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Điểm VAS				

4.2 Tầm vận động CSC

Thời điểm	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Điểm tầm vận động CSC				

4.3. Hội chứng CSC

Chỉ số	Đánh giá	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Hội chứng CSC	(+)				
	(-)				

4.4. Đánh giá sự thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày (NDI)

Thời điểm	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Điểm NDI				

- Số ngày điều trị:

Hà Nội, ngày..... tháng..... năm 2024

Bác sĩ điều trị

PHỤ LỤC 2.

CÁC VỊ THUỐC TRONG CAO DÁN HOẠT LẠC CHỈ THỐNG

1. Quế chi

- Tên khoa học: *Ramulus Cinnamomi*
- Bộ phận dùng: cành phơi hay sấy khô của cây Quế (*Cinnamomum cassia* Presl.) hoặc một số loài Quế khác (*Cinnamomum zeylanicum* Blume, *Cinnamomum loureirii* Nees.), họ Long não (Lauraceae).



- Mô tả: Cành hình trụ tròn, thường chặt khúc dài 2cm đến 4cm, đường kính 0,3cm đến 1cm. Mặt ngoài màu nâu đến màu nâu đỏ, có nhiều vết nhăn dọc nhỏ và các vết sọc cành, sọc của chồi và nhiều lỗ vỏ. Chất cứng giòn, dễ gãy. Trên bề mặt vết cắt thấy: lớp vỏ màu nâu, bên trong có gỗ màu vàng nhạt tới nâu vàng, ruột gần tròn. Mùi thơm nhẹ, vị ngọt và hơi cay.
- Tính, vị: tân, cam, ôn.
- Quy kinh: Phế, Tâm, Bàng quang.
- Công năng, chủ trị: Giải biểu hàn, thông dương khí, ôn thông kinh mạch, hóa khí. Chủ trị: cảm mạo phong hàn, khí huyết ứ trệ, phù, đái không thông lợi.
- Cách dùng, liều lượng: ngày dùng từ 6g đến 12g, dạng thuốc sắc.
- Kiêng kỵ: Âm hư hỏa vượng, phụ nữ có thai [56], [57].

2. Ngải cứu

- Tên khoa học: *Herba Artemisiae vulgaris*
- Bộ phận dùng: ngọn thân đã phơi hay sấy khô của cây Ngải cứu (*Artemisia vulgaris* L.), họ Cúc (Asteraceae).



- Mô tả: Ngọn thân dài không quá 30cm, có khía dọc, màu vàng nâu hay nâu xám, có lông tơ. Lá mọc so le, có cuống hoặc không, thường nhăn nheo, cuộn vào nhau. Lá có nhiều dạng: lá trên ngọn nguyên, hình mác; lá phía dưới xẻ một hoặc hai lần hình lông chim. Mặt trên lá màu xám đến xanh đen, nhẵn hay có rất ít lông tơ, mặt dưới lá màu tro trắng, có rất nhiều lông tơ trắng như mạng nhện nằm đẹp, cụm hoa đầu, gồm nhiều hoa hình ống.
- Tính, vị: khổ, tân, ôn.
- Quy kinh: Can, Tỳ, Thận.
- Công năng, chủ trị: Chỉ huyết, trừ hàn thấp, điều kinh, an thai. Chủ trị: Kinh nguyệt không đều, băng huyết, rong huyết, thổ huyết, khí hư bạch đới, động thai, viêm ruột, lỵ.
- Cách dùng, liều lượng: ngày dùng từ 6g đến 12g, dạng thuốc sắc. Dùng ngoài trị đau do sang chấn: Lấy ngải cứu tươi, rửa sạch, giã, đắp nơi đau với liều thích hợp.
- Kiêng kỵ: Âm hư huyết nhiệt không nên dùng[56], [57].

3. Địa liên

- Tên khoa học: *Rhizoma Kaempferiae galangae*
- Bộ phận dùng: thân rễ đã thái phiến phơi hay sấy khô của cây Địa liên (*Kaempferia galanga* L.), họ Gừng (Zingiberaceae).



- Mô tả: phiến dày khoảng 2mm đến 5mm, đường kính 0,6cm trở lên, hơi cong lên. Mặt cắt màu trắng ngà có khi hơi ngả vàng. Xung quanh là vỏ ngoài màu vàng nâu hoặc màu tro nhạt, nhẵn nhéo, có khi còn sót lại rễ con hoặc vết tích rễ con. Thể chất giòn dễ bẻ, có bột. Mùi thơm đặc trưng, vị cay.
- Tính vị: tân, ôn.
- Quy kinh: Tỳ, Vị.
- Công năng, chủ trị: Hành khí, ôn trung, tiêu thực, chỉ thống. Chủ trị: Tê thấp, đau nhức xương khớp, nhức đầu, răng đau, ngực bụng lạnh đau, tiêu hóa kém.
- Cách dùng, liều lượng: ngày dùng từ 6g đến 9g, dạng thuốc sắc, bột hoặc viên. Ngâm rượu trong 5 đến 7 ngày, lượng thích hợp, để xoa bóp. Thường phối hợp với vị thuốc khác.
- Kiêng kỵ: Âm hư, thiếu máu hoặc vị có hỏa uất không dùng [56], [57].

4. Huyết giác

- Tên khoa học: *Lignum Dracaenae*.
- Bộ phận dùng: lõi gỗ phần gốc thân có chứa nhựa đã phơi hay sấy khô của cây Huyết giác {*Draceana cambodiana* Pierre ex Gagnep. và *Draceana cochinchinesis* (Lour.)S.C.Chen}, họ Huyết giác (Dracaenaceae).



- Tính vị: khô, sáp, bình.
- Quy kinh: Tâm, Can.
- Công năng, chủ trị: Hoạt huyết chỉ thống, tán ứ sinh tân, chỉ huyết sinh cơ. Chủ trị: Dùng uống chữa chấn thương máu tụ sưng đau, sau để huyết hôi ứ trệ, bế kinh. Dùng ngoài: Vết thương chảy máu, vết thương mụn nhọt lâu lành không liền miệng.
- Cách dùng, liều lượng: ngày dùng từ 8g đến 12g, phối hợp trong các bài thuốc hoặc ngâm rượu xoa bóp hoặc uống.
- Kiêng kỵ: Phụ nữ có thai không nên dùng [56], [57].

5. Dây gấm

- Tên khoa học: *Gnetum montanum* Markgr.
- Bộ phận dùng: thân và rễ đã phơi khô hoặc sấy của cây Gấm (*Gnetum montanum* Markgr. Và *Gnetum scandens* Roxb.), họ Gấm (*Gnetaceae*).



- Mô tả: Dây leo thường xanh, dài 10 - 12m. Thân to, cành phình lên ở những đốt; vỏ màu nâu đen, đôi khi róc ra từng mảnh. Lá mọc đối, hình trứng thuôn, dày và nhẵn, mặt trên sẫm bóng, mặt dưới nhạt, đầu lá nhọn, dài đến 30cm, rộng 10cm.
- Tính vị: khổ, ôn.
- Công năng, chủ trị: khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, tán ú. Chủ trị: chữa phong thấp, đau xương khớp, rối loạn kinh nguyệt, vết thương rạn nứt, chữa ngộ độc, sốt, sốt rét.
- Cách dùng, liều lượng: ngày dùng từ 15g đến 30g dưới dạng thuốc sắc hoặc ngâm rượu. Dùng riêng hoặc phối hợp với các vị thuốc [56], [57].

PHỤ LỤC 3.

CÁC HUYỆT SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU [26], [22]

1. Phong trì (XI-20)

- Vị trí: từ giữa xương chẩm (C1) đo ngang ra sau 2 thốn, huyết ở chỗ trũng phía ngoài cơ thang, phía trong cơ ức đòn chũm.

- Chữa: nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, đau vai gáy, làm hạ huyết áp, viêm màng tiếp hợp, sốt cao, cảm cúm.

- Châm cứu: 0,5- 0,8 thốn, hướng mũi kim về phía nhãn cầu bên đối diện; cứu điều ngải 3 -7 phút.

2. Đại chùy (XIII-14)

- Vị trí: giữa C7-D1 khoảng ngang vai.

- Chữa: sốt cao (sốt nóng, sốt rét), cảm cúm, cổ gáy cứng, diên đại.

- Châm cứu: châm thẳng 0,5 thốn, cứu điều ngải 5-15 phút, cứu mỗi ngải 5-15 mỗi.

- Chú thích: Đại chùy là huyết giao hội với các đường kinh dương ở chân và tay (dương minh vị, dương minh đại trường, thái dương bàng quang, thái dương tiểu trường, thiếu dương đờm, thiếu dương tam tiêu).

3. Đại trử (VII-11)

- Vị trí: từ giữa khe D1-D2 đo ngang ra 1,5 thốn.

- Chữa: đau vai gáy, ho, sốt, nhức đầu,.

- Châm cứu: châm 0,5 thốn. Cứu điều ngải 3-6 phút.

4. Thiên trụ (VII-10)

- Vị trí: cách huyết Á môn (XIII-15) C1-C2 1 thốn 3 phân, ở trong chân tóc sau gáy phía ngoài cơ thang.

- Chữa: đau đầu, vẹo cổ gáy, tắc mũi, vai lưng đau.

- Châm: thẳng 0,5 thốn.

5. Kiên tỉnh (XI-21)

- Vị trí: ở trên vai, nằm giữa đường nối từ Đại chùy (XIII-14) đến đỉnh vai (Kiên ngưng).

- Chữa: đau vai, gáy, cánh tay liệt, tê không nhấc lên được; khó đẻ, viêm tuyến vú.

- Châm cứu: thẳng 0,5 thốn, cứu điều ngải 3-7 phút.

6. Kiên ngưng (II-15)

- Vị trí: ở giữa móm cùng vai và máu chuyển lớn xương cánh tay, ngay chính giữa phần trên cơ delta.

- Chữa: đau cánh tay, vai, khớp vai, liệt ½ người

- Châm cứu: châm thẳng 0,5 đến 1 thốn, cứu điều ngải 3-7 phút.

7. Khúc trì (II-11) huyết hợp (ngũ du huyết)

- Vị trí: tận cùng ngoài nếp gấp khuỷu tay, giữa khối cơ trên lồi cầu.

- Chữa: đau họng, sốt cao, cảm cúm, đau quanh khớp khuỷu, liệt chi trên, kinh nguyệt không đều, mụn nhọt, lao hạch, đau bụng, ỉa chảy, lỵ...

- Châm cứu: 0,8-1,5 thốn; cứu điều ngải 3-7 phút.

- Ghi chú: huyết hợp dưới của kinh đại trường với kinh dương minh vị là Thượng cự hư (III-37).

8. Hợp cốc (II-4) (huyết nguyên)

- Vị trí: khe xương đốt ngón tay 2 và 3, huyết ở trên cơ liên đốt mu tay 1, phía dưới trong xương đốt bàn tay 2. Để đốt 2 ngón cái của bàn tay này lên kẽ ngón cái và ngón trỏ (hố khẩu) của bàn tay bên kia (của bệnh nhân) đầu ngón cái tới đâu là huyết ở đó.

- Chữa: đau mu bàn tay, ngón trỏ, đau vai cánh tay, nhức đầu, liệt dây thần kinh VII, đau dây thần kinh V, ù tai, điếc tai cơ năng, chảy máu cam, viêm mũi dị ứng, ho, hen, đau răng, viêm miệng, viêm tuyến nước bọt mang tai, sốt cao không ra mồ hôi, trẻ con co giật, đau bụng, táo bón, kiết lỵ, cảm cúm, viêm màng tiếp hợp...

- Châm cứu: châm thẳng kim 0,5-0,8 thốn. Cứu điều ngải 3- 7 phút.

Chú ý: phụ nữ có thai không châm huyệt này. Bệnh nhân ở tư thế ngồi kích thích mạnh huyệt này có thể gây choáng (say kim, vụng châm).

9. Liệt khuyết (I-7) lạc huyệt của kinh phế, nối với kinh đại trường

- Vị trí: từ huyệt Thái uyên đo lên 1,5 thốn, huyệt ở phía ngoài xương quay hay từ mỏm trâm quay đo lên 1 khoát ngón tay trở.

- Chữa: đau khớp cổ tay, đau thần kinh quay, liệt chi trên, liệt nửa người, đau cổ vai, đau nửa đầu cùng bên, liệt mặt, ho, suyễn, đau răng, chảy máu cam.

- Châm: 0,5 – 1 thốn; cứu ngải 5 – 10 phút.

10. Giáp tích C4-C7

- Vị trí: ở hai bên cột sống, cách đường giữa khoảng 0,5 thốn về phía ngoài, từ đốt sống C4 đến đốt sống C7.

- Chữa: đau tại chỗ vùng cổ vai.

- Châm cứu: châm chéch, sâu 0,3-0,5 thốn. Cứu 10-15 phút.

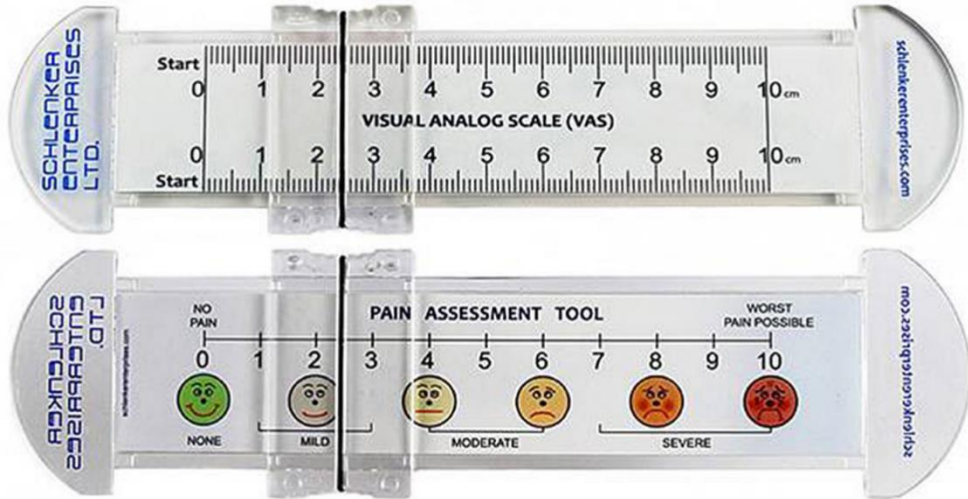
11. Huyền chung (XL-39) huyệt hội của tủy trong bát hội huyệt.

- Vị trí: bờ lồi mắt cá ngoài đo lên 3 thốn trên đường từ huyệt Dương lăng tuyền đến mắt cá ngoài, huyệt ở ngay lõm bờ sau xương mác, giữa hai cơ mác bên dài và mác bên ngắn.

- Chữa: liệt nửa người, chứng cổ gáy (vẹo cổ), đau thần kinh hông, đau thần kinh liên sườn, đau nửa đầu, liệt chi dưới, đau khớp gối, tê bì.

Châm thẳng 0,4 – 0,5 thốn; cứu điều ngải 3 – 5 phút.

**PHỤ LỤC 4.
THƯỚC ĐO VAS**



Hình phụ lục 1. Thước đo độ đau VAS (Visual Analog Scales)

Thước đo VAS là một thước đo 2 mặt:

- Mặt phía thầy thuốc có vạch chia điểm từ 0 đến 10, mặt phía bệnh nhân có 6 khuôn mặt biểu thị mức độ đau và được quy thành 5 mức: 0 điểm: không đau, 1-2 điểm: đau nhẹ, 3-4 điểm: đau vừa, 5-6: đau nặng, 7-8: đau rất nặng, 9-10 điểm: đau không chịu được. Bệnh nhân nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, được giải thích cách đánh giá đau bằng thước VAS, để thước ở vạch số 0 và tự kéo thước để tự đánh giá mức độ đau của mình.

Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS như sau:

0 - Không đau

1 - Đau rất nhẹ, hầu như không cảm nhận và nghĩ đến, có thể đau nhẹ.

2 - Đau nhẹ, thỉnh thoảng đau nhói mạnh.

3 - Đau làm người bệnh chú ý, mất tập trung trong công việc, có thể thích ứng với nó.

4 - Đau vừa phải, bệnh nhân có thể quên đi cơn đau nếu đang làm việc.

5 - Đau nhiều hơn, bệnh nhân không thể quên đau sau nhiều phút, bệnh nhân vẫn có thể làm việc.

6 - Đau nhiều hơn, ảnh hưởng đến các sinh hoạt hàng ngày, khó tập trung.

7 - Đau nặng, ảnh hưởng đến các giác quan và hạn chế nhiều đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Ảnh hưởng đến giấc ngủ.

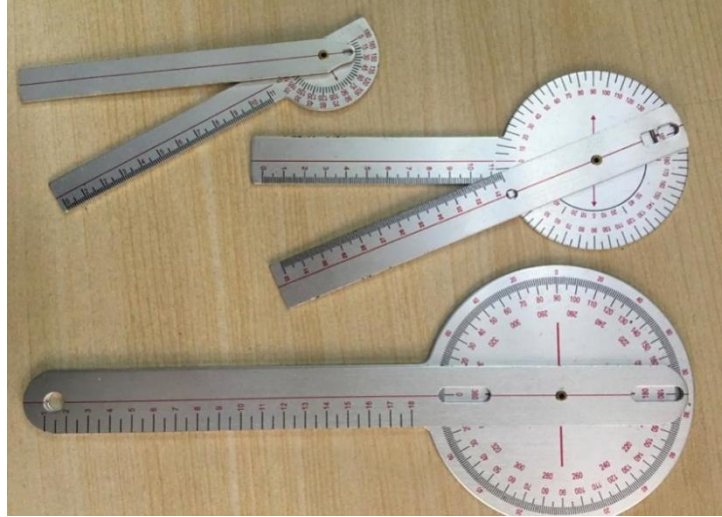
8 - Đau dữ dội, hạn chế nhiều hoạt động, cần phải nỗ lực rất nhiều.

9 - Đau kinh khủng, kêu khóc, rên rỉ không kiểm soát được.

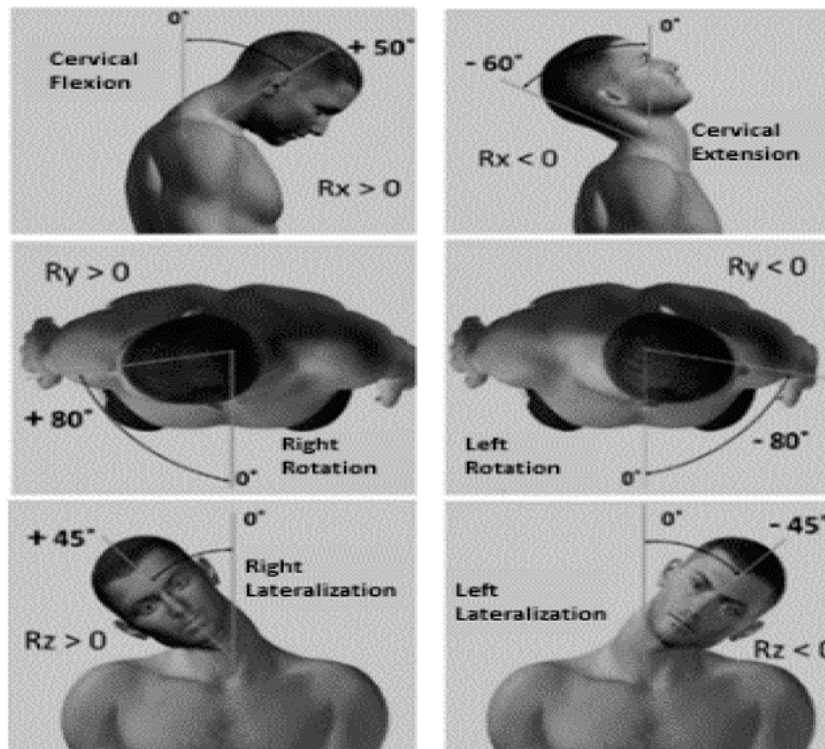
10 - Đau không thể nói chuyện được, nằm liệt giường và có thể mê sảng.

PHỤ LỤC 5.

CÁCH ĐO TẦM VẬN ĐỘNG CSC



Hình phụ lục 2. Thước đo tầm vận động CSC



Hình phụ lục 3. Tầm vận động CSC bình thường.

Đo độ gấp duỗi: người đo đứng phía bên bệnh nhân, hai cánh của thước đi qua đỉnh đầu, người bệnh ở tư thế thẳng góc với mặt đất (đứng hay ngồi), bệnh nhân cúi ngửa cổ lần lượt, cánh cố định ở vị trí khởi điểm, cánh di

động theo hướng đi của đỉnh đầu. Bình thường gập có thể đạt đến cằm chạm vào ngực, duỗi đến mức ngang ụ cằm.

Đo độ nghiêng bên: người đo đứng ở phía sau bệnh nhân, gốc thước đặt ở mỏm gai C_7 , cạnh cố định nằm ngang song song với mặt đất, cạnh di động trùng với trục đứng của thân. Góc đo được là góc tạo giữa cạnh cố định nằm ngang và cạnh di động đặt theo hướng đường nối từ điểm gốc C_7 đến đỉnh đầu bệnh nhân.

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

PHỤ LỤC 6.
BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HẠN CHẾ HOẠT ĐỘNG
SINH HOẠT HÀNG NGÀY DO ĐAU CỔ
(THE NECK DISABILITY INDEX - NDI)

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

Phần	Nội dung	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
<p>Phần 3: NÂNG ĐỒ VẬT</p>	<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>				
<p>Phần 4: ĐỌC (Sách, báo,...)</p>	<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 đau nặng ở cổ.</p> <p>F Tôi không thể đọc được bất cứ thứ gì.</p>				

Phần	Nội dung	D₀	D₇	D₁₄	D₂₁
Phần 5: ĐAU ĐẦU	<p>A. Tôi không bị đau đầu.</p> <p>B. Tôi bị đau đầu nhẹ nhưng không thường xuyên.</p> <p>C. Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng không thường xuyên.</p> <p>D. Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng thường xuyên.</p> <p>E. Tôi bị đau đầu nặng thường xuyên.</p> <p>F. Hầu như lúc nào tôi cũng bị đau đầu.</p>				
Phần 6: KHẢ NĂNG TẬP TRUNG CHÚ Ý	<p>A. Tôi có thể dễ dàng tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn.</p> <p>B. Tôi thấy hơi khó khăn để tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn.</p> <p>C. Tôi thấy khá khó khăn để tập trung chú ý khi muốn.</p> <p>D. Tôi rất khó khăn để tập trung chú ý khi muốn.</p> <p>E. Tôi thấy cực kỳ khó khăn để tập trung chú ý khi muốn.</p> <p>F. Tôi không thể tập trung chú ý được.</p>				
Phần 7: LÀM VIỆC	<p>A. Tôi có thể làm nhiều công việc như tôi 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>				

Phần	Nội dung	D₀	D₇	D₁₄	D₂₁
	<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>				
Phần 8: LÁI XE	<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>				
Phần 9: NGỦ	<p>A. Tôi không có vấn đề gì bất thường về ngủ.</p> <p>B. Giấc ngủ của tôi bị rối loạn ít (ít hơn 1 tiếng mất ngủ).</p> <p>C. Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nhẹ (1-2 tiếng mất ngủ).</p> <p>D. Giấc ngủ của tôi bị rối loạn vừa phải (2-3 tiếng mất ngủ).</p> <p>E. Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nặng (3-5 tiếng mất ngủ).</p> <p>F. Giấc ngủ của tôi bị rối loạn hoàn toàn (5-7 tiếng mất ngủ).</p>				
Phần	A. Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải				

Phần	Nội dung	D₀	D₇	D₁₄	D₂₁
10: HOẠT ĐỘNG GIẢI TRÍ	<p>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>				

Trong đó:

A: 0 điểm

B: 1 điểm

C: 2 điểm

D: 3 điểm

E: 4 điểm

F: 5 điểm

PHỤ LỤC 7.

GIẤY ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi (Ghi rõ họ và tên):

Xác nhận rằng:

1. Tôi đã đọc các thông tin của nghiên cứu "**Đánh giá kết quả của Cao dán Hoạt lạc chỉ thông trong điều trị đau vùng cổ gáy thể can thận hư kiêm phong hàn thấp**" tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai, ngày...../...../202..., tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.
2. Tôi đã có cơ hội được hỏi về nghiên cứu và tôi hài lòng với các câu trả lời và lời giải thích được đưa ra.
3. Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
4. Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tổ thông tin.
5. Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào, vì bất kỳ lý do gì.

Sau khi được nghe giải thích, giải đáp thắc mắc về nghiên cứu, nắm rõ được lợi ích và trách nhiệm của mình, tôi quyết định:

- * Đồng ý tham gia vào nghiên cứu này.
- * Đồng ý rằng các bác sĩ chăm sóc sức khỏe chính cho tôi sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

Ngày ... tháng..... năm ...

Người tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

Nghiên cứu viên

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 8.**SỞ Y TẾ LÀO CAI
BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG****DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU**

Đề tài: “Đánh giá kết quả của cao dán Hoạt lạc chỉ thông kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa CSC”

1. Nhóm nghiên cứu

STT	Mã KCB	Họ tên bệnh nhân	Năm sinh	Giới	Ngày vào viện	Địa chỉ
1	2400001017	Vũ Tiến D.	1960	Nam	05/8/2024	TT Bát Xát - H. Bát Xát - Lào Cai
2	2400001170	Hoàng Thị T.	1957	Nữ	16/4/2024	Xã Thống Nhất - TP Lào Cai - Lào Cai
3	2400001181	Đỗ Quang S.	1977	Nam	16/4/2024	P. Bắc Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
4	2400001323	Lưu Đức V.	1960	Nam	02/5/2024	P. Pom Hán - TP Lào Cai - Lào Cai
5	2400001356	Trịnh Thị Kim L.	1971	Nữ	03/5/2024	P. Xuân Tăng - TP Lào Cai - Lào Cai
6	2400001403	Lê Thị N.	1966	Nữ	06/5/2024	Xã Khánh Yên Trung - H. Văn Bàn - Lào Cai
7	2400001493	Ng. Thị Anh Đ.	1963	Nữ	10/5/2024	P. Quanh Hanh - TP. Cẩm Phả - Quảng Ninh
8	2400001507	Quách Văn B.	1957	Nam	13/5/2024	P. Bắc Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
9	2400001525	Nguyễn Thị Bích N.	1975	Nữ	13/5/2024	Xã Xuân Giao - H. Bảo Thắng - Lào Cai

10	2400001662	Trần Thị L.	1967	Nữ	21/5/2024	Xã Việt Tiến - H. Bảo Yên - Lào Cai
11	2400001706	Nguyễn Thị T.	1981	Nữ	24/5/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
12	2400001712	Lê Minh N.	1974	Nam	24/5/2024	P. Bắc Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
13	2400001899	Vương Thu X.	1958	Nữ	04/6/2024	Xã Hợp Thành - TP Lào Cai - Lào Cai
14	2400002077	Nông Văn L.	1968	Nam	14/6/2024	P. Cốc Lếu - TP Lào Cai - Lào Cai
15	2400002099	Vũ Khắc M.	1950	Nam	17/6/2024	P. Sa Pa - Thị xã Sa Pa - Lào Cai
16	2400002130	Bùi Thị L.	1964	Nữ	18/6/2024	P. Đông Phong - TP Lai Châu - Lai Châu
17	2400002207	Hoàng Ngọc N.	1935	Nam	21/6/2024	Xã Bản Qua - H. Bát Xát - Lào Cai
18	2400002305	Lê Thị Huyền S.	1978	Nữ	27/6/2024	P. Bắc Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
19	2400002546	Phạm Thị H	1973	Nữ	10/7/2024	Xã Gia Phú - H. Bảo Thắng - Lào Cai
20	2400002578	Lê Minh N.	1974	Nam	12/7/2024	P. Bắc Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
21	2400002596	Nguyễn Thị N.	1972	Nữ	15/7/2024	P. Cốc Lếu - TP Lào Cai - Lào Cai
22	2400002628	Nguyễn Thị H.	1964	Nữ	15/7/2024	Xã Thống Nhất - TP Lào Cai - Lào Cai
23	2400002637	Bùi Đức H.	1964	Nam	16/7/2024	Xã Xuân Quang - H. Bảo Thắng - Lào Cai

24	2400002747	Hoàng Văn K.	1951	Nam	22/7/2024	P. Cốc Lều - TP Lào Cai - Lào Cai
25	2400002762	Nguyễn Thị Vân A.	1973	Nữ	23/7/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
26	2400002796	Nguyễn Thị B	1960	Nữ	24/7/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
27	2400002965	Nguyễn Thị C.	1983	Nữ	05/8/2024	P. Bắc Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
28	2400002994	Bùi Huy T.	1966	Nam	07/8/2024	P. Lào Cai - TP Lào Cai - Lào Cai
29	2400002999	Bùi Thị H.	1968	Nữ	07/8/2024	Xã bảo Hà - H. Bảo Yên - Lào Cai
30	2400003005	Bùi Thị U.	1955	Nữ	07/8/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
31	2400003010	Lê Công D.	1969	Nam	08/8/2024	Xã Lùng Vai - H. Mường Khương - Lào Cai
32	2400003043	Tàn Văn S.	1952	Nam	12/8/2024	P. Nam Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
33	2400003048	Nguyễn Thị H.	1964	Nữ	12/8/2024	Xã Thống Nhất - TP Lào Cai - Lào Cai
34	2400003156	Nguyễn Thị B.	1960	Nữ	19/8/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
35	2400003181	Hoàng Thị T.	1976	Nữ	20/8/2024	Xã Tả Phời - TP Lào Cai - Lào Cai

2. Nhóm đối chứng

STT	Mã bệnh án	Họ tên bệnh nhân	Năm sinh	Giới	Ngày vào viện	Địa chỉ
1	2400001148	Phan Thị H.	1952	Nữ	15/4/2024	TP Yên Bái - Yên Bái
2	2400001193	Ngô Hữu S.	1955	Nam	17/4/2024	P. Bắc Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
3	2400001263	Bùi Thị Mơ	1955	Nữ	23/4/2024	Xã Quang Kim - H. Bát Sắt - Lào Cai
4	2400001286	Phạm Thị Quỳnh N.	1972	Nữ	25/4/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
5	2400001490	Đinh Thị T.	1972	Nữ	10/5/2024	Xã Tân An - H. Văn Bàn - Lào Cai
6	2400001494	Bùi Văn S.	1957	Nam	10/5/2024	P. Lào Cai - TP Lào Cai - Lào Cai
7	2400001511	Phạm Thị L.	1948	Nữ	13/5/2024	Xã Gia Phú - H. Bảo Thắng - Lào Cai
8	2400001526	Đặng Văn L.	1948	Nam	13/5/2024	Xã bản Vược - H. Bát Xát - Lào Cai
9	2400001552	Nguyễn Thị Kim A.	1966	Nữ	14/5/2024	Xã Bảo Nhai - H. Bắc Hà - Lào Cai
10	2400001585	Bùi Mạnh H.	1979	Nam	15/5/2024	P. Bắc Lệnh - TP Lào Cai-Lào Cai
11	2400001587	Tàn Thị Hồng L.	1973	Nữ	15/5/2024	P. Nam Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
12	2400000862	Trần Thị H.	1979	Nữ	20/5/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
13	2400001719	Tàn Văn S.	1952	Nam	27/5/2024	P. Nam Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
14	2400001772	Phạm Mạnh C.	1969	Nam	28/5/2024	P. Bắc Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
15	2400001787	Nguyễn Thị Thu H.	1973	Nữ	29/5/2024	P. Kim Tân - TP Lào

						Cai - Lào Cai
16	2400001809	Nguyễn Thị M.	1943	Nữ	30/5/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
17	2400001822	Nguyễn Thị P.	1984	Nữ	30/5/2024	P. Bắc Lệnh - TP Lào Cai - Lào Cai
18	2400001848	Chiêu Thị N.	1967	Nữ	31/5/2024	Xã Phúc Khánh - H. Bảo Yên - Lào Cai
19	2400001860	Tạ Văn T.	1970	Nam	03/6/2024	Xã Y Tý - H. Bát Xát - Lào Cai
20	2400001872	Nguyễn Thị P.	1974	Nữ	03/6/2024	P. Duyên Hải - TP Lào Cai - Lào Cai
21	2400001903	Bùi Thị Bích H.	1968	Nữ	04/6/2024	P. Bắc Cường - TP Lào Cai - Lào Cai
22	2400001996	Nguyễn Thị X.	1975	Nữ	11/6/2024	Xã Bảo Hà - H. Bảo Yên - Lào Cai
23	2400002242	Nguyễn Thị Thanh H.	1977	Nữ	24/6/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
24	2400002271	Bùi Thị N.	1973	Nữ	25/6/2024	TT. Tân Uyên - H. Tân Uyên - Lai Châu
25	2400002333	Lại Thị H.	1959	Nữ	28/6/2024	TT. Phó Lu - H. Bảo Thắng - Lào Cai
26	2400002345	Đỗ Thị N.	1961	Nữ	28/6/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
27	2400002373	Nguyễn Thị B.	1960	Nữ	10/7/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
28	2400002395	Hồ Bá G.	1957	Nam	02/7/2024	P. Cốc Lếu - TP Lào Cai - Lào Cai
29	2400002729	Nguyễn Văn Đ.	1949	Nam	22/7/2024	Xã Bảo Nhai - H. Bắc Hà - Lào Cai
30	2400002975	Phạm Thị K.	1956	Nữ	06/8/2024	Xã Bản Xèo - H. Bát

						Xát - Lào Cai
31	2400003004	Trần Thị H.	1971	Nữ	07/8/2024	P. Cốc Lếu - TP Lào Cai - Lào Cai
32	2400003029	Hồ Thị H.	1966	Nữ	09/8/2024	P. Kim Tân - TP Lào Cai - Lào Cai
33	2400003134	Trần Thị T.	1968	Nữ	19/8/2024	P. Lào Cai - TP Lào Cai - Lào Cai
34	2400003225	Sùng Diu P.	1963	Nam	23/8/2024	Xã Bản Lầu - H. Mường Khương - Lào Cai
35	2400003256	Nghiêm Bá Đ.	1964	Nam	26/8/2024	Xã Thanh Bình - H. Mường Khương - Lào Cai

Lào Cai, ngày 05 tháng 12 năm 2024

**XÁC NHẬN CỦA
PHÒNG KH - CĐT- ĐD**

**KT. GI ÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Phạm Thị Thanh Khuyến

Đỗ Minh Hoàn

PHỤ LỤC 9.
BÁO CÁO KẾT QUẢ THỬ NGHIỆM
TÍNH KÍCH ỨNG DA CỦA “CAO DÁN HOẠT LẠC CHỈ THỐNG”
TRÊN THỰC NGHIỆM

1. Nhóm nghiên cứu

1. Đỗ Xuân Hoàng (học viên chuyên khoa 2)
2. TS. Nguyễn Thị Minh Thu
3. TS. Phạm Thanh Tùng
4. Và một số KTV

2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tháng năm tại Phòng thí nghiệm Bộ môn Dược lý và Viện Nghiên cứu Y Dược cổ truyền Tuệ Tĩnh, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

2. Đối tượng nghiên cứu

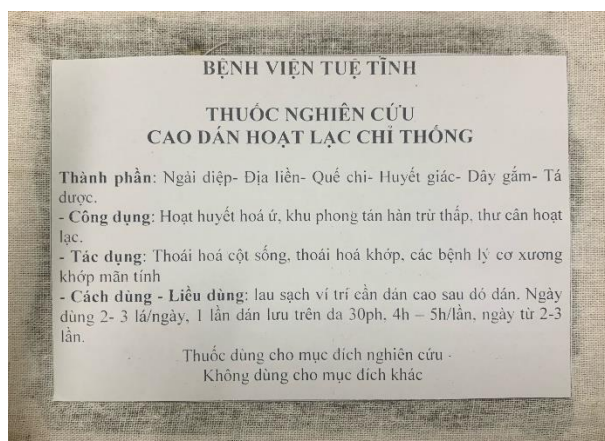
Mẫu nghiên cứu là “Cao dán Hoạt lạc chỉ thống” được bào chế dưới dạng cao dán, có màu xanh đen, mùi thơm dược liệu. Tỷ lệ tính theo 1000 g cao dược liệu như sau:

Bảng 1. Thành phần của “Cao dán Hoạt lạc chỉ thống”

TT	Tên vị thuốc	Số gam
1	Ngải diệp (<i>Folium Artemisiae vulgaris</i>)	300
2	Địa liền (<i>Rhizoma Kaempferiae galangae</i>)	200
3	Quế chi (<i>Ramulus Cinnamomi</i>)	150
4	Huyết giác (<i>Lignum Dracaenae</i>)	150
5	Dây gấm (<i>Caulis Gneti montani</i>)	150
	Tá dược	50

Các dược liệu đều đạt TCCS hoặc tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V, do Khoa Dược, Bệnh viện Tuệ Tĩnh sản xuất. Cao dược phết lên các miếng dán có kích thước 10 × 15 cm, độ dày lớp cao từ 1-2 mm, diện tích lớp cao 10 ×

15 cm, lượng cao 10g/miếng dán. Cao dán được cắt thành những miếng nhỏ có kích thước 2,5 × 2,5 cm trước khi thử nghiệm.



Hình 1. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống

3. Động vật dùng trong nghiên cứu

Thỏ trưởng thành (*Oryctolagus cuniculus* L.), tổng số 06 con, cân nặng trung bình, do trung tâm nghiên cứu dê và thỏ Sơn Tây cung cấp. Động vật cái không mang thai, không nuôi con bú và chưa sinh sản lần nào. Động vật được nuôi ổn định 5 ngày trong điều kiện thí nghiệm trước khi tiến hành nghiên cứu.

4. Dụng cụ dùng trong nghiên cứu

- + Cân điện Precisa XB 320C, độ chính xác $d = 1$ mg.
- + Tông đơ điện.
- + Kéo, cốc thủy tinh chia vạch, đĩa thủy tinh.
- + Băng, gạc vô trùng.
- + Kính lúp.

5. Tiến hành nghiên cứu

Thử nghiệm được tiến hành trên thỏ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và OECD 404.

Chuẩn bị động vật:

Trước thí nghiệm, làm sạch lông thỏ ở vùng hai bên sườn đều về hai bên cột sống một khoảng đủ rộng để đặt các mẫu thử và đối chứng (khoảng 10 x 15 cm). Chỉ những thỏ có da khoẻ mạnh, đồng đều và lành lặn mới được dùng vào thí nghiệm (hình 2 & 3).



Hình 2: Cạo lông thỏ



Hình 3: Chọn thỏ có da lành lặn

Chuẩn bị mẫu thử:

Cắt các miếng cao dán Hoạt lạc chỉ thống với kích thước 2,5 x 2,5 cm từ miếng cao dán lớn ban đầu để thử trên 06 thỏ (mỗi miếng cao dán nhỏ tương ứng 0,4167 g cao dược liệu). Mỗi thỏ đều có vùng hai bên sườn, một bên đặt 1 miếng cao dán và bên kia đặt 1 miếng gạc tẩm nước cất.



Hình 4: Chuẩn bị miếng cao dán đặt lên da thỏ



Hình 5: Đặt mẫu thử lên da thỏ

Chuẩn bị miếng gạc tẩm dung môi (nước cất):

Cắt những miếng gạc có kích thước 2,5 x 2,5 cm, tẩm nước cất với tỷ lệ 0,5mL/miếng (đôi chứng).

Đặt mẫu thử:

Đặt trên da thỏ ở một bên sườn 1 miếng cao dán (mẫu thử) và bên kia 1 miếng gạc tẩm nước cất (hình 5). Cố định miếng gạc bằng băng dính không gây kích ứng da và gạc trong 24 giờ (hình 6, 7). Tại mỗi thời điểm quan sát, bỏ gạc và băng dính, dùng nước cất lau nhẹ để làm sạch mẫu thử còn lại trên da.



Hình 6. Đặt gạc phủ lên miếng dán



Hình 7. Băng cố định miếng dán

Quan sát và ghi điểm:

Quan sát và ghi điểm phản ứng trên chỗ da đặt chất thử so với da không đặt chất thử ở các thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ và 24 giờ sau khi làm sạch mẫu thử. Đánh giá phản ứng trên da ở các mức độ gây ban đỏ, phù nề theo qui định ở bảng 2.

Bảng 2. Mức độ phản ứng trên da thỏ

Phản ứng	Điểm đánh giá
Sự tạo vảy và ban đỏ	
- Không ban đỏ	0
- Ban đỏ rất nhẹ (vừa đủ nhận thấy)	1

- Ban đỏ nhận thấy rõ	2
- Ban đỏ vừa phải đến nặng	3
- Ban đỏ nghiêm trọng (đỏ tấy) đến tạo thành vảy để ngăn ngừa sự tiến triển của ban đỏ	4
Gây phù nề	
- Không phù nề	0
- Phù nề rất nhẹ (vừa đủ nhận thấy)	1
- Phù nề nhận thấy rõ (viền phù nề phồng lên rõ)	2
- Phù nề vừa phải (da phồng lên khoảng 1mm)	3
- Phù nề nghiêm trọng (da phồng lên trên 1mm và có lan rộng ra vùng xung quanh)	4
Tổng số điểm kích ứng tối đa có thể	8

Những thay đổi khác trên da sẽ được theo dõi và ghi chép đầy đủ.

Đánh giá kết quả:

Trên mỗi thỏ, điểm phản ứng được tính bằng tổng số điểm ở hai mức độ ban đỏ và phù nề chia cho số lần quan sát. Điểm kích ứng của mẫu thử được lấy trung bình điểm phản ứng của các thỏ đã thử. Trong trường hợp có dùng mẫu đối chứng, điểm phản ứng của mẫu thử được trừ đi số điểm của mẫu đối chứng.

Chỉ sử dụng các điểm tại thời gian quan sát ở 6 giờ để tính kết quả. Đối chiếu điểm kích ứng với các mức độ quy định trên bảng 2 để xác định khả năng gây kích ứng trên da thỏ của mẫu thử.

Bảng 3. Phân loại các phản ứng trên da thỏ

Loại phản ứng	Điểm trung bình
Kích ứng không đáng kể	0-0,5
Kích ứng nhẹ	> 0,5-2,0
Kích ứng vừa phải	> 2,0-5,0
Kích ứng nghiêm trọng	> 5,0 - 8,0

6. Kết quả nghiên cứu

Trong suốt thời gian theo dõi, tại các thời điểm sau khi đặt thuốc 1, 2, 4, 6 và 24 giờ, vùng da đặt mẫu thử vẫn bình thường, không có dấu hiệu ban đỏ, không bị kích ứng, phù nề hay viêm. Sau khi bóc mẫu thử, vùng da đặt chất thử có màu hơi vàng nhạt, nhưng da nguyên vẹn, lành lặn, không có biểu hiện sưng tấy, đỏ hay viêm nhiễm. Da hoàn toàn khỏe mạnh. Vùng da đặt chất thử và vùng da chứng tương tự nhau. Tuy nhiên, do đặc điểm của cao dán rất chắc dẻo và dính, nên một số vùng da không thể lấy hết phần cao dính trên da (hình 8-12).



Hình 8: Da thỏ số 3 sau 1 giờ đặt mẫu thử

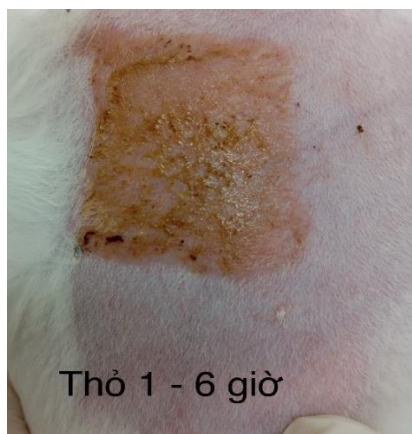


Hình 9: Da thỏ số 2 sau 2 giờ đặt



Hình 10: Da thỏ số 5 sau 4 giờ đặt mẫu thử

mẫu thử



Hình 11: Da thỏ 1 sau 6 giờ đặt mẫu thử **Hình 12:** Da thỏ sau 24 giờ đặt mẫu thử

Cả 6 thỏ đều có vùng da đặt mẫu thử lành lặn, không viêm, không sưng tấy, kích ứng hay ban đỏ. Vùng da đặt mẫu thử và vùng da đặt nước cất tương tự nhau.

7. Kết luận

Đã thử nghiệm tác dụng kích ứng da thỏ của Cao dán Hoạt lạc chỉ thống với liều 0,4167 g cao, dán trên diện tích 2,5 x 2,5 cm da nhận thấy da thỏ hoàn toàn bình thường, khỏe mạnh, không bất cứ biểu hiện dị ứng hay viêm nào trong suốt thời gian đắp 24 giờ. Cao dán Hoạt lạc chỉ thống an toàn với da thỏ ở mức liều đã thử nghiệm.

Hà Nội, ngày tháng năm 202

ĐẠI DIỆN NHÓM NGHIÊN CỨU

TS. Phạm Thanh Tùng

VIỆN NGHIÊN CỨU Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUỆ TĨNH

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

PHỤ LỤC 10
MỘT SỐ HÌNH MINH HỌA HOẠT ĐỘNG NGHIÊN CỨU



GIẤY ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi (Ghi rõ họ và tên): NGUYỄN THỊ PHƯƠNG.....Mã KCB. 24.00001822

Xác nhận rằng:

1. Tôi đã đọc các thông tin của nghiên cứu "**Đánh giá kết quả của Cao dán Hoạt lạc chỉ thông trong điều trị đau vùng cổ gáy thể can thận hư kiêm phong hàn thấp**" tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Lào Cai, ngày 30/1/2024, tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.
2. Tôi đã có cơ hội được hỏi về nghiên cứu và tôi hài lòng với các câu trả lời và lời giải thích được đưa ra.
3. Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
4. Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.
5. Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào, vì bất kỳ lý do gì.

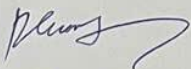
Sau khi được nghe giải thích, giải đáp thắc mắc về nghiên cứu, nắm rõ được lợi ích và trách nhiệm của mình, tôi quyết định:

* Đồng ý tham gia vào nghiên cứu này.

* Đồng ý rằng các bác sĩ chăm sóc sức khỏe chính cho tôi sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

Ngày 30 tháng 5 năm 2024

Người tham gia nghiên cứu
(Ký và ghi rõ họ tên)


Nguyễn Thị Phương

Nghiên cứu viên
(Ký và ghi rõ họ tên)


BSCI. Đỗ Xuân Hoàng