

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



VŨ THỊ KIM VÂN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN CHÂM
KẾT HỢP ĐEO ĐAI NGẢI CỨU VIỆT ĐIỀU TRỊ
ĐAU VÙNG CỔ GÁY**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



VŨ THỊ KIM VÂN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN CHÂM
KẾT HỢP ĐEO ĐAI NGẢI CỨU VIỆT ĐIỀU TRỊ
ĐAU VÙNG CỔ GÁY**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS. TS. Trần Văn Thanh

HÀ NỘI – 2020

LỜI CẢM ƠN

Sau 2 năm học tập khóa cao học tại Học Viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, đến nay tôi đã hoàn thành chương trình học tập. Tôi xin chân thành cảm ơn:

- Ban Giám hiệu, phòng Đào tạo Sau đại học Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

- Ban Giám đốc - Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS. TS. Trần Văn Thanh- Giám đốc bệnh viện châm cứu Trung Ương là người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, đóng góp nhiều ý kiến quý báu, tận tâm dìu dắt tôi từng bước hoàn thành luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới tất cả các Giáo sư, Phó giáo sư, Tiến sĩ trong Hội đồng: là những người thầy, những Nhà khoa học dạy dỗ tôi suốt quá trình học tập và đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu để tôi hoàn thành và bảo vệ thành công luận văn này.

Tôi xin gửi lời cảm ơn tới tập thể các Thầy thuốc tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương và bạn bè, những người luôn ở cạnh tôi chia sẻ, động viên giúp đỡ tôi trong quá trình học tập.

Cuối cùng tôi xin dành những tình cảm trân trọng nhất cảm ơn cha mẹ tôi, anh chị em, những người luôn luôn lo lắng, vất vả sớm hôm vì tôi, để cho tôi có được thành công ngày hôm nay.

Học viên

Vũ Thị Kim Vân

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Vũ Thị Kim Vân, học viên cao học khóa 10 Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Học viên

Vũ Thị Kim Vân

NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT TRONG LUẬN VĂN

ALT	Alanine Aminotransferase
AST	Aspartate Aminotransferase
BN	Bệnh nhân
CLS	Cận lâm sàng
CH	Chứng
CS	Cột sống
ĐT	Điều trị
HC	Hội chứng
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Hình ảnh cộng hưởng từ)
NDI	Neck Disability Index

(Chỉ số đánh giá hạn chế vận động do đau cổ)

NC	Nghiên cứu
TK	Thần kinh
TVĐ	Tâm vận động
TVĐĐ	Thoát vị đĩa đệm
VAS	Visual Analogue Scale (Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau)
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)
YHCT	Y học cổ truyền
YHĐ	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Giải phẫu cột sống cổ.....	3
1.1.1. Đặc điểm chung.....	3
1.1.2. Đĩa đệm cột sống cổ	5
1.1.3. Các khớp đốt sống.....	5
1.1.4. Các dây chằng.....	5
1.1.5. Các cơ ở cổ	7
1.1.6. Ống sống cổ.....	7
1.1.7. Tủy sống cổ	7
1.1.8. Động mạch cung cấp máu cho tủy	7
1.1.9. Dây thần kinh cổ.....	8
1.2. Đau cổ gáy theo y học hiện đại.....	8
1.2.1. Đau cổ gáy cấp tính.....	8
1.2.2. Đau cổ gáy mãn tính.....	9
1.2.3. Điều trị đau cổ gáy cấp và mãn tính.....	11
1.3. Đau cổ gáy theo y học cổ truyền	12
1.3.1. Bệnh danh.....	12
1.3.2. Nguyên nhân.....	12
1.3.3. Các thể lâm sàng theo YHCT.....	13
1.4. Phương pháp điện châm.....	15
1.4.1. Khái niệm về châm.....	15
1.4.2. Phương pháp điện châm	15
1.4.3. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học hiện đại	16
1.4.4. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học cổ truyền	18
1.5. Phương pháp cứu bằng Đại ngải cứu Việt.....	19

1.5.1. Dược tính và tác dụng của Ngải diệp	19
1.5.2. Đại Ngải cứu Việt.....	20
1.5.3. Tác dụng của phép cứu.....	23
1.6. Một số nghiên cứu đã có về điều trị đau cổ gáy	24
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	26
2.1. Đối tượng nghiên cứu	26
2.1.1. Đối tượng.....	26
2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại	26
2.1.3. Tiêu chuẩn chọn BN theo y học cổ truyền	26
2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ.....	26
2.1.5. Cỡ mẫu	27
2.1.6. Phân nhóm nghiên cứu	27
2.2. Phương pháp nghiên cứu	27
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	27
2.2.2. Phương tiện nghiên cứu	27
2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu	28
2.2.4. Cách đánh giá từng chỉ tiêu nghiên cứu	29
2.2.5. Đánh giá hiệu quả điều trị chung	33
2.2.6. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng ..	34
2.2.7. Quy trình nghiên cứu.....	34
Chương 3. KẾT QUẢ	38
3.2. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu	38
3.1.1. Đặc điểm chung về giới.....	38
3.1.2. Đặc điểm phân bố bệnh nhân về tuổi	39
3.1.3. Đặc điểm phân bố bệnh nhân về nghề nghiệp.....	39
3.1.4. Đặc điểm chung về thời gian đau trước điều trị.....	40
3.1.5. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo mức độ đau của thang điểm VAS ..	41
3.1.6. Đặc điểm tầm vận động cột sống cổ trước điều trị	42

3.1.7. Mức độ hạn chế sinh hoạt trước điều trị.....	43
3.1.8. Đặc điểm tổn thương cột sống cổ trên phim X - quang	44
3.2. Sự cải thiện mức độ đau.....	44
3.3. Sự cải thiện tầm vận động cột sống cổ	47
3.4. Sự cải thiện sinh hoạt hàng ngày sau điều trị	50
3.5. Hiệu quả điều trị chung sau điều trị.....	52
3.6. Biến đổi một số dấu hiệu trên Xquang cột sống cổ.....	53
3.7. Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.....	54
Chương 4. BÀN LUẬN	55
4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu	55
4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo giới	55
4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi	55
4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	56
4.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	57
4.1.5. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim X-quang	57
4.1.6. Các đặc điểm lâm sàng 2 nhóm trước điều trị.....	58
4.2. Kết quả điều trị	59
4.2.1. Kết quả giảm đau sau điều trị.....	59
4.2.2. Sự cải thiện tầm vận động cột sống cổ.....	64
4.2.3. Tác dụng giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày	65
4.2.4. Kết quả điều trị chung	66
4.2.5. Bàn luận về các kết quả cận lâm sàng trước và sau điều trị.....	67
4.2.6. Tác dụng không mong muốn.....	67
KẾT LUẬN.....	69
KIẾN NGHỊ	70
TÀI LIỆU THAM KHẢO	71
PHỤ LỤC 1.....	1
PHỤ LỤC 2.....	6

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý	31
Bảng 2.2. Đánh giá mức độ hạn chế vận động cột sống cổ	31
Bảng 2.3. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI)	32
Bảng 2.4. Bảng đánh giá kết quả điều trị chung	34
Bảng 3.1. Sự phân bố bệnh nhân theo tuổi ở 2 nhóm nghiên cứu	39
Bảng 3.2. Sự phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh.....	40
Bảng 3.3. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo mức độ đau của thang điểm VAS	41
Bảng 3.4. Tầm vận động cột sống cổ trước điều trị.....	42
Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo điểm bộ câu hỏi NDI trước điều trị.....	43
Bảng 3.6. Chênh lệch điểm đau VAS trước và sau điều trị.....	45
Bảng 3.7. Sự cải thiện mức độ đau của 2 nhóm sau 20 ngày điều trị.....	46
Bảng 3.8. Chênh lệch tầm vận động của 2 nhóm tại các thời điểm.....	48
Bảng 3.9. Phân loại tầm vận động cột sống cổ tại các thời điểm	49
Bảng 3.10. Hiệu quả giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị.....	50
Bảng 3.11. Hình ảnh trên phim X – quang cột sống cổ.....	53
Bảng 3.12. Tác dụng phụ của Đai ngải cứu Việt kết hợp châm cứu	54
Bảng 3.13. Tần số mạch, huyết áp động mạch trước và sau điều trị	54

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1: Sự phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới.....	38
Biểu đồ 3.2, Sự phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nghề nghiệp.....	40
Biểu đồ 3.3. Hình ảnh trên phim X – quang cột sống cổ.....	44
Biểu đồ 3.4. Sự cải thiện thang điểm VAS của 2 nhóm sau 20 ngày điều trị.....	45
Biểu đồ 3.5. Tần vận động của hai nhóm sau 20 ngày điều trị.....	47
Biểu đồ 3.6. Chênh lệch chức năng sinh hoạt 2 nhóm trước và sau điều trị	51
Biểu đồ 3.7. Kết quả điều trị chung sau 10 ngày điều trị.....	52
Biểu đồ 3.8. Kết quả điều trị chung sau 20 ngày điều trị.....	53

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Giải phẫu cột sống cổ.....	3
Hình 1.2. Những biến đổi thoái hóa ở cột sống cổ [47].	10
Hình 1.3. Cây ngải cứu tươi.....	20
Hình 1.4. Lá cây ngải cứu khô.....	20
Hình 1.5. Đai – ngải cứu Việt.....	23

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau cổ gáy là một triệu chứng thường gặp, xảy ra mọi lứa tuổi, mọi giới... Bệnh tăng lên khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi. Đau cổ gáy thông thường không nguy hiểm, song có thể gây ra nhiều lo lắng, khó chịu, mệt mỏi cho người bệnh, làm giảm sút sức lao động và chất lượng cuộc sống.

Đau cổ gáy không chỉ khiến người bệnh cảm thấy mệt mỏi, khó chịu, mà đau cổ gáy còn là báo hiệu của nhiều bệnh xương khớp nguy hiểm như: thoái hóa đốt sống cổ, thoát vị đĩa đệm cổ...

Bệnh thường gặp ở lứa tuổi lao động và tăng dần theo lứa tuổi. Bệnh tuy không gây tử vong nhưng có tính chất dai dẳng gây cho BN các cảm giác khó chịu như đau nhức, tê, mỏi, làm giảm năng suất lao động, giảm chất lượng cuộc sống [0].

Ở Việt Nam theo nghiên cứu của Trần Ngọc Ân thì tỉ lệ đau cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ là 14%. Nguyễn Quang Khiên (2000) tỉ lệ đau cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ là 17,7% và lứa tuổi nhỏ nhất mắc bệnh là 28 tuổi [2].

Tại Mỹ đau cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ chiếm tới 151000 người, với chi phí hàng năm lên tới 40 tỷ USD[45].

Y học cổ truyền mô tả đau cổ gáy thuộc phạm vi chứng tý. Nguyên nhân gây bệnh do phần dinh vệ bị hư tổn, tẩu lý không chặt, phong hàn thấp tà thừa hư xâm nhập vào cơ thể, kinh mạch bị tắc trở không lưu thông được mà gây đau.

Về điều trị cả Y học hiện đại(YHHĐ) và y học cổ truyền (YHCT) có thể dùng thuốc chống viêm giảm đau toàn thân, kéo giãn cột sống cổ, điều trị

bằng nhiệt (hồng ngoại, nước nóng, paraffin), y học cổ truyền kết hợp với châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, cứu ngải.

Đã có một số tác giả nghiên cứu điều trị đau cổ gáy bằng châm cứu, vận động trị liệu, cứu ngải, bằng thuốc YHCT. Nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá điều trị đau cổ gáy bằng phương pháp điện châm kết hợp đai ngải cứu Việt, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp đeo Đai ngải cứu Việt điều trị đau vùng cổ gáy”** này nhằm mục tiêu sau:

- 1. Đánh giá kết quả của điện châm kết hợp đeo đai ngải cứu Việt điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa đốt sống cổ trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.*
- 2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp.*

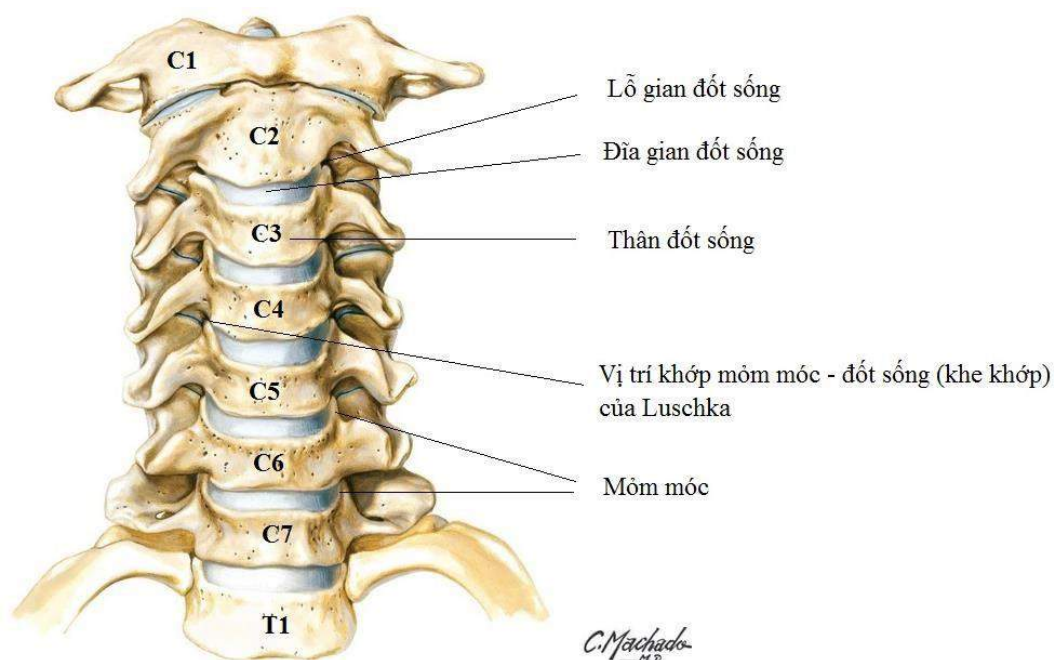
Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu cột sống cổ

- Cột sống cổ gồm 7 đốt sống giữa C1 và CII không có đĩa đệm, 1 đĩa đệm chuyên đoạn là đĩa đệm cổ lưng CVII – DI [3].

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



Hình 1.1. Giải phẫu cột sống cổ

1.1.1. Đặc điểm chung

- Mỗi đốt sống gồm 2 phần: Thân đốt sống ở phía trước, cung đốt sống ở phía sau. Thân đốt sống có đường kính ngang dài hơn đường kính trước sau. Mỗi cung đốt sống gồm 2 cuống cung nối 2 mảnh cung đốt sống vào thân đốt sống, có một mỏm gai, hai mỏm ngang, bốn mỏm khớp (2 mỏm khớp trên và 2 mỏm khớp dưới) [5].

- Mỏm khớp: diện khớp tương đối phẳng rộng .
- Gai sừng: đỉnh của gai sừng tách làm 2 củ, gai sừng dài dần từ CII đến CVII.
- Lỗ đốt sừng: các lỗ to dần từ đốt CI đến CV, sau đó nhỏ dần ở đốt CVI và CVII.
 - + Đốt sừng cổ I (đốt đội):
 - Mặt trên tiếp khớp với 2 lồi cầu của xương chẩm, không có gai sừng và thân đốt sừng. Có 2 cung giống như đai vòng: cung trước và cung sau mỏng.
 - Mặt trước cung trước có củ trước là nơi bám của các cơ, mặt sau cung trước có hõm răng tạo nên diện khớp nhỏ tiếp nối với mỏm nha của đốt trực.
 - Lỗ đốt sừng ở đây rất rộng có dây chằng ngang chia lỗ thành 2 phần không đều nhau, phần trước nhỏ có mỏm răng, phần sau rộng có tuỷ sừng.
 - + Đốt sừng cổ II (đốt trực) [5]: Có thân đốt như các đốt CIII đến CVII nhưng còn thêm mỏm nha. Mỏm nha dính liền vào thân đốt làm trực tựa để đốt CI quay quanh mỏm ngang nên biên độ xoay cổ rất rộng vì thế đốt CII còn gọi là đốt trực .
 - + Đốt sừng cổ dưới (CIII – CVII):Có chung những đặc tính: thân đốt có bề mặt hình bầu dục, chiều cao nhỏ hơn chiều rộng.
 - Mỏm ngang ở 2 bên và có lỗ ở giữa, lỗ ở mỏm ngang cho động mạch đốt sừng đi qua.
 - Lỗ sừng lớn rộng và có hình tam giác, tạo bởi 2 mảnh cung đốt sừng rộng và dẹt.
 - Mỏm gai CVII dài và lớn nhất, giống như mỏm gai của đốt sừng ngực. Lỗ của mỏm ngang CVII nhỏ hơn các đốt sừng cổ khác và không cho động mạch đốt sừng đi qua.

- Mặt trên thân đốt sống có thêm hai mỏm móc (hay mỏm bán nguyệt) ôm lấy góc dưới của thân đốt sống phía trên hình thành khớp mỏm móc đốt sống.

+ Các khớp này được phủ bằng sụn và cũng có một bao khớp chứa dịch, có tác dụng giữ cho đĩa đệm không bị lệch sang hai bên khi khớp này bị thoái hoá gai xương của mỏm móc nhô vào lỗ gian đốt sống sẽ chèn ép vào rễ thần kinh ở đó.

1.1.2. Đĩa đệm cột sống cổ

- Đĩa đệm là bộ phận chính cùng với các dây chằng đảm bảo sự liên kết chặt chẽ giữa các thân đốt sống và đóng vai trò hấp thu chấn động. Ở phía trước đĩa đệm dày hơn phía sau nên cột sống cổ có chiều cong sinh lý uốn ra trước [5].

- Đĩa đệm có hình thấu kính hai mặt lồi, nằm trong khoang gian đốt sống bao gồm nhân nhày, vòng sợi và mâm sụn.

1.1.3. Các khớp đốt sống

- Khớp đốt sống ở cột sống cổ là một khớp động, mặt khớp phẳng và nghiêng theo chiều trước sau một góc 45 độ cho nên có thể cúi, ngửa cổ dễ dàng [5].

- Khớp đốt sống còn tiếp nối với nhau bởi các cặp khớp nhỏ hơn giữa diện khớp của các cuống.

1.1.4. Các dây chằng

- Cùng với đĩa đệm, các dây chằng đảm bảo sự liên kết chặt chẽ giữa các thân đốt sống và đóng vai trò hấp thu chấn động. Vai trò của các dây chằng đoạn cổ trên có tác dụng hạn chế sự chuyển động để bảo vệ các thành phần trong tủy (tủy cổ và rễ thần kinh). Bao gồm các loại dây chằng sau: dây chằng dọc trước, dây chằng dọc sau, dây chằng vàng, dây chằng liên gai và dây chằng trên gai [5].

+ ***Dây chằng dọc trước:*** Dây chằng dọc trước phủ mặt trước thân đốt sống, kéo dài từ mặt trước xương cùng đến lõi củ trước đốt sống C_1 và đến lỗ chằm lớn. Nó ngăn cản sự uốn quá mức của cột sống.

+ ***Dây chằng dọc sau:*** Dây chằng dọc sau phủ mặt sau của thân đốt sống, chạy trong ống sống từ nền xương chằm đến mặt sau xương cùng. Nó ngăn cản sự gấp quá mức của cột sống. Dây chằng dọc sau được phân bố nhiều tận cùng thụ thể đau nên nó rất nhạy cảm với đau. Các sợi của dây chằng dọc sau ở vùng cổ không tập trung dày đặc ở vùng giữa mà trải đều trong phạm vi mặt trước của ống sống, cùng với sự có mặt của mòm móc nên ít gặp thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở lỗ gian đốt sống mà hay gặp thoát vị đĩa đệm trung tâm và cạnh trung tâm.

+ ***Dây chằng vàng:*** Dây chằng vàng là tổ chức sợi đàn hồi màu vàng phủ phần sau của ống sống, bám từ lá đốt sống phía dưới đến lá đốt sống phía trên của các cung đốt sống liền kề và tạo thành thành sau của ống sống. Dây chằng vàng ở cột sống cổ mỏng hơn ở đoạn cột sống lưng, dày nhất là ở đoạn cột sống thắt lưng. Dây chằng vàng ngăn cản sự tách rời của các lá đốt sống, do đó ngăn cản sự gấp quá mức và đột ngột của đốt sống. Dây chằng vàng có khả năng đàn hồi mạnh và rất bền vững để duy trì đường cong sinh lý của cột sống và giúp cho cột sống duỗi thẳng sau khi cúi. Dây chằng vàng đối lập với các dây chằng thân đốt, hạn chế sự nén ép quá mức lên các đĩa đệm, nên cũng ngăn cản thoát vị đĩa đệm ra sau. Phi đại dây chằng vàng là nguyên nhân chính gây hẹp ống sống cổ từ phía sau.

+ ***Dây chằng liên gai và đau dây chằng trên gai:*** Dây chằng liên gai nối các mòm gai với nhau. Dây chằng trên gai là dây mỏng chạy qua đỉnh các mòm gai, góp phần gia cố phần sau của đoạn vận động cột sống khi đứng thẳng và khi gấp cột sống tối đa.

1.1.5. Các cơ ở cổ

Được chia thành 2 vùng chính các cơ ở cổ vùng trước bên và các cơ ở cổ vùng sau [5].

- Động tác gấp đầu chủ yếu gồm các cơ thẳng ngắn và cơ đầu dài.
- Động tác duỗi đầu là 4 cơ ngắn: cơ thẳng đầu sau, nhỏ và lớn, các cơ chéo đầu trên và dưới.
- Các cơ duỗi, xoay, nghiêng bên cột sống cổ là cơ thang, cơ nâng vai, và cơ dài khác của cột sống ngực trên.

1.1.6. Ống sống cổ

Gồm 2 phần ống xương và ống dây chằng [5]:

- Ống xương: được tạo thành từ các thân đốt sống, các cuống và cung sau đốt sống.
- Ống dây chằng: gồm thành trước là mặt sau thân đốt sống, thành bên là những mỏm khớp gian đốt sống, thành sau là dây chằng vàng.
- Đường kính trước sau của ống sống cổ CIV – CVII lớn hơn hoặc bằng 14mm dưới 11mm được coi là hẹp ống sống cổ .
- Đường kính trước sau của ống sống CI cổ CII rất rộng.

1.1.7. Tủy sống cổ

- Nằm trong ống sống được bao bọc bởi màng cứng, màng nhện và màng nuôi [5]. Đường kính trung bình của tủy sống cổ là 1cm ở đoạn CV, DI đoạn này phình to các rễ từ CV đến DI tạo nên đám rối thần kinh cánh tay chi phối cho toàn bộ chi trên.

- Tủy sống cổ có 8 khoang tủy, tách ra 8 đôi rễ thần kinh tủy sống cổ rễ trước chi phối vận động, rễ sau chi phối cảm giác. 1 rễ thần kinh cổ được hợp bởi rễ trước và rễ sau nằm trong lỗ gian đốt sống, chạy ngang sang bên nên mức của tủy sống và rễ ngang nhau.

1.1.8. Động mạch cung cấp máu cho tủy

* **Mạch máu nuôi dưỡng tủy cổ:**

Gồm 3 hệ thống :

- Động mạch tủy sống: gồm động mạch tủy trước và 2 động mạch tủy sau cung cấp máu cho 2/3 tủy trước và vùng sau của tủy .

- Động mạch rễ bắt nguồn từ động mạch đốt sống, gồm động mạch rễ trước và động mạch rễ sau.

- Mạng lưới mạch vành: hệ động mạch nuôi tủy chuyên biệt được thành bởi mạng lưới mạch vành, đi vào phần ngoại vi chất trắng của tủy, cung cấp máu cho chất xám tủy sống cho cột trước và cột bên.

- **Động mạch đốt sống** : Động mạch đốt sống sau khi tách ra từ động mạch dưới đòn chạy qua lỗ ngang của các đốt sống từ CII đến CVI, chạy ngang sát mỏm móc [5].

- Động mạch đốt sống chia làm 2 đoạn: đoạn trong sọ và đoạn ngoài sọ, đoạn ngoài sọ động mạch đốt sống đi sát phía ngoài của mỏm móc , khi mỏm móc thoái hóa các gai xương của nó thường đè vào động mạch đốt sống. Đoạn trong sọ đi từ lỗ chẩm đến cầu não tưới máu cho tiểu não và thân não .

1.1.9. Dây thần kinh cổ

- Có 8 đôi dây thần kinh cổ (CI đến CVIII). Cùng với đám rối cổ - cánh tay, các thần kinh vùng cổ đóng vai trò vận động, cảm giác, phản xạ gân xương cho chi trên và chi phối da cơ ở đầu và sau gáy [5].

- Hệ thống hạch thần kinh giao cảm cổ: có 2 – 3 đôi, hạch giao cảm cổ bên, cổ giữa và cổ sau, phân bố thần kinh thực vật tới vùng mặt cổ và 2 tay .

1.2. Đau cổ gáy theo y học hiện đại

1.2.1. Đau cổ gáy cấp tính

1.2.1.1. Định nghĩa

Đau cổ gáy cấp là bệnh lý về cơ xương khớp, mới đầu bệnh có biểu hiện đau mỗi nhẹ, khiến người bệnh cảm thấy khó chịu và hạn chế vận động, xoay cổ. Và bệnh tăng lên khi đi lại, đứng, ngồi lâu hoặc thay đổi thời

tiết. Đau cổ gáy cấp tính không chỉ là một bệnh lý, nó còn có thể là biểu hiện của một số bệnh như thoát vị đĩa đệm, thoái hóa đốt sống cổ, dính khớp,...

Bệnh làm cho việc cung cấp oxy vào các cơ khớp bị hạn chế, dẫn đến tình trạng cứng khớp khiến BN có thể bị teo cơ, bại liệt... [45][46]

1.2.1.2. Nguyên nhân đau cổ gáy cấp tính:

- Ngồi quá lâu
- Cơ thể bị nhiễm lạnh đột ngột
- Nằm sai tư thế khi ngủ như kê đầu quá cao

Cơ ở cổ, vai và gáy bị căng cứng, tắc nghẽn khí huyết, làm máu lưu thông kém dẫn đến hiện tượng chèn ép dây thần kinh. Điều này chính là nguyên nhân gây ra các cơn đau cổ gáy cấp.

1.2.1.3. Triệu chứng đau cổ gáy cấp

- BN bị đau cổ gáy cấp tính sẽ tự khỏi vài tiếng sau đó và không tái phát.

- Bệnh đau cổ gáy cấp xuất hiện rất bất ngờ, thông thường xuất hiện ngay lúc sáng sớm sau khi ngủ dậy.

- Cơn đau xuất hiện vùng cổ vai gáy, có lúc còn thêm cả đau lưng trên. Ban đầu cơn đau xuất hiện nhẹ làm hạn chế vận động ở cổ, khó khăn khi quay đầu do đó, người bệnh chỉ có thể nghiêng hai bên mà không thể xoay ra sau.

- Cơn đau tăng dần lên khi đi lại, ngồi lâu, cử động vùng cổ, ho, hắt hơi hay thay đổi thời tiết.

+ BN có thể kèm theo triệu chứng hoa mắt, chóng mặt, ù tai, lúc ăn khó nuốt, đi loạng choạng, mệt mỏi, không tập trung,...

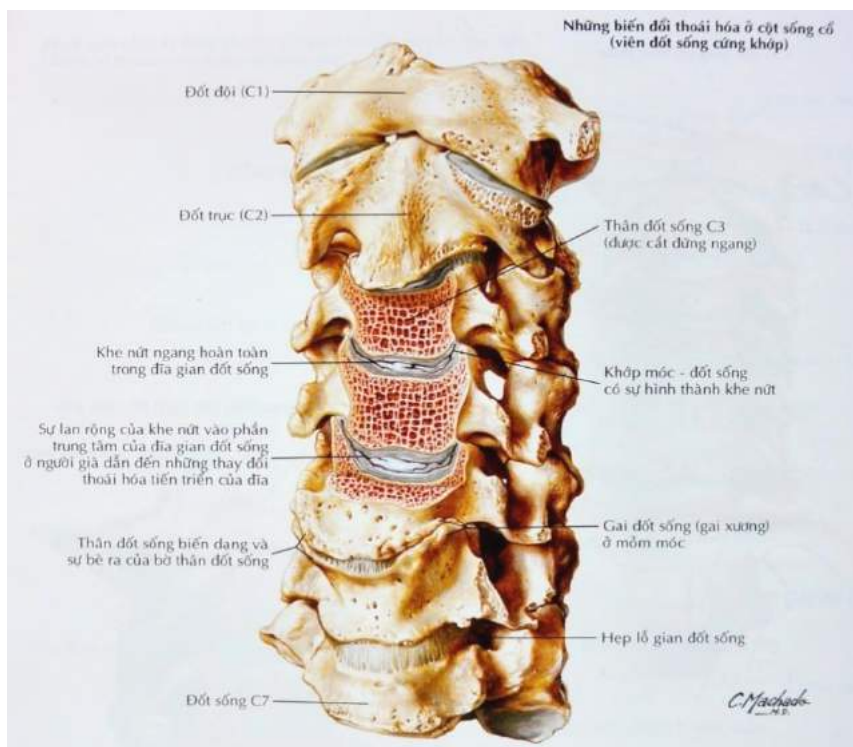
1.2.2. Đau cổ gáy mãn tính

1.2.2.1. Định nghĩa

Bệnh đau cổ gáy cấp nếu không được điều trị kịp thời cũng có thể dẫn đến tình trạng mãn tính, lúc này việc chữa trị sẽ khó khăn và nguy hiểm hơn.

1.2.2.2. Nguyên nhân

- Thoát vị đĩa đệm
- Bị hẹp lỗ liên hợp cột sống cổ
- Hẹp ống sống cổ
- Bị thoái hóa đĩa đệm đốt sống cổ
- Viêm khớp cột sống
- Do các dị tật bẩm sinh, cong vẹo cột sống
- Do bị ung thư, lao, thiếu năng mạch vành...



Hình 1.2. Những biến đổi thoái hóa ở cột sống cổ [47].

1.2.2.3. Triệu chứng:

Biểu hiện rõ ràng nhất là đau, cơn đau thường xuyên âm ỉ khắp vùng bả vai, cổ. Cơn đau sau đó lan xuống 2 cánh tay gây nhức, tê mỏi chân tay. Cơn đau lan lên vùng đầu, gây đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, giảm chức năng vận động...

- Do bị thoát vị đĩa đệm: các đĩa đệm bị thoát vị chèn ép vào các rễ thần kinh ở cổ, nên các cơn đau vai gáy thường lan xuống 2 tay, ban đầu là tê bì, hoặc đột ngột đau nhói ở bàn tay. Lâu dần, các cơn đau kéo dài âm ỉ theo thời gian, chức năng vận động ở 2 bàn tay yếu kém, có thể dẫn tới rối loạn hoặc mất chức năng vận động.

- Bị hẹp lỗ liên hợp cột sống cổ: trường hợp này các cơn đau xuất hiện sau các hoạt động mạnh, hay một số tư thế nhất định.

- Hẹp ống sống cổ: chứng bệnh này cũng rất nguy hiểm, cơn đau lan xuống tay kèm theo các hoạt động cầm nắm, bê vác rất khó khăn, thỉnh thoảng xuất hiện co giật ở tay.

- Thoái hóa đĩa đệm cột sống cổ: đau tăng lên khi vận động, giảm bớt khi nghỉ ngơi, kể các hoạt động ho hay hắt xì đều cảm thấy đau. Đau lan lên đầu, gây rối loạn (paracetamol, efferalgan), efferalgan codein, morpphin... tùy theo tình tiền đình, ù tai, hoa mắt, chóng mặt, suy giảm trí nhớ, hãy bị ngất đột ngột... rất nguy hiểm cho BN.

- Viêm khớp cột sống: Các cơn đau thường đến vào ban đêm, hoặc rạng sáng lúc chúng ta đang ngủ, khiến BN không thể ngủ ngon, hay mệt mỏi, cáu gắt, càng đau hơn khi thời tiết chuyển lạnh.

1.2.3. Điều trị đau cổ gáy cấp và mãn tính

- Thuốc giảm đau: chọn một trong các thuốc theo bậc thang của tổ chức y tế thế giới: Acetaminophen trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.

- Thuốc chống viêm không steroid:

Chọn một trong các thuốc sau:

+ Diclophenac (voltaren) viên 50mg: 2 viên/ngày chia 2 lần sau ăn no. có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi BN đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

+ Meloxicam (Mobic) viên 7,5mg: 1- 2 viên/ngày sau ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15mg/ngày x 2 - 3 ngày nếu BN đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

+ Piroxicam (Felden) viên hay ống 20mg, uống 1 viên/ngày sau ăn no hoặc tiêm bắp ngày một ống trong 2 - 3 ngày đầu khi BN đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

+ Celecoxib (Celebrex) viên 200mg, liều 1 đến 2 viên/ngày sau ăn no.

- Thuốc giãn cơ: chọn một trong các thuốc

+ Mydocalm: 150mg x 3 viên/ngày (nếu cơ cơ nhiều) hoặc Mydocalm 50mg x 4 viên/ngày.

+ Myonal 50mg x 3 viên/ ngày.

1.3. Đau cổ gáy theo y học cổ truyền

1.3.1. Bệnh danh

Theo y học cổ truyền đau cổ gáy thuộc phạm vi “Chứng Tý”. Chứng Tý là chỉ tình trạng ngoại tà xâm phạm vào kinh mạch làm bế tắc dẫn đến khí huyết vận hành không thông với triệu chứng bì phu (da), cân cốt (gân xương), cơ nhục, khớp xương tê bì đau tức ê ẩm, sưng, co duỗi khó khăn [6][7][8].

1.3.2. Nguyên nhân

+ **Do ngoại nhân:** Do phong hàn thấp bên ngoài xâm nhập vào làm cho khí huyết trong kinh lạc bị bế tắc gây nên đau, cử động khó khăn. Gặp nhiều ở những người cơ thể suy yếu, lớn tuổi .

Tuệ Tĩnh (thế kỷ 14) cho rằng: Ba khí phong, hàn, thấp xâm phạm vào kinh lạc trước sau đó xâm phạm vào xương thì nặng nề, khó cử động, vào mạch thì huyết động không lưu thông, vào gân thì co duỗi không được, vào thịt thì tê dại cấu không biết đau [8].

+ **Do nội thương:** Do nguyên khí suy yếu, hoặc có sẵn khí huyết hư suy, hoặc do ốm lâu tổn thương khí huyết hoặc tuổi già thiên quý suy ảnh hưởng làm cho Can Thận hư, tà khí nhân cơ hội xâm nhập gây bệnh.

Hải Thượng Lãn Ông cũng đã đề cập đến bệnh này, phát bệnh buổi sáng là do khí trệ dương hư, phát bệnh buổi chiều là do huyết nhiệt âm tổn. Thận chủ cốt tàng chân âm, là nơi trú ngụ của nguyên dương lấy tiên thiên làm gốc, can chủ gân, điều khiển toàn thân, gân, khớp. Bệnh Tý lâu ngày làm tổn thương phần âm dẫn đến thận thủy thiếu hụt. Thận thủy không dưỡng được can mộc, làm can mộc phong hỏa thiêu đốt âm tinh, gân cốt khớp, mạch lạc không được nuôi dưỡng, làm khớp đau, chi thể tê bì, co duỗi hạn chế, vận động khó khăn. Lưng là phủ của thận, thận âm bất túc tức là lưng mỏi, vô lực. Can thận âm hư, mạch lạc không vinh nhuận, huyết mạch bất thông, khí huyết ngưng trệ, khớp sưng, biến dạng [8][9].

+ **Do bất nội ngoại nhân:** Tô Vấn cho rằng ngoài nguyên nhân ngoại nhân và nội thương thì ẩm thực, lao động, thói quen sinh hoạt không điều độ cũng là nguyên nhân gây ra chứng Tý.

Ngoài các nguyên nhân trên trong các tài liệu phân loại nguyên nhân gây chứng tý gần đây có đề cập đến vấn đề Đàm và Huyết ứ. Đàm trọc, huyết ứ tức là ứ huyết cùng đàm thấp hồ kết mà thành, giao kết lưu lại làm tắc trở kinh lạc, khớp, cơ nhục dẫn đến cơ, nhục, khớp sưng phù, đau. Đàm ứ lưu tại cơ phu, nhìn thấy cục, hạt nổi lên, hoặc thấy ban ứ. Nếu xâm nhập vào gân, cốt dẫn đến đến khớp cứng, biến dạng. Đàm ứ lâu ngày trở trệ, kinh mạch cơ phu không được nuôi dưỡng dẫn đến tê liệt [8].

1.3.3. Các thể lâm sàng theo YHCT

Bệnh được chia làm nhiều thể:[8][10][11]

1.3.3.1. Thể phong hàn:

Triệu chứng: Đầu, gáy, vai và lưng trên đau, gáy cứng, có nhiều điểm đau ở cổ, có cảm giác như nhịp đập ở cổ, cử động khó khăn, tay chân tê, đau, mỏi, chi trên có cảm giác nặng, không có sức, thích ấm, sợ lạnh, rêu lưỡi mỏng, trắng nhạt. Mạch phù hoãn hoặc phù khẩn.

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

Cổ phương dùng bài Quế chi gia cát căn thang gia giảm

Cát căn 15g	Tam thất 3g
Mộc qua 9g	Đương quy 9g
Quế chi 9g	Sinh khương 3 lát
Cam thảo 6g	Xuyên khung 9g
Bạch thực 9g	Đại táo 3 quả
	Thương truật 9g

Sắc uống mỗi ngày một thang, mỗi thang sắc làm ba lần uống sáng, trưa, tối trong ngày, uống ấm, sau bữa ăn 1-2h

- Châm cứu: châm tả Hậu khô, Phong trì, Đại chùy, Liệt khuyệt.

1.3.3.2. *Thể thấp nhiệt (đau cổ gáy do viêm nhiễm)*

Triệu chứng: Sung, nóng, đỏ, đau, hạn chế vận động vùng vai gáy, có thể có sốt, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch phù sắc.

Pháp điều trị: Khu phong, trừ thấp, thanh nhiệt giải độc, hành khí hoạt huyết.

Bài thuốc

Hy thiêm thảo	16g	Kim ngân hoa	10-12g	Sài đất	10g
Sinh địa	12g	Ý dĩ	16g	Cỏ xước	12g
Rễ xấu hổ	12g	Diệp cá	10g	Nga truật	12g
Huyền sâm	12g	Tỳ giải	12g		

Sắc uống ngày một thang.

Châm tả các huyết: Phong môn, Đại chùy, Khúc trì, Hợp cốc và các huyết lân cận.

Không xoa bóp bấm huyết.

1.3.3.3. *Thể khí trệ huyết ứ*

Triệu chứng: Đầu, gáy, vai, lưng đau, tê, đau ê ẩm, đau vùng nhất định, ban ngày đỡ, ban đêm đau nhiều hơn, ấn vào đau, chân tay tê mỏi, co rút (đêm bị nhiều hơn ngày), miệng khô, lưỡi đỏ tím hoặc có điểm ứ huyết, mạch huyền sáp.

Pháp điều trị: Hoạt huyết, hoá ứ, thông kinh hoạt lạc.

Cổ phương dùng bài “Đào hồng ẩm gia giảm”

Đào nhân	12g	Ngũ linh chi	10g
Hồng hoa	8g	Chi tử	12g
Xuyên khung	12g	Diên hồ sách	10g
Đương quy	12g	Uy linh tiên	10g

+ Châm cứu: Hậu Khê, Thân mạch, Tam âm giao, A thị huyết

1.3.3.4. **Thể Phong hàn thấp trên can thận âm hư**

Triệu chứng: Gáy, vai lưng đau, có khi đau lan lên đầu, tay chân tê, mất cảm giác, thắt lưng đau, đầu gối mỏi, chóng mặt, hoa mắt, gò má đỏ, mồ hôi trộm, họng khô, lưỡi đỏ, rêu lưỡi mỏng. Mạch tế sác.

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

Cổ phương dùng bài “Hỗ tiềm hoàn gia giảm”

Ngưu tất	12g	Tri mẫu	9g
Thục địa	12g	Hoàng bá	9g
Đan sâm	12g	Quy bản	9g
Đương quy	9g	Thỏ ty tử	9g
Bạch thược	9g	Kê huyết đằng	9g
Tòa dương	9g		

- Châm cứu: Thái Khê, Đại trũ, Huyền chung.

1.4. Phương pháp điện châm

1.4.1. **Khái niệm về châm**

Châm là dùng kim châm vào huyết để gây kích thích đạt tới phản ứng của cơ thể nhằm mục đích chữa bệnh. Tác dụng của châm là "điều khí", tạo ra kích thích vào huyết để lập lại quá trình cân bằng âm - dương, nghĩa là phục hồi trạng thái sinh lý, loại trừ trạng thái bệnh lý, đưa cơ thể trở lại hoạt động của chức năng bình thường.

1.4.2. **Phương pháp điện châm**

Điện châm là một phát triển mới của châm và kết hợp YHHD với YHCT, phát huy được cả tác dụng của dòng điện điều trị lẫn tác dụng của huyết châm. Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng chữa bệnh châm kim của châm cứu với kích thích điện của các dòng điện: một chiều (galvanic), cảm ứng (faradic) xung một pha hay hai pha, xung đều hay không đều... kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu đau, kích thích hoạt động các cơ, các tổ chức và tăng cường dinh dưỡng các tổ chức [9].

1.4.3. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học hiện đại

Cơ chế tác dụng của châm đã được nghiên cứu từ những năm 70 của thế kỷ XX. Trong đó có những thuyết kích thích gây ra một cung phản xạ mới ưu thế vỏ não của Utomski, hay sự phân tiết đoạn thần kinh... [9].

1.4.3.1. Hiện tượng chiếm ưu thế vỏ não của utomski

Châm là kích thích cơ giới. Tại nơi châm có những biến đổi: tổ chức tại nơi châm bị tổn thương sẽ tiết ra histamin, nhiệt độ da thay đổi, bạch cầu tập trung, phù nề tại chỗ, các phản xạ đột trực làm co giãn mạch máu.

Tất cả các kích thích trên tạo thành một kích thích chung của châm, các luồng xung động của kích thích được truyền vào tủy sống lên não, từ não xung động chuyển động tới cơ quan đáp ứng hình thành một cung phản xạ mới.

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

Như trên đã trình bày, châm hay cứu là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới, nơi đường đi kích thích được đầy đủ sự ức chế và hưng phấn do tổn thương bệnh lý gây ra, tiến tới làm mất hoặc phá vỡ cung phản xạ bệnh

lý.

1.4.3.2. Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và sự liên quan giữa các tạng phủ đối với vùng cơ thể do tiết đoạn chi phối

Thần kinh tủy sống có 31 đôi dây, mỗi đôi dây chia ra ngành trước và ngành sau chi phối vận động và cảm giác một vùng cơ thể gọi là tiết đoạn. Sự cấu tạo thần kinh này gọi là sự cấu tạo tiết đoạn.

Mỗi tiết đoạn thần kinh chi phối cảm giác ở một vùng da nhất định của cơ thể có thể liên quan đến hoạt động của nội tạng nằm tương ứng với nó. Khi nội tạng có bệnh, người ta thấy có sự tăng cường cảm giác vùng da cùng tiết đoạn với nó như cảm giác đau, thay đổi điện sinh vật.

Hiện tượng này xảy ra do những sợi thần kinh giao cảm bị kích thích xung động dẫn động truyền vào tủy lan tỏa vào các tế bào cảm giác sừng sau tủy sống gây ra nhưng thay đổi về cảm giác ở vùng da. Mặt khác những kích thích giao cảm làm co mạch, sự cung cấp máu ở vùng da ít đi và làm điện trở ở da giảm xuống gây ra những thay đổi về điện sinh vật.

1.4.3.3. Lý thuyết về đau của Melzak và Wall (công kiểm soát-1965)

Trong trạng thái bình thường, các cảm thụ bản thể đi vào sừng sau tủy sống ở các lớp thứ ba, bốn (gồm các tế bào của các chất keo và các tế bào chuyển tiếp làm cảm giác đau hoặc không đau, đường dẫn truyền tế bào như cánh cửa kiểm soát, quyết định cho những cảm giác nào đi qua). Ở trạng thái bình thường luôn có những xung động, những xung động này phát huy ức chế, qua tế bào chuyển tiếp và đi lên trên với kích thích vừa phải. Xung động được tăng cường đến làm hưng phấn tế bào chất tạo keo làm khử cực dẫn truyền và đi lên.

1.4.3.4. Thuyết phản xạ thần kinh

Nhiều tác giả đều nhất trí cho rằng điện châm cũng như tác động khác lên huyết sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và

cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại A δ type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh-từ mức tuỷ sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các tạng phủ... Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hoá khi tác động vào huyết có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này.

1.4.4. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học cổ truyền

Âm dương là thuộc tính của mọi sự vật, hai mặt âm dương luôn có quan hệ mâu thuẫn với nhau. Trong cơ thể tạng phủ khí huyết, tinh thần luôn luôn giữ được sự thăng bằng, nương tựa vào nhau để hoạt động. Châm có tác dụng điều hòa lại âm dương, nâng cao chính khí thông qua các phương thức bổ hay tả để tạo lập cân bằng cho người bệnh.

Về nguyên nhân gây đau và làm cho hết đau, trong các y văn cổ đã ghi: "Khí tổn thương thì đau", "đau do khí huyết không lưu thông, khí huyết bị ứ trệ", nghĩa là sự vận hành của "khí huyết" trong kinh mạch có trở ngại, không thông thì gây nên đau, do đó chữa bệnh cần "làm thông kinh mạch, điều hòa khí huyết" [9].

Châm có tác dụng thúc đẩy khả năng tự điều chỉnh cùng đưa cơ thể trở về trạng thái hoạt động sinh lý bình thường và duy trì cho cơ thể luôn ở trạng thái bình thường đó. Các thầy thuốc cổ đại đều nhấn mạnh châm phải gây được "đắc khí" mới đạt hiệu quả chữa bệnh. Đắc khí là cảm giác kim bị nút chặt, cảm giác nặng chặt ở tay người châm và cảm giác tức, nặng trướng của người được châm. Trong các sách cổ có viết " Nếu thần khí đến, kim thấy chặt", nói lên cảm giác căng nặng sinh ra lúc châm vào huyết có quan hệ với hoạt động của "thần khí" [13].

Mặt khác châm còn giúp điều hòa cơ năng hoạt động hệ kinh lạc. Mà bệnh tật là do tà khí bên ngoài xâm nhập hay do bên trong là chính khí hư suy gây ra sự bế tắc vận hành kinh khí. Việc châm thông qua hệ thống kinh lạc

mạch giúp làm tăng kinh khí giúp đạt được mục đích điều trị [14].

Tóm lại, theo lý luận YHCT, châm là dùng kim châm vào huyết với mục đích điều khí, hoà huyết để duy trì sự hoạt động bình thường của cơ thể, tiêu trừ các hiện tượng mất thăng bằng. Cơ sở của châm chính là kinh lạc và huyết vị. Tác động lên huyết một lượng kích thích thích hợp ta có thể điều hoà được khí, khí hoà thì huyết hoà. Khi huyết hoà, tuần hoàn của khí huyết trong kinh mạch thuận lợi, khí huyết lưu thông, lập lại thăng bằng âm dương, đưa cơ thể trở về trạng thái sinh lý bình thường.

1.5. Phương pháp cứu bằng Đại ngải cứu Việt

1.5.1. Dược tính và tác dụng của Ngải diệp

Cây Ngải cứu có tên khoa học là *Artemisa vulgaris* L. (theo tiếng Anh là *Argy worm wood leaf*), (tiếng khác là *Co linh ly* (Thái), *Quá sú* (tiếng mè), (thức cứu, nhả ngải (tiếng tà)), là loại cỏ sống lâu cao khoảng 0,4 đến 1,5m mọc hoang và được trồng ở vườn nhà khắp nơi trên đất nước ta. Lá mọc so le, rộng, không có cuống, lá sẻ nhiều kiểu, từ lõi sẻ lông chim đến lõi sẻ từng thùy theo đường gân. Mặt trên lá tương đối nhẵn màu xanh lục, mặt dưới màu tro trắng do có rất nhiều lông nhỏ trắng, khi khô trên hơi xám màu, mặt dưới vẫn trắng[15][16][17].

Dược tính: Ngải diệp có vị đắng, cay, ôn, có tác động đến can, tì, thận kinh.

Tác dụng: Cuốn "Bản thảo bị yêu" có nói: "Ngải diệp có vị đắng, tính ôn, thuần dương, có thể vãn hồi phần dương, thông thập nhị kinh mạch... Mọi ngải có thể chữa bách bệnh". Cuốn "Thần cứu kinh luận" có nói: "Cứu lấy tính nóng mà dẫn, có thể tiêu âm tà, thể nhược thì nên dùng, khéo dẫn vào tạng phủ, dùng mọi ngải có thể thông được thập nhị kinh mạch, nhập tam âm, thông khí huyết, chữa bách bệnh, rất hữu hiệu". Ngải diệp có đặc điểm dễ đốt có công năng dẫn kinh mạch chữa bệnh, cho nên được các nhà y học chọn làm dược liệu để cứu.



Hình 1.3. Cây ngải cứu tươi



Hình 1.4. Lá cây ngải cứu khô

1.5.2. Đai Ngải cứu Việt

Đai ngải cứu Việt: lần đầu áp dụng ở Việt Nam tại bệnh viện Châm Cứu Trung Ương (Theo sáng kiến mới của PGS- TS Nghiêm Hữu Thành).

Đai có cấu tạo gồm hai phần chính là phần đai và phần hộp.

Phần đai: được làm bằng vải, gồm một dải dài từ 60-80 cm, để ôm lấy bộ vị cần cứu và những ô nhỏ được thiết kế để đựng vừa các hộp ngải. Số lượng hộp ngải có thể từ 1 – 4 hộp hoặc hơn tùy vào vùng cần cứu cũng như mục đích điều trị khác nhau. Ví dụ như vùng cánh tay có thể sử dụng đai 1, đai 2; vùng vai gáy có thể sử dụng đai 2, đai 3; vùng thắt lưng có thể sử dụng đai 3, đai 4...

Phần hộp: có hình trụ, đường kính 8x3,5 cm, để chứa ngải cứu đoạn. Phần hộp gồm phần inox để chứa viên ngải và phần nắp nhựa để thông gió. Bên trong phần inox có bộ phận để kẹp ngải. Phần nắp gồm các lỗ thông khí

và phần xoay để giảm lượng gió thông qua đó giảm bớt lượng nhiệt từ hộp ngải cứu.

Những ưu điểm của phương pháp cứu bằng Đai hộp Ngải cứu Việt.

- Đai hộp Ngải cứu Việt lần đầu tiên được làm ở Việt Nam theo ý tưởng sáng tạo của PGS – TS Nghiêm Hữu Thành là Đai - hộp cứu ngải tạo sức nóng từ điều ngải để có thể cùng một lúc cứu được nhiều huyết theo yêu cầu biện chứng luận trị của YHCT. Ví dụ: để điều trị BN thận âm hư, can hỏa vượng, gây đau đầu mắt ngủ, khi đó phải châm tả can hỏa, đồng thời cứu các huyết bổ thận như Thái Khê, Dũng Tuyên, Thận du.

- Đai Ngải cứu Việt tạo ra sức nóng và được ổn định sức nóng thông qua các đai hộp cùng lúc với phương pháp châm để nâng cao hiệu quả điều trị của cả phương pháp châm và phương pháp cứu, trả lại đúng giá trị của phương pháp châm cứu (là châm đồng thời với cứu).

- Đai ngải cứu Việt dễ thực hiện, tăng năng suất và tiết kiệm nhân lực thực hiện phương pháp cứu, một thầy thuốc có thể cứu cho nhiều người bệnh, tiết kiệm đáng kể nhân lực, nâng cao năng suất đến 3-4 lần so với phương pháp cứu truyền thống.

- Đai ngải cứu Việt đã được triển khai và đã được ứng dụng điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung Ương trong những năm gần đây.

- Đai ngải cứu Việt góp phần tích cực cùng phương pháp Châm Việt, tạo nên hiệu ứng tích hợp để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị châm cứu Việt Nam, làm cho châm cứu Việt tích cực xây dựng hình ảnh của nền YHCT Việt Nam cùng với ngành y tế Việt Nam hội nhập với Thế giới trong thế kỷ XXI.

Bảng đo nhiệt độ khi dùng Đai ngải cứu Việt

Thời gian	5 phút	10 phút	15 phút	20 phút
Nhiệt độ	40,4°C	42,9°C	43,2°C	43,0°C

Các bước sử dụng “Đai Ngải cứu Việt”:

Ngải cứu điều (có kích thước: 18mm x 20cm) được cắt thành từng đoạn với chiều dài 2cm, sau đó đặt ngải cứu đoạn vào giá kẹp bên trong phần inox và đốt 2 đầu, sau đó vặn chặt phần nắp lại. Đặt hộp ngải cứu vào trong đai hộp ngải cứu rồi thít dây chặt lại sau đó đặt Đai hộp ngải cứu Việt lên vùng cần điều trị. Với cấu tạo gồm những lỗ thông khí, phần nắp có thể điều chỉnh được lượng gió đi vào và đi ra khỏi hộp, thông qua đó điều chỉnh lượng nhiệt cho phù hợp với vùng điều trị, mục đích điều trị cũng như khả năng chịu đựng của BN.

Đai Ngải cứu Việt dùng để cứu cũng tương tự với các phương pháp cứu ngải truyền thống khác. Tuy nhiên, “Đai Ngải cứu Việt” có những điểm ưu việt hơn là tạo ra sức nóng ổn định nên rất an toàn trong quá trình điều trị, cùng lúc cứu được nhiều huyết và nó giúp tiết kiệm nhân lực vì đồng thời cùng một lúc có thể mang nhiều đai cho nhiều BN cùng cứu ngải, nâng cao hiệu quả điều trị.



Hình 1.5. Đai – ngải cứu Việt

1.5.3. Tác dụng của phép cứu

Phép cứu là một phép dùng độ nóng vừa để kích thích. Cuốn "Linh khu" có nói: "Nếu bệnh hàn thì nên cứu".

Căn cứ vào thực tiễn lâm sàng và các nghiên cứu , tác dụng của phép cứu là:

+ Ôn thông kinh khí, khứ tán âm hàn: sức nóng của cứu thấm vào da thịt mà lưu hành được khí huyết. Cho nên ngải cứu có thể trị được các chứng đau do hàn thấp, khử được chứng lạnh cố hữu.

+ Ôn bổ ích khí, phù dương hãm thoát: Theo sách "Tổ vấn" ở phần "Sinh khí luận" có nói: "Dương khí nếu như mất dần thì giảm thọ, có thể thấy dương khí đối với cơ thể là rất quan trọng. Dương khí mà suy thì âm khí mạnh lên, âm thịnh thì hàn, chân tay lạnh giá, thậm chí dương khí muốn thoát ra. Lúc đó có thể dùng Ngải cứu để ôn bổ dương khí.

+ Hành khí hoạt huyết, tiêu ứ tán kết: Cứu có thể khiến khí huyết vận hành tốt hơn, nên có thể tan được ứ kết. Bởi vậy phép cứu cũng thường dùng với chứng khí huyết ngưng trệ. Theo sách "Linh khu", nếu như cứu ở huyết "Túc tam lý" hoặc huyết "Dũng tuyền" ở chi dưới, có thể chữa được

chứng vầng đầu hoa mắt do thượng thực hạ hư, nếu cứu ở huyết Bách hội thuộc đỉnh đầu có thể chữa được chứng thượng hư hạ thực cùng là chứng khí hư hãm do thoát dương, sa dạ con, đi tả lị lâu ngày [18].

- Phương pháp cứu ngải: là phương pháp dùng sức nóng của mồi ngải tác động lên huyết nhằm mục đích chữa bệnh.

- Những điểm còn hạn chế của phương pháp cứu ngải truyền thống:

- + Độ nóng không ổn định, có thể gây bỏng cho người bệnh.
- + Thao tác cứu phức tạp, khó thực hiện, mất thời gian.
- + Cần nhiều nhân lực thực hiện việc cứu ngải.

1.6. Một số nghiên cứu đã có về điều trị đau cổ gáy

Nghiên cứu của Phan Kim Toàn và Hoàng Hà Kiệt (2003) nghiên cứu 40 BN THCS được điều trị ở học viện Quân Y bằng phương pháp kéo giãn trên máy Eltrac – 471 thời gian từ 1 đến 2 tuần thấy kết quả tốt là 50% [19].

Năm 2003, Trần Tử Phú Anh tiến hành so sánh điều trị đau cổ vai do THCS bằng các phương pháp vật lý trị liệu và dùng thuốc thấy tỷ lệ BN mọc gai xương, mổ xương là 100% trường hợp; tỷ lệ BN không còn ảnh hưởng chức năng sau 2 tuần điều trị bằng thuốc là 18,8%, vật lý trị liệu đơn thuần là 31,3% [20].

Tác giả Lưu Thị Hiệp nghiên cứu 60 BN đau vai gáy bằng phương pháp châm cứu kết hợp kéo giãn tại viện Y Dược dân tộc Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 10 năm 2004 đến tháng 5 năm 2005 với thời gian điều trị là 20 ngày thấy hiệu quả giảm đau rõ, cải thiện tốt về biên độ, tầm vận động khớp tương đương với dùng thuốc Tây y, mặt khác còn tránh được tác dụng phụ do dùng thuốc [21].

Năm 2006, tác giả Trần Nguyễn Phương đánh giá điều trị BN đau vai gáy do THCS C bằng phương pháp kéo dẫn cột sống cổ trên máy Eltrac 471 thấy

tỷ lệ BN đến muộn trên 3 tháng là chủ yếu [22].

Năm 2008, tác giả Nguyễn Thị Thắm đánh giá hiệu quả đau cổ vai gáy trong THCSC bằng một số phương pháp vật lý kết hợp vận động trị liệu. Sau 20 ngày điều trị cho thấy: kết quả tốt 70,7%; kết quả khá 29,3% [23].

Tác giả Mai Trung Dũng (2014) về kết hợp điều trị với con lăn Doctor100 trên BN hội chứng cổ vai cánh tay cho kết quả 56,67% tốt, 20% khá và 23,33% trung bình [24].

Tác giả Đặng Trúc Quỳnh (2014) sử dụng phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp Cát căn thang trong điều trị đau vai gáy do THCSC, kết quả đạt 76,7% tốt và 23,3% khá [25].

Tác giả Nguyễn Vũ Úy (2017), sử dụng bài thuốc “Thư cân hoạt huyết thang” kết hợp điện châm điều trị đau vai gáy do THCSC trên 100 BN, kết quả có 12% tốt, 80% khá, 6% trung bình và 2% kém [26].

Tác giả Nguyễn Thị Thân Giang (2018) sử dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp “Tần giao thiên ma thang” điều trị hội chứng cổ vai tay do THCSC đạt 53,4% tốt, 43,3% khá và 3,3% trung bình [27].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu gồm 60 BN được chẩn đoán xác định là thoái hóa cột sống cổ thể Can thận âm hư, nguyên nhân do phong hàn thấp, điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại

**Tiêu chuẩn lâm sàng:*

+ Bệnh nhân đau cổ gáy âm ỉ, đau tăng lên sau khi đi lạnh về. Ban đầu cơn đau xuất hiện nhẹ làm hạn chế vận động ở cổ, khó khăn khi quay đầu, do đó người bệnh chỉ có thể nghiêng hai bên mà không thể xoay ra sau.

+ Cơn đau tăng dần lên khi đi lại, ngồi lâu, cử động vùng cổ, ho, hắt hơi hay thay đổi thời tiết.

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị.

**Cận lâm sàng:*

Trên phim X - quang có: Hình ảnh thoái hóa cột sống cổ, thoái hóa thân đốt, hẹp lỗ liên đốt, vôi hóa dây chằng, đặc xương dưới sụn, mờ hẹp khe khớp đốt sống.

2.1.3. Tiêu chuẩn chọn BN theo y học cổ truyền

Bệnh nhân sau khi được lựa chọn theo tiêu chuẩn của YHHĐ đồng thời có các chứng trạng lâm sàng phù hợp với chứng “Lạc chẩm”, “Kiên thống”, “Kiên tý toan thống” của Y học cổ truyền

2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có kèm thêm chấn thương CSC, các bệnh lý bẩm sinh tại cột sống và vùng tủy.

- Có hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên phim chụp CTscan hoặc MRI.
- Các trường hợp đau có hạn chế vận động khớp vai.
- Viêm đốt sống, các trường hợp loãng xương nặng biểu hiện trên phim X-quang như lún xẹp, vỡ thân đốt sống.
- BN mắc các bệnh mạn tính: suy tim, xơ gan, lao, ung thư, BN tâm thần...

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân không tuân thủ thời gian điều trị và phương pháp điều trị.

2.1.5. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu: 60 bệnh nhân (là cỡ mẫu tối thiểu theo phương pháp chọn cỡ mẫu có chủ đích).

2.1.6. Phân nhóm nghiên cứu

BN đau cổ gáy được lựa chọn theo tiêu chuẩn YHHD và YHCT được chia 2 nhóm (nhóm nghiên cứu và nhóm chứng) với sự tương đồng về tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian bị bệnh.

- Nhóm nghiên cứu: điều trị bằng điện châm kết hợp với đeo đai hộp ngải cứu Việt.
- Nhóm chứng: điều trị bằng điện châm.
- Liệu trình điều trị của cả hai nhóm là 20 ngày.
- Phác đồ huyết châm cứu: Phong trì, Đại chùy, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Khúc trì, Hợp cốc, Thận du, Túc tam lý. Tam âm giao.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trước sau điều trị.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Máy điện châm do Bệnh Viện Châm Cứu Trung Ương sản xuất

- Bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống NDI (Neck disability index)
- Thước đo độ đau VAS của hãng Astra- Zeneca
- Thước đo tầm vận động cột sống cổ
- Kim châm cứu vô khuẩn các loại có độ dài 5cm - 10 cm, đường kính 0,6 - 0,8 mm
- Ống nghe, huyết áp kế, bông cotton vô trùng, kẹp có máu, khay quả đậu, hộp chống sốc.

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

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.3.1. Chỉ tiêu đặc điểm chung

- Phân bố theo nhóm tuổi.
- Phân bố theo giới tính.
- Phân bố theo nghề nghiệp
- Phân bố theo thời gian mắc bệnh.
- Phân bố theo vị trí tổn thương.

Các chỉ tiêu tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân điều trị.

2.2.3.2. Chỉ tiêu lâm sàng

- Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS.
- Đánh giá tầm vận động cột sống cổ (6 động tác): cúi, ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái, xoay phải, xoay trái.
- Đánh giá cải thiện sinh hoạt hàng ngày và hoạt động thông qua bộ câu hỏi NDI.
- Đánh giá hiệu quả điều trị chung.
- Đánh giá hiệu quả của cấn lâm sàng.
- Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

2.2.4. Cách đánh giá từng chỉ tiêu nghiên cứu

* Đánh giá mức độ đau

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

- Một mặt: chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm.

- Một mặt: có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức độ bệnh nhân tự lượng giá cho đồng nhất độ đau như sau:

+ Hình tượng thứ nhất (tương ứng 0-1 điểm): bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào.

+ Hình tượng thứ hai (tương ứng 2-3 điểm): bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường.

+ Hình tượng thứ ba (tương ứng 4-5 điểm): bệnh nhân đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc có phản xạ kêu rên.

+ Hình tượng thứ tư (tương ứng 6-7 điểm): đau nhiều, đau liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên.

+ Hình tượng thứ năm (tương ứng 8 - 10 điểm): đau liên tục, toát mồ hôi. Có thể choáng ngất.

Mức 0 điểm : Không đau

Trên 0 - 2 điểm: Đau nhẹ

Trên 2 - 4 điểm: Đau vừa

Trên 4 - 6 điểm: Đau nhiều

Trên 6 điểm: Đau rất nhiều

Từ mức độ đau đánh giá trên thước VAS được quy đổi ra điểm nghiên cứu như sau:

Không đau = 0 điểm

Đau nhẹ = 1 điểm

Đau vừa = 2 điểm

Đau nhiều = 3 điểm

Đau rất nhiều = 3 điểm

Đánh giá và so sánh mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị của từng nhóm và giữa hai nhóm ở các thời điểm sau 10 ngày, 20 ngày điều trị [25].

***Đánh giá tầm vận động của cột sống cổ**

Phương pháp đo TVĐ cột sống cổ dựa trên phương pháp đo TVĐ khớp do Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình của Mỹ đề ra [25]. Phương pháp này quy định mọi cử động khớp đều được đo từ vị trí khởi đầu Zero, trong đó vị trí Zero là tư thế thẳng của người được khám, gồm đầu thẳng, mắt nhìn ra phía trước, hai chân thẳng, đầu gối không gập, hai bàn chân song song với nhau, bờ trong hai bàn chân áp sát vào nhau. Vị trí giải phẫu duỗi của chi và thân thể được quy ước là 0^0 .

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

TVĐ khớp được đo bằng thước có góc là mặt phẳng hình tròn, chia độ từ $0^0 - 360^0$, một cạnh di động và một cạnh cố định, dài 30cm. BN được ngồi thẳng, tựa lưng ngang vai, khớp gối và háng gập vuông góc, hai bàn chân đặt trên sàn nhà, hai tay xuôi khép sát dọc thân người. TVĐ của cột sống cổ được đo ở các động tác gập duỗi (cúi ngửa), nghiêng bên và quay.

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

Đo độ nghiêng bên: người đo đứng phía sau BN, gốc thước đặt ở mỏm gai C7, 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 và cạnh di động đặt theo hướng đường nối từ điểm gốc C7 đến đỉnh đầu BN.

Đo cử động quay: người đo đứng ở phía sau, gốc thước là giao điểm của đường nối đỉnh vành tai hai bên cắt đường giữa thân. Hai cạnh của thước chập lại đặt theo hướng nối đỉnh đầu đi qua đỉnh mũi. Khi BN 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.

Mức độ chính xác và yếu tố ảnh hưởng phụ thuộc vào trình độ và sự thận trọng của người đo, hiểu biết và sự hợp tác của đối tượng [50].

Bảng 2.1. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý

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

Tổng hợp tầm vận động của các động tác sẽ đánh giá được mức độ hạn chế của bệnh nhân.

Bảng 2.2. Đánh giá mức độ hạn chế vận động cột sống cổ

Điểm thô	Mức hạn chế	Điểm quy đổi	Đánh giá kết quả điều trị
0	Không hạn chế	0 điểm	Tốt
1 - 6	Hạn chế nhẹ	1 điểm	Khá

7 - 12	Hạn chế trung bình	2 điểm	Trung bình
13 - 18	Hạn chế nghiêm trọng	3 điểm	Kém
19 - 24	Hoàn toàn hạn chế		

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

- Đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống:

Bộ câu hỏi Neck Disability Index của tác giả Howard Vernon là một công cụ dùng để tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy hoặc các bệnh lý chấn thương cổ. Bộ câu hỏi NDI được công bố lần đầu vào năm 1991 và là bộ câu hỏi đầu tiên cho việc tự đánh giá mức độ hạn chế gây ra do đau cổ gáy, đã được dịch ra hơn 20 ngôn ngữ và được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu điều trị [51]. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục, điểm tối đa là 50 điểm và được đánh giá như sau:

Bảng 2.3. Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày (NDI)

Điểm thô	Mức hạn chế	Điểm quy đổi	Đánh giá kết quả điều trị
0 – 4	Không hạn chế	0 điểm	Tốt
5 – 14	Hạn chế nhẹ	1 điểm	Khá
15 – 24	Hạn chế trung bình	2 điểm	Trung bình
25 – 34	Hạn chế nghiêm trọng	3 điểm	Kém
35 trở lên	Hoàn toàn hạn chế		

Đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày của từng nhóm và so sánh hai nhóm ở các thời điểm sau 10 ngày, 20 ngày điều trị.

2.2.5. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

Nhóm nghiên cứu đã xây dựng thang đánh giá kết quả điều trị chung dựa vào tổng điểm của 3 chỉ số: thước VAS, đánh giá cải thiện chất lượng cuộc sống của NDI, tầm vận động CSC:

Bảng 2.4. Bảng đánh giá kết quả điều trị chung

Kết quả	Điểm	VAS	TVĐK	Chất lượng cuộc sống
Tốt	0 – 3	Không đau	Hết hạn chế TVĐK	Không hạn chế
Khá	4 – 6	Đau nhẹ	Hạn chế ít	Hạn chế nhẹ
Trung bình	7– 9	Đau vừa	Hạn chế mức trung bình	Hạn chế trung bình
Kém	10 – 12	Đau nặng	Hạn chế nhiều	Hạn chế nghiêm trọng

Đánh giá kết quả điều trị chung của từng nhóm và so sánh hai nhóm ở các thời điểm sau 10 ngày, 20 ngày điều trị.

2.2.6. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng (nếu có).

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng bao gồm các dấu hiệu: bông rớt, vụng châm, nhiễm trùng, chảy máu.

Theo dõi sự thay đổi trên chỉ số mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương.

2.2.7. Quy trình nghiên cứu

BN phù hợp với các tiêu chuẩn chọn bệnh khi mới vào viện sẽ được làm bệnh án nghiên cứu và phân nhóm bằng phương pháp ghép cặp tương đồng theo tuổi, giới, mức độ tổn thương.

2.2.7.1. Nhóm nghiên cứu: gồm 30 BN được điều trị bằng điện châm kết hợp đeo đai hộp ngải cứu Việt theo quy trình sau:

Bệnh nhân được điều trị bằng điện châm trước rồi nghỉ 10p sau đó đeo đai hộp ngải cứu Việt

+ Điện châm: 20 phút/lần x 1 lần/ngày x 20 ngày

+ Đeo đai ngải cứu Việt: 15 - 20 phút/lần x 1 lần/ngày x 20 ngày.

- Điều trị bằng phương pháp điện châm:

Phác đồ huyết: theo hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu của Bộ Y tế[29].

Kỹ thuật châm kim:

Bước 1: Xác định đúng vị trí huyết và sát trùng da vùng huyết.

Bước 2: Châm kim vào các 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, kích thích kim cho đến khi đạt “*đắc khí*” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác nút kim chặt tại vị trí huyết)

Bước 3: Kích thích bằng máy điện châm:

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bỏ - tả của máy điện châm:

+ Tần số: tần số bỏ từ 1-3 Hz, tần số tả từ 5-10Hz

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

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

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

Liệu trình: 20 phút/lần x 1 lần/ngày x 20 ngày.

2.2.7.2. Nhóm chứng: gồm 30 BN được điều trị bằng điện châm với liệu trình 1 lần/ngày x 20 ngày với phác đồ tương tự của nhóm nghiên cứu.

- Kỹ thuật điện châm tương tự nhóm Chứng

- Kỹ thuật cứu bằng Đai Ngải cứu Việt

Bước 1: Cắt ngải cứu điều thành từng đoạn với độ dài 2cm.

Bước 2: Gài cố định 01 đoạn ngải cứu đã cắt vào mỗi hộp, sau đó đốt một đầu đoạn ngải.

Bước 3: Đóng hộp ngải cứu cẩn thận, điều chỉnh lượng gió thông qua các lỗ thông khí sau đó cho hộp ngải cứu vào đai và thít chặt dây cố định.

Bước 4: Đặt vị trí Đai ngải cứu Việt lên vùng cần điều trị.

Nhiệt độ trung bình của Đai Ngải cứu Việt lên da ổn định khoảng 43°C. Đây là nhiệt lượng tốt nhất và an toàn nhất trong phép cứu ngải.

Trong khi sử dụng yêu cầu BN nằm cố định và có sự giám sát của Thầy thuốc.

2.2.7.3. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được phân tích trên máy tính theo chương trình SPSS 20.0 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các test thống kê được dùng:

Kiểm định χ^2 : So sánh sự khác nhau giữa các tỉ lệ %.

T- student test: So sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình

2.2.7.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam

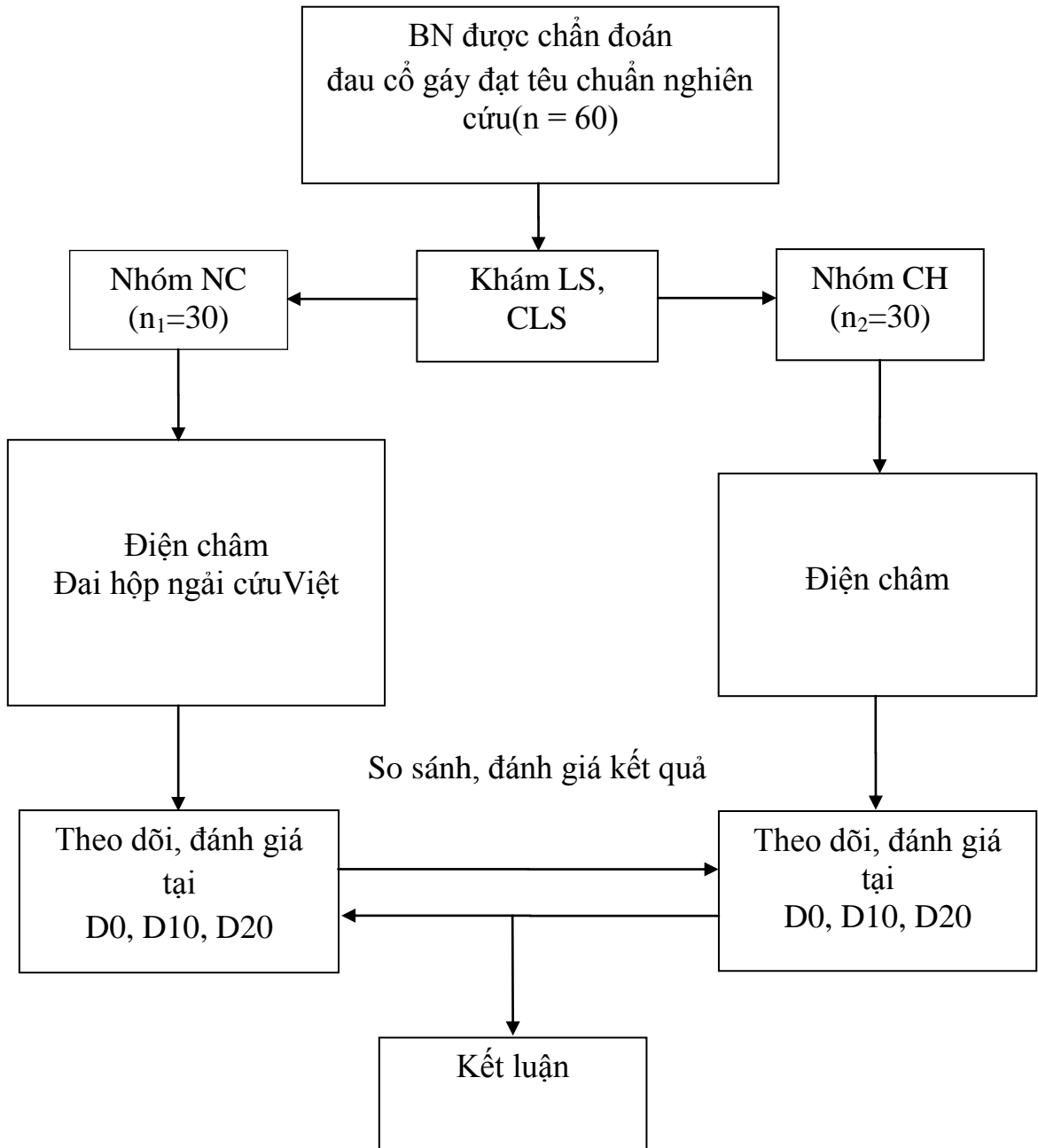
- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác.

- Bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân và người nhà được giải thích rõ ràng về mục đích, quyền lợi khi tham gia nghiên cứu và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

2.2.7.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 1 năm 2020 tại bệnh viện Châm cứu Trung Ương



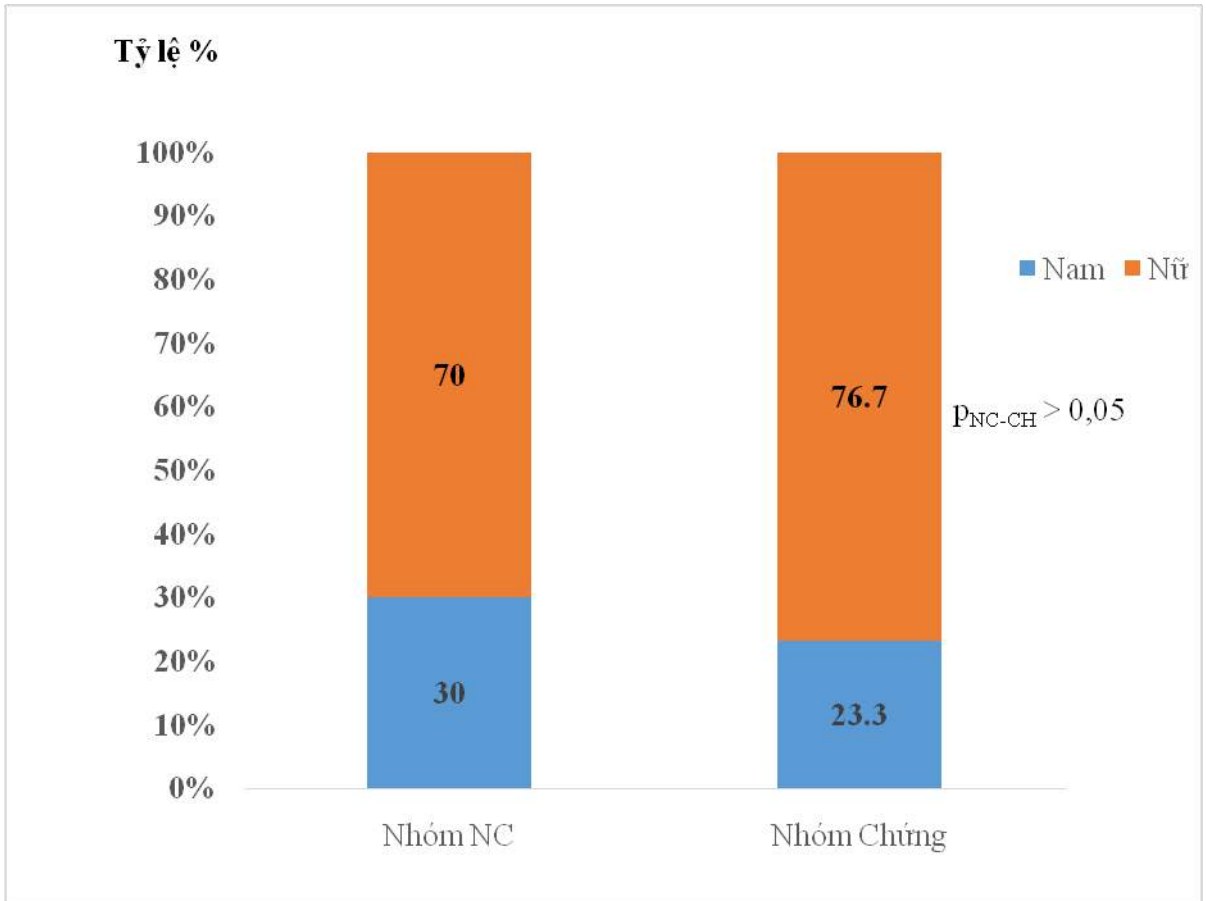
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung về giới



Biểu đồ 3.1: Sự phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới

Nhận xét:

Nhóm NC và nhóm CH đều có tỷ lệ nam thấp hơn nữ, trong đó nhóm NC có 70% là nữ và tỷ lệ này đạt 76,7% ở nhóm CH.

Sự khác biệt về tỷ lệ giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2. Đặc điểm phân bố bệnh nhân về tuổi

Bảng 3.1. Sự phân bố bệnh nhân theo tuổi ở 2 nhóm nghiên cứu

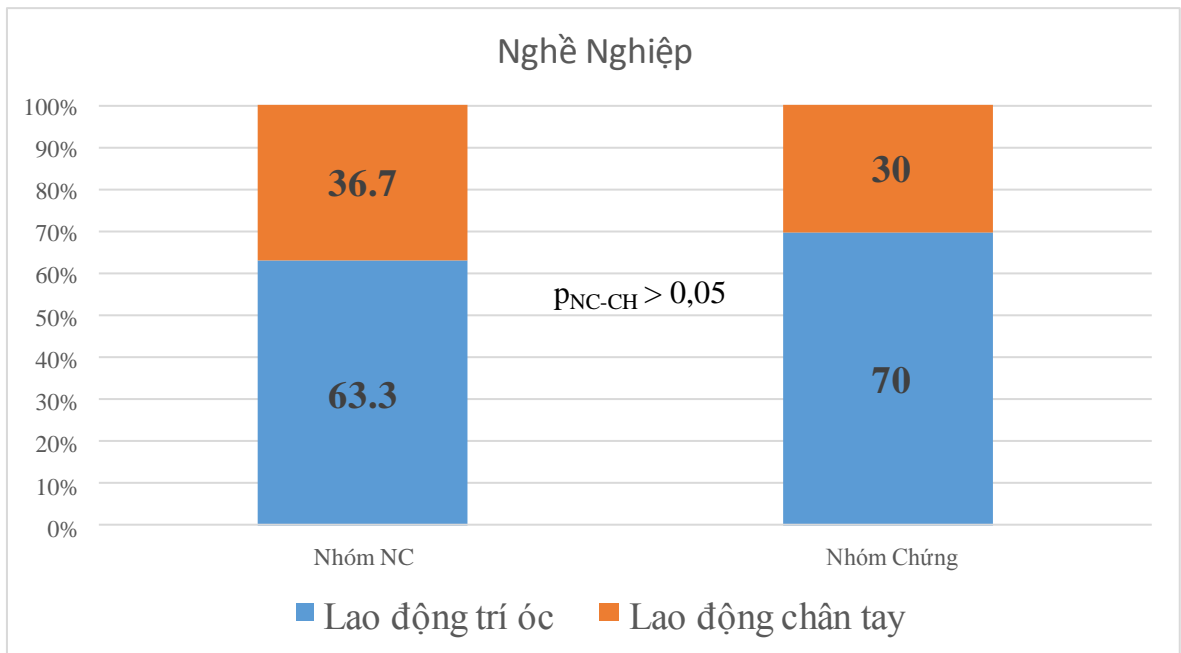
Tuổi \ Nhóm	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm CH (2) (n = 30)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
< 40	8	26,7	8	26,7
40 – 49	6	20,0	5	16,7
50 – 59	7	23,3	8	26,7
≥ 60	9	30,0	9	30,0
P ₍₁₋₂₎	> 0,05			
Tuổi TB ($\bar{X} \pm SD$)	51,66 ± 12,57		51,80 ± 12,16	
	51,73 ± 12,31			
P ₍₁₋₂₎	> 0,05			

Nhận xét:

Sự phân bố BN có sự tương đương trong các nhóm tuổi, trong đó tỷ lệ gặp cao nhất là nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm 30% ở cả hai nhóm. Tuổi trung bình của nhóm NC là $51,66 \pm 12,57$ (tuổi), nhóm CH là $51,80 \pm 12,16$ (tuổi). Sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tuổi trung bình của nghiên cứu là $51,73 \pm 12,31$ (tuổi).

3.1.3. Đặc điểm phân bố bệnh nhân về nghề nghiệp



Biểu đồ 3.2, Sự phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nghề nghiệp

Nhận xét:

Phân bố nghề nghiệp BN của nghiên cứu chủ yếu là lao động trí óc, tỷ lệ này của nhóm NC chiếm 63,3% và 70% ở nhóm CH. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Đặc điểm chung về thời gian đau trước điều trị

Bảng 3.2. Sự phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh

Nghề	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm CH (n = 30)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 1 tuần	9	30,0	10	33,3
> 1 tuần	21	70,0	20	66,7%
Tổng số	30	100	30	100
P_{NC-CH}	$> 0,05$			

Nhận xét:

Nhóm BN có thời gian mắc bệnh trước điều trị trên 1 tuần chiếm tỷ lệ cao hơn ở cả hai nhóm (70% ở nhóm NC và 66,7% ở nhóm Chứng). Sự khác

biệt về thời gian mắc bệnh của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.5. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo mức độ đau của thang điểm VAS

Bảng 3.3. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo mức độ đau của thang điểm VAS

Nhóm Mức độ đau	Nhóm NC(1) (n = 30)		Nhóm CH(2) (n = 30)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không đau	0	0,0	0	0,0
Đau nhẹ	0	0,0	0	0,0
Đau vừa	18	60,0	16	53,3
Đau nhiều	12	40,0	14	46,7
Đau rất nhiều	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	100	30	100
p_{1-2}	$> 0,05$			
VAS trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	$5,56 \pm 1,33$		$5,37 \pm 1,19$	
p_{1-2}	$> 0,05$			

Nhận xét:

Mức độ đau của hai nhóm trước điều trị chủ yếu là mức đau vừa, chiếm 60,0% nhóm NC và 53,3% nhóm CH; mức đau nặng chiếm 40,0% nhóm NC và 46,7% ở nhóm CH; không có bệnh nhân đau rất nặng và không đau.

Điểm VAS trung bình của 2 nhóm là tương đương nhau. Có sự tương đồng về phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS lúc vào viện ở hai nhóm với $p > 0,05$.

3.1.6. Đặc điểm tầm vận động cột sống cổ trước điều trị

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

NhómBN Tầm vận động	Nhóm NC(1)	Nhóm CH(2)	p₁₋₂
Cúi	2,47 ± 1,33	2,33 ± 1,15	> 0,05
Ngửa	2,53 ± 1,36	2,43 ± 1,19	> 0,05
Nghiêng trái	2,56 ± 1,3	2,27 ± 1,14	> 0,05
Nghiêng phải	2,5 ± 1,3	2,26 ± 1,17	> 0,05
Xoay trái	2,33 ± 1,32	2,33 ± 1,15	> 0,05
Xoay phải	2,46 ± 1,33	2,39 ± 1,19	> 0,05
Điểm TB tầm VD — (X ± SD)	14,86 ± 7,78	14,03 ± 6,89	> 0,05

Nhận xét:

Hai nhóm có sự tương đồng trong tất cả các động tác của CSC bao gồm cúi, ngửa, nghiêng, xoay với $p > 0,05$. Điểm vận động trung bình của nhóm CH là $14,03 \pm 6,89$ điểm và của nhóm NC là $14,86 \pm 7,78$ điểm. Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ trước điều trị của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.7. Mức độ hạn chế sinh hoạt trước điều trị

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo điểm bộ câu hỏi NDI trước điều trị

Điểm bộ câu hỏi NDI	Nhóm BN	Nhóm NC(1) (n = 30)		Nhóm CH(2) (n = 30)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hạn chế nhẹ	5 – 14 điểm	9	30,0	8	26,7
Hạn chế trung bình	15 – 24 điểm	18	60,0	17	56,7
Hạn chế nhiều	25– 34 điểm	3	10,0	5	16,7
Hoàn toàn hạn chế	≥ 35 điểm	0	0,0	0	0,0
P _{NC-CH}		> 0,05			
Điểm TB sinh hoạt hàng ngày ($\bar{x} \pm SD$)		18,53 ± 5,30		17,46 ± 5,43	
P _{NC-CH}		> 0,05			

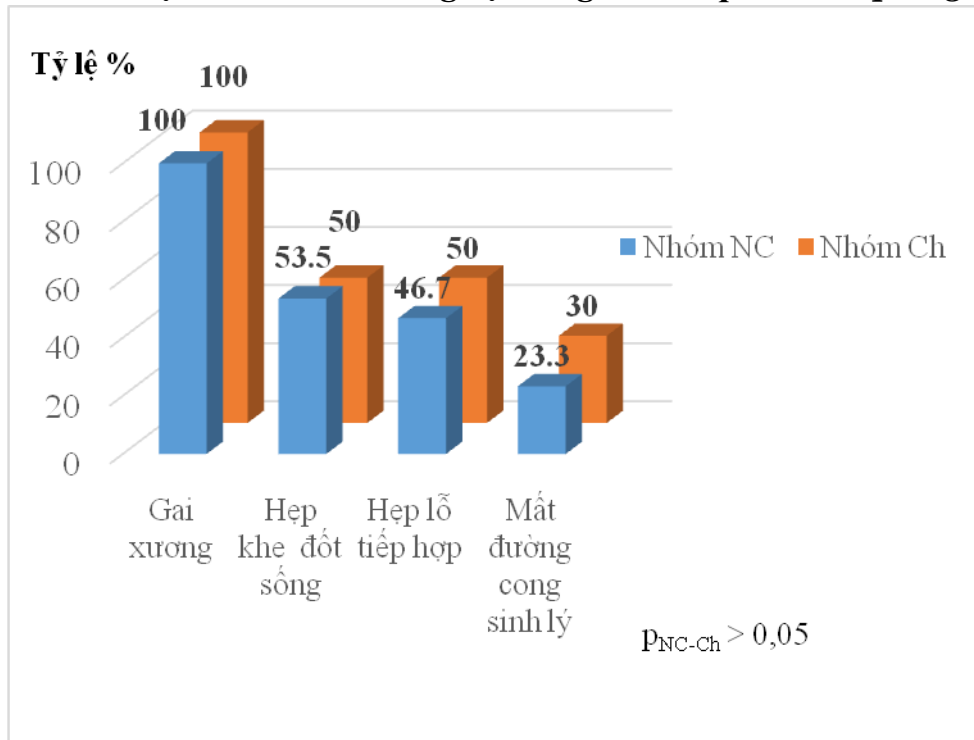
Nhận xét:

Hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở mức độ trung bình gặp nhiều nhất ở cả hai nhóm đạt 60,0% ở nhóm NC và nhóm CH là 56,7%.

Nhóm NC có 30,0% hạn chế nhẹ và 10,0% hạn chế nhiều; tỷ lệ này ở nhóm CH là 26,7% và 16,7%. Không có bệnh nhân nào hạn chế hoàn toàn.

Hai nhóm có sự tương đồng về chức năng sinh hoạt trước nghiên cứu với $p > 0,05$.

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

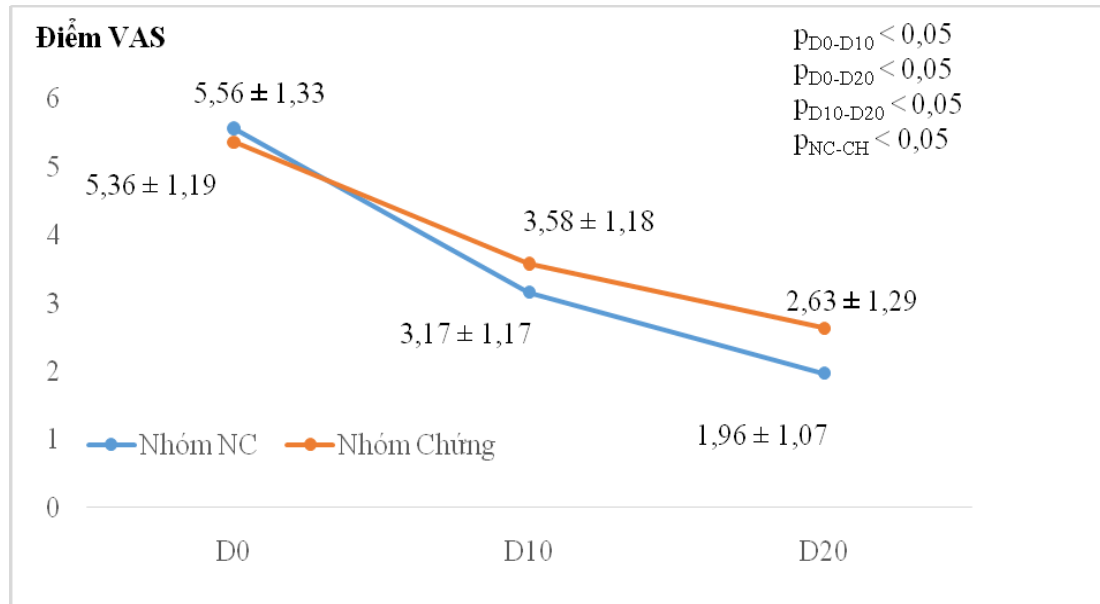


Biểu đồ 3.3. Hình ảnh trên phim X – quang cột sống cổ

Nhận xét:

Tất cả BN trong nghiên cứu đều có hình ảnh gai xương trên phim X-quang. Hình ảnh hẹp lỗ tiếp hợp gặp ở 50% nhóm CH và 46,67% nhóm NC. Hẹp khe đốt sống chiếm 50% ở nhóm CH và 53,3% ở nhóm NC. Hình ảnh mất đường cong sinh lý chiếm tỷ lệ thấp nhất ở cả hai nhóm. Sự khác biệt về đặc điểm tổn thương CSC trên phim X- quang của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Sự cải thiện mức độ đau



Biểu đồ 3.4. Sự cải thiện thang điểm VAS của 2 nhóm sau 20 ngày điều trị

Nhận xét:

Biểu đồ 3.4 cho thấy trước điều trị mức độ đau trung bình ở hai nhóm là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 10 ngày điều trị, cả hai nhóm đều giảm điểm VAS so với trước; nhóm NC giảm từ $5,56 \pm 1,33$ xuống $3,17 \pm 1,17$ điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $5,36 \pm 1,19$ xuống $3,58 \pm 1,18$ điểm.

Sau 20 ngày điều trị, sự giảm điểm VAS trung bình thể hiện rõ rệt ở cả 2 nhóm. Nhóm NC là $1,96 \pm 1,07$ điểm thấp hơn nhóm CH $2,63 \pm 1,29$ điểm. Sự khác biệt giữa hai nhóm sau 10 và 20 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Chênh lệch điểm đau VAS trước và sau điều trị

Chênh lệch	Nhóm NC		Nhóm CH		P _{NC-CH}
	Điểm VAS	Tỷ lệ %	Điểm VAS	Tỷ lệ %	
Δ_{D0-D10}	$2,39 \pm 0,13$	44,6	$1,78 \pm 0,11$	33,2	$< 0,05$
$\Delta_{D10-D20}$	$1,21 \pm 0,42$	38,5	$0,95 \pm 0,38$	26,5	$< 0,05$
Δ_{D0-D20}	$3,6 \pm 0,73$	64,7	$2,73 \pm 0,13$	50,9	$< 0,05$

Nhận xét:

Sau 10 và 20 ngày điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm NC luôn giảm nhiều hơn nhóm CH. Chênh lệch điểm VAS thể hiện rõ ở ngày 20, nhóm NC giảm $3,6 \pm 0,73$ điểm nhiều hơn nhóm CH ($2,73 \pm 0,13$ điểm). Sự khác biệt sau 10 và 20 ngày điều trị là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Sự cải thiện mức độ đau của 2 nhóm sau 20 ngày điều trị

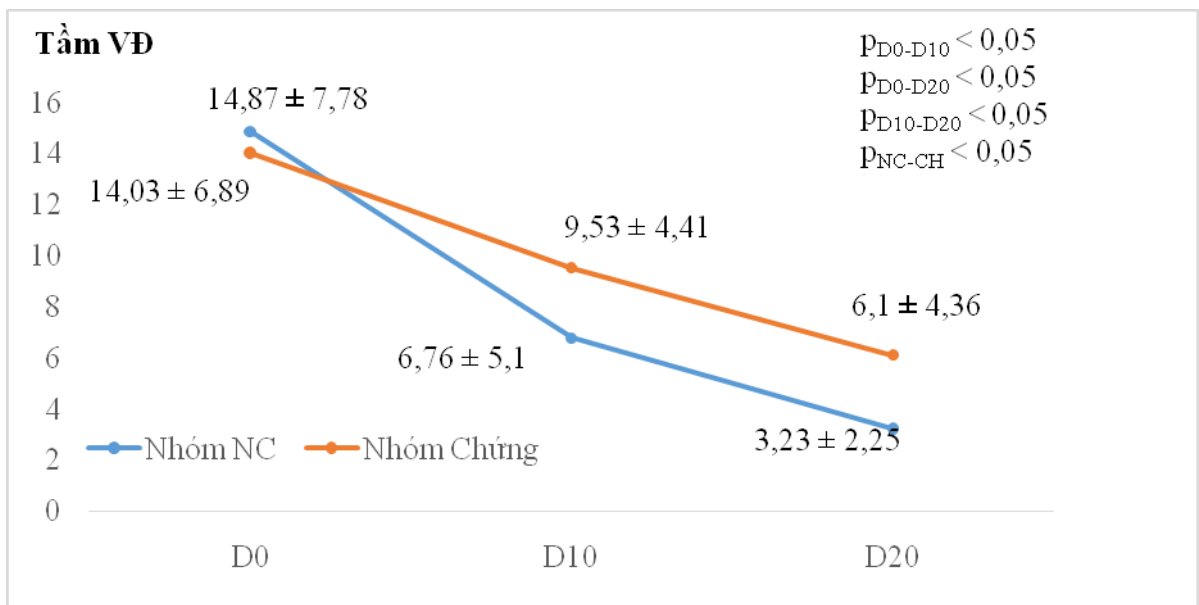
Mức độ đau		Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa	Đau nhiều	Đau rất nhiều	p _{NC-CH}
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
D0	NC (n = 30)	0	0	18 60,0%	12 40,0%	0	> 0,05
	CH (n = 30)	0	0	16 53,3%	14 46,7%	0	
D10	NC (n = 30)	4 13,3%	14 46,7%	11 36,7%	1 3,3%	0	< 0,05
	CH (n = 30)	0	8 26,7%	17 56,7%	3 10%	0	
D20	NC (n = 30)	12 40,0%	18 60,0%	0	0	0	< 0,05
	CH (n = 30)	2 6,7%	14 46,7%	14 46,7%	0	0	
p_{D10 - D0}		NC		< 0,05	CH		< 0,05
p_{D20 - D10}				< 0,05			< 0,05
p_{D20 - D0}				< 0,05			< 0,05

Nhận xét:

Bảng 3.7 chỉ ra rằng: trước điều trị toàn bộ bệnh nhân của cả hai nhóm đều có mức độ đau vừa trở lên, trong đó nhóm đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất đạt 60% ở nhóm NC và 53,3% ở nhóm CH, không có bệnh nhân đau rất nặng.

Sau 10 ngày điều trị, không còn bệnh nhân nào đau rất nặng. Số đau nhẹ và đau vừa của nhóm NC là 46,7% và 36,7%, tỷ lệ này ở nhóm CH đạt 26,7% và 56,7%. Nhóm NC có 13,3% không đau. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tại D20, triệu chứng đau của 2 nhóm giảm rõ rệt so với trước điều trị. Tỷ lệ BN không đau và đau nhẹ ở nhóm NC là 40% và 60% cao hơn nhóm CH là 6,7 và 46,7%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Sự cải thiện tầm vận động cột sống cổ**Biểu đồ 3.5. Tầm vận động của hai nhóm sau 20 ngày điều trị****Nhận xét:**

Biểu đồ 3.5 cho thấy trước điều trị điểm tầm vận động trung bình ở hai

nhóm là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 10 ngày điều trị, cả hai nhóm đều cải thiện tầm vận động cột sống rõ ràng so với trước; nhóm NC giảm từ $14,87 \pm 7,78$ điểm xuống $6,76 \pm 5,1$ điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $14,03 \pm 6,89$ xuống $9,53 \pm 4,41$ điểm ($p < 0,05$).

Điểm vận động trung bình ngày điều trị 20 giảm rõ rệt ở cả hai nhóm: nhóm NC giảm từ $14,87 \pm 7,78$ xuống $3,23 \pm 2,25$ điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $14,03 \pm 6,89$ xuống $6,1 \pm 4,36$ điểm. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.8. Chênh lệch tầm vận động của 2 nhóm tại các thời điểm

Chênh lệch	Nhóm NC		Nhóm CH		P _{NC-CH}
	Điểm VD	Tỷ lệ %	Điểm VD	Tỷ lệ %	
Δ_{D0-D10}	$8,11 \pm 2,0$	54,4	$4,5 \pm 1,52$	32,1	$< 0,05$
$\Delta_{D10-D20}$	$3,53 \pm 2,08$	52,2	$3,43 \pm 2,37$	36,0	$< 0,05$
Δ_{D0-D20}	$11,64 \pm 3,08$	78,3	$7,93 \pm 1,47$	56,5	$< 0,05$

Nhận xét:

Sau 10 ngày điều trị, đã có sự giảm điểm vận động trung bình ở cả hai nhóm: nhóm NC giảm $8,11 \pm 2,0$ điểm nhiều hơn nhóm CH ($4,5 \pm 1,52$). Sau 20 ngày điều trị: nhóm NC giảm $11,64 \pm 3,08$ điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $7,93 \pm 1,47$ điểm ($p < 0,05$).

Bảng 3.9. Phân loại tầm vận động cột sống cổ tại các thời điểm

Mức độ đau		Không hạn chế	Hạn chế nhẹ	Hạn chế vừa	Hạn chế nặng	Hoàn toàn HC	p _{NC-CH}
D0	NC (n = 30)	0	0	20 66,7%	10 33,3%	0	> 0,05
	CH (n = 30)	0	0	18 60,0%	12 40,0%	0	
D10	NC (n = 30)	3 10,0%	14 46,7%	10 33,3%	3 3,3%	0	< 0,05
	CH (n = 30)	0	7 23,3%	18 60,0%	5 16,7%	0	
D20	NC (n = 30)	9 30,0%	20 66,7%	1 3,3%	0	0	< 0,05
	CH (n = 30)	2 6,7%	12 40,0%	16 53,3%	0	0	
p_{D10 - D0}		NC		< 0,05	CH		< 0,05
p_{D20 - D10}				< 0,05			< 0,05
p_{D20 - D0}				< 0,05			< 0,05

Nhận xét:

Trước nghiên cứu, toàn bộ bệnh nhân đều có hạn chế vận động cột sống cổ, trong đó nhóm hạn chế vừa chiếm tỷ lệ cao nhất đạt 66,7% ở nhóm NC và 60% ở nhóm CH. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 10 ngày điều trị, nhóm không hạn chế và hạn chế nhẹ chiếm đa số ở nhóm NC đạt 56,7% tốt hơn nhóm CH là 23,3% với $p < 0,05$.

Sau 20 ngày điều trị, tầm vận động được cải thiện rõ rệt ở cả hai nhóm so với trước. Nhóm NC đạt 96,7% bệnh nhân có kết quả không hạn chế và hạn

chế nhẹ tổ hơn nhóm CH (46,7%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Sự cải thiện sinh hoạt hàng ngày sau điều trị

Bảng 3.10. Hiệu quả giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị

Nhóm BN Điểm bộ câu hỏi NDI		Nhóm NC (n = 30)		Nhóm CH (n = 30)		P _{NC-CH}
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
D₀	Không hạn chế	0		0		> 0,05
	Hạn chế nhẹ	9	30,0	8	26,7	
	Hạn chế trung bình	18	60,0	17	56,7	
	Hạn chế nghiêm trọng	3	10,0	5	16,7	
	Hoàn toàn hạn chế	0		0		
	$\overline{(x \pm SD)}$	18,53 ± 5,30		17,46 ± 5,43		
D₁₀	Không hạn chế	6	20,0	0		< 0,05
	Hạn chế nhẹ	14	46,7	13	43,3	
	Hạn chế trung bình	10	33,3	17	56,7	
	Hạn chế nghiêm trọng	0		0		
	Hoàn toàn hạn chế	0		0		
	$\overline{(x \pm SD)}$	10,83 ± 3,46		13,06 ± 4,96		
D₂₀	Không hạn chế	10	33,3	4	13,3	< 0,05
	Hạn chế nhẹ	20	66,7	17	56,7	
	Hạn chế trung bình	0		9	30,0	
	Hạn chế nghiêm trọng	0		0		
	Hoàn toàn hạn chế	0		0		
	$\overline{(x \pm SD)}$	6,63 ± 3,17		10,37 ± 4,91		
p (D₀ – D₁₀)		< 0,05		< 0,05		
p (D₁₀ – D₂₀)		< 0,05		< 0,05		
p (D₀ – D₂₀)		< 0,05		< 0,05		

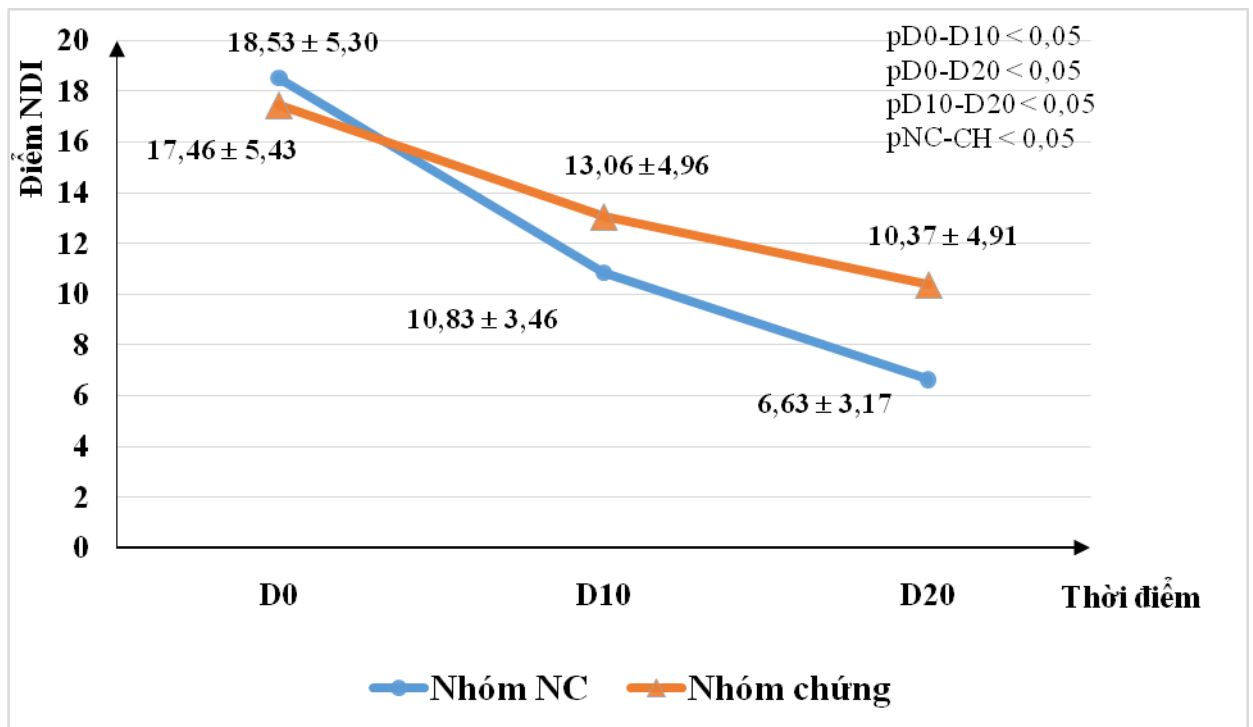
Nhận xét:

Trước điều trị, điểm trung bình hạn chế sinh hoạt của cả 2 nhóm đều cao, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Điểm trung bình trong hạn chế sinh hoạt đã giảm ở cả 2 nhóm sau 10 ngày điều trị, nhóm NC $10,83 \pm 3,46$ điểm cải thiện hơn nhóm CH ($13,06 \pm 4,96$ điểm). Hai nhóm không còn hạn chế nghiêm trọng và hoàn toàn hạn chế.

Sau 20 ngày điều trị, khả năng sinh hoạt của 2 nhóm tiếp tục cải thiện rõ rệt. Nhóm NC có 100% bệnh nhân từ hạn chế nhẹ đến không hạn chế tốt hơn nhóm CH với tỷ lệ này đạt 60%.

Sự cải thiện khả năng sinh hoạt của nhóm NC tốt hơn nhóm CH sau 10 ngày và sau 20 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.6. Chênh lệch chức năng sinh hoạt 2 nhóm trước và sau điều trị

Nhận xét;

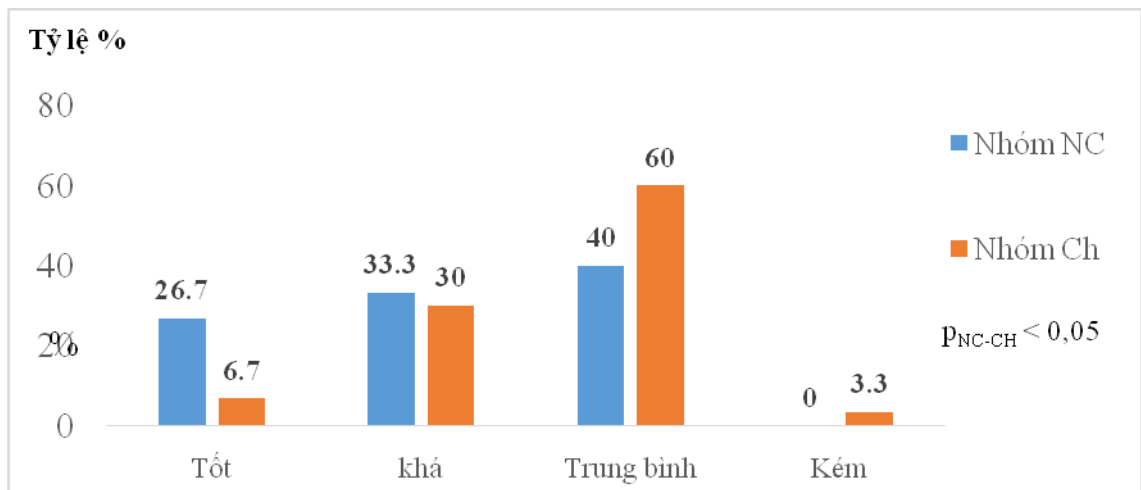
Biểu đồ 3.6 cho thấy trước điều trị điểm NDI trung bình ở hai nhóm là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 10 ngày điều trị, cả hai nhóm đều cải thiện điểm NDI rõ ràng so với

trước; nhóm NC giảm từ $18,53 \pm 5,30$ điểm xuống $10,83 \pm 3,46$ điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $17,46 \pm 5,43$ xuống $13,06 \pm 4,96$ điểm. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị, có sự giảm điểm đau trung bình rõ rệt ở cả hai nhóm: nhóm NC giảm từ $18,53 \pm 5,30$ xuống $6,63 \pm 3,17$ điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $17,46 \pm 5,43$ xuống $10,37 \pm 4,91$ điểm. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

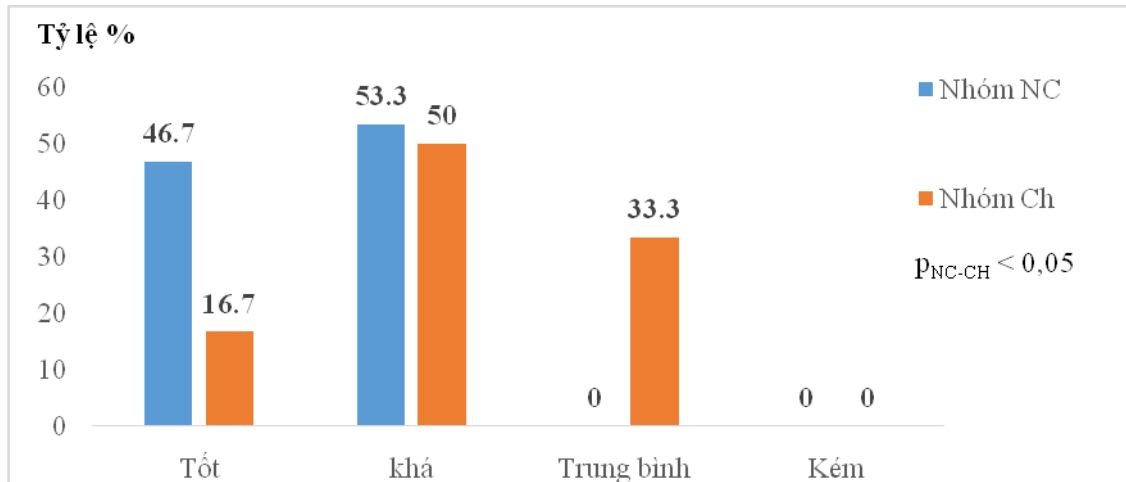
3.5. Hiệu quả điều trị chung sau điều trị



Biểu đồ 3.7. Kết quả điều trị chung sau 10 ngày điều trị

Nhận xét:

Biểu đồ 3.7 cho thấy sau 10 ngày điều trị ở cả 2 nhóm chiếm cao nhất là trung bình đạt 40% ở nhóm NC và 60% ở nhóm CH. Tốt và khá chiếm 60% ở nhóm NC cao hơn 36,7% ở nhóm CH. Sự khác biệt về kết quả điều trị sau 10 ngày giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.8. Kết quả điều trị chung sau 20 ngày điều trị

Nhận xét:

Biểu đồ 3.8 cho thấy sau 20 ngày điều trị, kết quả tốt và khá của nhóm NC đạt 100% tốt hơn nhóm CH đạt 67,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.6. Biến đổi một số dấu hiệu trên Xquang cột sống cổ

Bảng 3.11. Hình ảnh trên phim X – quang cột sống cổ

	Nhóm NC(1)				Nhóm CH(2)			
	Trước ĐT		Sau ĐT		Trước ĐT		Sau ĐT	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gai xương	30	100	30	100	30	100	30	100
Hẹp khe đốt sống	16	53,3	16	53,3	15	50,0	15	50,0
Hẹp lỗ tiếp hợp	14	46,7	14	46,7	15	50,0	15	50,0
Mất đường cong sinh lý	7	23,3	7	23,3	9	30,0	9	30,0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
P₁₋₂	>0,05							

Nhận xét:

Sau điều trị, mặc dù triệu chứng đã cải thiện rõ rệt so với trước nghiên cứu nhưng các hình ảnh trên phim X-quang cho thấy các tổn thương không có sự thay đổi ở cả hai nhóm NC và CH.

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

Trong quá trình điều trị, nhóm NC không có bệnh nhân nào xuất hiện tác dụng phụ.

Bảng 3.12. Tác dụng phụ của Đại ngải cứu Việt kết hợp châm cứu

Tác dụng không mong muốn	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Bỏng rát	0	0
Vụng châm	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Chảy máu	0	0

Cả hai nhóm không có trường hợp nào xuất hiện các tác dụng không mong muốn khác như vụng châm, nhiễm trùng, chảy máu, đau tăng... Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.13. Tần số mạch, huyết áp động mạch trước và sau điều trị

	D0 $\bar{X} \pm SD$	D20 $\bar{X} \pm SD$	P_{NC-CH}
HA TT	121,3 ± 8,7	125,6 ± 8,83	$p > 0,05$
HA TTr	69,9 ± 5,04	71,6 ± 7,87	$p > 0,05$
Tần số mạch	82,6 ± 8,31	81,6 ± 7,99	$p > 0,05$

Nhận xét:

Các chỉ số kết quả huyết áp và tần số mạch sau điều trị của nhóm NC không có sự khác biệt so với trước điều trị với $p > 0,05$ và đều nằm trong giới hạn bình thường.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Đau vai gáy là bệnh lý về khớp phổ biến ở nước ta cũng như trên thế giới. Theo NC của Đặng Trúc Quỳnh (2014): tỷ lệ nam 33,3%, nữ 66,7% [25], Hoàng Thị Thắng (2017): nam 33,3%, nữ 66,7% [30]; của Trương Văn Lợi (2007): nam 27,8%, nữ 72,2% [31] và Blossfeldt (2004): nam 26%, nữ 74% [52]. Trong một số NC khác lại thấy tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ hoặc tương đương nhau giữa hai giới, như NC của Đỗ Thị Lệ Thuý ở BN đau vai gáy do THCSC thấy tỷ lệ nữ là 41,7%, nam là 58,3% [32], NC của tác giả Minanta Sharmin có 51% nam, 49% nữ [53]. Kết quả NC của chúng tôi cho thấy tỷ lệ BN nữ chiếm 70% ở nhóm NC, 76,7% ở nhóm CH cao hơn BN nam chiếm lần lượt là 30% và 23,3%.

Đến nay chưa có NC nào cụ thể đánh giá sự liên quan giữa giới tính và tỷ lệ mắc đau vai gáy. Nhưng do bệnh xương cơ khớp liên quan tới chuyển hóa, được chi phối bởi các yếu tố nội tiết nên phụ nữ ở tuổi trung niên mắc các bệnh xương cơ khớp nói chung và đau vai gáy nói riêng có thể mắc nhiều hơn nam giới. Ngoài ra, cũng không loại trừ quá trình lão hóa ở nữ tiến triển nhiều hơn và nhanh hơn và gây tỉ lệ bệnh lý cao hơn so với nam giới. Tuy nhiên do mẫu nghiên cứu còn nhỏ nên sự phân bố này có thể chưa phản ánh được tình trạng chung về giới tính với các BN đau vai gáy.

4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Trong NC của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm CH là $51,80 \pm 12,16$ và của nhóm NC là $51,66 \pm 12,57$, trung bình là $51,73 \pm 12,31$. Sự phân bố BN có xu hướng tương đương giữa các nhóm tuổi, trong đó tỷ lệ gặp cao nhất là nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm 30% ở cả hai nhóm. Sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này phù hợp với kết quả NC của tác giả Nguyễn Vũ Úy (2017): tuổi trung bình là $51,35 \pm 7,51$ (tuổi) [26], cũng phù hợp với NC của Hoàng Thị Hậu (2016): tuổi trung bình các BN trong NC là $44,93 \pm 12,01$ và tỷ lệ BN ≥ 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm [26].

Từ kết quả trên ta thấy đau vai gáy mạn tính có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở những người trung niên và lớn tuổi vì các bệnh cơ xương khớp có liên quan nhiều tới các bệnh chuyển hóa, nội tiết và quá trình cấp máu nuôi dưỡng khớp. Cùng với tuổi tác thì quá trình lão hóa cũng tăng dần và ảnh hưởng không ít tới hệ vận động đặc biệt là hệ thống gân, cơ, dây chằng.

Theo lý luận YHCT, tuổi càng cao chính khí càng suy giảm, vệ khí không còn vững chắc nên dễ bị tà khí xâm nhập và gây ra các chứng bệnh. Can chủ cân, thận chủ cốt tủy, chức năng hai tạng can và thận suy giảm nên cân cốt không được nhu nhuận, gây nên các bệnh về chứng Tý, tương ứng các bệnh lý xương khớp của YHHĐ. Đồng thời ở lứa tuổi trên 60 là lứa tuổi hưu trí, con người ta bắt đầu có thời gian để quan tâm hơn tới các vấn đề về sức khỏe nên tỷ lệ đi khám và điều trị các bệnh lý xương khớp cũng nhiều hơn.

4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Kết quả thu được cho thấy: số BN làm các công việc liên quan đến hoạt động trí óc như nhân viên hành chính, văn phòng, giáo viên, kế toán, hưu trí... chiếm 63,3% nhóm NC và 70% nhóm CH; số BN làm các công việc lao động chân tay như nông dân, công nhân... chiếm 36,7% ở nhóm NC và 30% ở nhóm CH. Kết quả này phù hợp với một số NC như Đặng Trúc Quỳnh (2014): tỷ lệ BN thuộc nhóm lao động trí óc là 66,7%, lao động chân tay là 33,3% [25]; NC của Hoàng Thị Thắng (2017) tỷ lệ lần lượt là 90% và 10% [30]; Nguyễn Thị Thân Giang là 70% và 30% [27].

Với BN thuộc nhóm nghề lao động trí óc, thời gian làm việc với giấy tờ hoặc trên máy tính là chủ yếu, có tư thế làm việc cố định, gò bó kéo dài, trong đó đầu và cổ thường xuyên duy trì ở trạng thái cúi liên tục, làm giảm máu đến

nuôi dưỡng, sau nhiều năm thì đây chính là yếu tố thuận lợi dễ gây ra triệu chứng đau, co cứng cơ xuất hiện trong đau vai gáy, do vậy tỷ lệ mắc ở nhóm này có xu hướng tăng lên so với nhóm lao động chân tay.

4.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ BN có thời gian mắc bệnh trước điều trị trên 1 tuần chiếm tỷ lệ cao hơn ở cả hai nhóm (70% ở nhóm NC và 66,7% ở nhóm Chứng). Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

BN trong NC của chúng tôi có thời gian đau trước nghiên cứu tương đương hoặc ngắn hơn so với các tác giả khác.

Năm 2003, tác giả Nguyễn Thị Phương Lan thu được kết quả là thời gian đau dưới 1 tháng 52%, trên 1 tháng 48% [32].

Năm 2011, Nguyễn Tuyết Trang nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do THCS bằng phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết, thời gian đau dưới 1 tháng 26,7%, trên 1 tháng là 73,3% [28].

Năm 2016, tác giả Nguyễn Hoài Linh nghiên cứu trên 60 BN đau vai gáy do thoái hóa cột sống, có trên 86,7% BN đau vai gáy dưới 3 tháng [33].

Năm 2007, tác giả Trương Văn Lợi nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị hội chứng co cứng cơ vùng cổ gáy bằng phương pháp xoa bóp bấm huyết có 63,9% BN có thời gian mắc bệnh dưới 2 tuần, 36,1% trên 2 tuần [31].

Đau vai gáy thường khỏi dưới tác dụng của điều trị nhưng hay tái phát. tạo ra các đợt đau cấp tính trong tiến triển của bệnh. Khoảng 10 -20% BN tiến triển thành đau mạn tính [54]. Thời gian đau kéo dài ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị do các tổn thương mạn tính thứ phát.

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

Trong NC, tỉ lệ BN có hình ảnh gai xương đốt sống chiếm 100% cả nhóm CH và nhóm NC. Tỉ lệ này cũng phù hợp với kết quả NC của Đặng

Trúc Quỳnh (83,3%) [25], Hồ Đăng Khoa 93,3% [34], Nguyễn Tuyết Trang 100% [28].

Hẹp khe khớp gặp ở 53,5% BN ở nhóm NC và 50% ở nhóm CH. Kết quả tương tự kết quả nghiên cứu của Đặng Trúc Quỳnh (66,7%) [25], Đặng Thị Minh Thu, Trịnh Xuân Tráng (tỉ lệ BN có hình ảnh hẹp khe khớp trên X – quang là 64,6%) [35].

46,7% BN trong nhóm NC có hình ảnh hẹp lỗ tiếp hợp trên phim X–quang và ở nhóm CH là 50%. Theo Đặng Trúc Quỳnh, và Đặng Thị Minh Thu thì tỉ lệ này lần lượt là 50% và 54,1% [25], [35].

Hình ảnh mất đường cong sinh lý trên phim X – quang chiếm lần lượt là 23,3% và 30% ở nhóm NC và nhóm CH. Tỉ lệ này phù hợp kết quả NC của Đặng Trúc Quỳnh (36,7%) [25].

Đau vai gáy có thể do nhiều nguyên nhân gây ra trong đó thoái hóa cột sống cổ là nguyên nhân thường gặp, nhất là sau độ tuổi trung niên. Đau và hạn chế vận động phụ thuộc vào các yếu tố cơ học và tâm lý. Tổn thương thân đốt sống, đĩa đệm, mặt khớp, các dây chằng, cơ vùng cổ vai gáy dưới các tác động của nhiệt, vi chấn thương, vận động quá tầm, stress... gây đau. Tổn thương trên phim X – quang thường không tương xứng với mức độ đau trên lâm sàng [56]. Theo Trần Ngọc Ân những dấu hiệu X-quang không có ý nghĩa về mặt bệnh học, vì phần lớn không có triệu chứng trên lâm sàng hoặc rất lâu sau mới có biểu hiện [2]

4.1.6. Các đặc điểm lâm sàng 2 nhóm trước điều trị

Điểm đau VAS trung bình của nhóm CH là $5,37 \pm 1,19$ điểm, nhóm NC là $5,56 \pm 1,33$ điểm. Trước nghiên cứu không có bệnh nhân nào không đau. Mức độ đau của hai nhóm trước điều trị chủ yếu là mức đau vừa, chiếm 60,0% nhóm NC và 53,3% nhóm CH; mức đau nhiều chiếm 40,0% nhóm NC và 46,7% ở nhóm CH; không có bệnh nhân nào đau rất nhiều. Sự khác biệt giữa hai nhóm về điểm đau VAS trước điều trị không có ý nghĩa

thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này phù hợp với NC của Nguyễn Tuyết Trang là $6,06 \pm 1,24$ điểm [28], Đặng Trúc Quỳnh là $5,93 \pm 1,41$ điểm [25], Hoàng Thị Thắng là $6,70 \pm 0,79$ điểm ở nhóm NC [30].

Như vậy, phần lớn các BN trong NC chỉ đi khám khi đã đau vừa. Đây cũng chính là triệu chứng đặc trưng khó chịu nhất khiến BN phải đi khám và điều trị.

Hai nhóm có sự tương đồng trong tất cả các động tác của cột sống cổ bao gồm cúi, ngửa, nghiêng, xoay với $p > 0,05$. Điểm vận động trung bình của nhóm CH là $14,03 \pm 6,89$ điểm và của nhóm NC là $14,86 \pm 7,78$ điểm. Sự khác biệt về mức độ hạn chế tầm vận động CS cổ của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này phù hợp với NC của Nguyễn Hoài Linh (2016), Nguyễn Thị Thân Giang (2018) [27][33].

Hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở mức độ trung bình gặp nhiều nhất ở cả hai nhóm đạt 66,7% ở nhóm CH và 56,7% ở nhóm NC. Hai nhóm có sự tương đồng về chức năng sinh hoạt trước nghiên cứu với $p > 0,05$.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Kết quả giảm đau sau điều trị

Đau vai gáy không phải là bệnh lý nguy hiểm đến tính mạng, nhưng lại cản trở cuộc sống sinh hoạt, lao động hàng ngày dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống của BN. Trong đó đau biểu hiện sớm nhất, cũng là nguyên nhân chính làm cho BN khó chịu, hạn chế vận động phải nhập viện điều trị. Để đánh giá mức độ đau chúng tôi xác định theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) dựa vào sự đánh dấu của BN trên thước đo mức độ đau của hãng Astra-Zeneca. Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS có 2 mặt: Một mặt chia thành 11 vạch đều nhau tính điểm từ 0 đến 10 điểm. Một mặt có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức để BN tự lượng giá cho đồng nhất mức độ đau.

Kết quả thu được cho thấy tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, điểm đau VAS trung bình nhóm NC là $5,56 \pm 1,33$, nhóm CH là $5,36 \pm 1,19$. Không có sự khác biệt về mức độ đau giữa hai nhóm tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu ($p > 0,05$).

Hai đường cong biểu diễn mức độ đau theo thang điểm VAS từ D0 đến D20 đi xuống cho thấy sau điều trị 10 ngày và 20 ngày cả hai nhóm đều giảm điểm đau VAS rõ rệt, cụ thể:

Sau 10 ngày điều trị, cả hai nhóm đều giảm điểm VAS so với trước; nhóm NC giảm từ $5,56 \pm 1,33$ xuống $3,17 \pm 1,17$ điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $5,36 \pm 1,19$ xuống $3,58 \pm 1,18$ điểm. Trong đó trung bình điểm VAS của nhóm nghiên cứu giảm $2,39 \pm 0,13$ điểm VAS nhiều hơn nhóm CH giảm $1,78 \pm 0,11$ điểm ($p < 0,05$). Mức độ đau của nhóm NC giảm nhanh hơn nhóm CH trong 10 ngày đầu điều trị. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 20 ngày điều trị, có sự giảm điểm đau trung bình rõ rệt ở cả hai nhóm: nhóm NC giảm từ $5,56 \pm 1,33$ xuống $1,96 \pm 1,07$ điểm tốt hơn nhóm CH giảm $5,36 \pm 1,19$ xuống $2,63 \pm 1,19$ điểm; trong đó nhóm NC giảm $3,6 \pm 0,73$ (64,7%) điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $2,73 \pm 0,13$ điểm (50,9%). Tỷ lệ BN không đau và đau nhẹ ở nhóm NC là 100% cao hơn nhóm CH chỉ là 53,3%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả này phù hợp với NC của các tác giả Đặng Trúc Quỳnh (2014) với điểm VAS trung bình là $6,00 \pm 1,46$ điểm, sau điều trị còn $1,37 \pm 1,16$ điểm; tác giả Nguyễn Thị Thân Giang (2018) giảm điểm Vas trung bình sau 20 ngày điều trị từ $6,37 \pm 0,72$ còn $1,50 \pm 0,90$ [25][27].

Đau vai gáy có thể vì nhiều nguyên nhân gây ra liên quan đến mạch máu, thần kinh và cơ [36]. Vùng đỉnh chẩm được cấp máu bởi hai động mạch đốt sống. Hai động mạch này đi qua các lỗ ghép, vị trí có thể hẹp trong thoái hóa cột sống cổ. Thần kinh cảm giác vùng đỉnh chẩm là các thần kinh chẩm lớn và chẩm bé, nguyên ủy từ các rễ C1, C2, C3. Thoái hóa cổ cao gây chèn

ép các thần kinh này cũng là nguyên nhân gây đau. Các cytokin như Interleukin I gây ra quá trình viêm mạn tính, vừa đẩy nhanh quá trình thoái hóa, vừa làm người bệnh đau đớn. Ngoài ra, các căng thẳng tâm lý, co cứng cơ, cùng với tác nhân vật lý như tư thế, nhiệt tạo ra vi chấn thương cho sợi cơ, hình thành các điểm co cứng cơ (điểm cân kết trong liệu pháp kinh cân, trigger points trong dry needling) [57]. Các điểm co cứng cơ chằm, cơ trán và mạc trên sọ gây đau đầu đỉnh chằm, các điểm co cứng cơ của cơ gối đầu, gối cổ, điểm bám gân của cơ thang, cơ cổ dài, cơ nâng vai thường xuất hiện trong đau đầu vùng chằm, cổ gáy. Theo NC của Chen YM1 về phân bố các điểm cân kết vùng cổ, 75% BN có điểm cân kết dọc theo kinh thái dương trong đau cổ gáy [57].

Các huyết sử dụng trong NC bao gồm:

A thị huyết là những điểm đau nhất.

Huyết Phong trì thuộc kinh túc thiếu dương Đờm, có tác dụng trừ phong, chữa đau đầu, hoa mắt chóng mặt, đau vai gáy đều là các triệu chứng thường gặp trong HC cổ vai cánh tay.

Huyết Đại chùy nằm trên mạch Đốc là huyết hội của mạch Đốc với 6 kinh dương, tác dụng điều trị đau cứng cổ gáy, đau đầu, đau ngực sườn và nâng cao sức khỏe.

Huyết Đại trữ thuộc kinh túc thái dương Bàng quang, là huyết hội của cốt; nơi giao hội của các kinh dương, có tác dụng trừ phong khu tà, thư cân mạch, điều cốt tiết chữa đau vai gáy, đau đầu.

Huyết Kiên tinh thuộc kinh túc thiếu dương Đờm, có tác dụng điều trị đau vai gáy, tê tay.

Huyết Thiên tông thuộc kinh thủ thái dương Tiểu trường, có tác dụng điều trị bả vai đau nhức, viêm quanh khớp vai, liệt chi trên.

Huyệt Hợp cốc là huyệt nguyên của kinh thủ dương minh Đại trường, có tác dụng điều trị đau vùng đầu mặt, đau vai gáy, cánh tay, hoa mắt chóng mặt, ù tai, đau đầu.

Huyệt Lạc chẩm là huyệt ngoài kinh, có tác dụng điều trị đau nhức bàn ngón tay, đau cổ vai gáy.

Huyệt Hoa đà giáp tích ở hai bên CS, cách đường giữa khoảng 0,5 thốn về phía ngoài từ đốt sống C1 đến đốt sống C7. Trong NC dùng huyệt Giáp tích từ C4 đến C7 điều trị đau và co cứng vùng vai gáy [39][40][29].

Châm cứu thông qua tác động vào huyệt và kinh lạc có thể đuổi ngoại tà, điều hoà dinh vệ, thông được kinh lạc do đó làm giảm đau, điều hoà chức năng tạng phủ, chữa được khỏi bệnh tật. Điện châm phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện tạo ra các kích thích đều đặn và liên tục làm tăng hiệu quả điều trị [12].

Theo cơ chế thần kinh - nội tiết - thể dịch, châm cứu có tác dụng làm tăng nồng độ Beta - endorphin (có tác dụng mạnh gấp hơn 200 lần morphin), serotonin, catecholamin, cortisol và ACTH do đó làm giảm cơn đau. Theo cơ chế thần kinh, châm cứu có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Điện châm cũng như tác động khác lên huyệt sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân [37][38]. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại A δ type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ mức tuỷ sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các tạng phủ... Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hoá khi tác động vào huyệt có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này [12]. Mục đích của châm cứu nhằm “điều khí” tạo ra một kích thích vào huyệt để tạo nên trạng thái sinh lý, để loại trừ bệnh tật, đưa cơ thể trở lại hoạt động

của chức năng bình thường [13]. NC sử dụng các huyết đều nằm trên vùng cổ vai gáy; kết hợp với tác dụng của châm và xung điện tác động trực tiếp lên các cơ đang trong quá trình viêm, co cứng; giúp chống viêm, giãn cơ, tăng nuôi dưỡng dẫn đến giảm đau và tăng tầm vận động khớp.

Ở nhóm NC và nhóm CH đều dùng phương pháp điều trị nền là điện châm, do vậy sự chênh lệch về tác dụng giảm đau giữa hai nhóm là do hiệu quả của Đai hộp ngải cứu Việt.

Tác dụng chủ yếu của đai là nhiệt nóng:

Tác dụng sinh học của mô cơ thể phụ thuộc vào cường độ nóng, thời gian tác dụng, phạm vi cơ thể và tốc độ sưởi nóng. So với cứu ngải truyền thống, đai giúp tăng tốc độ và phạm vi cơ thể được sưởi nóng, do đó tác dụng có được nhanh hơn, mạnh hơn và duy trì lâu hơn. Nhiệt nóng làm giãn động mạch nhỏ và mao mạch tại chỗ thông qua cơ chế phản xạ, có thể lan rộng ra bộ phận hoặc toàn thân; qua đó tăng tuần hoàn, tăng cường nuôi dưỡng và chuyển hóa tại chỗ, giải quyết một phần hậu quả của co thắt mạch. Tăng tuần hoàn còn làm tăng đào thải các chất chuyển hóa ứ đọng như acid lactic (có rất nhiều khi cơ co, đặc biệt tại các điểm cân kết [57]), làm giảm quá trình viêm mạn tính giúp giảm cảm giác đau mỏi. Nhiệt làm tăng ngưỡng kích thích thần kinh và tăng chuyển hóa, ngừa thoái hóa sợi cơ, tăng collagen trong tổ chức liên kết [41]. Ngoài ra, cứu ngải có mùi thơm dễ chịu, cùng với cảm giác ấm nóng giúp BN thư giãn tốt, an thần, giảm căng thẳng, điều hòa chức năng thần kinh, thư giãn cơ co thắt, điều hòa thần kinh thực vật, do đó có tác dụng tốt với chứng đau mạn tính gây cơ cơ hoặc các cơn co cứng cơ cấp tính [41].

Đau theo YHCT gọi là “Thông”. Trong sách tố vấn, thiên “Âm dương ứng tượng đại luận” viết “Thông tắc bất thông, thông tắc bất thông” có nghĩa là: Khí huyết lưu thông thì không đau, khi kinh lạc bị bế tắc, khí huyết không lưu thông thì gây đau. Và hơn nữa ngải diệp có vị đắng, cay, ôn cùng công năng dẫn và thông thập nhị kinh mạch, thông khí huyết nên có tác dụng khu

phong tán hàn rất tốt. Cứu ngải với châm cứu điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc, làm thông kinh hoạt lạc, khí huyết lưu thông, do đó có tác dụng giảm đau. Ngoài ra, sức nóng của cứu thấm vào da thịt mà lưu hành được khí huyết. Cho nên ngải cứu có thể trị được các chứng đau do hàn thấp, khử được chứng lạnh cố hữu.

Có thể kết luận rằng điện châm kết hợp đại hội ngải cứu Việt có tác dụng giảm đau rất tốt trong đau vai gáy.

4.2.2. Sự cải thiện tầm vận động cột sống cổ

Hạn chế tầm vận động CS cổ trong đau vai gáy là hậu quả của triệu chứng đau, do co cứng cơ, do các tổn thương gai xương, hẹp khe khớp... Do vậy, cải thiện tầm vận động CS cổ cũng là một tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị.

Sau điều trị, các BN đều cải thiện tầm vận động ở cả 6 động tác. Tại D10, cả hai nhóm đều cải thiện tầm vận động cột sống cổ rõ ràng so với trước; nhóm NC giảm từ $14,87 \pm 7,78$ điểm xuống $6,76 \pm 5,1$ điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $14,03 \pm 6,89$ xuống $9,53 \pm 4,41$ điểm, trong đó nhóm NC giảm $8,11 \pm 2,0$ điểm nhiều hơn nhóm CH ($4,5 \pm 1,52$) ($p < 0,05$)

Sau 20 ngày điều trị, có sự giảm điểm đau trung bình rõ rệt ở cả hai nhóm: nhóm NC còn $3,23 \pm 2,25$ điểm cải thiện tốt hơn nhóm CH là $6,1 \pm 4,36$ điểm; trong đó nhóm NC giảm $11,64 \pm 3,08$ (78,3%) điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $7,93 \pm 1,47$ điểm (56,5%). Về phân loại tầm vận động cũng cho kết quả tương tự khi nhóm NC đạt 96,7% không hạn chế và hạn chế ít tốt hơn rõ rệt so với nhóm CH (46,7%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả này cũng phù hợp với NC của Nguyễn Thị Thân Giang (2018), Lâm Ngọc Xuyên (2017), Nguyễn Hoài Linh (2016) [27][33][42].

Như vậy, sau quá trình điều trị khi mức độ đau giảm và giãn cơ tại chỗ thì tầm vận động cột sống cổ được cải thiện rõ rệt.

4.2.3. Tác dụng giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày

Đau vai gáy gây ra nhiều đau đớn, co cứng cơ, hạn chế vận động... gây ra rất nhiều khó chịu và sự bất tiện cho BN trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (cầm nắm, đọc sách, xem tivi, ngủ, lái xe, làm việc, các hoạt động vệ sinh cá nhân...). Do vậy, khi điều trị không chỉ là điều trị các triệu chứng trên mà còn phải đảm bảo BN hòa nhập lại được với cuộc sống hàng ngày.

Trước điều trị, phân loại điểm NDI của nhóm NC và CH là tương đương nhau.

Sau 10 ngày điều trị, nhóm NC có hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở mức nhẹ và không hạn chế chiếm 66,7% và sau 20 ngày 100% bệnh nhân đều chỉ còn hạn chế nhẹ và không hạn chế. Kết quả này tốt hơn nhóm CH: sau 10 và 20 ngày điều trị, tỷ lệ này chỉ đạt lần lượt là 43,3% và 60,0% ($p < 0,05$).

Đường cong của biểu đồ 3.7 biểu diễn điểm NDI trung bình ở hai nhóm trong quá trình điều trị: đường cong của nhóm NC xuất phát điểm cao hơn; sau khoảng ngắn nó đã bắt kịp nhóm CH và dần đi xuống dưới và tại các thời điểm D10 và D20 khoảng cách giữa hai đường là rất lớn. Số liệu thu được đã thể hiện rõ ràng ý nghĩa của đồ thị:

Tại thời điểm D0, điểm NDI của 2 nhóm là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 10 ngày điều trị, cả hai nhóm đều cải thiện điểm NDI rõ ràng so với trước; nhóm NC giảm từ $18,53 \pm 5,30$ điểm xuống $10,83 \pm 3,46$ điểm nhiều hơn nhóm CH giảm $17,46 \pm 5,43$ xuống $13,06 \pm 4,96$ điểm. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị, có sự giảm điểm NDI trung bình rõ rệt ở cả hai nhóm: nhóm NC là $6,63 \pm 3,17$ điểm cải thiện hơn nhóm CH là $10,37 \pm 4,91$ điểm. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả này tương đương với NC của Đặng Trúc Quỳnh (2014) với điểm NDI trung bình là $8,93 \pm 2,46$ điểm sau 3 tuần điều trị [25]; hay NC của Hoàng Thị Thắng (2017) là $6,77 \pm 2,83$ điểm [30]

Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tương ứng với mức độ giảm triệu chứng bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống của BN. Kết quả này cũng cho thấy việc điều trị không những làm cho BN giảm đau mà còn tăng cường sự hòa nhập lại với cuộc sống hàng ngày của BN, 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 vùng cổ gáy cao hơn nhóm CH, vì vậy mà các chức năng sinh hoạt hàng ngày cũng được cải thiện tốt hơn.

4.2.4. Kết quả điều trị chung

Hiệu quả điều trị không chỉ được thể hiện ở các chỉ số đơn thuần như: mức độ giảm đau, cải thiện tầm vận động của cột sống cổ, cải thiện chức năng sinh hoạt mà nó là sự tổng hợp của các chỉ số thể hiện trên một kết quả mang tính tổng thể của các chỉ số. Trong NC, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị chung bằng 3 chỉ số nghiên cứu, tổng hợp các yếu tố này nói lên mức độ đau, khả năng vận động, chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Nghiên cứu cho thấy:

Sau 10 ngày điều trị ở nhóm NC chiếm cao nhất là BN đạt kết quả trung bình chiếm tỷ lệ 40%, trong khi đó ở nhóm CH tỷ lệ này là 60%. Khá và tốt của nhóm NC đạt 60% cao hơn nhóm CH (36,7%). Sự khác biệt về kết quả điều trị sau 10 ngày giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 20 ngày điều trị, kết quả tốt và khá của nhóm NC đạt 100% cải thiện hơn nhóm CH chỉ đạt 66,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả của chúng tôi có sự tương đương với các NC khác:

Tác giả Nguyễn Thị Thân Giang (2018) sử dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp “Tần giao thiên ma thang” điều trị hội chứng cổ vai tay do

thoái hóa cột sống cổ đạt 53,4% tốt, 43,3% khá và 3,3% trung bình [27].

Tác giả Nguyễn Vũ Úy (2017), sử dụng bài thuốc “Thư cân hoạt huyết thang” kết hợp điện châm điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ trên 100 BN, kết quả có 12% tốt, 80% khá, 6% trung bình và 2% kém [26].

Tác giả Mai Trung Dũng (2014) về kết hợp điều trị với con lăn Doctor100 trên BN hội chứng cổ vai cánh tay cho kết quả 56,67% tốt, 20% khá và 23,33% trung bình [24].

Tác giả Đặng Trúc Quỳnh (2014) sử dụng phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp Cát căn thang trong điều trị đau vai gáy do THCS, kết quả đạt 76,7% tốt và 23,3% khá [25].

Như vậy, ngoài tác dụng của điện châm, nhóm NC được sử dụng đai cứu ngải Việt có tác dụng giải trừ phong hàn thấp, giải cơ, chỉ thống, vì vậy có hiệu quả giảm đau, giảm hạn chế vận động, giảm co cứng cơ và hạn chế sinh hoạt hàng ngày cao hơn, mang lại kết quả điều trị tốt hơn nhóm CH.

4.2.5. Bàn luận về các kết quả cận lâm sàng trước và sau điều trị

Trước nghiên cứu, tổn thương trên phim Xquang của 2 nhóm không có sự khác biệt. Sau 20 ngày điều trị, triệu chứng lâm sàng đã cải thiện tốt ở cả hai nhóm, tuy nhiên các tổn thương trên phim Xquang lại không có sự thay đổi.

Kết quả này của chúng tôi tương đương với tác giả Nguyễn Hoài Linh (2016) đã thu được [33].

Các hình ảnh tổn thương được nghiên cứu là gai xương, hẹp khe đốt sống, hẹp lỗ tiếp hợp và mất đường cong sinh lý. Đây đều là các tổn thương mạn tính, vì vậy rất khó có cải thiện trong thời gian ngắn. Mặt khác sự chênh lệch này càng khẳng định được rằng tổn thương trên phim Xquang thường không tương xứng với triệu chứng trên lâm sàng trong thoái hóa cột sống cổ.

4.2.6. Tác dụng không mong muốn

Bên cạnh tác dụng điều trị, chúng ta cần theo dõi tác dụng phụ của các phương pháp can thiệp để đảm bảo tính an toàn cho người bệnh.

Điện châm có một số tác dụng không mong muốn như đau, chảy máu, cong gãy kim, vụng châm... Khi tiến hành thủ thuật châm cứu cần sự chuẩn bị kỹ lưỡng của thầy thuốc và sự hợp tác của BN. Qua đó, quá trình điều trị đạt hiệu quả cao nhất và giảm thiểu tối đa các tác dụng không mong muốn.

Phương pháp cứu ngải nói chung có một số trở ngại như: mùi gây khó chịu với một số BN, có thể gây bỏng, rát.... Trên thực tế lâm sàng gặp một số trường hợp mới sử dụng có thể chưa quen với mùi của điếu ngải. Đại hội Ngải cứu Việt mặc dù đã được nhiều cơ sở đưa vào áp dụng điều trị đau vai gáy nói riêng và bệnh lý cột sống nói chung nhưng hiện nay vẫn chưa có NC đánh giá đầy đủ về tính năng cũng như mức độ an toàn.

Trong quá trình tiến hành điều trị đau vai gáy bằng phương pháp cứu ngải nói chung và “Đại hội Ngải cứu Việt” nói riêng kết hợp với điện châm chúng tôi nhận thấy không có trường hợp nào xuất hiện tác dụng phụ như bỏng rát, dị ứng, cong gãy kim, vụng châm... Các bệnh nhân trong nhóm NC đều đánh giá tốt về nhiệt lượng do đại tỏa ra. Qua 20 ngày điều trị tần số mạch, huyết áp động mạch biến đổi không có ý nghĩa thống kê và nằm trong giới hạn sinh lý ($p > 0,05$). Điều này thể hiện tính an toàn của phương pháp trong điều trị đau vai gáy. Kết quả này phần nào phù hợp với nhận xét của tác giả Hoàng Minh Hùng (2017) khi theo dõi 30 BN sử dụng đại hội ngải cứu Việt điều trị bệnh lý cột sống thắt lưng cũng không ghi nhận bất kỳ tác dụng phụ nào [43].

Tính an toàn của Đại hội Ngải cứu Việt cũng được nhiều tác giả đề cập tới, các tai biến nếu có xảy ra thường nhẹ và dễ xử lý tại chỗ Chen Jing [59], Liu Chang Zheng [60], Zhao Jing, Jiang Wen Hui [61].

Có thể thấy rằng phương pháp điều trị trong NC của chúng tôi đảm bảo an toàn đối với người bệnh, có thể phát triển rộng ở các tuyến y tế cơ sở nhằm phục vụ tốt cho sức khỏe cộng đồng.

KẾT LUẬN

1. Tác dụng của đai hộp ngải cứu Việt kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy:

- Tác dụng giảm đau: Nhóm NC có điểm đau VAS trung bình giảm từ $6,56 \pm 1,33$ xuống $1,96 \pm 1,07$ điểm; cải thiện mức độ đau và hiệu suất giảm đau cao hơn nhóm CH có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở thời điểm sau 10 ngày và sau 20 ngày điều trị.

- Cải thiện tầm vận động CS cổ: Nhóm NC có điểm tầm vận động cột sống cổ giảm từ $14,87 \pm 7,78$ xuống $3,23 \pm 2,25$ điểm; tầm vận động CS cổ của nhóm NC giảm nhiều hơn nhóm CH có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở thời điểm 10 ngày và 20 ngày sau điều trị.

- Giảm hạn chế sinh hoạt hàng ngày: Sau 20 ngày điểm NDI trung bình của nhóm NC giảm từ $18,53 \pm 5,30$ điểm xuống $8,63 \pm 3,17$ điểm, có ý nghĩa thống kê so với nhóm CH với $p < 0,05$.

- Hiệu quả điều trị chung: Sau 20 ngày điều trị, kết quả tốt và khá của nhóm NC đạt 53,3% tốt hơn nhóm CH đạt 23,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp

- Trong quá trình nghiên cứu, không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện tác dụng phụ: bỏng rát, dị ứng, vụng châm, cong gãy kim...

- Qua 20 ngày điều trị bằng đai hộp ngải cứu Việt tần số mạch, huyết áp động mạch của BN đau vai gáy biến đổi không có ý nghĩa thống kê và nằm trong giới hạn sinh lý, $p > 0,05$.

- Phương pháp sử dụng đai hộp ngải cứu Việt kết hợp với điện châm trên BN đau vai gáy là tương đối an toàn.

KIẾN NGHỊ

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

1. Nên tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn nữa hiệu quả điều trị của phương pháp này.

2. Đai hộp Ngải cứu Việt kết hợp với điện châm là phương pháp điều trị tốt, kỹ thuật đơn giản, an toàn và có hiệu quả tốt trong điều trị đau vai gáy, vì vậy cần được nhân rộng và áp dụng tại các tuyến y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Hữu Lương (2006), *Thoái hóa cột sống cổ và Thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2005), *Phác đồ chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
3. Các Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2004), *Bài giảng Bệnh học Nội khoa tập II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2010), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Thông (2009), *Bệnh Thoái hóa cột sống cổ*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Tạ Chiêm Thanh, Vương Ngọc Song (2014), *Tổng quan nguồn gốc, lý luận, nghiên cứu lâm sàng về liệu pháp kinh cân*. Tạp chí Trung y dược hoàn cầu, 1 (7): 35-36.
7. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Bài giảng Y học cổ truyền tập II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. Lê Hữu Trác (2005), *Hải thượng y tông tâm lĩnh*, Nhà xuất bản Y học, tr. 252-256.
10. Nguyễn Nhược Kim (2015), “*Vai trò của Y học cổ truyền và kết hợp Y học hiện đại trong điều trị một số bệnh xương khớp mạn tính*”, Nhà xuất bản Y học, tr. 9-20, 59-80, 101-107.
11. *Điều trị kết hợp YHCT và YHHĐ* (2012), NXB Y học, tr. 159 – 164

12. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2008), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. Nguyễn Nhược Kim (2012), *Bài giảng nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản đại học Y học, Hà Nội.
14. Nguyễn Thị Bay (2010), *Bệnh học và điều trị nội khoa (kết hợp Đông – Tây y)*, Nhà xuất bản đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh .
15. Hội đồng dược điển Việt Nam (2010), *Dược điển Việt Nam IV*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
16. Lê Trần Đức (1997), *Cây thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản nông nghiệp, tr. 260- 261
17. Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam (2004), *Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật*, 3, 362- 368.
18. Lưu Trường Giang (2002), “*Môi ngại cứu trị bệnh thường gặp*”, Nhà xuất bản văn hoá thông tin, Hà Nội.
19. Phan Kim Toàn, Hà Hoàng Kiệt, *Nghiên cứu triệu chứng lâm sàng, hình ảnh X quang và kết quả điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp kéo dãn*, Tạp chí y học quân sự, số 6-2003
20. Trần Tử Phú Anh (2003), *Đánh giá kết quả điều trị đau cổ vai trên bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ bằng các phương pháp vật lý trị liệu*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
21. Lưu Thị Hiệp, *Khảo sát điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng châm cứu kết hợp kéo dãn cột sống cổ*, Y học thực hành, số 4 - 2006, Tr. 7 - 21.
22. Trần Nguyễn Phương (2006), *Bước đầu đánh giá điều trị bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp kéo dãn cột sống cổ trên máy Eltrac 471*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ - Đại học Y Hà Nội.
23. Nguyễn Thị Thắm (2008), *Đánh giá điều trị đau cổ vai gáy trong thoái hóa cột sống cổ bằng một số phương pháp vật lý kết hợp vận động trị liệu*, Luận văn Thạc sỹ y học - Đại học Y Hà Nội .

24. Mai Trung Dũng (2014), *Đánh giá kết quả điều trị kết hợp tập con lăn Doctor100 trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội
25. Đặng Trúc Quỳnh (2014), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Cát căn thang” điều trị bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
26. Nguyễn Vũ Úy (2017), *Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc "thư cân hoạt huyết thang" trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
27. Nguyễn Thị Thân Giang (2018), *Đánh giá tác dụng của bài thuốc tằm giao thiên ma thang trên bệnh nhân có hội chứng cổ vai cánh tay*, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
28. Nguyễn Tuyết Trang (2013), *Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyết*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
29. Bộ Y tế (2010), *Hướng dẫn việc kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
30. Hoàng Thị Thắng (2017), *Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp viên hoàn TD0015 trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội
31. Trương Văn Lợi (2007), *Đánh giá tác dụng điều trị Hội chứng cơ cứng cơ vùng cổ gáy bằng phương pháp Xoa bóp bấm huyết*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
32. Nguyễn Thị Phương Lan (2003), *Nghiên cứu tác dụng điện châm trong điều trị hội chứng vai tay*, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

33. Nguyễn Hoài Linh (2016), *Đánh giá tác dụng điều trị của bài “Quyên ty thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do THCSC*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
34. Hồ Đăng Khoa (2011), *Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp tập vận động theo y học cổ truyền*, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
35. Đặng Thị Minh Thu, Trịnh Xuân Tráng (2010), *Đánh giá kết quả điều trị THCSC bằng phương pháp kéo giãn cột sống cổ trên máy TM 300 tại Bệnh viện Điều dưỡng và Phục hồi chức năng Thái Nguyên*, Tạp chí khoa học & công nghệ, 72(10): 127 – 132.
36. Trường Đại học Y Hà Nội, Bộ môn Sinh lý học (2008), “*Sinh lý đau*”, Chuyên đề sinh lý học, dùng cho đối tượng sau đại học (Hệ nội), tr. 112-127.
37. Nguyễn Tài Thu (2013), “*Tân châm*”, NXB Thế Giới, tr 197-204.
38. Nguyễn Tài Thu, Trần Thuý (1997), “*Châm cứu sau Đại học*”, Nhà xuất bản Y học, tr 246 – 248, 145-348.
39. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2013), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.327-329.
40. Thái Hồng Quang (2004), *Liệu pháp bấm huyệt kinh lạc chữa bệnh*, Nhà xuất bản thể dục thể thao, tr. 11-20.
41. Bộ môn Phục hồi chức năng (2015), *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, tr 44 – 45.
42. Lâm Ngọc Xuyên (2017), *Đánh giá tác dụng điều trị thoái hóa cột sống cổ sử dụng bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

43. Hoàng Minh Hùng (2017), *Đánh giá tác dụng điều trị của “Đại hợp Ngải cứu Việt” kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau cột sống thắt lưng*, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Y dược cổ truyền Việt Nam.
44. Nghiêm Hữu Thành, Lê Văn Quân, Nguyễn Đình Thành (2016), *Sự biến đổi điện cơ dưới tác dụng của hào châm trên bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ*, Tạp chí sinh lý học Việt Nam số 2 tập 22.

TIẾNG ANH

45. Anthony Fauci, Dennis Kasper, Stephen Hauser, J. Larry Jameson and Joseph Loscalzo (2012), *Harrison 18th*, McGraw-Hill Education, New York city
46. John Imboden, David B. Hellmann, John H. Stone (2004), *Current Rheumatology Diagnosis & Treatment*, The McGraw-Hill Companies Inc. New York city.
47. Frank H. Netter (2009), *Atlas giải phẫu người (Vietnamese edition)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
48. Victoria Quality Council (2007), *Acute pain management measurement toolkit, Rural and Regional Health and Aged care services division*, Victorian government department of human services, Melbourne, Victoria, Australia, 7-11.
49. Mc Cormack BM, Weinstein PR. (1996). *Cervical spondylosis. An update. West J Med*, 165(1-2): 43-51.
50. He D, Hostmark AT, Veiersted KB, Medbo JI. (2005). *Effect of intensive acupuncture on pain-related social and psychological variables for women with chronic neck and shoulder pain - an RCT with six months and three years follow up. Acupunct. Med*, 23(2), 52-61.
51. Vernon H (1991), *The Neck Disability Index: a study of reliability and validity*, The Journal of Musculoskeletal Pain, 12: 34 – 45.

52. Blossfeldt P. (2004), *"Acupuncture for chronic neck pain - a cohort study in an NHS pain clinic"*, *Acupunct. Med.* 22(3), tr. 146-151
53. Minanta Sharmin (2012), *Characteristics of neck pain among cervical spondylosis patients attended at CRP*, Bangladesh Health professions Institute, Bangladesh.
54. John C. Kelly, etc (2012), *The Natural History and Clinical Syndromes of Degenerative Cervical Spondylosis*, *Advances in Orthopedics*, 78: 89 – 97
55. Jeffrey Mullin, Daniel Shedid, Edward Benzel (2011), *Overview of cervical spondylosis pathophysiology and biomechanics*. *World Spinal Column Journal*, 2: 89-97.
56. Ramsin Benyamin, etc (2009), *Systematic Review of the Effectiveness of Cervical Epidurals in the Management of Chronic Neck Pain*, *Pain Physician*, 12:137-157
57. James Dunning, etc (2014), *Dry needling: a literature review with implications for clinical practice guidelines*, *Physical therapy reviews*, 19(4): 252–265.
58. Chen YM1, etc (2015), *Distribution characteristics of meridian sinew (jingjin) syndrome in 313 cases of whiplash-associated disorders*, *Chinese journal of integrative medicine*, 2015 Mar;21(3):234-40

TIẾNG TRUNG

59. 陈静 (2016) , *推拿手法联合艾灸治疗腰椎间盘突出症临床100例*, *广州市第十二人民医院*, *针灸临床杂志*第3卷第1期, 21-23.
60. 刘长征 (2010) , *推拿配合艾灸治疗慢性肌劳损随机对照临床研90例*, *宜春学院学报*.8月第32卷第8期, 61-63.
61. 赵静·蒋文慧 (2013) , *艾灸配合推拿治疗腰椎间盘突出症120例*, *西安交通大学医学院*, *陕医中医*第34卷第10期, 1397-1398.

PHỤ LỤC 1

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	0	1	2	3
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.				

<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.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>				

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

	<p>D Tôi không thể làm được công việc thường lệ của mình.</p> <p>E Tôi hầu như không làm được việc gì.</p> <p>F Tôi không thể làm được việc gì.</p>				
<p>Phần 8: LÁI XE</p>	<p>A Tôi có thể lái xe mà không bị đau.</p> <p>B Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ nhẹ.</p> <p>C Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ vừa phải.</p> <p>D Tôi không thể lái xe bao lâu như mình muốn vì đau cổ vừa phải.</p> <p>E Tôi hầu như không lái xe được vì đau cổ nặng.</p> <p>F Tôi không thể lái được xe.</p>				
<p>Phần 9: NGỦ</p>	<p>A Tôi không có vấn đề gì bất thường về ngủ.</p> <p>B Giấc ngủ của tôi bị rối loạn ít (ít hơn 1 tiếng mất ngủ).</p> <p>C Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nhẹ (1-2 tiếng mất ngủ).</p> <p>D Giấc ngủ của tôi bị rối loạn vừa phải (2-3 tiếng mất ngủ).</p> <p>E Giấc ngủ của tôi bị rối loạn nặng (3-5 tiếng mất ngủ).</p> <p>F Giấc ngủ của tôi bị rối loạn hoàn toàn (5-7 tiếng mất ngủ).</p>				

<p>Phần 10:</p> <p>HOẠT ĐỘNG GIẢI TRÍ</p>	<p>A Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải trí mà không bị đau cổ.</p> <p>B Tôi có thể tham gia tất cả các hoạt động giải trí nhưng hơi đau cổ.</p> <p>C Tôi có thể tham gia hầu hết, nhưng không phải tất cả các hoạt động giải trí vì đau cổ.</p> <p>D Tôi chỉ có thể tham gia 1 số các hoạt động giải trí vì đau cổ.</p> <p>E Tôi hầu như không tham gia các hoạt động giải trí vì đau cổ.</p> <p>F Tôi không thể tham gia được bất kỳ hoạt động giải trí nào.</p>				
---	---	--	--	--	--

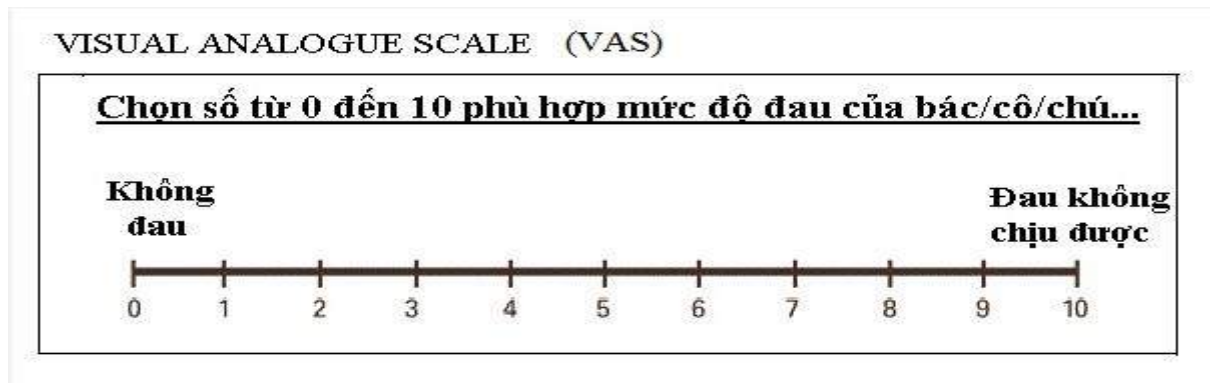
PHỤ LỤC 2
BỆNH ÁN THEO DÕI ĐIỀU TRỊ TRONG NGHIÊN CỨU

I. Phần hành chính:

1. Họ và tên:
2. Tuổi :
3. Giới :
4. Nghề nghiệp :
5. Địa chỉ:
6. Ngày vào viện:
7. Lý do:

II. Bệnh sử:

1. Số ngày đã bị bệnh:
2. Diễn biến
- VAS



- Hướng lan:

III. Tiền sử :

1. Bản thân:
2. Gia đình:

IV. Phần khám bệnh:

1. Khám toàn thân lúc vào viện:

- Chiều cao:
- Cân nặng:
- Mạch:
- Nhiệt độ:.....
- Huyết áp:.....

2.Khám các triệu chứng:

Triệu chứng	Khi vào viện	Sau 2 tuần	Sau 1tháng
Đau CSC: - Đau cấp - Đau mãn			
Hướng đau lan: - Ra bả vai - Xuống cánh tay - Xuống cẳng tay - Xuống các ngón tay			
Chóng mặt khi quay đầu			
Tê tay			
Buồn nôn			
Hạn chế vận động cổ			
Mệt mỏi, lo lắng, khó chịu			
Các dấu hiệu khác			
Tâm vận động: - Cúi - Ngửa - Nghiêng trái - Nghiêng phải			

Hình dạng CSC: - Bình thường - Thẳng - Uốn			
Dấu hiệu X-quang: - Thay đổi đường cong sinh lý - Hẹp khe gian đốt - Mỏ xương, gai xương - Thoái hoá thân đốt - Hẹp lỗ liên đốt - Vôi hoá dây chằng - Dày bản xương			

V. Y học cổ truyền

1. Tứ chẩn:

Tình trạng bệnh nhân		Trước điều trị	Sau điều trị
Vọng chẩn	- Thần		
	- Sắc		
	- Hình thái		
	- Mắt, mũi môi		
	- Lưỡi: Chát lưỡi Rêu lưỡi		
	- Bộ phận bị bệnh		
	- Dáng đi, tư thế		
Văn chẩn	- Tiếng nói		
	- Hơi thở		

	- Ho, nôn, nấc		
	- Chất thải		
Vấn chẩn	- Hàn nhiệt		
	- Mô hôi		
	- Âm thực		
	- Đại tiểu tiện		
	- Đầu, thân, CXK		
	- Ngực, bụng		
	- Ngũ quan		
	- Ngủ		
	- Nữ: KN, khí hư		
	- Cựu bệnh		
	- Nguyên nhân		
Thiết chẩn	- Xúc chẩn:		
	- Phức chẩn		
	- Mạch chẩn		

2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương:
- Chẩn đoán tạng phủ:
- Chẩn đoán nguyên nhân:
- Chẩn đoán thể bệnh:

VI- Đánh giá kết quả:

TT	Triệu chứng		D0	D10	D20
1	Mức độ đau	VAS			
2	Vị trí đau	Đỉnh			
		Châm			
		Cổ gáy			

		Vai			
		Tay			
		Ngực			
3	Tâm vận động CS cổ	Cúi			
		Ngửa			
		Nghiêng T			
		Nghiêng P			
		Quay T			
		Quay P			
4	X - quang CS cổ	Gai xương <input type="checkbox"/>			
		Hẹp khe khớp <input type="checkbox"/>			
		Hẹp lỗ tiếp hợp <input type="checkbox"/>			
		Mất đường cong sinh lý <input type="checkbox"/>			
5	Tổng điểm				

VI- Theo dõi tác dụng không mong muốn

Vụng châm <input type="checkbox"/>	Chảy máu <input type="checkbox"/>
Bỏng rát <input type="checkbox"/>	Dị ứng ngoài da <input type="checkbox"/>
Khác <input type="checkbox"/>	

VII- Kết quả điều trị

- Tổng điểm:

- Xếp loại:

Bác sỹ điều trị

HÌNH ẢNH TRONG NGHIÊN CỨU







Hình 2.1. Máy điện châm M8 do bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất



Hình 2.2. Thước đo độ đau VAS



Hình 2.3. Đai hộp ngải cứu Việt



Hình 2.4. Ngải cứu viên



Hình 2.5. Kim châm cứu Đông Á