

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



**ĐỖ VĂN ĐÌNH**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG  
CỦA BÀI THUỐC “TK1-HV” KẾT HỢP CẢNH TAM CHÂM  
ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CỔ VAI CẢNH TAY  
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

**LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC**

**HÀ NỘI – 2020**



BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



**ĐỖ VĂN ĐÌNH**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG  
CỦA BÀI THUỐC “TK1-HV” KẾT HỢP CẢNH TAM CHÂM  
ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁN H TAY  
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

Chuyên ngành Y học cổ truyền

Mã số: 872 0115

**LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC**

Người hướng dẫn khoa học:

**PGS.TS. ĐOÀN QUANG HUY**

**HÀ NỘI – 2020**

## LỜI CẢM ƠN

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

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS. TS. Đoàn Quang Huy, Phó Giám đốc Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, người thầy hướng dẫn trực tiếp luôn theo sát, thường xuyên giúp đỡ, cho tôi nhiều ý kiến quý báu, sát thực trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám đốc, Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong việc thu thập, hoàn thiện số liệu và nghiên cứu để hoàn thành đề tài.

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

Tôi xin chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Tổ chức cán bộ, Tập thể các y bác sỹ, điều dưỡng, hộ lý khoa Châm cứu – Phục hồi chức năng - Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an – nơi tôi đang công tác đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi vô cùng biết ơn gia đình, bạn bè, anh chị em đồng nghiệp và tập thể học viên lớp cao học 10 khóa 2017 – 2019 chuyên ngành Y học cổ truyền đã động viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn!

Học viên  
Đỗ Văn Đình



## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Đỗ Văn Đình, Học viên Cao học khóa 10 chuyên ngành Y học cổ truyền Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của Thầy PGS.TS. Đoàn Quang Huy.
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

Người viết cam đoan

Đỗ Văn Đình

## CÁC CHỮ VIẾT TẮT

<b>Viết tắt</b>	<b>Tiếng Việt</b>	<b>Tiếng Anh</b>
ALT	Chỉ số enzyme gan	Alanine aminotransferase
AST		Aspartate aminotransferase
MRI	Phim chụp cộng hưởng từ	Magnetic Resonance Imaging
NDI	Điểm đánh giá chức năng hoạt động cột sống cổ	The neck disability index
NĐC	Nhóm đối chứng	
NNC	Nhóm nghiên cứu	
NSAID	Thuốc chống viêm giảm đau non-steroid	Non-steroidal anti-inflammatory drug
RFA	Điều trị đốt thần kinh cạnh hạch giao cảm cổ bằng sóng cao tần	Radio frequency ablation
SD	Độ lệch chuẩn	Standard Deviation
TB	Trung bình	
$\bar{X}$	Giá trị trung bình	Mean
VAS	Thang điểm đau	Visual Analog Scale
YHCT	Y học cổ truyền	
YHHD	Y học hiện đại	

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT</b>	<b>VẤN</b>
<b>ĐỀ.....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....</b>	<b>3</b>
1.1. Tổng quan hội chứng cổ-vai-cánh tay theo y học hiện đại .....	3
1.1.1. Giải phẫu cột sống cổ .....	3
1.1.2. Chức năng cột sống cổ.....	5
1.1.3. Khái niệm.....	6
1.1.4. Nguyên nhân và cơ chế hội chứng cổ-vai-cánh tay.....	6
1.1.5. Triệu chứng của hội chứng cổ-vai-cánh tay .....	7
1.1.6. Chẩn đoán hội chứng cổ-vai-cánh tay .....	9
1.1.7. Điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay .....	10
1.2. Tổng quan hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ theo y học cổ truyền .....	11
1.2.1. Bệnh danh .....	11
1.2.2. Bệnh nguyên bệnh cơ .....	12
1.2.3. Phân loại thể bệnh và điều trị .....	12
1.3. Tổng quan về phương pháp Cảnh tam châm.....	13
1.4. Tổng quan về bài thuốc TK1-HV .....	15
1.4.1. Xuất xứ .....	15
1.4.2. Thành phần .....	16
1.4.3. Phân tích bài thuốc.....	16
1.4.4. Các nghiên cứu về TK1-HV .....	17



1.5. Các nghiên cứu có liên quan .....	24
1.5.1. Nghiên cứu trên thế giới .....	24
1.5.2. Nghiên cứu tại Việt Nam .....	25
1.5.3. Nghiên cứu cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay....	28

## **Chương 2 CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....30**

2.1. Chất liệu nghiên cứu.....	30
2.1.1. Bài thuốc TK1-HV .....	30
2.1.2. Phác đồ huyết Cảnh tam châm .....	31
2.1.3. Phác đồ huyết điện châm .....	31
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	32
2.3. Đối tượng nghiên cứu.....	32
2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu .....	32
2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	33
2.4. Phương pháp nghiên cứu .....	34
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu .....	34
2.4.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu .....	34
2.4.3. Quy trình nghiên cứu .....	36
2.4.4. Chỉ tiêu theo dõi.....	37
2.4.5. Công cụ và kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu .....	38
2.4.6. Phương pháp đánh giá kết quả.....	43
2.5. Phương pháp xử lý số liệu.....	44
2.6. Đạo đức nghiên cứu.....	44

<b>Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>45</b>
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu .....	45
3.1.1. Đặc điểm tuổi và nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu .....	45
3.1.2. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu.....	45
3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu .....	46
3.1.4. Phân bố thời gian mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay .....	46
3.1.5. Phương pháp điều trị đã sử dụng .....	47
3.1.6. Đặc điểm hình ảnh X-quang quy ước trước điều trị.....	47
3.1.7. Đặc điểm hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ trước điều trị .....	48
3.2. Hiệu quả của bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ .....	49
3.2.1. Sự thay đổi nhóm các triệu chứng cơ năng trước-sau điều trị.....	49
3.2.2. Sự thay đổi các triệu chứng thực thể .....	50
3.2.3. Sự thay đổi các nghiệm pháp lâm sàng .....	51
3.2.4. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS trước-sau điều trị	52
3.2.5. Sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị.....	53
3.2.6. Sự thay đổi chỉ số NDI trước và sau điều trị .....	56
3.2.7. Hiệu quả điều trị chung .....	57
3.3. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ.....	57
3.3.1. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV trong quá trình điều trị .....	57
3.3.2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cảnh tam châm...	58

3.3.3. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị .....	58
3.3.4. Sự thay đổi chỉ số công thức máu trước và sau điều trị .....	59
3.3.5. Sự thay đổi chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị.....	60
<b>Chương 4 BÀN LUẬN .....</b>	<b>61</b>
4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.....	61
4.1.1. Đặc điểm nhân trắc học .....	61
4.1.2. Đặc điểm bệnh lý .....	62
4.2. Hiệu quả của phương pháp cảnh tam châm kết hợp bài thuốc TK1-HV trong điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ.....	64
4.2.1. Sự thay đổi triệu chứng cơ năng, thực thể và các nghiệm pháp thăm khám.....	65
4.2.2. Sự thay đổi điểm đau VAS .....	65
4.2.3. Sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ.....	68
4.2.4. Sự thay đổi điểm NDI.....	75
4.2.5. Hiệu quả điều trị chung .....	76
4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cảnh tam châm kết hợp bài thuốc TK1-HV trong điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ.....	76
4.3.1. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cảnh tam châm... ..	76
4.3.2. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV .....	77
4.3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.....	77
<b>KẾT LUẬN.....</b>	<b>76</b>
<b>KIẾN NGHỊ.....</b>	<b>77</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	

## Phụ lục

### DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.2. Phác đồ huyết điện châm.....	31
Bảng 2.3. Phân loại và đánh giá tâm vận động cột sống cổ.....	42
Bảng 2.4. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS.....	43
Bảng 2.5. Đánh giá mức độ hạn chế tâm vận động cột sống cổ.....	43
Bảng 2.6. Đánh giá điểm NDI.....	44
Bảng 3.1. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu.....	45
Bảng 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu.....	46
Bảng 3.3. Phân bố thời gian mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay.....	46
Bảng 3.4. Phương pháp điều trị đã sử dụng *.....	47
Bảng 3.5. Hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ trước điều trị.....	48
Bảng 3.6. Sự thay đổi triệu chứng cơ năng trước-sau điều trị.....	49
Bảng 3.7. Sự thay đổi các triệu chứng thực thể trước-sau điều trị.....	50
Bảng 3.8. Sự thay đổi các nghiệm pháp lâm sàng trước-sau điều trị.....	51
Bảng 3.9. Sự thay đổi mức độ đau theo VAS trước-sau điều trị.....	52
Bảng 3.10. Sự thay đổi giá trị TB điểm đau VAS trước và sau điều trị.....	52
Bảng 3.11. Sự thay đổi phân loại vận động cột sống cổ trước-sau điều trị....	54
Bảng 3.12. Sự thay đổi điểm NDI trước và sau điều trị.....	56
Bảng 3.13. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV.....	57
Bảng 3.15. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị.....	58
Bảng 3.16. Sự thay đổi chỉ số công thức máu trước và sau điều trị.....	59
Bảng 3.17. Sự thay đổi chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị.....	60

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm tuổi và tuổi trung bình .....	45
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm hình ảnh Xquang quy ước * .....	47
Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi tâm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị .....	53
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi phân loại điểm NDI trước và sau điều trị.....	56
Biểu đồ 3.5. Hiệu quả điều trị chung .....	57

## **DANH MỤC SƠ ĐỒ**

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu .....	36
-----------------------------------	----

## **DANH MỤC HÌNH VẼ**

Hình 1.1. Các đốt sống cổ .....	3
Hình 1.2. Giải phẫu cột sống cổ.....	4
Hình 1.3. Các động tác vận động của cột sống cổ .....	6
Hình 2.1. Thang đau VAS.....	39
Hình 2.2. Thước đo tầm vận động cột sống cổ .....	40
Hình 2.3. Đo độ gấp và duỗi cổ .....	41
Hình 2.4. Đo độ nghiêng cổ .....	41
Hình 2.5. Đo độ xoay cổ .....	42

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cổ-vai-cánh tay là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm [9],[71]. Nguyên nhân thường gặp là do thoái hóa cột sống cổ với biểu hiện lâm sàng là đau vùng cổ, vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và/hoặc vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng [13],[59],[69]. Thoái hóa cột sống cổ gây chèn ép vào các rễ, dây thần kinh làm tổn thương các tế bào Schwann sản xuất myelin [61]. Bệnh tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm giảm hoặc mất khả năng lao động và hiệu quả công việc ở người trưởng thành. Vì vậy việc điều trị bệnh lý này đang ngày càng được quan tâm tại các cơ sở y tế [9],[22].

Nghiên cứu dịch tễ học được biết đến nhiều nhất là điều tra từ năm 1976 đến năm 1990 tại Rochester, Minnesota cho thấy tỷ lệ mắc hàng năm là 107,3 trên 100.000 đối với nam và 63,5 trên 100.000 đối với nữ [68]. Nghiên cứu khác trên quân đội Hoa Kỳ từ năm 2000 đến 2009 báo cáo tỷ lệ mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay là 1,79 trên 1.000 người mỗi năm [65].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), hội chứng cổ-vai-cánh tay được xếp vào phạm vi Chứng tý đã được mô tả rất rõ ràng trong các y văn cổ. Nguyên nhân do phong, hàn, thấp tà xâm nhập vào cơ thể nhân khi chính khí hư suy, làm khí huyết vận hành trong kinh lạc bị trở trệ không thông mà sinh bệnh. Phép chữa phải khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc nhằm khôi phục lại sự cân bằng âm dương, nâng cao chính khí, đuổi tà khí, làm cho khí huyết lưu thông [8]. Cùng với thời đại khoa học công nghệ và kỹ thuật phát triển vượt bậc, việc tìm tòi, nghiên cứu, kết hợp đa trị liệu đang là xu thế rất được quan tâm. Xuất phát điểm từ bài thuốc Nam kinh nghiệm được truyền



miệng từ thể hệ này sang thể hệ khác của cố lương y Nguyễn Kiều – TK1-HV là một trong số ít những bài thuốc vẫn còn được sử dụng khá phổ biến tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh để điều trị các bệnh lý cơ xương khớp nói chung. Năm 2017, để chứng minh tác dụng của thuốc, đồng thời xây dựng cơ sở để phát triển, kế thừa kho báu thuốc Nam của dân tộc, một thử nghiệm lâm sàng trên động vật đã được tiến hành nhằm chứng minh tính an toàn và tác dụng dược lý của bài thuốc. Kết quả ban đầu cho thấy, không xác định được độc tính cấp của TK1-HV, bài thuốc có tác dụng chống viêm giảm đau theo cơ chế như một NSAID [52]. Tuy nhiên, cũng giống như tất cả các NSAID khác, để mang lại hiệu quả lâu dài, cần phải kết hợp thêm một phương pháp trị liệu kèm theo.

Cảnh tam châm là trường phái châm cứu của Giáo sư Cận Thụy (靳瑞) - Đại học Trung y dược Quảng Châu sáng lập [75]. Đây là phương pháp châm cứu chọn 3 huyệt dựa trên nguyên tắc phối hợp giữa huyệt tại chỗ với huyệt theo kinh, mối liên hệ giữa tạng phủ với kinh lạc, khí huyết [78]. Phương pháp này đã được tổ hợp thành 42 loại và đã ứng dụng thành công trên lâm sàng (tì, nhân, nhĩ, thiệt, trí, não, nhiếp, nhiếp thượng, xoa, đột, cảnh (cổ), bồi, kiên, thủ, túc, yêu, tất, hòa, ủy, hạt, nhũ, vị, trường, đờm, niệu, chi, phì, nhàn, âm, dương, bế, thoát tam châm, tứ thần châm, định thần châm, vừng thống châm, diện cơ châm, diện than châm, thủ trí châm, tọa cốt châm, túc trí châm, khởi bế châm, lão ngai châm) [70]. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng đó, cùng với mong muốn góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Đánh giá tác dụng của bài thuốc “TK1-HV” kết hợp cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống”** với 2 mục tiêu sau:

1. *Đánh giá kết quả của bài thuốc “TK1-HV” kết hợp cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ.*

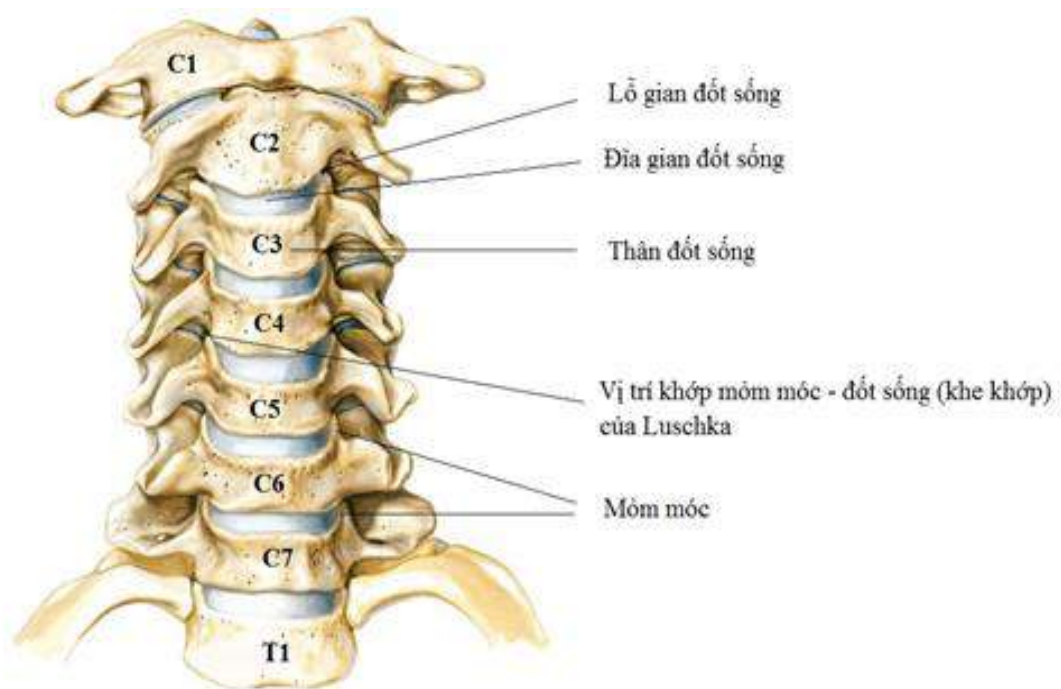
2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp trên trong quá trình điều trị.

## Chương 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. Tổng quan hội chứng cổ-vai-cánh tay theo y học hiện đại

##### 1.1.1. Giải phẫu cột sống cổ



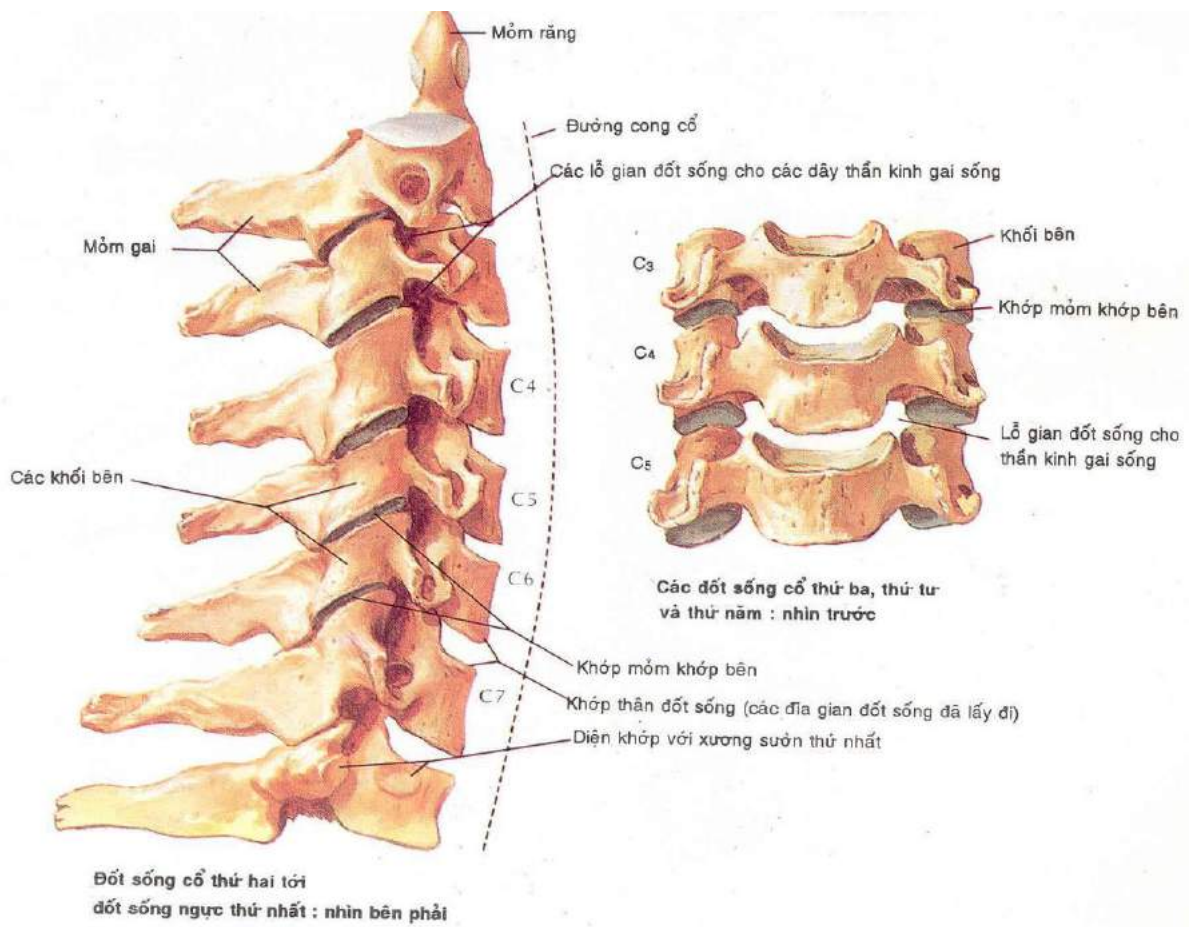
**Hình 1.1. Các đốt sống cổ [40]**

Cột sống cổ có 7 đốt, từ C<sub>1</sub> đến C<sub>7</sub>, có đường cong uốn ra trước, đốt C<sub>1</sub> (đốt đội) không có thân đốt, đốt C<sub>7</sub> có mòm gai dài nhất sờ thấy rõ, lồi ngay dưới da nhất là khi cúi cổ, nên được dùng để làm mốc xác định các đốt sống cổ.

Đặc điểm của xương cột sống:

- Thân đốt sống: đường kính ngang lớn hơn đường kính trước sau, mặt bên có hai phình bên gọi là mòm móc hay mấu bán nguyệt. Mặt dưới có hai mòm bên ứng với phần bên của đốt sống dưới, phần trước dày hơn phần sau.
- Cuống: tròn và dầy, dính ở phần sau mặt bên thân đốt sống.

- Mảnh: rộng bề ngang hơn bề cao.
- Mỏm ngang: dính vào thân và hai cuống bởi hai rễ, trong đó lỗ ngang cho động mạch đốt sống đi qua (trừ đốt C<sub>7</sub>). Đỉnh của mỏm ngang tách làm hai củ: củ trước và củ sau [14].
- Mỏm khớp: diện khớp phẳng rộng, diện của mỏm trên nhìn lên trên, ra sau, diện của mỏm dưới nhìn xuống dưới, ra trước.
- Gai sống: đỉnh của gai sống tách ra làm hai củ, gai sống dài dần từ C<sub>2</sub> đến C<sub>7</sub>
- Lỗ đốt sống: to dần từ đốt C<sub>1</sub> đến C<sub>5</sub> và nhỏ dần ở đốt C<sub>6</sub> đến C<sub>7</sub>. Khi khớp gian đốt sống bị thoái hoá, các gai xương thường làm hẹp lỗ gian đốt sống và chèn ép vào rễ thần kinh [41].



**Hình 1.2. Giải phẫu cột sống cổ [40]**

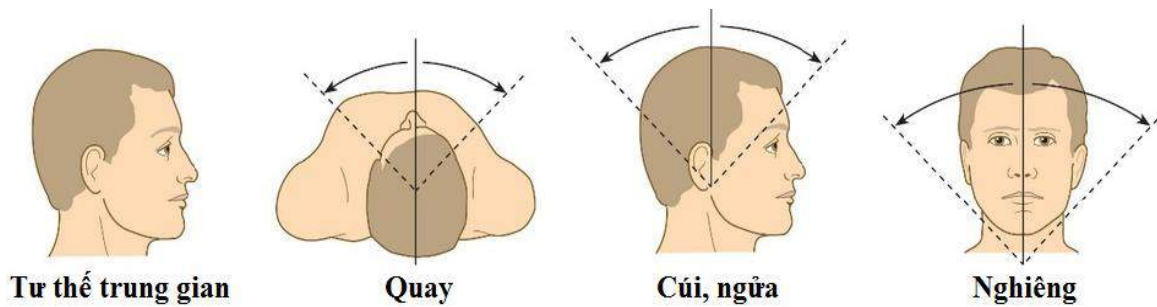
### **1.1.2. Chức năng cột sống cổ**

**Chức năng vận động:** cột sống cổ có tầm vận động linh hoạt hơn cột sống thắt lưng là do: khớp đốt sống cổ có góc nghiêng phù hợp, do khả năng đàn hồi của đĩa đệm, do đốt sống  $C_1$  có thể quay quanh  $C_2$ , vì vậy đảm bảo cho đầu chuyển động nhanh và dễ dàng.

**Chức năng chịu tải trọng và bảo vệ tủy:** ở cột sống cổ các thân đốt sống nhỏ, đĩa đệm không chiếm toàn bộ bề mặt thân đốt, do đó tải trọng tác động lên đĩa đệm cột sống cổ lớn hơn các phần khác của cột sống [15]. Tải trọng dẫn tới sự giảm chiều cao gian đốt. Khoảng gian đốt  $C_5 - C_6$ ,  $C_2 - C_3$  là những nơi chịu tải trọng nhất ở cột sống cổ, do đó hay gặp thoái hoá ở những đoạn đốt sống cổ này.

Cột sống cổ tham gia vào sự phối hợp của mắt, đầu, thân mình; đồng thời tham gia vào việc định hướng trong không gian và điều khiển tư thế. Cột sống cổ là nơi chịu sức nặng của đầu và bảo vệ tủy sống nằm trong ống sống. Các đĩa đệm vùng cột sống cổ có nhiệm vụ nối các đốt sống, nhờ khả năng biến dạng và tính chịu nén ép mà phục vụ cho sự vận động của cột sống, giảm các chấn động lên cột sống, não và tủy [38].

Cột sống cổ mặc dù nằm ở phần quan trọng của cơ thể lại phải chịu áp lực của cả hộp sọ nhưng vẫn có chức năng vận động tương đối thoải mái bao gồm các động tác cúi, ngửa, nghiêng, xoay. Cúi và ngửa tổng cộng một góc 127 độ, nghiêng bên tối đa 72 độ, xoay tối đa 142 độ. Khi cúi phần trước của đốt sống sẽ nghiêng ra trước so với bờ dưới của thân đốt sống, khoảng đĩa phía trước thu hẹp và khoảng đĩa phía sau mở rộng, còn khi ngửa thì ngược lại [73].



**Hình 1.3. Các động tác vận động của cột sống cổ [58]**

### **1.1.3. Khái niệm**

#### **1.1.3.1. Thoái hóa cột sống cổ**

Thoái hóa cột sống cổ là bệnh cột sống mạn tính, đau và biến dạng, không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa của sụn khớp và đĩa đệm, phối hợp với những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch [27],[34].

#### **1.1.3.2. Hội chứng cổ-vai-cánh tay**

Hội chứng cổ-vai-cánh tay (Cervical scapulothoracic syndrome), còn gọi là hội chứng vai cánh tay (Scapulothoracic syndrome) hay bệnh lý rễ tủy cổ (Cervical radiculopathy), bao gồm một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cổ, vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và/hoặc vận động tại vùng chi phối của rễ, dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng [13],[59],[69].

#### **1.1.4. Nguyên nhân và cơ chế hội chứng cổ-vai-cánh tay**

- Nguyên nhân thường gặp nhất (70-80%) của hội chứng cổ-vai-cánh tay là do thoái hóa cột sống cổ, thoái hóa các khớp liên đốt và liên mỗm bên làm hẹp lỗ tiếp hợp, gây chèn ép rễ/dây thần kinh cột sống cổ tại các lỗ tiếp hợp [27],[34].
- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (20-25%), đơn thuần hoặc phối hợp với thoái hóa cột sống cổ [27].

- Các nguyên nhân ít gặp khác bao gồm chấn thương, khối u, nhiễm trùng, loãng xương, bệnh lý về viêm cột sống và phần mềm cạnh cột sống [27],[34].
- Trong một số trường hợp hội chứng cổ-vai-cánh tay là do bản thân bệnh lý cột sống cổ gây đau cổ đồng thời lan ra vai hoặc tay, mà không có bệnh lý về rễ dây thần kinh cổ [34].

### **1.1.5. Triệu chứng của hội chứng cổ-vai-cánh tay**

#### **1.1.5.1. Triệu chứng lâm sàng**

- Hội chứng cột sống cổ:

+ Đau cổ gáy: có 3 kiểu biểu hiện:

(1) Đau cổ gáy cấp tính: hay vẹo cổ cấp, xuất hiện sau một đêm ngủ dậy do gối đầu lệch hoặc sau lao động nặng, mệt mỏi, căng thẳng, lạnh... thấy đau vùng gáy một bên lan lên cùng chẩm. Thường khỏi sau vài ngày và hay tái phát.

(2) Đau vùng gáy mạn tính: đau âm ỉ khi tăng khi giảm, ít lan, khó vận động một số động tác vì đau, đôi khi thấy lảo xạo khi quay cổ.

(3) Có điểm đau cột sống cổ: ấn vào các gai sau cột sống cổ thấy đau.

+ Hạn chế vận động cột sống cổ: đau làm đầu vẹo sang một bên không quay về bên kia được do cơ bên đau bị co cứng phản xạ.

- Hội chứng rễ thần kinh.

+ Do thoái hóa hoặc thoát vị đĩa đệm chèn ép các rễ thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay, chủ yếu là rễ C<sub>5</sub>-C<sub>6</sub>. Đau vùng gáy âm ỉ tăng từng cơn nhất là về đêm, lan lên vùng chẩm và xuống vai và cánh tay. Biểu hiện lâm sàng là hội chứng vai - gáy, hoặc hội chứng vai - cánh tay. Thường đau sâu trong cơ, xương với cảm giác nhức nhối khó chịu, có khi đau nhói như điện giật. Đau cổ thường giảm nhanh trong khi đau vai và tay thì ngày một tăng. Đau có tính chất cơ học, đau tăng khi đứng, đi, ngồi lâu, khi ho, hắt hơi, khi vận động cột sống cổ; đau giảm khi nghỉ ngơi, khi kéo giãn cột sống cổ...

+ Rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ: bại một số cơ chi trên như dạng vai (C<sub>5</sub>), bại gấp cẳng tay (C<sub>6</sub>), bại duỗi cẳng tay (C<sub>7</sub>), bại gấp các ngón tay (C<sub>8</sub>). Có thể kèm theo hiện tượng giật bó cơ khi bị teo cơ rễ. Tê một vùng ở cánh tay, cẳng tay, bàn ngón tay. Định khu của hiện tượng giảm cảm giác tùy thuộc vào rễ thần kinh bị chèn ép. Làm nghiệm pháp căng dây thần kinh của đám rối cánh tay thì đau và tê tăng.

+ Rối loạn phản xạ kiểu rễ cổ: giảm hoặc mất phản xạ gân xương do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép: phản xạ gân cơ nhị đầu cánh tay (C<sub>5</sub>), phản xạ trâm quay (C<sub>6</sub>), phản xạ cơ tam đầu (C<sub>7</sub>).

+ Tổn thương rễ thần kinh cổ:

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

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

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

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

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

+ Hội chứng động mạch sống - nền: đau đầu vùng chẩm, vùng hốc mắt, hoa mắt, chóng mặt, có thể nôn hoặc buồn nôn, đi lại loạng choạng không vững, có khi có hiện tượng nhìn đôi, rối loạn phát âm, rối loạn nuốt

+ Hội chứng cổ cục bộ

+ Hội chứng rễ và dây thần kinh [34].

#### 1.1.5.2. Cận lâm sàng

- Chụp X-quang cột sống cổ thường quy.

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

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

+ Trên phim chụp chệch 3/4 thấy lỗ ghép méo mó và bị hẹp.

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

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

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

+ Khối đĩa đệm thoát vị là phần đồng tín hiệu với đĩa đệm nhô ra phía sau so với bờ sau thân đốt sống và không ngấm thuốc đối quang từ [34].

#### 1.1.6. Chẩn đoán hội chứng cổ-vai-cánh tay

Dựa vào các tiêu chuẩn sau:

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

- Biểu hiện lâm sàng ít nhất một triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh: đau dọc theo rễ thần kinh cổ; có một trong số các dấu hiệu kích thích



rễ; bầm chuông; rối loạn cảm giác dọc theo rễ thần kinh; rối loạn phản xạ gân xương; rối loạn dinh dưỡng cơ.

- Chụp X-quang cột sống cổ ba tư thế (thẳng, nghiêng, chệch 3/4) có ít nhất 1 trong 3 hình ảnh thoái hóa cột sống cổ: phì đại mấu bán nguyệt, gai xương thân đốt, hẹp lỗ tiếp hợp [27],[34].

### **1.1.7. Điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay**

#### **1.1.7.1. Nguyên tắc**

- Điều trị triệu chứng bệnh kết hợp với giải quyết nguyên nhân nếu có thể.
- Kết hợp điều trị thuốc với các biện pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng và các biện pháp không dùng thuốc khác.
- Chỉ định điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

#### **1.1.7.2. Điều trị cụ thể**

##### Các biện pháp không dùng thuốc

- Giáo dục bệnh nhân, thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc (tư thế ngồi làm việc, sử dụng máy tính, ...).
- Trong giai đoạn cấp khi có đau nhiều hoặc sau chấn thương có thể bất động cột sống cổ tương đối bằng đai cổ mềm [5].
- Tập vận động cột sống cổ, vai, cánh tay với các bài tập thích hợp
- Vật lý trị liệu: Liệu pháp nhiệt, kích thích điện, siêu âm liệu pháp, xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, kéo giãn cột sống (tại các cơ sở điều trị vật lý và phục hồi chức năng) [20].

##### Các phương pháp điều trị thuốc

- Thuốc giảm đau: tùy mức độ đau, có thể dùng đơn thuần hoặc phối hợp các nhóm thuốc sau:
- Thuốc giảm đau thông thường.
- Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID).

- Thuốc giãn cơ
- Các thuốc khác
- + Thuốc giảm đau thần kinh.
- + Thuốc chống trầm cảm ba vòng (liều thấp).
- + Vitamin nhóm B.
- + Corticosteroid [28].

### Điều trị ngoại khoa

- Một số chỉ định: Đau nhiều nhưng điều trị nội khoa ít có kết quả, có tổn thương thần kinh nặng và tiến triển, có chèn ép tủy cổ đáng kể.
- Một số phương pháp phẫu thuật chủ yếu: Chỉnh sửa cột sống để giải phóng chèn ép thần kinh tại các lỗ tiếp hợp bị hẹp, lấy nhân nhày đĩa đệm thoát vị, làm dính và vững cột sống [10].

### Các phương pháp khác

- Tiêm corticosteroid ngoài màng cứng hoặc tiêm khớp liên mỏm sau (facet) cạnh cột sống cổ: Có thể được chỉ định và thực hiện tại các cơ sở chuyên khoa [34].
- Các thủ thuật giảm đau can thiệp: phong bế rễ thần kinh chọn lọc; điều trị đốt thần kinh cạnh hạch giao cảm cổ bằng sóng cao tần (radio frequency ablation - RFA) [34].

## **1.2. Tổng quan hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ theo y học cổ truyền**

### **1.2.1. Bệnh danh**

Y học cổ truyền không có bệnh danh cụ thể cho hội chứng cổ-vai-cánh tay. Dựa vào triệu chứng trên lâm sàng và cơ chế bệnh sinh, bệnh được mô tả trong phạm vi các chứng “Chứng tý” [2], “Đầu thống” [25], “Huyền vụng” [3], “Kiên thống”... [6].

Thực tế khi biện chứng luận trị điều trị các chứng này cũng tức là điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay [88].

### **1.2.2. Bệnh nguyên bệnh cơ**

- *Do ngoại tà xâm nhập*: do vệ khí của cơ thể suy giảm, phong, hàn, thấp tà xâm phạm vào cân cơ xương khớp kinh lạc làm cho vận hành của khí huyết trong kinh mạch bị bế tắc gây đau. Tùy theo nguyên nhân mà biểu hiện ra ngoài thành chứng phong tý, hành tý, thấp tý [29].
- *Khí trệ huyết ứ*: hay gặp do cân cơ bị tổn thương cấp tính làm cho khí huyết trở trệ không thông mà gây đau [25].
- *Do can thận hư*: Thận không chủ được cốt tủy, can huyết hư không nuôi dưỡng được cân cơ, xương khớp bị thoái hóa, biến dạng, cơ bị teo, khớp bị dính... Thường gặp ở người già hoặc người mắc bệnh lâu ngày [3].

### **1.2.3. Phân loại thể bệnh và điều trị**

#### **1.2.3.1. Phong hàn thấp tý**

- Triệu chứng: Đau mỗi các khớp, trời mưa lạnh âm đau tăng hoặc tái phát. Đau nhiều một khớp hoặc di chuyển, chườm ấm đỡ đau, kèm vận động khó, tê bì, sợ gió, sợ lạnh. Rêu lưỡi trắng hoặc trắng dính, mạch phù khẩn hoặc nhu hoãn.
- Pháp điều trị: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh lạc.
- Bài thuốc: Quyên tý thang.
- Châm cứu: Phong trì, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Thiên tông, Khúc trì, Dương lăng tuyền và các huyết tại chỗ, lân cận vùng đau.
- Xoa bóp bấm huyết: vùng đau và các huyết trên [25].

#### **1.2.3.2. Khí trệ huyết ứ**

- Triệu chứng: Thường xuất hiện sau khi mang vác quá nặng hoặc chấn thương, vai gáy đau như dùi đâm, đau có điểm nhất định; vận động cổ

khó khăn, nặng thì không quay trở được, đau cự án, chất lưỡi có điểm ứ huyết, tím, mạch sáp.

- Pháp điều trị: Hoạt huyết hóa ứ, lý khí chỉ thống.
- Bài thuốc: Thân thống trực ứ thang gia giảm.
- Châm cứu: Huyết hải, Phong trì, Kiên tinh, Kiên ngưng, Dương lăng tuyền, A thị huyết và các huyết lân cận vùng đau.
- Xoa bóp bấm huyết: vùng đau và các huyết trên [25].

#### 1.2.3.3. Phong hàn thấp tý kết hợp can thận hư

- Triệu chứng lâm sàng: giống biểu hiện của phong hàn thấp tý nhưng thiên về hàn tý, kèm theo triệu chứng của can thận hư như: đau lưng, ù tai, ngủ ít, nước tiểu trong, lưng gối đau mỏi, tiểu tiện nhiều lần, rêu lưỡi trắng hoặc vàng mỏng, mạch trầm tế.
- Pháp điều trị: Khu phong, trừ thấp, tán hàn, bổ can thận.
- Bài thuốc: Quyên tý thang gia giảm.
- Châm cứu: Phong trì, Kiên tinh, Kiên ngưng, Thiên tông, Khúc trì, Quan nguyên, Khí hải, Thận du, Tam âm giao, các huyết vùng đau và lân cận.
- Xoa bóp bấm huyết vùng đau và các huyết trên [25].

### 1.3. Tổng quan về phương pháp Cảnh tam châm

Người sáng lập ra trường phái này là Giáo sư Cận Thụy (靳瑞). Phương pháp này đã được tổ hợp thành 42 loại và đã ứng dụng thành công trên lâm sàng [78],[70]. Cụ thể như sau:

- Tị (mũi) tam châm: nghinh hương - thượng nghinh hương - ấn đường
- Nhãn (mắt) tam châm: nhãn I châm - nhãn II châm - nhãn III châm
- Nhĩ (tai) tam châm: thính cung - thính hội - hoàn cốt
- Thiệt (lưỡi) tam châm: thiệt I châm - thiệt II châm - thiệt III châm
- Trí tam châm: Thần đình - bản thân - bản thân

- Tứ thân châm: Tứ thân I châm - Tứ thân II châm - Tứ thân III châm - Tứ thân IV châm
- Não tam châm: Não hộ - não không - não không
- Nhiếp (xương thái dương) tam châm: nhiếp I châm - nhiếp II châm - nhiếp III châm
- Nhiếp thượng tam châm: nhiếp thượng I châm - nhiếp thượng II châm - nhiếp thượng III châm
- Định thân châm: Định thân I châm - Định thân II châm - Định thân III châm
- Vựng thống châm: tứ thân châm - thái dương - ấn đường
- Diện cơ châm: tứ bạch - huyết thiên ứng ở mí mắt dưới hoặc Địa thương xuyên giáp xa - hòa liêu - nghinh hương
- Xoa tam châm: thái dương – hạ quan – huyết thiên ứng
- Diện than châm: ế phong – địa thương xuyên giáp xa – nghinh hương hoặc dương bạch – thái dương – tứ bạch
- Đột tam châm: thiên đột – thủy đột – phù đột
- Cảnh (cổ) tam châm: thiên trụ – bách lao – đại trử
- Bồi tam châm: đại trử – phong môn – phế du
- Kiên (vai) tam châm: Kiên I châm – Kiên II châm – Kiên III châm
- Thủ tam châm: khúc trì – ngoại quan – hợp cốc
- Túc tam châm: túc tam lý – tam âm giao – thái xung
- Thủ trí châm: lao cung – thần môn – nội quan
- Yêu (lưng) tam châm: thận du – đại trường du – ủy trung
- Tọa cốt châm : tọa cốt điểm – ủy trung – côn lân
- Tát (đầu gối) tam châm: song tát nhãn huyết – huyết hải – lương khâu
- Hòa (gót chân) tam châm: giải Khê – côn lân – thái Khê
- Túc trí châm: vĩnh tuyền – tuyền trung – tuyền trung nội

- Ủy (bệnh teo cơ) tam châm:

Chi trên: Khúc trì – hợp cốc – xích trạch

Chi dưới: Túc tam lý – tam âm giao – thái Khê

- Hạt tam châm: quán liêu – thái dương – hạ quan
- Nhũ (vú) tam châm: nhũ căn – đản trung – kiên cảnh
- Vị tam châm: trung quản – nội quan – túc tam lý
- Trường tam châm: thiên khu – quan nguyên – thượng cự huyệt
- Đờm tam châm: kỳ môn – nhật nguyệt – dương lăng tuyền
- Niệu tam châm: quan nguyên – trung cực – tam âm giao
- Chi (mỡ) tam châm: nội quan – túc tam lý – tam âm giao
- Phì (béo) tam châm: trung quản – đái mạch – túc tam lý
- Nhàn (bệnh phong) tam châm: nội quan – thân mạch – chiếu hải
- Âm tam châm: quan nguyên – quy lai – tam âm giao
- Dương tam châm: khí hải – quan nguyên – thận du
- Bế tam châm: thập tuyền – vĩnh tuyền – nhân trung
- Thoát tam châm: bách hội – thần khuyết – nhân trung
- Khởi bế châm: nhân trung – thính cung – ấn bạch
- Lão ngại châm (suy giảm trí nhớ ở người có tuổi-Alzheimer): bách hội – nhân trung – vĩnh tuyền [78],[70].

## **1.4. Tổng quan về bài thuốc TK1-HV**

### **1.4.1. Xuất xứ**

TK1-HV là bài thuốc Nam kinh nghiệm của Lương y Nguyễn Kiều được ứng dụng điều trị các bệnh lý cơ xương khớp từ nhiều năm nay tại Phòng khám của trường Trung cấp y Tuệ Tĩnh sau là Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, hiện tại bài thuốc đang được sử dụng rộng rãi tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

### 1.4.2. Thành phần

**Bảng 1.1. Thành phần bài thuốc TK1-HV**

Tên thuốc	Tên khoa học của vị thuốc [8]
Cà gai leo	<i>Herba Solani procumbensis</i>
Cầu tích	<i>Rhizoma Cibotii</i>
Cốt khí củ	<i>Radix Polygoni cuspidati</i>
Ngưu tất nam	<i>Radix Achyranthis asperae</i>
Kê huyết đằng	<i>Caulis Spatholobi</i>
Hà thủ ô (đỏ)	<i>Radix Fallopiae multiflorae</i>
Thỏ phục linh	<i>Rhizoma Smilacis glabrae</i>
Quế chi	<i>Ramulus Cinnamomi</i>
Dây gấm	<i>Caulis et Radix Gneti montani</i>
Dây chiêu	<i>Tetracera scandens</i> [4]

Các vị thuốc được bào chế theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam lần thứ xuân bản thứ năm [7] và tiêu chuẩn cơ sở. Tổng hàm lượng thang thuốc là 145 (gam) dược liệu khô.

### 1.4.3. Phân tích bài thuốc

Cà gai leo, Cầu tích, Dây gấm, Cốt khí củ, Ngưu tất nam, Thỏ phục linh nằm trong nhóm bổ thận trừ thấp. Kê huyết đằng, Hà thủ ô, Dây chiêu nằm trong nhóm bổ huyết [33]. Quế chi có tác dụng ôn kinh, thông kinh hoạt lạc và trừ hàn [37].

Toàn phương có tác dụng khu phong trừ thấp, hành khí, hoạt huyết, kiện tỳ bổ khí, bổ can thận, cường gân cốt [43]. Cà gai leo tính âm, hơi độc có tác dụng phát tán phong thấp. Thỏ phục linh vị ngọt, nhạt, tính bình, vào hai kinh can và vị có công dụng trừ phong thấp, lợi gân cốt. Cốt khí củ có vị đắng, tính âm, quy kinh can, tâm bào có công dụng hoạt huyết thông kinh, chỉ thống, trừ phong thấp. Cầu tích vị hơi đắng, ngọt, tính âm, quy kinh can thận,

công dụng bổ can, thận trị phong thấp [46]. Dây chiều vị chua chát, tính bình, có tác dụng tán ứ, hoạt huyết, thu liễm. Dây gắm vị đắng, tính bình, công dụng khu phong, trừ thấp, thư cân hoạt huyết [24]. Hà thủ ô vị đắng, ngọt, sáp, hơi ôn, quy kinh can thận có tác dụng bổ can thận. Ngưu tất vị chua, đắng, bình, không độc, vào hai kinh can và thận, công dụng hoạt huyết, hành ứ, bổ can thận, mạnh gân cốt. Kê huyết đằng vị đắng, hơi ngọt, tính ấm quy vào kinh can, thận công dụng bổ khí huyết, mạnh xương cốt, thư cân, chỉ thống. Quế chi vị cay, ngọt, hơi ấm, không độc quy vào kinh tâm, phế, bàng quang, công dụng phát hãn giải cơ, ôn kinh thông mạch, trị phong hàn biểu chứng, vai lưng khớp chân tay đau nhức [4].

#### ***1.4.4. Các nghiên cứu về TK1-HV***

##### *1.4.4.1. Tính an toàn*

Năm 2017 Nguyễn Ngọc Thược tiến hành nghiên cứu xác định độc tính cấp của cao lỏng TK1-HV trên thực nghiệm cho kết quả: Chuột nhắt trắng được uống thuốc thử với các mức liều khác nhau từ liều thấp nhất là 120g dược liệu khô/kg thể trọng đến liều cao nhất là 320g dược liệu khô/kg thể trọng, liều uống 0,2ml/10g, 3 lần trong 24 giờ. Chuột đã uống đến liều 320g dược liệu khô/kg thể trọng là liều tối đa có thể dùng được bằng đường uống để đánh giá độc tính cấp của thuốc thử nhưng không có chuột nào chết, không xuất hiện triệu chứng bất thường nào trong 72 giờ sau uống thuốc lần cuối và trong suốt 7 ngày sau uống thuốc. Từ đó kết luận: Chưa tìm thấy độc tính cấp LD<sub>50</sub> của cao lỏng TK1-HV theo đường uống trên chuột nhắt trắng, với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong 24 giờ là 320g dược liệu khô/kg thể trọng không xuất hiện độc tính cấp [52].

##### *1.4.4.2. Tác dụng dược lý*

Tác dụng chống viêm cấp: Cũng theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thược [52] cho kết quả:



*Trên mô hình hây phù chân chuột bằng carrageenin* (Sau khi tiêm carragenin, tất cả các chuột đều xuất hiện phù bàn chân rõ. Ở tất cả các lô, chân chuột phù to nhất tại thời điểm sau gây viêm phù 4 giờ và tại thời điểm sau gây viêm phù 6 giờ đã thấy giảm dần)

Đối với tỷ lệ phần trăm trung bình tăng thể tích bàn chân chuột ở các thời điểm sau gây viêm

- So với lô chứng sinh lý, tỷ lệ % tăng thể tích bàn chân chuột của các lô dùng TK1-HV và lô dùng diclofenac giảm rõ. Tại thời điểm 2, 4 và 6 giờ sau tiêm carragenin, tỷ lệ % tăng thể tích bàn chân chuột ( $\Delta V_t$ ) ở các lô dùng TK1-HV và lô dùng diclofenac giảm có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh lý với  $p < 0,01$ . Tại thời điểm 24 giờ sau tiêm carragenin, tỷ lệ % tăng thể tích bàn chân chuột ( $\Delta V_t$ ) ở các lô dùng TK1-HV và lô dùng diclofenac giảm có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh lý với  $p < 0,05$ .

- Tác dụng làm giảm độ phù chân chuột của các lô dùng TK1-HV đều tăng khi liều dùng tăng (độ tăng thể tích bàn chân chuột ở lô dùng liều cao nhỏ hơn so với ở lô dùng liều thấp), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$  tại tất cả các thời điểm đo).

- So với lô tham chiếu dùng diclofenac liều 15mg/kg, độ tăng thể tích bàn chân chuột ở các lô dùng TK1-HV không có sự khác biệt có ý nghĩa ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Đối với tỷ lệ % ức chế phù viêm cấp bàn chân chuột

- Tại thời điểm sau gây phù viêm 2 giờ, các lô dùng TK1-HV cũng như lô dùng thuốc tham chiếu diclofenac đều thể hiện tác dụng ức chế phù viêm. Tác dụng này thể hiện rõ nhất ở thời điểm sau gây phù viêm 6 giờ và 24 giờ.

- Các lô dùng TK1-HV liều 11,55g/kg/ngày và liều 23,10g/kg/ngày có tác dụng ức chế phù bàn chân chuột tương đương nhau và tương đương với lô dùng Diclofenac liều 15mg/kg thể trọng ( $p > 0,05$ ).

*Trên mô hình gây viêm màng bụng chuột cống trắng*

**Đối với thể tích dịch rỉ viêm**

- So với lô chứng sinh lý, thể tích dịch rỉ viêm ở 2 lô dùng cao lỏng TK1-HV và lô dùng Diclofenac giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).
- Sự giảm thể tích dịch rỉ viêm ở lô dùng Diclofenac giảm hơn so với 2 lô dùng cao lỏng TK1-HV, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).
- So sánh giữa 2 lô dùng cao lỏng TK1-HV, lô dùng liều cao có thể tích dịch rỉ viêm nhỏ hơn so với lô dùng liều thấp, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Đối với hàm lượng protein trong dịch rỉ viêm**

- So với lô chứng sinh lý, hàm lượng protein trong dịch rỉ viêm ở 2 lô dùng cao lỏng TK1-HV và lô dùng Diclofenac giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).
- Sự giảm hàm lượng protein trong dịch rỉ viêm ở lô dùng Diclofenac giảm hơn so với 2 lô dùng cao lỏng TK1-HV, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).
- So sánh giữa 2 lô dùng cao lỏng TK1-HV, lô dùng liều cao có hàm lượng protein trong dịch rỉ viêm nhỏ hơn so với lô dùng liều thấp, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Đối với số lượng bạch cầu trong dịch rỉ viêm**

- So với lô chứng sinh lý, số lượng bạch cầu trong dịch rỉ viêm ở 2 lô dùng cao lỏng TK1-HV và lô dùng Diclofenac giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).
- Sự giảm số lượng bạch cầu trong dịch rỉ viêm ở lô dùng Diclofenac giảm hơn so với 2 lô dùng cao lỏng TK1-HV, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

- So sánh giữa 2 lô dùng cao lỏng TK1-HV, lô dùng liều cao có số lượng bạch cầu trong dịch rỉ viêm nhỏ hơn so với lô dùng liều thấp, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### Tác dụng chống viêm mạn tính:

Đối với tác dụng giảm khối lượng u hạt (mg/100g)

- Cả prednisolon và cao lỏng TK1-HV ở 2 mức liều đều làm giảm khối lượng u hạt khi so với lô chứng sinh lý ( $p < 0,01$ ).

- Trọng lượng trung bình u hạt ở lô dùng cao lỏng TK1-HV liều 2 giảm hơn so với ở lô dùng liều 1, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

- So với lô dùng prednisolon, tác dụng làm giảm khối lượng u hạt của các lô dùng cao lỏng TK1-HV khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Đối với khối lượng tuyến ức

- Cả prednisolon và cao lỏng TK1-HV ở 2 mức liều đều làm giảm khối lượng tuyến ức khi so với lô chứng sinh lý ( $p < 0,05$ ).

- So với lô dùng prednisolon, tác dụng làm giảm khối lượng tuyến ức của các lô dùng cao lỏng TK1-HV khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

- Khối lượng trung bình tuyến ức ở lô dùng cao lỏng TK1-HV liều 2 giảm hơn so với ở lô dùng liều 1, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### Tác dụng giảm đau

Đối với thời gian đáp ứng đau của chuột nhắt trắng

- So sánh giữa các lô tại thời điểm trước dùng thuốc: thời gian đáp ứng đau của chuột ở các lô nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

- So sánh giữa các lô tại thời điểm sau dùng thuốc: thời gian đáp ứng đau của chuột ở lô dùng Morphin kéo dài rõ rệt so với lô chứng sinh lý ( $p < 0,01$ ).

Thời gian đáp ứng đau của chuột ở các lô dùng TK1-HV cũng kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê so với ở lô chứng sinh lý với  $p < 0,05$ , tuy nhiên còn thua kém so với lô dùng Morphin ( $p < 0,01$ ).

- So sánh trong từng lô tại thời điểm sau dùng thuốc so với trước dùng thuốc: các lô dùng TK1-HV có dài hơn có thời gian đáp ứng đau của chuột dài hơn có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , trong khi lô dùng Morphin thời gian đáp ứng đau của chuột dài hơn có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Đối với ngưỡng đau trên bàn chân chuột công trắng gây viêm phù bằng carrageenin:

- So với lô chứng sinh lý, tại tất cả các thời điểm đo, các lô dùng TK1-HV cũng như lô dùng thuốc tham chiếu diclofenac đều thể hiện tác dụng giảm đau, làm tăng ngưỡng đau ( $p < 0,05$ ).

- Ở tất cả các thời điểm đo, giá trị của tỷ lệ % tăng ngưỡng đau so với lô chứng sinh lý ở lô dùng TK1-HV liều 2 đều cao hơn so với ở lô dùng liều 1, tuy nhiên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

- So với lô dùng diclofenac, ngưỡng đau của các lô dùng TK1-HV không khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Đối với số cơn đau quặn sau tiêm acid acetic vào màng bụng chuột nhắt trắng:

- So với lô chứng sinh lý, các lô dùng cao lỏng TK1-HV, và lô dùng thuốc tham chiếu diclofenac có thời gian xuất hiện đau lớn hơn và số cơn đau quặn trong 20 phút sau tiêm acid acetic ít hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Cao lỏng TK1-HV và thuốc tham chiếu diclofenac đều thể hiện tác dụng giảm đau trên mô hình gây đau quặn thực nghiệm, làm thời gian xuất hiện đau muộn hơn và số cơn đau quặn giảm hơn so với lô chứng sinh lý.

- So với lô tham chiếu dùng diclofenac, các lô dùng cao lỏng TK1-HV có thời gian xuất hiện đau và số cơn đau quặn trong 20 phút sau tiêm acid acetic là

tương đương, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Với các mức liều dùng trong nghiên cứu, cao lỏng TK1-HV có tác dụng giảm đau trên mô hình gây đau quặn tương đương với diclofenac liều 20mg/kg cân nặng.

*Như vậy, có thể thấy rằng, cao lỏng TK1-HV có tác dụng chống viêm trên cả viêm cấp và viêm mạn, đồng thời có tác dụng chống viêm kiểu corticoid; có tác dụng giảm đau cả ngoại vi và trung ương.*

#### 1.4.4.3. Các nghiên cứu về hiệu quả của TK1-HV trong điều trị bệnh lý cơ xương khớp

Nguyễn Ngọc Mậu (2017) sử dụng bài thuốc TK1-HV kết hợp điện châm trong điều trị hội chứng cổ vai tay có thoái hóa cột sống cổ kết luận: Bài thuốc có tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động khớp hơn so với điện châm châm thông thường. Điểm đau trung bình (TB) của nhóm nghiên cứu trước điều trị là  $7,43 \pm 1,12$  (điểm) giảm còn  $1,13 \pm 0,94$  (điểm), nhóm chứng  $7,30 \pm 1,25$  (điểm) giảm còn  $2,23 \pm 1,02$  (điểm) sau 30 ngày điều trị. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Biên độ vận động cúi, ngửa, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay phải, xoay trái được cải thiện ở cả hai nhóm, tuy nhiên ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả chung nhóm nghiên cứu 76,7% đạt tốt; 23,3% đạt khá [39].

Lâm Ngọc Xuyên (2017) nghiên cứu sử dụng bài thuốc TK1-HV kết hợp với xoa bóp bấm huyệt điều trị thoái hóa đốt sống cổ cho thấy: Bài thuốc có hiệu quả giảm đau sau 30 ngày điều trị (nhóm nghiên cứu giảm từ  $5,41 \pm 2,01$  (điểm) xuống  $1,63 \pm 0,94$  (điểm) ( $p < 0,05$ )). Tầm vận động cột sống cổ của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng (cúi, ngửa, nghiêng, xoay tăng ( $p < 0,05$ )), hiệu quả điều trị chung sau 30 ngày điều trị tốt đạt 80% và khá đạt 20%, an toàn cho bệnh nhân [56].

Năm 2017, nghiên cứu của Lương Xuân Hưng trên nhóm 60 bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm chia làm 2 nhóm, một nhóm sử dụng TK1-HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt và một nhóm xoa bóp bấm huyệt đơn thuần cho thấy: Mức độ cải thiện về các chỉ số đau VAS, độ giãn cột sống thắt lưng (Schober), tầm vận động cột sống thắt lưng, chức năng hoạt động cột sống thắt lưng (ODI) ở cả nhóm sử dụng biện pháp xoa bóp bấm huyệt và nhóm kết hợp bài thuốc TK1-HV sau điều trị tốt hơn so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Mức độ cải thiện các chỉ số VAS, Schober, ODI của nhóm nghiên cứu tốt hơn rõ rệt so với nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [23].

Hoàng Huyền Châm (2018) nghiên cứu hiệu quả của TK1-HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên nhóm bệnh nhân viêm quanh khớp vai đơn thuần cho thấy: Với liệu trình điều trị 21 ngày kết hợp, điểm đau VAS, tầm vận động khớp vai của bệnh nhân đều cải thiện rõ rệt. Hiệu quả chung tốt đạt 96,7% [12].

Đoàn Thị Nhung (2018) đánh giá hiệu quả của TK1-HV kết hợp điện châm trên nhóm 60 bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, một nhóm sử dụng TK1-HV kết hợp điện châm và một nhóm điện châm đơn thuần cho kết quả: Ở nhóm điều trị kết hợp, mức độ đau, sự thay đổi tầm vận động cột sống thắt lưng, điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày (ODI) đều có sự cải thiện rõ rệt sau 30 ngày điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ) [42].

Nguyễn Xuân Huỳnh (2018) nghiên cứu tác dụng của TK1-HV kết hợp nhu châm (cấy chỉ) trên 60 bệnh nhân đau thần kinh hông to tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông cho kết quả: Hiệu quả chung: Tốt đạt 46,7%; khá đạt 50%; trung bình 3,3%. Không có bệnh nhân nào không hiệu quả. Khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chỉ sử dụng TK1-HV đơn thuần ( $p = 0,001$ ).

Phương pháp điều trị kết hợp TK1-HV và nhu châm (cấy chỉ) có tác dụng giảm điểm đau VAS, tăng độ giãn cột sống (Schober), tăng góc Lasegue, giảm khoảng cách tay đất, tăng tầm vận động cột sống (cúi, ngửa, nghiêng), giảm số điểm đau Valleix, giảm co cứng cơ cạnh sống và giảm số bệnh nhân có dấu hiệu bầm chuông dương tính có ý nghĩa thống kê sau 30 ngày điều trị, khác biệt rõ rệt với nhóm chỉ sử dụng TK1-HV đơn thuần [21].

## **1.5. Các nghiên cứu có liên quan**

### ***1.5.1. Nghiên cứu trên thế giới***

Chu Lập Quốc và cộng sự (2016) tổng kết các nghiên cứu dùng thuốc Đông y điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay từ 1/1/2000 đến 31/3/2016 cho thấy: các bài thuốc thường dùng để điều trị là “ Quế chi gia cát căn thang”, “Cát căn thang”, “Sài hồ quế chi thang”, “Hoàng kỳ quế chi ngũ vật thang”, “Đương quy tứ nghịch thang”, “Ô đầu thang” ... tùy bệnh nhân cụ thể mà gia giảm; cơ chế bệnh sinh chủ yếu là bản hư, tiêu thực; trong đó bản hư chủ yếu là khí huyết, can thận hư; tiêu thực chủ yếu là phong, hàn, khí trệ, huyết ứ [82].

Lý Nữ Định (2016) nghiên cứu dùng điện châm kết hợp với thủy châm, so sánh với điện châm đơn thuần điều trị 94 ca bệnh nhân hội chứng cổ-vai-cánh tay. Phương pháp: nhóm chứng dùng điện châm các huyệt giáp tích từ C4-C7, phong trì, khúc trì, hậu khê, hợp cốc; nhóm điều trị điện châm như trên, kết hợp thủy châm huyết thủ tam lý bằng vitamin B, 5 ngày 1 liệu trình, nghỉ 2 ngày tiếp tục liệu trình thứ 2. Kết quả sau 2 liệu trình, nhóm nghiên cứu cải thiện các triệu chứng lâm sàng rõ rệt hơn so với nhóm đối chứng [87].

Hạng Du và cộng sự (2017) tiến hành hồi cứu 1.458 bệnh nhân chẩn đoán hội chứng cổ-vai-cánh tay được điều trị bằng y học cổ truyền kết hợp y học hiện đại, kết quả cho thấy việc kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại trong điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay đã nâng cao hiệu quả điều trị, cải

thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, tốt hơn so với điều trị bằng y học hiện đại hoặc y học cổ truyền đơn thuần [83].

Đình Dũng (2017) nghiên cứu dùng bài thuốc “Hoàng kỳ quế chi ngũ vật thang” (hoàng kỳ 30g, quế chi 10g, sinh khương 5 lát, bạch thược 30g, đại táo 6 quả) sắc uống ngày một thang chia 2 lần sáng, chiều; kết hợp với kéo giãn điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay cho 47 bệnh nhân từ tháng 6/2014 đến tháng 9/2015. Kết quả sau 2 tuần điều trị hiệu quả đạt 98,87%, cao hơn so với nhóm chứng dùng Mobic 15mg tiêm tĩnh mạch ngày 1 lần (hiệu quả đạt 80,85%) ( $p < 0,05$ ) [84].

Miêu Ngọc Tân (2017) nghiên cứu ứng dụng châm cứu trên cơ sở phân kinh biện chứng so sánh với châm cứu thông thường điều trị 88 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cổ-vai-cánh tay tại Bệnh viện nhân dân Hà Nam – Trung Quốc từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 9 năm 2016. Sau 4 tuần điều trị, kết quả cho thấy hiệu quả điều trị ở nhóm nghiên cứu đạt 93,18%, cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng (68,18%) ( $p < 0,05$ ) [85].

Vương Lập Sơn (2017) nghiên cứu dùng viên viên nang “Tráng cốt giãn gân” với thành phần chủ yếu là các vị thuốc bổ can thận, sơ thông kinh lạc, ngày uống 3 lần, mỗi lần 6 viên, điều trị cho 120 bệnh nhân chẩn đoán hội chứng cổ-vai-cánh tay từ tháng 6/2013 đến tháng 6/2015. Sau 1 tháng điều trị, tổng hiệu quả đạt 85,0%, các triệu chứng lâm sàng như đau nhức cổ gáy, hạn chế vận động, tê bì đều cải thiện rõ rệt [86].

### ***1.5.2. Nghiên cứu tại Việt Nam***

Năm 2010, Phạm Gia Nhân và cộng sự thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động của điện châm so với thể châm trong điều trị thoái hóa cột sống cổ trên 70 bệnh nhân đến khám và điều trị tại phòng khám An Bình Thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả: 35 bệnh nhân mỗi nhóm được điều trị bằng thể châm hoặc điện châm với phác đồ: kiên ngưng,



hợp cốc, kiên ngoại du, phong trì, kiên tinh, đại chùy, a thị huyết, hoa đà giáp tích đoạn cột sống cổ có thoái hóa liệu trình 20 ngày liên tục, mỗi ngày châm 1 lần. Với điện châm, trước hết kích thích với cường độ thấp nhất rồi từ từ tăng lên với mức chịu được cường độ kích thích đó, châm tả; với thể châm, chỉ về kim để tìm cảm giác đặc khí. Các bệnh nhân đều được hướng dẫn cách tự chăm sóc bệnh tại nhà bằng cách chườm ấm, tập mềm dẻo cột sống với các động tác gập, ngửa, nghiêng trái, nghiêng phải và xoay trái, xoay phải ngày 3 lần, mỗi lần 20 phút và tự xoa bóp vùng cổ gáy. Nghiên cứu đi đến kết luận phương pháp điện châm góp phần làm cải thiện về triệu chứng đau và biên độ thực hiện các động tác cột sống cổ: nghiêng phải - trái, xoay phải – trái, gập, duỗi vào ngày thứ 10 tăng dần đến ngày 15 và 20, biên độ trở về bình thường và có tăng thêm trong giới hạn cho phép. Hiệu quả cảm giác đau và cường độ đau của phương pháp điện châm có tác dụng tốt hơn phương pháp thể châm ở ngày 10. Mức độ kết hợp giữa điện châm với giảm đau và cải thiện biên độ vận động có hiệu quả hơn phương pháp thể châm trên bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ ở các động tác vận động của cột sống cổ ở thời điểm 5, 10, 15, 20 ngày [45].

Năm 2012, Nguyễn Thị Kim Ngân và cộng sự tiến hành một khảo sát nhằm đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến điều trị giảm đau do thoái hóa cột sống cổ bằng điện châm với thiết kế can thiệp lâm sàng cho kết quả: Trong số 323 bệnh nhân được điện châm theo phác đồ huyết Kiên ngoại du, hợp cốc, kiên ngưng, phong trì, kiên tinh, đại chùy, hoa đà giáp tích ( $C_1-C_7$ ) với thời gian lưu kim 20 phút/lần, 1 lần/ngày và điện châm 20 ngày liên tục cho thấy phương pháp này đạt hiệu quả giảm đau trên 77,1% bệnh nhân nghiên cứu, bên cạnh đó, nghiên cứu cũng ghi nhận các yếu tố giới tính, kinh nguyệt, bệnh kèm theo, thể bệnh YHCT và sự hợp tác với thầy thuốc, chế độ điều trị có ảnh hưởng đến hiệu quả giảm đau [44].

Năm 2013, Nguyễn Bình Phương Thảo và cộng sự tiến hành một khảo sát nhằm đánh giá tác dụng của thuốc viên “Khu phong trừ thấp” trong điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hóa đốt sống cổ trên 60 bệnh nhân tại bệnh viện Y dược học Dân tộc thành phố Hồ Chí Minh với liệu trình 20 ngày liên tục cho kết quả: Thuốc có tác dụng giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống cổ và các triệu chứng kèm theo của hội chứng cổ-vai-cánh tay. Đánh giá trên 2 tiêu chí là mức độ giảm đau và tầm vận động cột sống cổ sau thời gian điều trị, tỷ lệ bệnh nhân giảm đau tăng từ 33,3% lên 58,3%; 100% bệnh nhân vận động được cột sống cổ bình thường [48].

Năm 2018, Trương Thị Thúy Vân tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát tác dụng của viên nang cứng TD0019 (bạch thược, cam thảo, đảng sâm, đỗ trọng, độc hoạt, đương quy, ngưi tât, phòng phong, phục linh, quế chi, sinh địa, tang kí sinh, tần giao, tể tân, xuyên khung, hoa đào, cao đậu tương lên men, salix alba extract) liều 6 viên/ngày trên 64 bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa kết hợp bài tập vận động cột sống cổ cho kết quả: Thuốc có tác dụng giảm điểm đau VAS, tăng tầm vận động cột sống, giảm điểm hạn chế sinh hoạt do bệnh lý (NDI- The neck disability index), các hội chứng rễ, hội chứng động mạch sống nền, biểu hiện co cứng cơ đều hết hoặc giảm. Hiệu quả điều trị chung 100% đáp ứng tốt [55].

Phạm Tuấn Thanh và cộng sự (2019) tiến hành một nghiên cứu nhằm đánh giá tác dụng của điện châm trên 50 bệnh nhân hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ tại Bệnh viện Đa khoa Phú Xuyên cho kết quả: phương pháp điện châm có tác dụng giảm đau, khôi phục vận động tốt trong hội chứng cổ-vai-cánh tay. Trước điều trị có 50/50 bệnh nhân đau vai gáy (100%), sau điều trị giảm xuống còn 5/50 bệnh nhân (10%); tê cánh tay căng tay trước điều trị có 72%; sau điều trị giảm xuống còn 27,8%; hạn chế vận động đốt sống cổ trước điều trị có 50/50 bệnh nhân chiếm 100%, sau điều trị

giảm xuống còn 2%; hạn chế vận động khớp vai chiếm 78% sau điều trị giảm xuống còn 10,3%; chóng mặt khi thay đổi tư thế trước điều trị 18%, sau điều trị giảm xuống còn 2%; mệt mỏi toàn thân trước điều trị 12%, sau điều trị không còn bệnh nhân nào có biểu hiện này. Trong và sau quá trình điều trị không thấy xuất hiện tác dụng không mong muốn [47].

Năm 2019, Trịnh Thị Hương Giang tiến hành một nghiên cứu nhằm đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và thủy châm Nucleo C.M.P trên 60 bệnh nhân hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm với phác đồ nền là điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt vùng cổ gáy và nhóm nghiên cứu được dùng thêm Nucleo C.M.P thủy châm 1 ống/lần x 5 ngày/tuần x 15 ngày cho kết quả: Mức độ đau theo thang điểm VAS ở nhóm nghiên cứu giảm có ý nghĩa so với nhóm chứng; hội chứng rễ được cải thiện 93,3%; 83,3% không hạn chế vận động cột sống cổ, điểm chức năng sinh hoạt NDI giảm; Tỷ lệ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày là 100% (không hạn chế 90,0%; hạn chế nhẹ 10,0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng [17].

### ***1.5.3. Nghiên cứu cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay***

Hoàng Huy và cộng sự (2009) ứng dụng cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay có hội chứng động mạch sống nền cho thấy: sau 1 tháng điều trị cảnh tam châm có tác dụng tăng cường lưu lượng máu lên não, cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng, kết quả tương đương với nhóm đối chứng được dùng thuốc tăng cường tuần hoàn não [79].

Hoàng Tuấn Hạo (2015) nghiên cứu ứng dụng cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay, kết quả cho thấy hiệu quả điều trị tốt chiếm 73,33%, có hiệu quả chiếm 23,33%, không hiệu quả 3,33%; cao hơn so với cách châm khác và kéo giãn kết hợp xoa bóp [80].

Lâm Tinh Hoa (2017) tổng kết từ tháng 3-2013 đến tháng 12-2013 tại Bệnh viện Trung y Hoàng Lan, thành phố Trung sơn – Trung Quốc về nghiên cứu ứng dụng ôn châm cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay, kết quả cho thấy hiệu quả điều trị tốt đạt tới 91,67% [81].

## Chương 2

### CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Chất liệu nghiên cứu

##### 2.1.1. Bài thuốc TK1-HV

Bài thuốc TK1-HV sử dụng trong nghiên cứu thành phần gồm các vị thuốc (bảng 2.1) có tên khoa học tuân thủ nguồn gốc dược liệu theo thông tư 05 năm 2015 của Bộ Y tế [8] (trừ vị thuốc Dây chiền – được viết theo tên khoa học trong cuốn “Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam” [4]).

**Bảng 2.1. Thành phần bài thuốc nghiên cứu**

Tên thuốc	Tên khoa học	Hàm lượng	Tiêu chuẩn đạt
Cà gai leo	<i>Herba Solani procumbensis</i>	20g	Dược điển Việt Nam lần xuất bản thứ năm
Cẩu tích	<i>Rhizoma Cibotii</i>	20g	
Cốt khí củ	<i>Radix Polygoni cuspidati</i>	15g	
Ngưu tất nam	<i>Radix Achyranthis asperae</i>	15g	
Kê huyết đằng	<i>Caulis Spatholobi</i>	15g	
Hà thủ ô (đỏ)	<i>Radix Fallopiae multiflorae</i>	20g	
Thổ phục linh	<i>Rhizoma Smilacis glabrae</i>	15g	
Quế chi	<i>Ramulus Cinnamomi</i>	05g	
Dây gấm	<i>Caulis et Radix Gneti montani</i>	20g	Tiêu chuẩn cơ sở
Dây chiền	<i>Tetracera scandens</i>	20g	

Các vị thuốc được bào chế theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam lần thứ xuất bản thứ năm [7] và tiêu chuẩn cơ sở (với hai vị thuốc là Dây gấm và Dây chiền). Tổng hàm lượng thang thuốc là 145 (gam) được sắc dưới dạng nước sắc thành 300ml/thang, đóng túi, mỗi túi 150ml tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh. Bệnh nhân chia uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 túi (150 ml) sau ăn 30 phút.

### 2.1.2. Phác đồ huyết Cảnh tam châm

Châm vào 3 huyết: đại trử, thiên trụ, bách lao để điều trị bệnh thuộc vùng cổ gáy.

#### 2.1.2.1. Huyết đại trử (huyết thuộc kinh bàng quang - huyết hội của cốt)

Vị trí: ngang khe giữa mỏm gai đốt sống cổ 7 và ngực 1, cách mạch đốc 1,5 thốn. Cách châm: châm sâu 0,5-0,8 thốn

#### 2.1.2.2. Huyết thiên trụ (huyết thuộc kinh bàng quang)

Vị trí: nằm ở trên đường chân tóc vùng gáy, ngang chỗ lõm dưới ụ cằm, cách mạch đốc 1,3 thốn về 2 bên.

Cách châm: châm sâu 0,5-0,8 thốn

#### 2.1.2.3. Huyết bách lao

Vị trí: từ huyết Đại chùy đo lên 2 thốn, đo ngang ra 2 bên 1 thốn.

Cách châm: châm sâu 0,5-1 thốn.

### 2.1.3. Phác đồ huyết điện châm

Huyết điện châm được sử dụng trong nghiên cứu là phác đồ huyết được trong cuốn “Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền” của Bộ Y tế (2008) gồm [11]:

**Bảng 2.2. Phác đồ huyết điện châm [11]**

Tên huyết	Đường kinh	Cách châm
Phong trì	Túc thiếu dương Đờm	Tả
Thiên trụ	Túc thái dương Bàng quang	Tả
Đại trử	Túc thái dương Bàng quang	Tả
Đại chùy	Mạch đốc	Tả
Giáp tích C <sub>4</sub> -C <sub>7</sub>	Ngoài kinh	Tả
Kiên ngưng	Thủ dương minh Đại trường	Tả
Kiên tỉnh	Túc thiếu dương Đờm	Tả
Khúc trì	Thủ dương minh Đại trường	Tả
Hợp cốc	Thủ dương minh Đại trường	Tả

Can du	Túc thái dương Bằng quang	BỔ
Thận du	Túc thái dương Bằng quang	BỔ

## 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 10/2018 đến hết tháng 8/2019 tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an.

## 2.3. Đối tượng nghiên cứu

### 2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

#### 2.3.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn theo Y học hiện đại

- Bệnh nhân trên 18 tuổi, không phân biệt giới và nghề nghiệp, tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị.

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định có hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ dựa trên các tiêu chí về lâm sàng và cận lâm sàng bao gồm: Xuất hiện ít nhất một trong các biểu hiện của (1) và bắt buộc có (2) và (3):

#### (1) Hội chứng cổ-vai-cánh tay:

+ Hội chứng cột sống:

Cơ năng: đau cột sống cổ (lan hoặc không lan lên vùng chẩm), thường âm ỉ; đôi khi thấy lạo xạo khi quay cổ, khó vận động một số động tác vì đau.

Thực thể: điểm đau cạnh sống cổ; hạn chế vận động cột sống cổ, co cứng cơ cạnh cột sống cổ.

+ Hội chứng rễ:

Cơ năng: đau dọc theo rễ thần kinh cổ

Thực thể: có một trong số các dấu hiệu kích thích rễ: bầm chuông; nghiệm pháp Spurling (ép rễ thần kinh cổ); căng rễ thần kinh cổ, chùng rễ thần kinh cổ, rối loạn phản xạ kiểu rễ-cổ.

+ Hội chứng động mạch sống nèn:

Cơ năng: Đau đầu vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, mờ mắt và đôi khi có giảm thị lực thoáng qua, mệt mỏi, mất thăng bằng khi quay cổ quá nhanh.

Thực thể: có thể có rung giật nhãn cầu, hội chứng tiểu não, hội chứng giao bên.

+ Hội chứng chèn ép tủy-cổ mức độ nhẹ:

Cơ năng: mức độ nhẹ (tê bì, mất khéo léo hai bàn tay, teo cơ hai tay)

Thực thể: Giảm cảm giác bàn tay, giảm trương lực cơ, giảm phản xạ gân xương.

## **(2) Thoái hóa cột sống cổ:**

+ Hình ảnh trên phim X-quang quy ước cột sống cổ thẳng-nghiêng-chếch  $\frac{3}{4}$ : Quan sát được một trong các hình ảnh đặc xương dưới sụn/tân tạo xương (gai xương, chồi xương), hẹp khe khớp (với phim chụp thẳng), hẹp các lỗ tiếp hợp (phim nghiêng); hoặc phì đại mấu bán nguyệt.

+ Hình ảnh trên phim chụp cộng hưởng từ (MRI – nếu có): đĩa đệm có ranh giới rõ, giảm tín hiệu trên T1 và tăng tín hiệu trên T2, đĩa đệm thoái hóa hoặc thoát vị.

## **(3) Tiêu chuẩn khác**

- Bệnh nhân có điểm đau VAS < 6 điểm

### **2.3.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn theo Y học cổ truyền**

- Bệnh nhân có hội chứng cổ vai cánh tay thuộc phong hàn thấp kết hợp can thận hư [25].

### **2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay có biểu hiện của:

+ Hội chứng thần kinh thực vật: Hội chứng giao cảm cổ sau (đau nửa đầu hoặc vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, mờ mắt hoặc mất thị lực thoáng qua, cơn rối loạn vận mạch, tăng khi quay cổ); Hội chứng vai-bàn tay (đau ở vùng bàn ngón tay, da bàn tay, có khi xanh tím, giảm nhiệt độ so với bên lành); Kích thích đám rối thần kinh cổ sau (cơn đau kiểu mạch đập ở vùng chẩm, co cứng các cơ cổ, tức ngực, hụt hơi); Đau quanh khớp vai (có tính



chất phản xạ từ cổ xuống vai và cánh tay, không hạn chế vận động khớp vai); Hội chứng cơ thang (đau mặt trong cánh tay xuống ngón 4-5 và đau lan lên cằm); Hội chứng tim (đau ngực vùng trước tim, đau tăng khi quay đầu, gơ cánh tay lên cao hoặc khi ho, hắt hơi, đôi khi xuất hiện như cơn đau thắt ngực, điện tim bình thường).

+ Rối loạn vận động hoặc cảm giác kiểu rã (bại cơ dạng vai (C<sub>5</sub>); cơ gấp cẳng tay (C<sub>6</sub>); duỗi cẳng tay (C<sub>7</sub>); gấp các ngón tay (C<sub>8</sub>), có thể teo cơ, giật bó cơ.

+ Chèn ép tủy cổ mức độ nặng hoặc có hội chứng Brown-Sequard (hội chứng phân ly cảm giác).

- Bệnh nhân đã sử dụng một loại thuốc hoặc phương pháp điều trị khác trong vòng 10 ngày trước khi tham gia nghiên cứu này.

- Bệnh nhân tự ý bỏ thuốc, dừng điều trị.

- Bệnh nhân tự ý sử dụng thêm thuốc khác hoặc thực hiện một phương pháp can thiệp khác trong quá trình điều trị.

- Phụ nữ có thai và đang cho con bú.

## **2.4. Phương pháp nghiên cứu**

### **2.4.1. Thiết kế nghiên cứu**

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

### **2.4.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu**

Mẫu nghiên cứu được chọn có chủ đích, đối tượng được lựa chọn là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng cổ-vai-cánh tay đến khám và điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an trong thời gian diễn ra nghiên cứu này.

Sử dụng công thức cỡ mẫu so sánh trung bình của 2 nhóm nghiên cứu:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)} \times \sqrt{2\bar{\mu}(1-\bar{\mu})} + Z_{\beta} \times \sqrt{\mu_1 \times (1-\mu_1) + \mu_2 \times (1-\mu_2)}}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \quad [19],[53]$$

Trong đó:

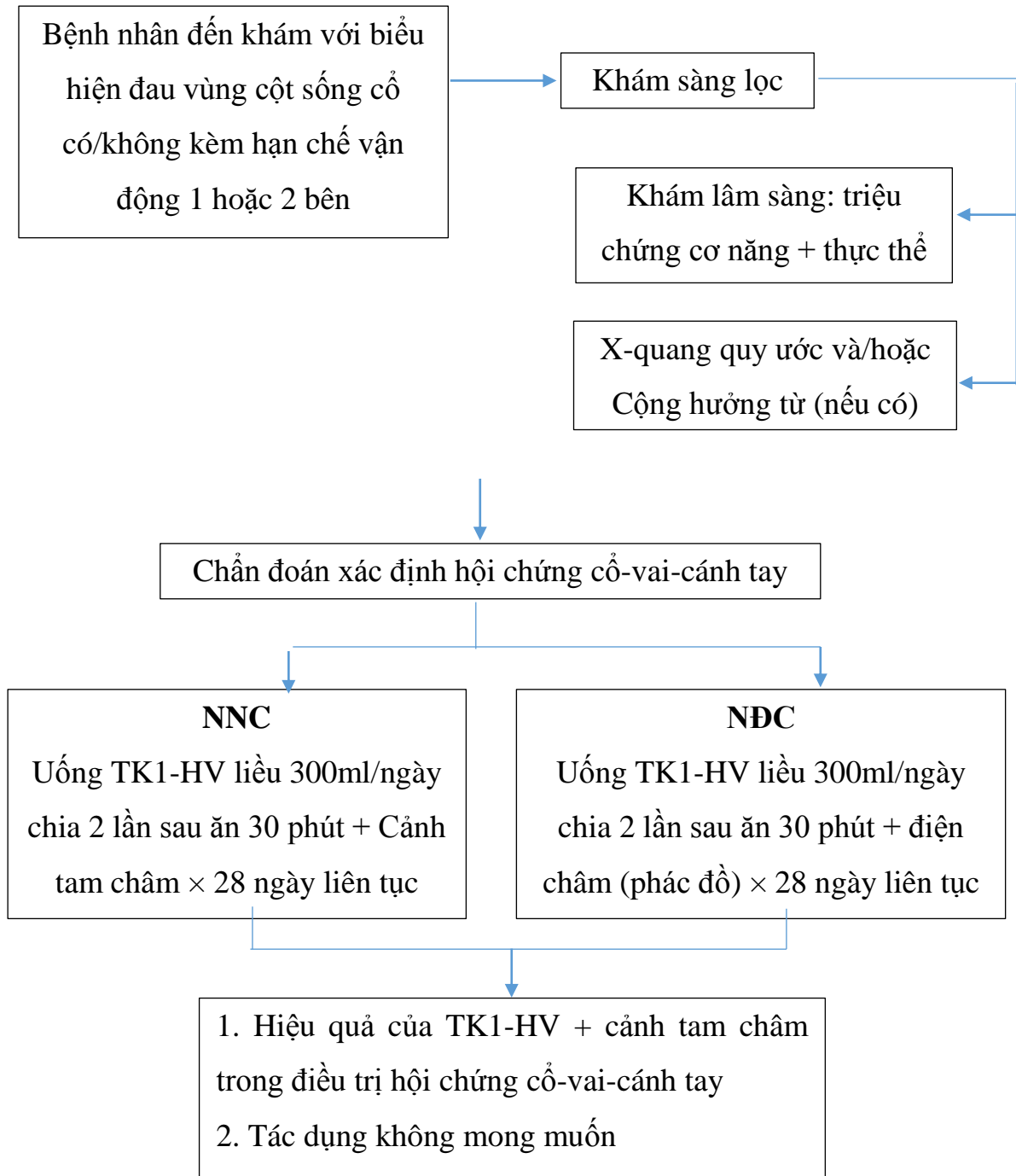
n	Cỡ mẫu nghiên cứu
$Z_{(1-\alpha/2)}$	Với độ tin cậy 95% ( $\alpha = 0,05$ ) $\rightarrow Z = 1,96$
$Z_{\beta}$	Với $\beta = 0,2 \rightarrow Z = 0,842$
$\mu_1$	ước lượng tỷ lệ bệnh nhân sử dụng bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay có hiệu quả tốt $\rightarrow$ Giả định $\mu_1 = 0,8$
$\mu_2$	ước lượng tỷ lệ bệnh nhân sử dụng bài thuốc TK1-HV kết hợp điện châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay có hiệu quả tốt $\rightarrow$ Giả định $\mu_2 = 0,5$
$\bar{\mu}$	Là giá trị trung bình của $\mu_1$ và $\mu_2$ . Áp dụng công thức $\bar{\mu} = \frac{\mu_1 + \mu_2}{2} = \frac{0,8 + 0,5}{2} = 0,65$

Ước lượng 10% bệnh nhân bỏ cuộc, như vậy, cỡ mẫu ước tính cho nghiên cứu này là:

$$n = \frac{1,96 \times \sqrt{2 \times 0,65 \times (1-0,65)} + 0,842 \times \sqrt{0,8 \times (1-0,8) + 0,5 \times (1-0,5)}}{(0,8-0,5) \times (0,8-0,5)} + 0,1n \approx 23$$

Như vậy, cỡ mẫu cần thiết tối thiểu là 23 bệnh nhân có hội chứng cổ-vai-cánh tay cho mỗi nhóm bệnh nhân, nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Thực tế, chúng tôi tiến hành thu thập được mỗi nhóm 30 bệnh nhân, và tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng cổ-vai-cánh tay.

### 2.4.3. Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

#### **2.4.4. Chỉ tiêu theo dõi**

##### **2.4.4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu**

- Tuổi:
  - + Tuổi trung bình  $\bar{X} \pm SD$
  - + Nhóm tuổi: < 30 tuổi, 30 - < 50 tuổi; 50 - < 60 tuổi và  $\geq 60$  tuổi
    - Giới tính: nam, nữ
    - Nghề nghiệp
  - + Cán bộ, hưu trí
  - + Giáo viên, bộ đội, cơ quan nhà nước, nhân viên văn phòng...
  - + Làm ruộng, công nhân...
  - + Kinh doanh, nội trợ, tự do...
    - Thời gian mắc bệnh
  - + Thời gian trung bình
  - + Phân loại: < 1 tháng; 1-<3 tháng; 3-<6 tháng; 6 - < 12 tháng và  $\geq 12$  tháng
    - Phương pháp điều trị đã sử dụng
  - + Thuốc y học hiện đại
  - + Thuốc y học cổ truyền (nước sắc, hoàn, viên)
  - + Phục hồi chức năng, xoa bóp bấm huyệt
  - + Thực phẩm chức năng
  - + Khác (thuốc nam, chườm, đắp...)
    - Hình ảnh X-quang quy ước
    - Hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ (nếu có)

##### **2.4.4.2. Kết quả điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay của bài thuốc “TK1-HV”**

###### ***kết hợp cảnh tam châm***

- Sự thay đổi triệu chứng cơ năng.
- Sự thay đổi các triệu chứng thực thể.
- Sự thay đổi điểm đau VAS.

- Sự thay đổi tâm vận động cột sống cổ.
- Sự thay đổi điểm NDI.
- Hiệu quả điều trị chung.

#### 2.4.4.3. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc “TK1-HV” kết hợp cảnh tam châm trong quá trình điều trị

Chỉ tiêu theo dõi phân thành nhóm tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV và tác dụng không mong muốn của phương pháp cảnh tam châm xuất hiện trong quá trình điều trị. Các triệu chứng hoặc dấu hiệu bất thường được quan sát và ghi nhận ở thời điểm xuất hiện triệu chứng, thời điểm hết triệu chứng, mức độ biểu hiện của triệu chứng và biện pháp can thiệp (nếu có).

Tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV: Các biểu hiện đau bụng, đi ngoài phân nát, lỏng, dị ứng, sần ngứa, buồn nôn, nôn... xuất hiện trong quá trình dùng thuốc.

Tác dụng không mong muốn của phương pháp cảnh tam châm: Chảy máu, đau sưng, sần ngứa...

Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị kết hợp TK1-HV và cảnh tam châm:

- Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp trung bình).
- Sự thay đổi chỉ số huyết học (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu).
- Sự thay đổi chỉ số chức năng gan (AST, ALT), chức năng thận (ure, creatinine).

#### 2.4.5. Công cụ và kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

##### 2.4.5.1. Trang thiết bị máy móc sử dụng trong nghiên cứu

- Máy xét nghiệm sinh hóa
- Máy xét nghiệm huyết học

#### 2.4.5.2. Công cụ và kỹ thuật điện châm

- Công cụ: Máy điện châm M8, kim châm cứu dùng 1 lần, bông, cồn 70 độ, pank có máu, khay quả đậu.
- Kỹ thuật thực hiện điện châm:  
Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết  
Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau:

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết

Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết

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

Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm

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

- Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5-10Hz; Tần số bỏ từ 1-3Hz
- Cường độ: Nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microampe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh)
- Thời gian: 20 phút, liệu trình 28 ngày liên tục

#### 2.4.5.3. Công cụ và kỹ thuật đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

- Công cụ: Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ của hãng Astra- Zeneca [57].



Hình 2.1. Thang đau VAS [57]

- **Kỹ thuật:** 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 điểm): Bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào.

Hình tượng thứ hai (tương ứng 1 – 3 điểm): Bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường

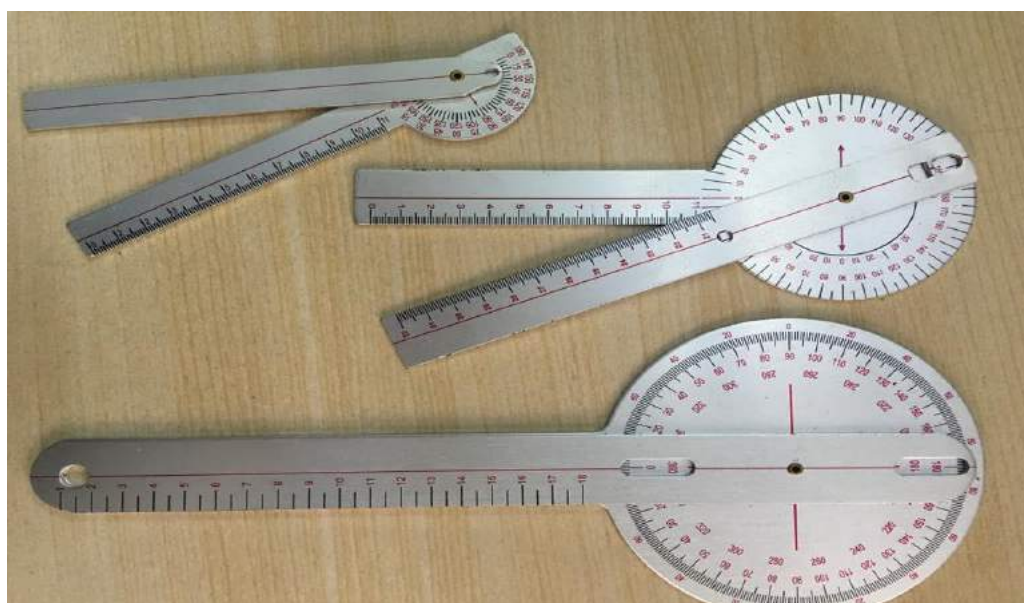
Hình tượng thứ ba (tương ứng 4 – 5 điểm): Bệnh nhân đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc có phản xạ kêu rên.

Hình tượng thứ tư (tương ứng 6 – 8 điểm): Đau nhiều, đau liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên.

Hình tượng thứ năm (tương ứng 9 – 10 điểm): Đau liên tục, toát mồ hôi. Có thể choáng ngất [57].

#### 2.4.5.4. Công cụ và kỹ thuật đo tâm vận động cột sống cổ

- Công cụ: Thước đo tâm vận động cột sống



**Hình 2.2. Thước đo tâm vận động cột sống cổ**

- Kỹ thuật:

Đo độ gập duỗi: người đo đứng phía bên bệnh nhân, hai cạnh của thước đi qua đỉnh đầu, người bệnh ở tư thế thẳng góc với mặt đất (đứng hay ngồi), bệnh nhân cúi ngửa cổ lần lượt, 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 ngang ụ cằm.



**Hình 2.3. Đo độ gập và duỗi cổ [60],[67]**

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



**Hình 2.4. Đo độ nghiêng cổ [67]**



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



**Hình 2.5. Đo độ xoay cổ [67],[74]**

Tầm vận động cột sống cổ được đánh giá theo bảng 2.3.

**Bảng 2.3. Phân loại và đánh giá tầm vận động cột sống cổ [17]**

Mức độ	Gập/Duỗi	Nghiêng/Xoay	Điểm
Không hạn chế tầm vận động	$\geq 35^\circ$	$\geq 40^\circ$	0 điểm
Hạn chế tầm vận động ít	$25^\circ - 34^\circ$	$30^\circ - 39^\circ$	1 điểm
Hạn chế tầm vận động trung bình	$15^\circ - 24^\circ$	$20^\circ - 29^\circ$	2 điểm
Hạn chế tầm vận động nhiều	$< 15^\circ$	$< 20^\circ$	3 điểm

#### 2.4.5.5. Công cụ đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày

- Công cụ: Thang điểm NDI (Phụ lục 4).
- Kỹ thuật: Bệnh nhân được trả lời 10 câu hỏi liên quan đến cường độ đau, sinh hoạt cá nhân, nâng đồ vật, đọc, đau đầu, khả năng tập trung chú ý, làm việc, lái xe, ngủ và hoạt động giải trí. Mỗi câu hỏi được phân thành 6 mức độ

phụ thuộc tình trạng lâm sàng của bệnh nhân (Từ A đến F với mức điểm tương ứng từ 0 đến 5 điểm) [63].

#### 2.4.6. Phương pháp đánh giá kết quả

Hiệu quả của phương pháp can thiệp được đánh giá dựa trên sự thay đổi các nhóm triệu chứng cơ năng, thực thể của bệnh nhân trong quá trình 28 ngày điều trị. Trong đó, hiệu quả điều trị chung được đánh giá trên 3 chỉ số chính là: sự thay đổi điểm đau VAS (bảng 2.4), sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ (6 tư thế - bảng 2.5) và sự thay đổi điểm NDI (bảng 2.6) dựa trên sự thay đổi hiệu số tuyệt đối của điểm tổng 3 chỉ số theo công thức [17]:

$$\text{Kết quả điều trị} = \left| \frac{\text{Điểm sau điều trị} - \text{Điểm trước điều trị}}{\text{Điểm trước điều trị}} \right| \times 100\%$$

Tổng điểm của 3 chỉ số được đánh giá cụ thể theo bảng điểm nghiên cứu.

##### 2.4.6.1. Đánh giá mức độ đau

**Bảng 2.4. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS [17]**

Điểm VAS	Mức độ đau	Điểm nghiên cứu
0	Không đau	0 điểm
1 – 2	Đau nhẹ	1 điểm
3 – 4	Đau vừa	2 điểm
5	Đau trung bình	3 điểm

##### 2.4.6.2. Đánh giá tầm vận động cột sống cổ

**Bảng 2.5. Đánh giá mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ [17]**

Mức độ	Tổng điểm 6 tư thế	Điểm nghiên cứu
Không hạn chế	0 điểm	0 điểm
Hạn chế mức độ nhẹ	1 – 6 điểm	1 điểm
Hạn chế mức độ trung bình	7 – 12 điểm	2 điểm
Hạn chế mức độ nặng	> 12 điểm	3 điểm

### 2.4.6.3. Đánh giá điểm NDI

**Bảng 2.6. Đánh giá điểm NDI [17]**

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

### 2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0 của IBM. Thuật toán được sử dụng bao gồm: đếm số lượng, tính tỷ lệ %, kiểm định T-test, khi bình phương. Với mức ý nghĩa 95%, kết quả có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích tìm ra thêm một phương pháp điều trị kết hợp trong điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, ngoài ra không có mục đích nào khác.

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

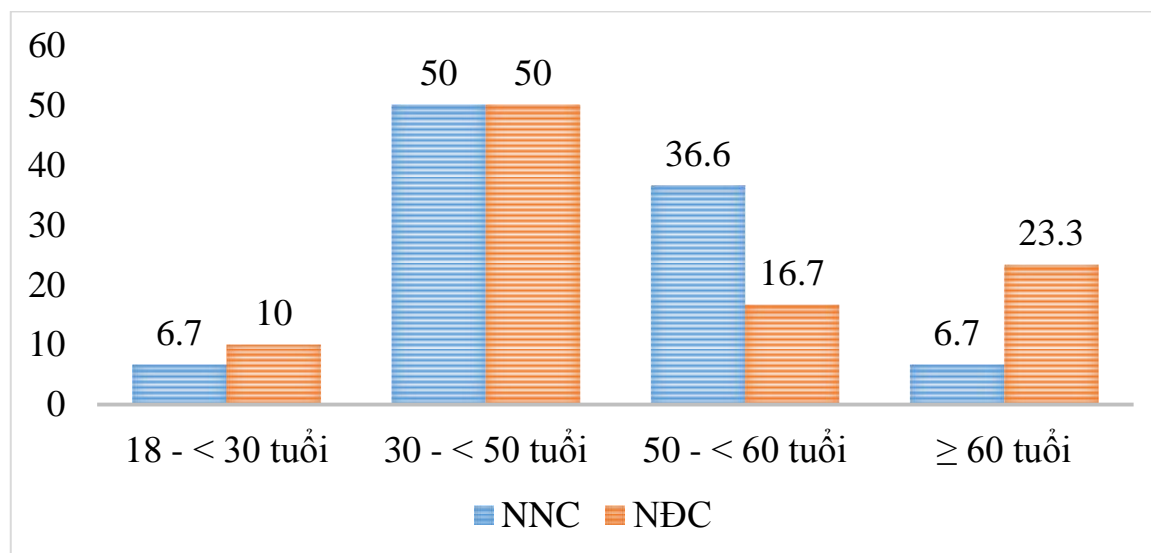
Nghiên cứu được thông qua Hội đồng thông qua đề cương luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành Y học cổ truyền của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và Hội đồng Đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, được sự chấp thuận của Ban giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an trước khi tiến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

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

#### 3.1.1. Đặc điểm tuổi và nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu



Tuổi TB	NNC (n=30)	NĐC (n=30)	$P_{\text{NNC-NĐC}}$
$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	46,00 ± 11,07	47,07 ± 14,89	>0,05

**Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm tuổi và tuổi trung bình**

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đều ở nhóm tuổi từ 30 - < 50 tuổi (tỷ lệ bằng nhau và bằng 50% ở cả NNC và NĐC); thấp nhất ở nhóm từ 18 - < 30 tuổi. Tuổi TB là 46,00 ± 11,07 (tuổi) ở NNC và 47,07 ± 14,89 (tuổi) ( $p > 0,05$ ).

#### 3.1.2. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu**

Giới tính	NNC (n=30)		NĐC (n=30)		$P_{\text{NNC-NĐC}}$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Nam	9	30,0	7	23,3	>0,05
Nữ	21	70,0	23	76,7	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay ở nữ nhiều hơn nam và có sự tương đồng giữa NNC và NĐC.

### 3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu**

Nghề nghiệp	NNC (n=30)		NĐC (n=30)		P <sub>NNC-NĐC</sub>
	n	%	n	%	
Cán bộ hưu trí	18	60,0	15	50,0	>0,05
Giáo viên/Bộ đội/Công an/Cơ quan nhà nước/Nhân viên văn phòng	5	16,7	7	23,3	
Làm ruộng/Công nhân	3	10,0	3	10,0	
Kinh doanh/nội trợ/tự do	4	13,3	5	16,7	

Nhận xét: Phân bố nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu cho thấy hầu hết đều là cán bộ hưu trí (tỷ lệ 60% ở NNC và 50% ở NĐC). Tỷ lệ nhỏ bệnh nhân thuộc các nhóm đối tượng khác (giáo viên, công nhân viên chức...)

### 3.1.4. Phân bố thời gian mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay

**Bảng 3.3. Phân bố thời gian mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay**

Thời gian mắc bệnh	NNC (n=30)		NĐC (n=30)		P <sub>NNC-NĐC</sub>
	n	%	n	%	
< 1 tháng	5	16,7	7	23,3	>0,05
1 - < 3 tháng	13	43,3	11	36,7	
3 - < 6 tháng	4	13,3	3	10,0	
6 - < 12 tháng	5	16,7	6	20,0	
≥ 12 tháng	3	10,0	3	10,0	
Thời gian TB $\bar{X} \pm SD$ (tháng)	5,78 ± 1,27		5,67 ± 1,00		> 0,05

Nhận xét: Thời gian mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay TB của bệnh nhân nghiên cứu là khoảng 6 tháng, trong đó hầu hết bệnh nhân đều có thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng (tỷ lệ 60% ở NNC và 60% ở NĐC). Thấp nhất ở nhóm mắc bệnh trên 12 tháng (10%).

### 3.1.5. Phương pháp điều trị đã sử dụng

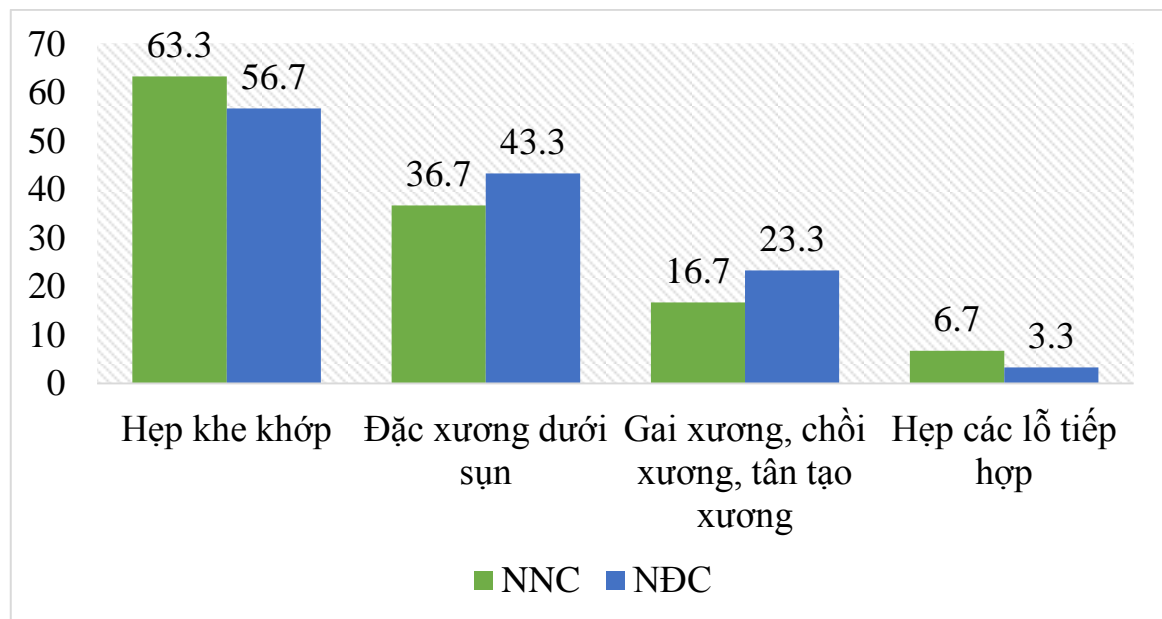
**Bảng 3.4. Phương pháp điều trị đã sử dụng \***

Phương pháp điều trị đã sử dụng	NNC (n=30)		NDC (n=30)		p <sub>NNC-NDC</sub>
	n	%	n	%	
Dùng thuốc y học hiện đại	15	50,0	18	60,0	>0,05
Dùng thuốc y học cổ truyền	12	40,0	18	60,0	
Phục hồi chức năng	9	30,0	10	33,3	
Xoa bóp bấm huyệt	19	63,3	17	56,7	
Thực phẩm chức năng	11	36,7	12	40,0	
Khác (thuốc nam, chườm, đắp...)	4	13,3	8	26,7	

\* Một bệnh nhân có thể kết hợp cùng lúc nhiều phương pháp

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đã điều trị bằng các phương pháp y học hiện đại (dùng thuốc), y học cổ truyền (thuốc sắc, hoàn...) hoặc xoa bóp bấm huyệt chiếm tỷ lệ lớn (từ 40-60%) và tương đồng giữa NNC và NDC ( $p > 0,05$ ).

### 3.1.6. Đặc điểm hình ảnh X-quang quy ước trước điều trị



**Biểu đồ 3.2. Đặc điểm hình ảnh X-quang quy ước \***

\* Một bệnh nhân có thể có nhiều biểu hiện phối hợp trên phim X-quang quy ước

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đều có hình ảnh thoái hóa cột sống cổ khá rõ, tập trung chủ yếu ở nhóm hẹp khe khớp (63,3% ở NNC và 56,7% ở NĐC), đặc xương dưới sụn (36,7% ở NNC và 43,3% ở NĐC); gai xương hoặc tân tạo xương (16,7% ở NNC và 23,3% ở NĐC). Tỷ lệ bệnh nhân có hẹp lỗ tiếp hợp thấp với 6,7% ở NNC và 3,3% ở NĐC.

### 3.1.7. Đặc điểm hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ trước điều trị

**Bảng 3.5. Hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ trước điều trị**

Hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ	NNC (n=14)		NĐC (n=19)		P <sub>NNC-NĐC</sub>
	n	%	n	%	
Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ	1	3,3	2	6,7	>0,05
Phình đĩa đệm cột sống cổ	6	20,0	6	20,0	
Thoái hóa cột sống cổ	14	46,7	19	63,3	

Nhận xét: Hình ảnh trên phim chụp cộng hưởng từ cho thấy: Ở NNC: 14/14 bệnh nhân đều có hình ảnh thoái hóa cột sống cổ, tỷ lệ có phình đĩa đệm là 20% và thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là 3,3%. Ở NĐC: 19/19 bệnh nhân có hình ảnh thoái hóa cột sống cổ, tỷ lệ phình đĩa đệm là 20% bằng nhóm nghiên cứu. Có 6,7% bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Không có sự khác biệt về hình ảnh cộng hưởng từ của NNC và NĐC (p>0,05).

### 3.2. Hiệu quả của bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ

#### 3.2.1. Sự thay đổi nhóm các triệu chứng cơ năng trước-sau điều trị

**Bảng 3.6. Sự thay đổi triệu chứng cơ năng trước-sau điều trị**

Triệu chứng cơ năng (n,%)	NNC (n = 30)			NĐC (n = 30)			P <sub>NNC-NĐC</sub>
	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>	
Đau vùng cột sống cổ	28 (93,3)	15 (50,0)	4 (13,3)	26 (86,7)	20 (66,7)	7 (23,3)	p <sub>D0</sub> >0,05 p <sub>D14</sub> >0,05 p <sub>D28</sub> <0,05
Điểm đau cạnh cột sống cổ	25 (83,3)	20 (66,7)	5 (16,7)	28 (93,3)	17 (56,7)	10 (33,3)	
Đau lan theo cột sống cổ	3 (10,0)	1 (3,3)	0 (0)	4 (13,3)	2 (6,7)	0 (0)	
Co cứng cơ vùng cột sống cổ	29 (96,7)	14 (46,7)	3 (10,0)	27 (90,0)	15 (50,0)	9 (30,0)	
Hạn chế vận động cột sống cổ	17 (56,7)	11 (36,7)	2 (6,7)	15 (50,0)	11 (36,7)	2 (6,7)	
Nóng da tại vị trí cột sống cổ	2 (6,7)	0 (0)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trên lâm sàng là đau vùng cột sống cổ, co cứng cơ và hạn chế vận động. Tuy nhiên, sau điều trị, tình trạng này hầu hết được cải thiện rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC (p<0,05).



### 3.2.2. Sự thay đổi các triệu chứng thực thể

**Bảng 3.7. Sự thay đổi các triệu chứng thực thể trước-sau điều trị**

Triệu chứng thực thể (n,%)	NNC (n = 30)			NĐC (n = 30)			P <sub>NNC-NĐC</sub>
	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>	
Co cứng cơ cạnh cột sống cổ	25 (83,3)	20 (66,7)	1 (3,3)	28 (93,3)	17 (56,7)	6 (20,0)	p <sub>D0</sub> >0,05 p <sub>D14</sub> >0,05 p <sub>D28</sub> <0,05
Teo cơ vùng cột sống cổ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Nóng da tại cột sống cổ	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Điểm đau cạnh cột sống cổ	29 (96,7)	14 (46,7)	3 (10,0)	27 (90,0)	15 (50,0)	9 (30,0)	
Đau theo đường đi của rễ thần kinh	3 (10,0)	1 (3,3)	0 (0)	4 (13,3)	2 (6,7)	0 (0)	
Hạn chế vận động chung cột sống cổ	17 (56,7)	11 (36,7)	2 (6,7)	15 (50,0)	11 (36,7)	2 (6,7)	

Nhận xét: Triệu chứng thực thể trên lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân nghiên cứu gồm:

- Co cứng cơ cạnh sống, điểm đau cạnh cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất, giảm dần qua các thời điểm điều trị. Sau 28 ngày, tỷ lệ bệnh nhân còn biểu hiện này ở NNC là 10% (điểm đau cạnh sống) và 3,3% (co cứng cơ cạnh sống); NĐC là 30% còn điểm đau cạnh sống và 20% còn co cứng cơ cạnh sống.
- Tỷ lệ bệnh nhân có xuất hiện đau theo đường đi của rễ thần kinh chiếm tỷ lệ nhỏ (trước điều trị là 10% ở NNC và 13,3% ở NĐC), đều được cải thiện tốt sau 28 ngày can thiệp).

- Tỷ lệ bệnh nhân có hạn chế vận động chung cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng bên, xoay bên) chiếm từ 50% đến 56,7% ở NNC và NĐC, tỷ lệ này được cải thiện rõ rệt sau điều trị (giảm xuống còn 6,7% sau 28 ngày can thiệp).

- Sự khác biệt về sự thay đổi triệu chứng thực thể ở NNC và NĐC có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.2.3. Sự thay đổi các nghiệm pháp lâm sàng

**Bảng 3.8. Sự thay đổi các nghiệm pháp lâm sàng trước-sau điều trị**

Nghiệm pháp (n,%)	NNC (n = 30)			NĐC (n = 30)			$P_{\text{NNC-NĐC}}$
	$D_0$	$D_{14}$	$D_{28}$	$D_0$	$D_{14}$	$D_{28}$	
Hội chứng cột sống	28 (93,3)	15 (50,0)	4 (13,3)	26 (86,7)	20 (66,7)	9 (30,0)	$P_{D0} > 0,05$ $P_{D14} > 0,05$ $P_{D28} < 0,05$
Hội chứng rễ thần kinh	17 (56,7)	11 (36,7)	2 (6,7)	15 (50,0)	11 (36,7)	2 (6,7)	
Hội chứng động mạch sống nền	25 (83,3)	20 (66,7)	11 (36,7)	28 (93,3)	17 (56,7)	13 (43,3)	
Hội chứng tủy cổ	3 (10,0)	1 (3,3)	0 (0)	4 (13,3)	2 (6,7)	0 (0)	

Nhận xét: Sau 28 ngày điều trị, bệnh nhân đều có sự cải thiện rõ rệt các hội chứng lâm sàng, trong đó, NNC có kết quả tốt hơn NĐC ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.4. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS trước-sau điều trị

**Bảng 3.9. Sự thay đổi mức độ đau theo VAS trước-sau điều trị**

Mức độ đau VAS (n,%)	NNC (n = 30)			NĐC (n = 30)			P <sub>NNC-NĐC</sub>
	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>	
Không đau (0 điểm)	0 (0)	0 (0)	3 (10,0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,3)	p <sub>D0</sub> >0,05 p <sub>D14</sub> >0,05 p <sub>D28</sub> <0,05
Đau nhẹ (1-3 điểm)	2 (6,7)	11 (36,7)	22 (73,3)	3 (10,0)	7 (23,4)	14 (46,7)	
Đau vừa (4-6 điểm)	28 (93,3)	19 (63,3)	5 (16,7)	27 (90,0)	23 (76,6)	15 (50,0)	

Nhận xét:

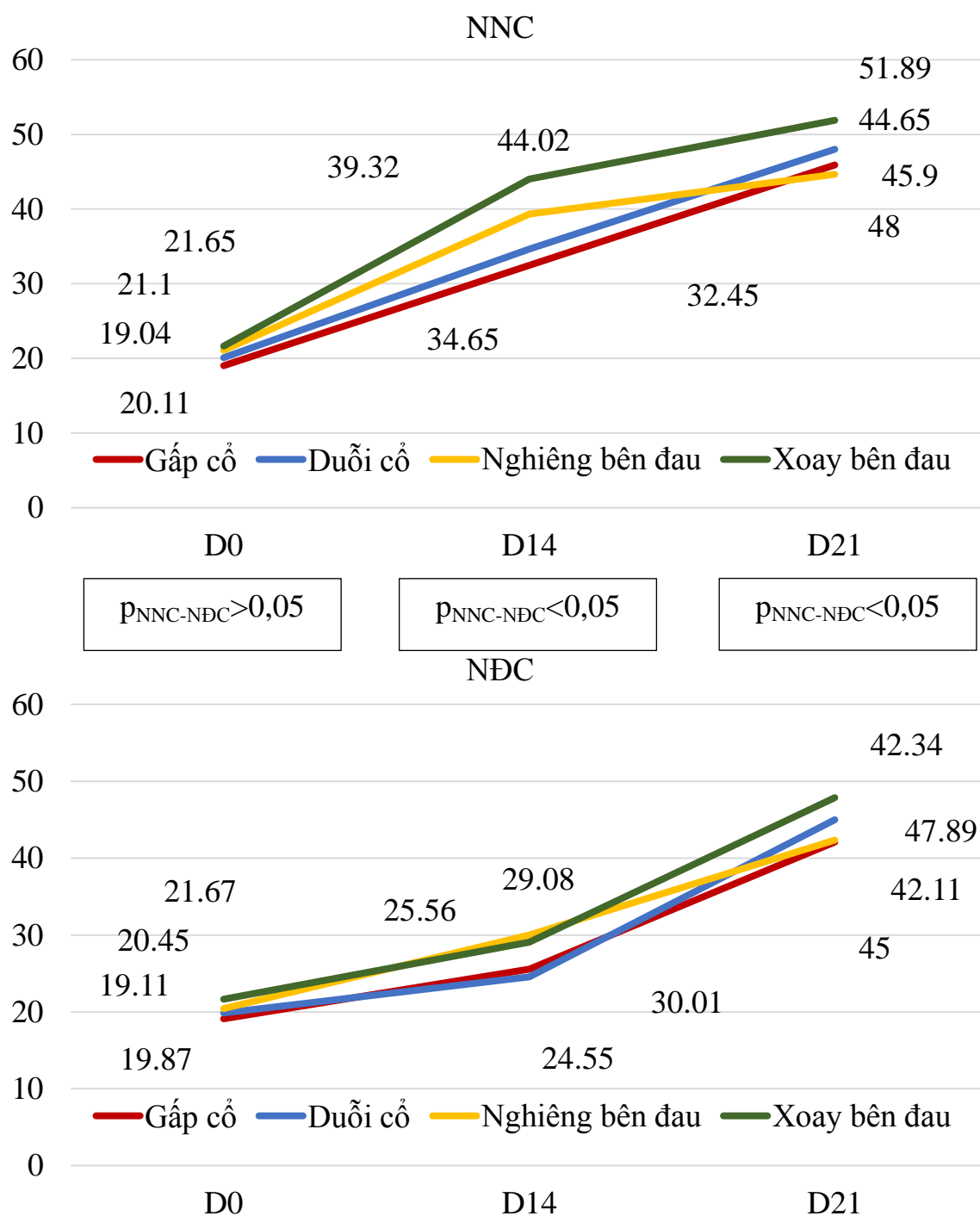
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đau giữa NNC và NĐC tại thời điểm trước điều trị.
- Tại thời điểm sau 14 ngày điều trị: Tỷ lệ bệnh nhân ở mức đau vừa giảm, đau nhẹ tăng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC.
- Tại thời điểm sau 28 ngày điều trị: Tỷ lệ bệnh nhân không đau ở NNC là 10%; đau nhẹ là 73,3%; đau vừa là 16,7%; NĐC không đau là 3,3%; đau nhẹ là 46,7% và đau vừa là 50%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

**Bảng 3.10. Sự thay đổi giá trị TB điểm đau VAS trước và sau điều trị**

Thời điểm	NNC (n = 30)	NĐC (n = 30)	P <sub>NNC-NĐC</sub>
D <sub>0</sub>	4,90 ± 2,11	4,67 ± 2,06	>0,05
D <sub>14</sub>	2,98 ± 1,21	3,68 ± 1,45	>0,05
D <sub>14</sub> - D <sub>0</sub>	1,27 ± 0,40	0,97 ± 0,56	<0,05
D <sub>28</sub>	1,96 ± 0,78	3,05 ± 0,67	<0,01
D <sub>28</sub> - D <sub>0</sub>	2,88 ± 1,15	1,03 ± 0,81	<0,01

Nhận xét: Hiệu số điểm đau VAS giữa NNC và NĐC tại thời điểm sau 14 ngày và 28 ngày điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

### 3.2.5. Sự thay đổi tâm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị



**Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi tâm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị**

Nhận xét: Biên độ vận động của cột sống cổ ở các tư thế gấp, duỗi, nghiêng và xoay có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NDC tại các thời điểm theo dõi ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.11. Sự thay đổi phân loại vận động cột sống cổ trước-sau điều trị**

Vận động cột sống cổ (n,%)		NNC (n = 30)			NĐC (n = 30)			P <sub>NNC-NĐC</sub>
		D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>	
Không hạn chế	Gập	0 (0)	8 (26,7)	24 (80,0)	0 (0)	1 (3,3)	11 (36,7)	P <sub>D0</sub> >0,05 P <sub>D14</sub> >0,05 P <sub>D28</sub> <0,05
	Duỗi	0 (0)	7 (23,3)	15 (50,0)	0 (0)	2 (6,7)	12 (40,0)	
	Nghiêng *	0 (0)	8 (26,7)	21 (70,0)	0 (0)	2 (6,7)	17 (56,7)	
	Xoay *	0 (0)	9 (30,0)	24 (80,0)	0 (0)	3 (10,0)	18 (60,0)	
	Tổng **	0 (0)	9 (30,0)	25 (83,3)	0 (0)	3(10,0)	18 (60,0)	
Hạn chế nhẹ	Gập	2 (6,7)	11 (36,7)	4 (13,3)	6 (20,0)	15 (50,0)	8 (26,7)	
	Duỗi	1 (3,3)	12 (40,0)	3 (10,0)	4 (13,3)	17 (56,7)	9 (30,0)	
	Nghiêng *	2 (6,7)	14 (46,7)	5 (16,7)	4 (13,3)	19 (63,3)	12 (40,0)	
	Xoay *	4 (13,3)	19 (63,3)	3 (10,0)	4 (13,3)	21 (73,3)	11 (36,7)	
	Tổng **	4 (13,3)	19 (63,3)	5 (16,7)	6 (20,0)	22 (73,3)	12 (40,0)	
Hạn chế TB	Gập	21 (70,0)	1 (3,3)	0 (0)	20 (66,7)	2 (6,7)	0 (0)	
	Duỗi	22 (73,3)	1 (3,3)	0 (0)	21 (70,0)	2 (6,7)	0 (0)	
	Nghiêng *	23 (76,7)	2 (6,7)	0 (0)	16 (53,3)	1 (3,3)	0 (0)	
	Xoay *	14 (46,7)	1 (3,3)	0 (0)	15 (50,0)	5 (16,7)	0 (0)	
	Tổng **	23 (76,7)	2 (6,7)	0 (0)	21 (70,0)	5 (16,7)	0 (0)	
Hạn chế nhiều	Gập	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	2 (6,7)	0 (0)	0 (0)	
	Duỗi	2 (6,7)	0 (0)	0(0)	2 (6,7)	0 (0)	0 (0)	
	Nghiêng *	2 (6,7)	0 (0)	0 (0)	2 (6,7)	0 (0)	0 (0)	
	Xoay *	3 (10,0)	0 (0)	0 (0)	3 (10,0)	0 (0)	0 (0)	
	Tổng **	3 (10,0)	0 (0)	0 (0)	3 (10,0)	0 (0)	0 (0)	

\* Nghiêng và xoay bên đau; \*\* Tổng điểm 6 tư thế và phân loại (bảng 2.4)

Nhận xét: Tầm vận động cột sống cổ có sự cải thiện rõ ở thời điểm sau 28 ngày điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC (p<0,05).

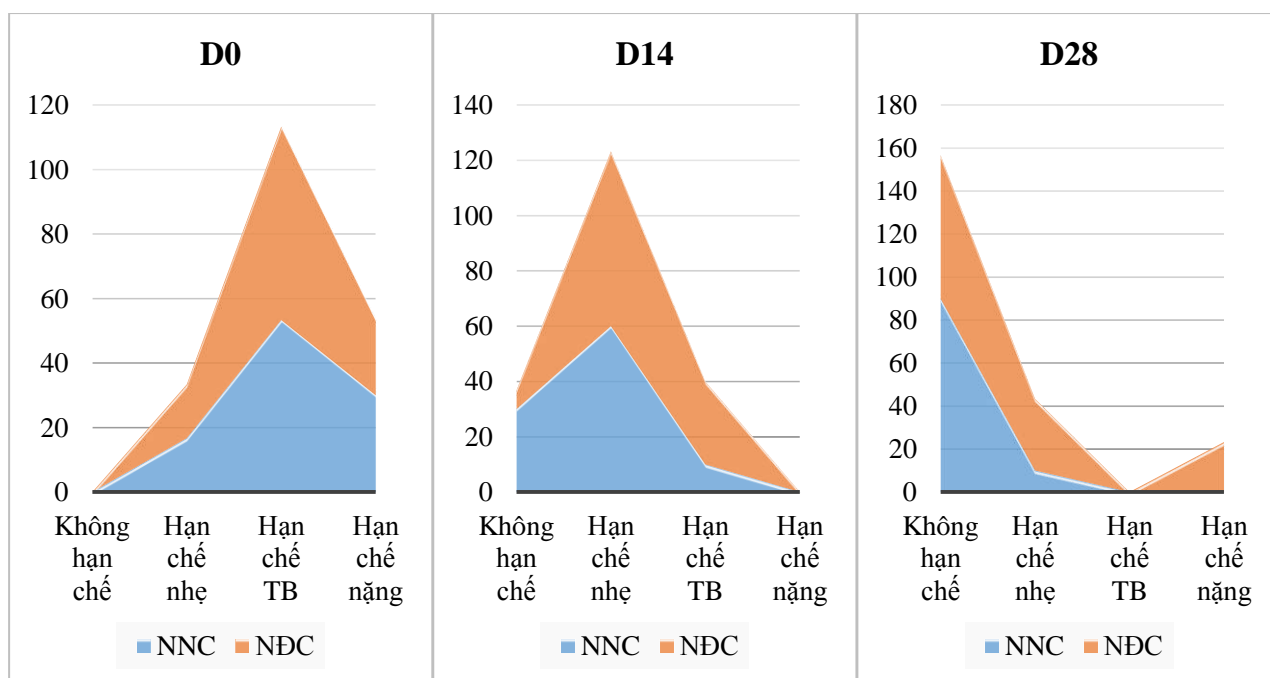


### 3.2.6. Sự thay đổi chỉ số NDI trước và sau điều trị

**Bảng 3.12. Sự thay đổi điểm NDI trước và sau điều trị**

Thời điểm theo dõi	NNC (n=30)	NĐC (n=30)	$p_{\text{NNC-NĐC}}$
D <sub>0</sub>	21,67 ± 5,78	21,00 ± 4,56	>0,05
D <sub>14</sub>	10,78 ± 2,89	14,12 ± 2,11	<0,05
D <sub>28</sub>	4,50 ± 1,07	7,78 ± 1,99	<0,01
$p_{\text{các thời điểm theo dõi}}$	$p_{\text{D0-D14}} < 0,05;$ $p_{\text{D0-D28}} < 0,01$	$p_{\text{D0-D14}} < 0,05;$ $p_{\text{D0-D28}} < 0,01$	

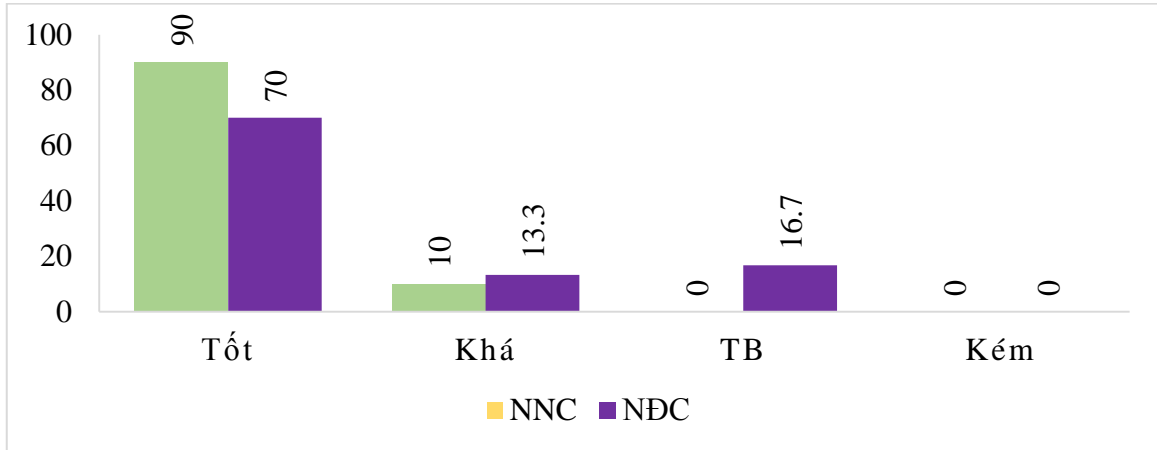
Nhận xét: Điểm trung bình NDI có sự khác biệt tại các thời điểm nghiên cứu ở cả NNC và NĐC ( $p < 0,05$ ), trong đó, NNC tốt hơn NĐC ( $p < 0,01$ ).



**Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi phân loại điểm NDI trước và sau điều trị**

Nhận xét: Mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày vùng cột sống cổ có sự cải thiện rõ rệt ở cả NNC và NĐC ( $p < 0,05$  tại các thời điểm quan sát), trong đó, NNC tốt hơn NĐC ( $p < 0,01$ ).

### 3.2.7. Hiệu quả điều trị chung



**Biểu đồ 3.5. Hiệu quả điều trị chung**

Nhận xét: Sau 28 ngày can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân đạt mức Tốt ở NNC cao hơn NĐC, không còn bệnh nhân nào mức kém. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC ( $p < 0,01$ ).

### 3.3. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ

#### 3.3.1. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV trong quá trình điều trị

**Bảng 3.13. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV**

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Nhóm	Diễn biến	Xử trí	Sau xử trí
Buồn nôn	Không xuất hiện				
Nôn	Không xuất hiện				
Đau bụng	Không xuất hiện				
Đi ngoài phân lỏng	Không xuất hiện				
Sản ngứa/dị ứng	Không xuất hiện				
Đau đầu	Không xuất hiện				
Hoa mắt chóng	Không xuất hiện				



mặt					
-----	--	--	--	--	--

Nhận xét: Trong quá trình 28 ngày dùng bài thuốc TK1-HV liên tục, nghiên cứu không ghi nhận được tác dụng không mong muốn.

### 3.3.2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cảnh tam châm

**Bảng 3.14. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cảnh tam châm trong quá trình điều trị**

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Diễn biến	Xử trí	Sau xử trí
Chảy máu	Không xuất hiện			
Đau sưng	Không xuất hiện			
Sản ngứa	Không xuất hiện			
Abces	Không xuất hiện			
Vưng châm	Không xuất hiện			

Nhận xét: Không ghi nhận được các biểu hiện bất thường tại vị trí thực hiện thủ thuật cảnh tam châm. Không có bệnh nhân nào xuất hiện vưng châm trong quá trình 28 ngày điều trị.

### 3.3.3. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị

**Bảng 3.15. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị**

Chỉ số		D <sub>0</sub> ( $\bar{X} \pm SD$ )	D <sub>28</sub> ( $\bar{X} \pm SD$ )	P <sub>D0-D28</sub>
Mạch (lần/phút)	NNC (n=30)	77,89 ± 5,66	77,34 ± 4,01	>0,05
	NĐC (n=30)	78,00 ± 4,67	78,21 ± 4,00	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
Huyết áp TB (mmHg) $\bar{X} \pm SD$	NNC (n=30)	90,01 ± 5,75	90,23 ± 6,09	>0,05
	NĐC (n=30)	90,00 ± 7,34	89,91 ± 5,44	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trên chỉ số mạch và huyết áp trung bình của bệnh nhân NNC và NĐC (p>0,05).

### 3.3.4. Sự thay đổi chỉ số công thức máu trước và sau điều trị

**Bảng 3.16. Sự thay đổi chỉ số công thức máu trước và sau điều trị**

Chỉ số		D <sub>0</sub>	D <sub>28</sub>	P <sub>D0-D28</sub>
Hồng cầu (T/l)	NNC (n=30)	3,89 ± 0,41	3,93 ± 0,59	>0,05
	NĐC (n=30)	4,00 ± 0,13	4,01 ± 0,67	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
Bạch cầu (G/l)	NNC (n=30)	7,33 ± 1,64	7,68 ± 1,42	>0,05
	NĐC (n=30)	7,09 ± 1,82	7,56 ± 1,13	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
Tiểu cầu (G/l)	NNC (n=30)	214,56 ± 32,56	210,89 ± 28,77	>0,05
	NĐC (n=30)	210,09 ± 45,89	214,77 ± 65,04	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Các chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu của NNC và NĐC đều thay đổi không có ý nghĩa thống kê sau 28 ngày điều trị.

### 3.3.5. Sự thay đổi chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị

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

Chỉ số		D <sub>0</sub>	D <sub>28</sub>	P <sub>D0-D28</sub>
Ure (mmol/l)	NNC (n=30)	3,67 ± 0,54	3,01 ± 0,89	>0,05
	NĐC (n=30)	3,22 ± 0,98	3,18 ± 0,65	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
Creatinin (μmol/l)	NNC (n=30)	79,90 ± 3,89	80,23 ± 3,12	>0,05
	NĐC (n=30)	79,09 ± 5,67	80,90 ± 4,29	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
AST (U/l)	NNC (n=30)	15,88 ± 3,05	14,03 ± 4,58	>0,05
	NĐC (n=30)	14,56 ± 4,55	14,65 ± 3,90	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
ALT (U/l)	NNC (n=30)	14,56 ± 3,21	14,77 ± 3,67	>0,05
	NĐC (n=30)	13,44 ± 2,71	13,43 ± 2,89	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Sau 28 ngày điều trị, các chỉ số chức năng gan (AST, ALT), chức năng thận (ure, creatinine) của bệnh nhân đều nằm trong giới hạn bình thường. Sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

## Chương 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

##### 4.1.1. Đặc điểm nhân trắc học

Theo lý luận YHCT, phụ nữ đến 49 tuổi và nam giới đến 64 tuổi thiên quý bắt đầu suy kiệt [25], chức năng các tạng can và thận suy giảm, không đủ để nuôi dưỡng cân cốt, chính khí suy, tà khí xâm phạm gây chứng Tý [26] - tương ứng với thoái hóa khớp của YHHD. Bên cạnh đó, do đặc thù về giới tính, đặc biệt khi bước vào thời kỳ mãn kinh, nữ giới thường có nguy cơ mắc các bệnh lý về khớp nói chung, thoái hóa cột sống cổ nói riêng, đặc biệt là hội chứng cổ-vai-cánh tay cao hơn nam giới do sự suy giảm của các hormon sinh dục [27]. Điều này lý giải tại sao trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận số trường hợp mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay nguyên nhân do thoái hóa cột sống cổ ở nữ cao gấp 3 lần nam giới (bảng 3.1) ở cả NNC và NĐC. Kết quả này tương đồng với một số tác giả trong nước như Nguyễn Bích Thu (tỷ lệ bệnh nhân nữ là 64,28%; tỷ lệ bệnh nhân nam là 35,71%) [50] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Lan (tỷ lệ bệnh nhân nữ là 66,0%; tỷ lệ bệnh nhân nam là 34,0%) [35], Trịnh Thị Hương Giang (tỷ lệ bệnh nhân nam là 45,0% và nữ là 55,0%) [17]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại cho thấy tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn như Đỗ Thị Lệ Thúy (tỷ lệ nữ là 41,7%; nam là 58,3%) [51] hay của Lu X. và cộng sự (2017) có 74 nữ (40,7%) và 108 nam (59,3%) [77].

Về tuổi và nhóm tuổi, bên cạnh yếu tố dịch tễ học của bệnh lý, do địa bàn nghiên cứu là Bệnh viện YHCT Bộ công an, nơi hàng năm tiếp nhận một lượng lớn bệnh nhân là cán bộ ngành và nhân dân địa phương, do đó, tuổi TB của bệnh nhân trong nghiên cứu khá cao (46-47 tuổi ở cả NNC và NĐC – biểu đồ 3.1) với phân bố ở nhóm 30 – 50 tuổi chiếm 50% đối tượng mắc hội

chứng cổ-vai-cánh tay. Điều này một phần được lý giải bởi những những biến đổi về hình thái các đốt sống cổ - nguyên nhân gây thoái hóa dẫn đến hội chứng cổ-vai-cánh tay gây ra các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng điển hình thường xuất hiện khi bệnh nhân bước vào tuổi trung niên, một phần là bởi đặc thù địa lý của đơn vị tiến hành nghiên cứu – điều này đồng thời cũng làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và hiệu quả lao động, khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với Trịnh Thị Hương Giang [17], Trần Ngọc Ân [1], Kanishka E Williams [62].

Về phân bố nghề nghiệp, chúng tôi nhận thấy rằng, mặc dù không có những nghiên cứu hệ thống đánh giá về sự ảnh hưởng của yếu tố này đến nguy cơ mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay, đặc biệt do nguyên nhân thoái hóa cột sống cổ, tuy nhiên, bệnh thường có nguy cơ mắc cũng như tiến triển nặng hơn ở nhóm đối tượng thường xuyên làm việc nhiều ở tư thế cúi đầu lâu hoặc động tác của đầu đơn điệu, lặp đi lặp lại [27]. Đây đồng thời cũng là một trong những yếu tố nguy cơ lớn của nhóm đối tượng lao động trí óc [1]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,7% ở NNC và 23,3% ở NĐC – với đối tượng đang ở độ tuổi lao động và 60% ở NNC và 50% ở NĐC – bảng 3.2 – ở nhóm bệnh nhân hưu trí.

#### **4.1.2. Đặc điểm bệnh lý**

Thời gian mắc bệnh là một trong những yếu tố tiên quyết ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả điều trị cũng như diễn biến và tiến triển của bệnh, điều này đồng thời cũng tác động lớn đến đáp ứng của bệnh nhân đối với một liệu pháp can thiệp. Sở dĩ như vậy bởi nếu bệnh nhân đến sớm, điều trị đúng ngay khi xuất hiện các triệu chứng lâm sàng đầu tiên thì tiên lượng cải thiện thường rõ rệt hơn, đặc biệt khi bệnh nhân chưa cứng khớp và không hoặc hạn chế vận động mức độ nhẹ. Phân bố ở bảng 3.3 cho thấy không có sự khác biệt về thời

điểm mắc bệnh giữa NNC và NĐC ( $p>0,05$ ) với thời gian mắc bệnh TB là khoảng 6 tháng. Trong số này, chúng tôi chia mốc thời gian theo thời điểm được chẩn đoán xác định mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay với ngưỡng cắt tăng dần cho 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng và 6 tháng giữa các thời điểm đánh giá nhằm mô tả một cách chính xác tiến triển của bệnh. Giai đoạn cấp, bệnh nhân thường khởi phát đau kèm hạn chế vận động với thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng. Tỷ lệ này là 16,7% ở NNC và 23,3% ở NĐC. Giai đoạn sau gồm 2 mốc chính là dưới 3 tháng và dưới 6 tháng, lúc này bệnh nhân thường tiến triển thành hình thái đau mạn tính hoặc giảm nhẹ dần so với giai đoạn cấp (nếu không được can thiệp điều trị) – trong đó nhóm bệnh nhân bị bệnh dưới 3 tháng cao hơn nhóm dưới 6 tháng. Hai giai đoạn cuối cùng được đánh giá có ngưỡng cắt là 6 tháng – tương ứng tiến triển đau mạn tính và đáp ứng điều trị chậm hơn – chiếm tỷ lệ khoảng 30% bệnh nhân nghiên cứu. Như vậy, trong nghiên cứu này, bệnh nhân của chúng tôi hầu hết đều đến viện khám và điều trị khá sớm. So sánh với một số tác giả khác nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị, chúng tôi thấy khoảng thời gian mắc bệnh thường khác nhau do việc lấy mẫu, chọn thời điểm khảo sát và đối tượng đích không giống nhau ở các nghiên cứu. Một phần của tác động này còn liên quan đến việc quyết định phương pháp can thiệp lâm sàng. Bên cạnh đó là do quan điểm của bệnh nhân trong việc điều trị. Ngày nay, khi chất lượng cuộc sống được nâng cao, người dân càng ngày càng có ý thức hơn về việc khám, chữa bệnh nhằm đảm bảo sức khỏe của bản thân và gia đình. Điều kiện kinh tế tốt hơn cũng giúp bệnh nhân tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ y tế.

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu này đều đã điều trị bằng YHHĐ trước khi quyết định điều trị bằng liệu pháp YHCT. Đáng lưu ý là có một tỷ lệ khá lớn bệnh nhân dùng thuốc YHCT và xoa bóp bấm huyệt – tuy nhiên hiệu quả chưa cao. Các biện pháp phục hồi chức năng và sử dụng thực phẩm chức

năng hoặc dùng thuốc nam... cũng có sự tương đồng ở cả NNC và NĐC (bảng 3.4).

Về đặc điểm chẩn đoán hình ảnh trước can thiệp, nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân đều có thoái hóa cột sống cổ với biểu hiện chủ yếu của hẹp khe khớp hoặc đặc xương dưới sụn. Có 6,7% bệnh nhân có hẹp các lỗ tiếp hợp ở NNC và 3,3% ở NĐC (biểu đồ 3.2). Trong số 60 bệnh nhân nghiên cứu chia ngẫu nhiên làm hai nhóm, có 14/30 bệnh nhân ở NNC và 19/30 bệnh nhân ở NĐC được chụp cộng hưởng từ trước can thiệp, số lượng bệnh nhân có hình ảnh thoái hóa cột sống cổ là 100% và thoát vị đĩa đệm là 3,3% ở NNC và 6,7% ở NĐC (bảng 3.5). Kết quả này tương đồng với các tác giả Hồ Đăng Khoa (tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện gai xương là 93,3% [32], Nguyễn Thị Thắm 94,8% [49], Nguyễn Tuyết Trang 100% [54], Nguyễn Hoài Linh 100% [36] và có sự phù hợp với cơ chế bệnh sinh của hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ bởi điều này dẫn đến chèn ép các rễ, dây thần kinh tại các lỗ tiếp hợp, cuối cùng dẫn đến tổn thương [66].

#### **4.2. Hiệu quả của phương pháp cảnh tam châm kết hợp bài thuốc TK1-HV trong điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ**

Để đánh giá hiệu quả của phương pháp can thiệp, chúng tôi tiến hành khảo sát bệnh nhân dựa trên bốn nhóm tiêu chí lớn. Thứ nhất là sự thay đổi triệu chứng cơ năng, thực thể và các nghiệm pháp thăm khám tại các thời điểm nghiên cứu. Thứ hai là sự thay đổi điểm đánh giá đau theo thang nhìn VAS. Thứ ba là sự thay đổi của tầm vận động cột sống thắt lưng và cuối cùng là sự thay đổi của điểm đánh giá ảnh hưởng của bệnh lý này đến chức năng hoạt động cột sống cổ.

#### ***4.2.1. Sự thay đổi triệu chứng cơ năng, thực thể và các nghiệm pháp thăm khám***

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chứng minh được rằng, hiệu quả cải thiện các triệu chứng cơ năng và thực thể trên cả hai nhóm bệnh nhân được sử dụng TK1-HV làm thuốc điều trị nên là khá rõ ràng. Sau thời điểm 28 ngày nghiên cứu, NNC và NĐC đều giảm đáng kể các triệu chứng đau, co cứng cơ hay hạn chế vận động. Các biểu hiện của hội chứng cột sống, hội chứng rễ, hội chứng động mạch sống nền hay hội chứng tủy cổ đều giảm có ý nghĩa thống kê tại thời điểm dừng thuốc. Tuy nhiên, so với điện hào châm, cảnh tam châm cho thấy hiệu quả rõ rệt hơn trên tất cả các chỉ số và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC, đặc biệt ở thời điểm ngày thứ 28 sau can thiệp ( $p < 0,05$ ) (bảng 3.6, 3.7 và 3.8).

#### ***4.2.2. Sự thay đổi điểm đau VAS***

Thoái hoá thực chất là sự già đi của cơ thể con người. Đây là một quá trình tự nhiên trong chu trình sinh, lão, bệnh, tử. Càng lớn tuổi, quá trình thoái hoá diễn ra càng nhiều và càng nhanh. Tổn thương thoái hoá của sụn khớp gây ra do quá trình sinh tổng hợp chất cơ bản (proteoglycan) bởi các tế bào sụn có sự bất thường. Đặc trưng của bệnh là quá trình mất sụn khớp của lớp tế bào dưới sụn, tổ chức xương cạnh khớp được tạo mới. Ở thoái hoá cột sống, có sự kết hợp giữa hai loại tổn thương mang tính định khu đó là thoái hoá đĩa đệm và thoái hoá móm liên sau. Nguyên nhân chính là do quá trình thoái hoá và tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp và đĩa đệm.

Biểu hiện lâm sàng của thoái hóa cột sống rất đa dạng và phức tạp. Đau là một trong những triệu chứng thường xuyên và phổ biến nhất. Đau không chỉ ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh mà còn ảnh hưởng đến kinh tế, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Mặt khác nếu không được chẩn đoán và điều trị đúng đắn bệnh sẽ tiến triển thành từng đợt nặng dần, có thể dẫn đến



chèn ép rễ, tuỷ, gây đau hoặc tàn phế. Về bản chất, đau là một cơ chế tự bảo vệ của cơ thể [27]. Cảm giác chủ quan này - do bệnh nhân cảm nhận - xuất hiện tại một vị trí nào đó khi bị tổn thương, tạo nên một đáp ứng nhằm loại trừ tác nhân gây đau. Đau trong các bệnh lý cơ xương khớp làm ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân, khiến họ phải đi khám và điều trị. Hiện nay, trong rất nhiều phương pháp đánh giá, chúng tôi lựa chọn thang nhìn VAS (Visual Analogue Scale), với mức điểm từ 0 đến 10 được nhận định dựa trên biểu hiện nét mặt của bệnh nhân là công cụ đánh giá. Đây là phương pháp vừa đơn giản, vừa dễ thực hiện, vừa thuận tiện trong quá trình nghiên cứu.

Hiệp hội nghiên cứu đau Quốc tế (International Association for the Study of Pain – IASP) đã định nghĩa: “Đau là một cảm giác khó chịu, xuất hiện cùng lúc với sự tổn thương của các mô tế bào. Đau là kinh nghiệm được lượng giá bởi nhận thức chủ quan tùy theo từng người, từng cảm giác về mỗi loại đau, là dấu hiệu của bệnh tật và phải tìm ra nguyên nhân để chữa” [16]. Sự nhận cảm đau bắt đầu từ các thụ cảm thể phân bố khắp nơi trong cơ thể, có nhiều giả thuyết về vai trò và chức năng của các thụ cảm thể này, trong đó đáng chú ý nhất là hai thuyết: Thuyết về cường độ (hay thuyết không đặc hiệu) do Gold Scheider đề xuất năm 1894. Theo thuyết này thì các kích thích đau không có tính đặc hiệu mà có liên quan đến cường độ kích thích: cùng một kích thích ở cường độ thấp thì không gây đau nhưng với cường độ cao thì lại gây đau. Thuyết đặc hiệu do Muller đề xuất vào cuối thế kỷ 19. Theo ông, mỗi một trong năm giác quan (vị giác, khứu giác, thị giác, thính giác, xúc giác) được nhận cảm và dẫn truyền theo một đường riêng và có một vùng đặc hiệu trên não nhận cảm và phân tích. Thuyết này được Frey phát triển, ông đã chứng minh bằng thực nghiệm các cảm giác xúc giác, nhiệt nóng, nhiệt lạnh và đau có các receptor nhận cảm khác nhau [15].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm đánh giá đau VAS được phân thành hai mảng rõ rệt, một là phân loại điểm đau VAS theo các mức độ từ không đau đến đau trung bình, và thứ hai là điểm trung bình VAS tại các thời điểm nghiên cứu. Kết quả về sự cải thiện cho thấy, ở cả hai nhóm can thiệp đều có mức giảm của cả trị số trung bình và thay đổi mức độ đau rõ với  $p < 0,05$  tại tất cả các thời điểm quan sát. Bởi việc lựa chọn bệnh nhân có VAS  $< 6$  điểm, là những bệnh nhân có ngưỡng đau ở mức độ vừa phải, do đó, trong quá trình đánh giá, chúng tôi không ghi nhận được trường hợp nào mức độ đau tiến triển nặng hơn so với thời điểm trước điều trị. Hầu hết bệnh nhân đều giảm đau, đưa ngưỡng phân loại đau theo thang nhìn VAS từ đau vừa hoặc đau nhẹ về không đau, trong đó NNC có sự cải thiện tốt hơn NĐC (bảng 3.9). Mặc dù sự cải thiện mức đau về không đau chưa thực sự rõ ràng (3/30 bệnh nhân NNC và 1/30 bệnh nhân NĐC), tuy nhiên, số lượng bệnh nhân ở nhóm đau vừa (giảm 1 ngưỡng đau) lại tăng lên đáng kể (22/30 ở NNC và 14/30 ở NĐC), cùng với đó là ngưỡng điểm đau có sự thay đổi rõ rệt từ 4,90 xuống còn 1,96 (hiệu số giảm điểm là 2,88 điểm ở NNC) và 4,67 điểm xuống còn 3,05 điểm (hiệu số giảm điểm là 1,03 ở NĐC) (bảng 3.10). Kết quả này cũng cho thấy sự cải thiện về hiệu số điểm đau ở NNC là tốt hơn NĐC. Kết quả có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Hiệu quả lâm sàng này tương ứng với kết quả nghiên cứu thực nghiệm trước đó đã được tiến hành để chứng minh tác dụng dược lý của thuốc: *Tác dụng giảm đau* của cao lỏng TK1-HV được đánh giá trên mô hình gây đau tại tổ chức viêm (Randall-Selitto Test), mô hình gây đau quặn (Writhing Tests), và mô hình phiến nóng (Hot plate test). Mô hình gây đau tại tổ chức viêm (Randall-Selitto Test) và mô hình gây đau quặn (Writhing Tests) là hai mô hình dược lý cơ bản, được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá tác dụng giảm đau ngoại vi của thuốc, đặc biệt đau do viêm. Mô hình “phiến nóng” (Hot plate test) cho phép đánh giá tác dụng giảm đau trung

ương của cao lỏng. Cao lỏng TK1-HV thể hiện rõ cả tác dụng giảm đau ngoại vi (trong thử nghiệm Randall-Selitto Test và Writhing Tests), và cả tác dụng giảm đau trung ương (trong thử nghiệm Hot plate test). Tác dụng giảm đau ngoại vi có thể do cơ chế ức chế các prostglandin và các chất trung gian hóa học khác như histamin, bradykinin, đồng thời có vai trò của tác dụng chống viêm làm giảm phù nề, chèn ép. Tác dụng giảm đau trung ương có thể có vai trò của tác dụng bổ huyết, dưỡng huyết an thần của kê huyết đằng, hà thủ ô.

So sánh với một số tác giả khác cũng sử dụng thang nhìn VAS để đánh giá mức độ đau, chúng tôi nhận thấy mặc dù sử dụng các phương pháp điều trị YHCT khác nhau trong điều trị bệnh lý cơ xương khớp nói chung, thoái hóa cột sống cổ nói riêng và đặc biệt trong trường hợp các bệnh nhân mắc hội chứng cổ-vai-cánh tay, điểm đánh giá đau thường được cải thiện khá tốt sau can thiệp từ 10-15 ngày và duy trì ổn định tới thời điểm 20-30 ngày sau điều trị. Điều này được chứng minh qua những con số thống kê cụ thể từ các nghiên cứu trong nước của Trịnh Thị Hương Giang (điện châm) [17], Trương Thị Thúy Vân (viên TD0019 – thành phần là các vị thuốc bạch thược, cam thảo, đẳng sâm, đỗ trọng, độc hoạt, đương quy, ngưu tất, phòng phong, phục linh, quế chi, sinh địa, tang kí sinh, tần giao, tể tân, xuyên khung, hoa đào, cao đậu tương lên men, rễ cây liễu) [55], Nguyễn Hoài Linh (Quyên tý thang) [36], Phạm Ngọc Hà (Quyên tý thang) [18].

#### ***4.2.3. Sự thay đổi tầm vận động cột sống cổ***

Trong toàn bộ cột sống, cột sống cổ là phần linh hoạt nhất bởi khả năng vận động linh hoạt của các đốt sống và độ đàn hồi của đĩa đệm. Sự vận động này đồng thời nhờ vào đốt sống  $C_1$  có khả năng quay quanh  $C_2$  và các khớp đốt sống cổ có góc nghiêng phù hợp cho phép chuyển động trượt giữa các thân đốt sống [10]. Thương tổn thường gặp trong thoái hóa là tình trạng xuất hiện các gai xương, giảm độ đàn hồi đĩa đệm và các dây chằng xung quanh, từ

đó dẫn đến co cứng cơ, đau và hạn chế tầm vận động [27]. Do đó, sự cải thiện tầm vận động cột sống cổ chính là tiêu chí đánh giá thứ hai sau sự cải thiện điểm đau. Trên thực tế, bệnh nhân hội chứng cổ-vai-cánh tay thường hạn chế vận động, giảm tầm vận động cột sống bởi đau. Lâu ngày, điều này sẽ dẫn đến cứng khớp và bệnh nhân tiếp tục hạn chế vận động nặng hơn. Điều này tạo thành một vòng xoắn bệnh lý luẩn quẩn và bệnh nhân thường than phiền khi đến viện điều trị.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành đo góc và phân loại tầm vận động cột sống cổ ở 4 động tác: gập cổ, duỗi cổ, nghiêng bên đầu, xoay bên đầu theo phương pháp Zero. Số liệu thể hiện ở biểu đồ 3.3 cho thấy biên độ vận động của cột sống cổ ở các tư thế gập, duỗi, nghiêng, xoay ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tại các thời điểm tăng so với trước điều trị. Cụ thể:

- Ở nhóm nghiên cứu, biên độ vận động ở các tư thế gập/duỗi/nghiêng/xoay tại thời điểm trước nghiên cứu lần lượt là 20,01/19,04/21,1/21,65; sau 14 ngày điều trị mức độ này tăng lên lần lượt là 32,45/34,65/39,32/44,02, và đến thời điểm 28 ngày sau điều trị biên độ của các động tác này tăng gấp hơn 2 lần so với trước điều trị: 45,49/ 44,65/48/51,89.

- Ở nhóm đối chứng, biên độ vận động ở các tư thế gập/duỗi/nghiêng/xoay tại thời điểm trước nghiên cứu lần lượt là 19,87/19,11/20,45/21,67; sau 14 ngày điều trị mức độ này tăng lên lần lượt là 24,55/25,56/29,08/30,01. Đến thời điểm 28 ngày sau điều trị biên độ của các động tác này tăng lần lượt là 45/42,11/42,34/47,89.

Về phân loại, trước điều trị 100% bệnh nhân ở cả hai nhóm đều bị hạn chế tầm vận động.

- Ở nhóm nghiên cứu, tầm vận động bị hạn chế mức độ nhẹ chiếm 13,3%, hạn chế trung bình chiếm 76,7% và hạn chế nhiều là 10%;

- Ở nhóm đối chứng trước điều trị có 20% bệnh nhân bị hạn chế tầm vận động nhẹ, 70% hạn chế tầm vận động trung bình và 10% hạn chế tầm vận động nhiều. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  (bảng 3.11).

Sau 14 ngày điều trị, có sự cải thiện tầm vận động cột sống cổ ở cả hai nhóm bệnh nhân.

- Ở nhóm nghiên cứu, mức độ hạn chế nhẹ / trung bình lần lượt là 63,3%/ 6,7% không còn bệnh nhân nào bị hạn chế tầm vận động nhiều;

- Ở nhóm đối chứng, mức độ bệnh nhân bị hạn chế nhẹ/trung bình lần lượt là 73,3%/ 16,7%, không còn bệnh nhân nào bị hạn chế tầm vận động nhiều. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau điều trị 14 ngày với  $p < 0,05$ , tác dụng cải thiện tầm vận động của hai phương pháp sau 14 ngày là tương tự nhau.

Tại thời điểm 28 ngày điều trị, ở cả hai nhóm đều không có bệnh nhân nào bị hạn chế tầm vận động trung bình và hạn chế tầm vận động nhiều. Bệnh nhân bị hạn chế tầm vận động mức độ nhẹ ở nhóm nghiên cứu chỉ còn 16,7%, ở nhóm đối chứng là 73,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Như vậy, với kết quả về sự giảm mức độ đau VAS, cải thiện tốt các triệu chứng cơ năng cũng như thực thể thông qua các nghiệm pháp thăm khám lâm sàng, chúng tôi nhận thấy, bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm hoặc điện châm đều mang lại hiệu quả rõ cho bệnh nhân. Tuy nhiên, nhóm cảnh tam châm có hiệu quả rõ hơn nhóm điện châm thông thường. Điều này được lý giải như sau:

Thứ nhất, về bài thuốc TK1-HV: hầu hết đều thành phần của bài thuốc đều là những vị thuốc có tác dụng khu phong trừ thấp, hành khí, hoạt huyết, kiện tỳ bổ khí, bổ can thận, cường gân cốt. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu thực nghiệm trên chuột đã chứng minh cao lỏng TK1-HV có tác dụng chống viêm (kiểu corticoid), giảm đau (cả trung ương và ngoại biên) [52]. Quay trở

lại với kết quả đã thu được từ nghiên cứu thử nghiệm trước, có thể dễ dàng nhận thấy rằng: Với mô hình gây phù chân chuột bằng carragenin, chất gây kích thích viêm (carragenin) có bản chất là Polysaccharide gần giống với cấu trúc vỏ vi khuẩn, vì vậy đáp ứng miễn dịch của cơ thể chủ yếu là đáp ứng không đặc hiệu với sự tham gia chủ yếu của đại thực bào, bạch cầu đa nhân trung tính. Biểu hiện của quá trình viêm này là giãn mạch, bạch cầu xuyên mạch, tăng tiết các autacoid, như nitric oxide, histamine, serotonin, kinin, các prostaglandin... là những chất trung gian thần kinh hoặc điều hòa thần kinh. Tác dụng chống phù viêm ở giai đoạn đầu (0-2 giờ) được xem là tác dụng ức chế các chất trung gian amino acid (histamin, serotonin) và hoạt tính ở giai đoạn sau (4-24 giờ) được xem là tác dụng ức chế các dẫn xuất của acid arachidonic, chủ yếu là các prostaglandin và bradykinin. Tương tự mô hình gây phù chân chuột, mô hình gây viêm màng bụng cũng là mô hình đánh giá về tác dụng chống viêm cấp, tập trung đánh giá tác dụng ức chế quá trình tăng tính thấm thành mạch (làm tăng tiết dịch rỉ viêm), ức chế sự di chuyển bạch cầu tới ổ viêm. Mặt khác, quá trình viêm cấp do kháng nguyên là các Polysaccharide còn có sự tham gia của đáp ứng miễn dịch dịch thể do các lympho bào B đảm nhận. Các kháng nguyên không phụ thuộc tuyến ức như Polysaccharide khi vào cơ thể sẽ được các lympho bào B nhận diện và tự sản xuất kháng thể đặc hiệu mà không cần sự trợ giúp của các lympho bào T. Diclofenac sodium là thuốc chống viêm không có nhóm steroid, tác dụng chủ yếu chống viêm cấp nên được chọn làm thuốc tham chiếu trong các mô hình viêm cấp. Trên mô hình gây phù chân chuột, cao lỏng TK1-HV làm giảm phù có ý nghĩa thống kê tại tất cả các thời điểm đo, chứng tỏ có tác dụng ức chế đối với nhiều loại chất trung gian autacoid. Trên mô hình gây viêm màng bụng, cao lỏng TK1-HV làm giảm lượng dịch tiết, giảm hàm lượng protein và số lượng bạch cầu trong dịch chiết. Cả 2 mô hình đều cho thấy cao lỏng TK1-

HV liều 11,55g/kg/ngày và liều 23,10g/kg/ngày có tác dụng ức chế phù bàn chân chuột tương đương nhau và tương đương với lô dùng Diclofenac liều 15mg/kg thể trọng ( $p > 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu phù hợp với các nghiên cứu trước đây công bố về tác dụng của những dược liệu thành phần trong bài thuốc, như tác dụng chống viêm cấp trên mô hình gây phù chân chuột bằng carragenin, tác dụng kháng histamin của Cà gai leo, Thổ phục linh, Dây gắm, Dây chiêu... *Trên mô hình gây u hạt thực nghiệm*, chất gây kích thích viêm là amiant, là loại kháng nguyên phụ thuộc tuyến ức. Với loại kháng nguyên này, lympho bào B cần sự hỗ trợ của các cytokin (IL-4, 5, 6, 10) do tế bào Th (T hỗ trợ) hoạt hóa tiết ra mới có thể sản xuất kháng thể. Mặt khác khi kháng nguyên là các amiant sẽ khởi động quá trình đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào là phương thức miễn dịch thứ hai bên cạnh đáp ứng miễn dịch dịch thể nhằm loại trừ kháng nguyên nguyên lạ, do các lympho bào T phụ trách. Mô hình gây u hạt thực nghiệm được xem là một mô hình tin cậy để đánh giá tác dụng trên sự suy giảm chức năng đại thực bào và sự hình thành u hạt, dùng cho đánh giá tác dụng của thuốc ức chế chống lại sự hoạt hóa (activation), thâm nhiễm (infiltration) và kết tập (aggregation) của đại thực bào, chống lại quá trình hình thành các tổ chức u hạt trong viêm mạn. Đây là những vấn đề có vai trò trung tâm trong việc hình thành, duy trì và phát triển u hạt trong nhiều tình trạng bệnh. Prednisolon là thuốc chống viêm steroid kinh điển, tác dụng chủ yếu chống viêm mạn tính do ức chế đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào do các lympho bào T đảm nhận, nên được dùng làm thuốc tham chiếu trên mô hình gây viêm mạn tính. *Tác dụng chống viêm thông qua giảm khối lượng tuyến ức* được xem như là một mô hình mô phỏng tác dụng chống viêm theo kiểu corticoid. Corticoid là một hormon của vỏ thượng thận có tác dụng ngăn cản hình thành các tế bào miễn dịch nên có thể gây ly giải lympho bào và làm teo tuyến ức. Kết quả nghiên cứu cho thấy

prednisolon với liều 6 mg/kg đã làm giảm khối lượng tuyến ức rõ sau 3 ngày điều trị. Cao lỏng TK1-HV đã thể hiện rõ tác dụng này, làm giảm khối lượng tuyến ức khi so với lô chứng sinh lý với  $p < 0,01$  [23]. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây công bố về tác dụng làm giảm khối lượng tuyến ức của Cà gai leo, Dây gấm, Thổ phục linh [4],[7].

Thứ hai, phương pháp điện châm: Điện châm là dùng một máy điện tử tạo xung điện ở tần số thấp, kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết, sự hoạt động của các cơ, các dây thần kinh, các tổ chức, làm tăng cường dinh dưỡng của các tổ chức, đưa trạng thái của cơ thể về thăng bằng ổn định qua các kim đã châm trên huyết [30],[31]. Điện châm thông qua cơ chế thần kinh và thể dịch mang lại hiệu quả giảm đau cho bệnh nhân. Y học hiện đại đã chứng minh được rằng có sự tăng  $\beta$ -endorphin, encephalin, serotonin và endormorphin-1 trong não và trong huyết tương trong quá trình châm cứu. Các chất này tham gia vào hệ thống giảm đau (analgia system) và điều biến miễn dịch làm tăng interleukin-2, interferon... có tác dụng giảm đau, chống trầm cảm, lo âu, tạo cảm giác dễ chịu, cân bằng vận động [76],[64]. Theo cơ chế thần kinh, điện châm 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 huyết sẽ hoạt hóa theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân [76],[64]. 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 $\delta$  type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ tủy 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 phủ tạng... Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hóa khi tác động vào huyết có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này [76],[64]. Theo YHCT, “Thông tắc bất thông, thống tắc bất thông” có nghĩa là đau do hiện tượng khí huyết, kinh lạc



bị ứ trệ không thông. Châm vào huyết làm khai thông khí huyết, kinh lạc, giải cơ khiến cho khí huyết được thông suốt nên làm giảm đau. Các huyết sử dụng trong điện châm theo nguyên tắc “Kinh lạc sở quá, chủ trị sở cập”, tức là kinh lạc đi qua vùng nào bị bệnh thì chọn huyết vùng đó để điều trị. Một phần nữa là phác đồ huyết được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi tuân thủ theo hướng dẫn của Bộ y tế với Giáp tích C<sub>4</sub>-C<sub>7</sub>, Phong trì, Thiên trụ, Đại chùy, Kiên ngưng, Kiên tinh, Khúc trì. Các huyết này có tác dụng giảm đau tốt, làm giãn cơ, giải phóng chèn ép rễ, cải thiện mức độ đau nhanh và nhiều đã giúp cho tâm vận động cột sống cổ cải thiện nhanh chóng. Ngược lại, sự cải thiện nhanh tâm vận động cột sống cổ góp phần làm giảm đau và cải thiện chức năng hoạt động cổ của người bệnh.

Thứ ba, phương pháp cảnh tam châm: Ba huyết được sử dụng trong điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ là Thiên trụ, Bách lao, Đại trử. Viên Thanh và La Quảng Minh trong cuốn « Kỹ thuật cảnh tam châm » đã viết: “*Thiên trụ* (BL10) là một huyết châm trên kinh Túc thái dương Bàng quang. Tại sao nó được gọi là huyết *Thiên Trụ*? Vì trong lịch sử, cột sống được gọi là “Zhugu” (trụ cột). Đốt sống cổ đầu tiên được xem là Thiên (trời). Đốt sống cổ sau được gọi là *Thiên trụ cốt* vì thế mà *Thiên trụ* (BL10) là một huyết châm rất có ảnh hưởng đại diện cho vùng cổ cũng như góp phần vào điều trị thoái hóa cột sống cổ. Thông thường, với tư thế tuổi tác có thể nhìn thấy sự giảm sút của dương khí, do đó, nó cần được kích thích và *Thiên trụ* như một huyết châm trên kinh Thái dương có thể hoàn thành chức năng này. Nó giúp tăng cường duỗi thẳng và nâng đỡ cổ một phần được hỗ trợ bởi thận khí. Huyết có thể được châm thẳng khoảng 1 thốn, người châm chỉ cần cẩn thận không châm vào hướng của hành tủy và kỹ thuật phải hết sức chính xác. *Bách lao* là một huyết đặc biệt nằm ngoài các kinh trong phần đốt sống cổ thứ 5 và thứ 6, cách 0,5 thốn so với cột sống. Huyết được châm

vuông góc với mặt phẳng trước với độ sâu 1 thôn. *Bách lao* được chỉ định để chữa tất cả các bệnh thiếu hụt đa năng, như tên nó biểu thị. *Đại trữ* (BL11) là một huyết trên kinh Bàng quang tại cổ và là một huyết có ảnh hưởng đến xương. Do đó nó được chỉ định để điều trị những thay đổi bệnh lý về tính chất xương. Khi châm cứu, người châm phải chú ý về độ sâu. Tốt nhất là châm vào hướng của tủy sống nhưng nếu người châm định đâm thẳng vào thì không nên đi sâu quá 1 thôn. Ba huyết châm này phân chia để chăm sóc, bảo vệ cho vùng trên, giữa và dưới của cổ và đặc biệt là để điều trị thoái hóa đốt sống cổ” [78].

#### **4.2.4. Sự thay đổi điểm NDI**

Mục tiêu điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay, bên cạnh việc giảm đau, tăng tầm vận động cột sống, một mục tiêu nữa cần hướng tới là nâng chất lượng cuộc sống, tăng cường hòa nhập lại với sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân, thông qua việc giảm, hạn chế các hoạt động cá nhân không thực hiện được do đau. Do đau và hạn chế tầm vận động cột sống ở bệnh nhân hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ nên việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như: tắm, mặc quần áo, đọc sách báo, lái xe, ngủ, làm việc... bị ảnh hưởng. Để đánh giá mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) của tác giả Howard Vernon [63]. 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 20 ngôn ngữ và sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu điều trị. Bộ câu hỏi NDI gồm 10 mục: cường độ đau, sinh hoạt cá nhân (tắm, mặc quần áo...), nâng đồ vật, đọc (sách, báo...), đau đầu, khả năng tập trung chú ý, làm việc, lái xe, ngủ và các hoạt động giải trí. Mỗi mục tối đa 5 điểm và tối thiểu 0 điểm, bệnh nhân được hướng dẫn trả lời theo bảng câu hỏi có sẵn. Điểm NDI là tổng điểm của 10 mục trên và được phân thành các mức

độ từ không hạn chế đến hạn chế nặng. Phương pháp này đơn giản, thuận tiện cho quá trình nghiên cứu, tuy nhiên nó phụ thuộc vào tính chủ quan của mỗi bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự thay đổi điểm chức năng sinh hoạt hàng ngày vùng cột sống cổ của bệnh nhân qua bảng 3.12 và biểu đồ 3.4 cho thấy, mức độ hạn chế có sự cải thiện đáng kể qua các thời điểm nghiên cứu, trong đó, NNC tốt hơn NĐC. Tỷ lệ bệnh nhân hạn chế nặng giảm dần, không hạn chế tăng dần, điểm TB NDI cũng có sự cải thiện đáng kể tại thời điểm sau 14 ngày và 28 ngày can thiệp.

#### ***4.2.5. Hiệu quả điều trị chung***

Về phân bố hiệu quả điều trị chung, chúng tôi chỉ tiến hành đánh giá tại thời điểm kết thúc nghiên cứu – tương ứng với 28 ngày điều trị liên tục bằng bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm với NNC và điện châm đối với NĐC. Tỷ lệ hiệu quả tốt đạt tới 90% ở NNC và 70% ở NĐC. Tỷ lệ hiệu quả khá là 10% ở NNC và 13,3% ở NĐC. Hiệu quả TB là 16,7% ở NĐC. Không có bệnh nhân nào ở mức kém. Như vậy, NNC sau 28 ngày điều trị, hiệu quả tốt và khá đạt 100%; NĐC đạt 83,3% (biểu đồ 3.5).

### **4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cảnh tam châm kết hợp bài thuốc TK1-HV trong điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ**

Để đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp, chúng tôi tiến hành quan sát và ghi chép vào hồ sơ bệnh án những diễn biến bất thường của bệnh nhân (tại chỗ, toàn thân) trong suốt quá trình điều trị, phương pháp xử trí và tiến triển sau xử trí.

#### ***4.3.1. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cảnh tam châm***

Không bệnh nhân nào có biểu hiện sần ngứa, sưng tấy, nóng đỏ, chảy máu tại vị trí thực hiện thủ thuật cảnh tam châm. Điều này được đảm bảo do 2

lý do: Thứ nhất, nghiên cứu viên luôn đảm bảo vô khuẩn trong quá trình thực hiện thủ thuật (buồng bệnh, găng tay, kim thực hiện cảnh tam châm); thứ hai, nghiên cứu viên đã được đào tạo và có kinh nghiệm trong thực hiện thủ thuật cảnh tam châm trên nhiều bệnh nhân khác nhau.

#### ***4.3.2. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV***

Trong quá trình 28 ngày uống TK1-HV dưới dạng nước sắc, chúng tôi không ghi nhận được các tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV. Các bệnh nhân đều ăn uống, ngủ nghỉ bình thường, không có hiện tượng đau bụng đi ngoài, buồn nôn, nôn, sần ngứa, dị ứng...

#### ***4.3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp***

Dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp trung bình) được chúng tôi đánh giá tại 2 thời điểm là thời điểm trước điều trị (ngày D<sub>0</sub>) và thời điểm D<sub>28</sub> khi kết thúc liệu trình can thiệp. Các số liệu định lượng thu thập được cho thấy không có sự khác biệt về các chỉ số này. Mạch và huyết áp trung bình của cả 2 nhóm bệnh nhân đều nằm trong giới hạn bình thường.

Kết quả sau 28 ngày dùng TK1-HV kết hợp cảnh tam châm hoặc TK1-HV kết hợp điện châm cho thấy các chỉ số công thức máu cơ bản (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) đều nằm trong giới hạn bình thường. Không có sự khác biệt đáng kể nào được ghi nhận trong quá trình diễn ra nghiên cứu này.

Chỉ số chức năng gan thận của bệnh nhân NNC và NĐC đều nằm trong giới hạn bình thường trước và sau khi kết thúc liệu trình điều trị.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy, bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ an toàn trên lâm sàng.

## KẾT LUẬN

### **1. Sử dụng bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm trong 28 ngày có tác dụng cải thiện một số triệu chứng trên bệnh nhân hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ:**

- Giảm đau VAS: giảm 64,2% điểm lượng giá cảm giác đau theo VAS;
- Tăng tầm vận động cột sống cổ ở cả 4 tư thế có ý nghĩa so với thời điểm D<sub>0</sub>;
- Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày: giảm 79,1% điểm NDI so với D<sub>0</sub>;
- Hiệu quả điều trị chung: tốt là 90%; khá là 10%.

Tác dụng này tốt hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với  $p < 0,01$ .

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

Không ghi nhận các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng, dấu hiệu sinh tồn; không thấy sự thay đổi chỉ số huyết học và sinh hóa cơ bản sau 28 ngày sử dụng.

## **KIẾN NGHỊ**

Để có thêm bằng chứng khẳng định tác dụng của phương pháp "cảnh tam châm", chúng tôi khuyến nghị:

- Nghiên cứu phương pháp cảnh tam châm trên số lượng bệnh nhân lớn hơn, tại một số cơ sở điều trị khác.

- Đánh giá tác dụng độc lập của phương pháp cảnh tam châm trên lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. **Trần Ngọc Ân** (2002). *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Trương Việt Bình** (2014). *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Trương Việt Bình** (2014). *Điều trị học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự** (2004). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, tập I, II, III, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội, 634.
5. **Bộ môn Thần kinh - Trường Đại học Y Hà Nội** (1998). *Bài giảng thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Bộ môn Y học cổ truyền – Học viện Quân y** (2013). *Bài giảng Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
7. **Bộ Y tế** (2018). *Dược điển Việt Nam, lần xuất bản thứ năm*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1092, 1106, 1211, 1123, 1180, 1275, 1295, 1344.
8. **Bộ Y tế** (2015). *Thông tư số 05/2015/TT-BYT Ban hành danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế*, ngày 17 tháng 3 năm 2015.
9. **Bộ Y tế** (2016). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-153.
10. **Bộ Y tế** (2017). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Bộ Y tế** (2008). *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền, Quy trình 46 (Điện châm điều trị hội chứng vai gáy)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
12. **Hoàng Huyền Châm** (2018). *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp*

*vai thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt.* Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

13. **Ngô Quý Châu** (2016). *Bệnh học Nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
14. **Hoàng Văn Cúc, Nguyễn Văn Huy chủ biên** (2006). *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
15. **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.
16. **Mai Trung Dũng** (2006). *Điều trị đau, cơ sở sinh học và bệnh học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90.
17. **Trịnh Thị Hương Giang** (2019). *Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp thủy châm Nucleo C.M.P*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
18. **Phạm Ngọc Hà** (2018). *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống*, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
19. **Lưu Ngọc Hoạt** (2018). *Phương pháp viết đề cương nghiên cứu khoa học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
20. **Nguyễn Mai Hồng** (2009). *Thoái hóa cột sống-Chẩn đoán và điều trị*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
21. **Nguyễn Xuân Huỳnh** (2018). *Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to bằng phương pháp nhu châm kết hợp bài thuốc TK1*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
22. **Đỗ Chí Hùng** (2012). *Nghiên cứu giải pháp can thiệp hội chứng đau vai gáy ở những người sử dụng máy tính*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại



học Y Hà Nội.

23. **Lương Xuân Hưng** (2017). *Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh tọa của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
24. **Nguyễn Nhược Kim chủ biên** (2015). *Phương tế học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
25. **Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà** (2017). *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
26. **Nguyễn Nhược Kim** (2012). *Lý luận y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Thái Nguyên.
27. **Hà Hoàng Kiệt** (2018). *Bệnh thoái hóa khớp*, Nhà xuất bản Thể thao và Du lịch, Hà Nội.
28. **Đào Thị Vân Khánh** (2007). “Thoái khớp”. *Bài giảng Bệnh học Nội Khoa- tập 2*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội.
29. **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội** (2005). *Bài giảng Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
30. **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.
31. **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội** (2005). *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
32. **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.
33. **Trần Văn Kỳ** (2014). *Dược học cổ truyền*. Nhà xuất bản Đồng Nai.
34. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2014). *Chẩn đoán và điều trị thoái hóa cột sống*

cổ, *Hội nghị khoa học về chuyên ngành cơ xương khớp*, Hà Nội 3/2016, tr 87-92.

35. **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.
36. **Nguyễn Hoài Linh** (2016). *Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
37. **Đỗ Tất Lợi** (2015). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
38. **Hồ Hữu Lương** (2006). *Thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
39. **Nguyễn Ngọc Mậu** (2017). *Đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện tâm vận động cổ của bài thuốc TK1 kết hợp với điện châm trong điều trị hội chứng cổ vai tay có thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
40. **Frank H. Netter** (2015). *Atlats giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
41. **Trịnh Văn Minh** (2015). *Giải phẫu người*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
42. **Đoàn Thị Nhung** (2018). *Đánh giá tác dụng của bài thuốc TK1 kết hợp điện châm điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
43. **Uông Ngang**, Trần Văn Quảng dịch (2015). *Thang đầu ca quyết*, Nhà xuất bản Phương Đông.
44. **Nguyễn Thị Kim Ngân, Phan Quan Chí Hiếu** (2012). *Khảo sát các yếu*

- tô ảnh hưởng đến điều trị giảm đau do thoái hóa cột sống cổ bằng điện châm, *Tạp chí Nghiên cứu Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 16(1), tr 84-90.
45. **Phạm Gia Nhân, Lưu Thị Hiệp** (2010). Hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động của điện châm trong điều trị thoái hóa cột sống cổ, *Tạp chí Nghiên cứu Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(2), tr 56-67.
46. **Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn** (2016). *Phương tế học*, Nhà xuất bản Thuận Hóa.
47. **Phạm Tuấn Thanh, Phùng Văn Phú, Nguyễn Duy Thuận** (2019). Nghiên cứu tác dụng của điện châm trong điều trị hội chứng cổ vai tay, *Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam*, 1(20), tr 4-13.
48. **Nguyễn Bình Phương Thảo, Lê Thị Bình** (2013). Đánh giá tác dụng của viên “Khu phong trừ thấp” trong điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hóa đốt sống cổ, *Tạp chí Y học thực hành*, 875(7), tr 10-16.
49. **Nguyễn Thị Thắm** (2008). *Đánh giá hiệu quả 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, Trường Đại học Y Hà Nội.
50. **Nguyễn Bích Thu** (2010). *Đánh giá tác dụng giảm đau của điện châm kết hợp thủy châm điều trị chứng đau trong hội chứng cổ - vai - tay*, Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Quân y.
51. **Đỗ Thị Lệ Thúy** (2003). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng tủy cổ do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
52. **Nguyễn Ngọc Thược** (2017). *Nghiên cứu độc tính cấp và tác dụng chống viêm giảm đau của cao lỏng TK1 trên thực nghiệm*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
53. **Nguyễn Văn Tuấn** (2008). *Y học thực chứng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90.

54. **Nguyễn Tuyết Trang** (2013). *Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ (thể phong hàn thấp tý) bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyết*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
55. **Trương Thị Thúy Vân** (2018). *Đánh giá tác dụng của viên nang cứng TD0019 trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
56. **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 huyết*, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

### **Tiếng Anh**

57. **Domenica A. Delgado, Bradley S. Lambert, Nickolas Boutris** (2018). Validation of Digital Visual Analog Scale Pain Scoring With a Traditional Paper-based Visual Analog Scale in Adults, *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev*, 2(3), e088.
58. **Cassidy J.D., Cote P.** (2008). Is it time for a population health approach to neck pain? *J Manipulative Physiol Ther*, 31, pg 442-446.
59. **Eubanks J.D.** (2010). Cervical Radiculopathy: Nonoperative Management of Neck Pain and Radicular Symptoms, *Am Fam Physician*, 81(1), pg 33-40.
60. **Joel A. Delisa, Bruce M. Gans** (1998). *Rehabilitation Medicine: principles and practice*, Lippincott – Raven Publishers
61. **Hedding-Eckerich** (2003). Use of pyrimidine nucleotides for the treatment of affections of the peripheral nervous system, *Nanoscale*, 9(21), 7047-7054.
62. **Williams K.E., Paul R., Dewan Y.** (2009). Functional outcome of corpectomy in cervical spondylotic myelopathy, *Indian J Orthop*, 43(2), 205–209.

63. **Vernon H., Mior S.** (1991). The Neck Disability Index: a study of reliability and validity, *J Manipulative Physiol Ther*, 14(7), pg 409-415.
64. **MacPherson H., Hammerschlag R., Coeytaux R.R.** et al (2016). Unanticipated Insights into Biomedicine from the Study of Acupuncture. *J Altern Complement Med*, 22(2), 101–107.
65. **Schoenfeld A.J, George A.A., Bader J.O.** et al (2012). Incidence and epidemiology of cervical radiculopathy in the united states military: 2000 to 2009, *J Spinal Disord Tech*, 25, pg 17-22.
66. **Bakhsheshian J., Mehta V.A., Liu J.C.** (2017). Current Diagnosis and Management of Cervical Spondylotic Myelopathy, *Glob Spine J*, 7(6), 572–586.
67. **Frederic J. Kottke, Justus F. Lehman** (2006). *Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*, W.B Saunders Company.
68. **Radhakrishnan K., Litchy W.J., O’Fallon W.M.** et al (1994). Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from rochester, minnesota, 1976 through 1990, *Brain*, 117, pg 325-335.
69. **Corey D.L., Comeau D.** (2014). Cervical Radiculopathy, *Med Clin North Am*, 98(4), pg 791-799.
70. **Wenjia Lin, Xin-lin Chen, Qi Chen et al** (2019). Jin’s three-needle acupuncture technique for chronic fatigue syndrome: a study protocol for a multicentre, randomized, controlled trial, *Trials*, 20, pg 155.
71. **Caridi J.M., Pumberger M., Hughes A.P.** (2011). Cervical radiculopathy: a review, *HSS J Musculoskelet J Hosp Spec Surg*, 7(3), pg 265–272.
72. **Yuan Q., Liu L.L., Shen X.J.** et al (2014). On connotation of Jin's three-needle technique, *Zhongguo Zhen Jiu*, 34(7), pg 701-704.
73. **Raj D. Rao, Bradford L. Currier et al** (2007). Degenerative Cervical

Spondylosis: Clinical Syndromes, Pathogenesis, and Management. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 89, pg 1360-1378

74. **Nancy Berryman Reese, William D. Bandy** (2002). *Joint range of motion and muscle length testing*, W.B. Saunders Company.
75. **Liao W., Tang C., Zhang J.** (2018). Discussion on the principle and treatment pathway of *Jin's* three-needle technique for mind regulation and treatment from the “Adjusting qi to regulate mind, adjusting blood to regulate mind”, *Zhongguo Zhen Jiu*, 38(11), pg 1235-1238.
76. **Zhou W., Benharash P.** (2014). Effects and Mechanisms of Acupuncture Based on the Principle of Meridians, *J Acupunct Meridian Stud*, 7(4), 190–193.
77. **Lu X., Tian Y., Wang S.-J. et al** (2017). Relationship between the small cervical vertebral body and the morbidity of cervical spondylosis, *Medicine (Baltimore)*, 96(31), e7557.
78. **Yuan Qing, Luo Guangming, Jeffrey Winsauer et al** (2004). *Chinese-English explanation of Jin' 3-needle technique*, Shanghai Scientific and technological Literature publishing house, China.

### **Tiếng Trung**

79. **王汇华, 黄琿** (2009). 针刺 “颈三针” 治疗椎动脉型颈椎病临床研究. 湖北中医杂志, 5期 21-23.
80. **黄俊浩** (2015). 针刺颈三针为主治疗神经根型颈椎病的临床研究, 广州中医药大学, 博士论文.
81. **林星华** (2017). 观察温针灸颈三针治疗颈型颈椎病的临床疗效, 中医临床研究, 第16期 43-44.

82. 朱立国, 高景华 (2017). 经方治疗神经根型颈椎病的临床应用进展. 世界中西医结合杂志, 第12卷, 第2期。
83. 项瑜, 吴星 (2017). 中西医结合治疗神经根型颈椎病分析. 辽宁中医药大学学报, 3月, 第19卷, 第3期。
84. 丁勇 (2017). 黄芪桂枝五物汤配合推拿治疗神经根型颈椎病47例. 中医河南, 1月, 第37卷, 第一期。
85. 苗玉新 (2017). 中医分经辨证针灸治疗神经根型颈椎病患者疗效观察. 河南医学研究, 1月, 第26卷, 第1期。
86. 王立山 (2017). 壮骨伸筋胶囊治疗神经根型颈椎病的临床疗效研究. 世界中医药, 1月, 第12卷, 第1期。
87. 黎汝定 (2017). 电针加穴位注射在神经根型颈椎病中的应用及对肌电图的影响. 者球中龟药, 2月, 第37卷第2期。
88. 郑普峰 (2005). 骨伤科·中医临床治疗学. 中国卫生出版社, tr 187-207.

**Phụ lục 1**  
**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**

**BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN**

**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**

**ID**.....

**Nhóm**.....

1. Họ và tên:.....2. Tuổi:.....

3. Giới  Nam  Nữ      4. Nghề nghiệp..... Chân tay  Trí óc

5. Địa chỉ:.....6. Số điện thoại:.....

7. Thời gian mắc bệnh:.....tháng/.....năm

8. Bên đau cột sống cổ  Trái  Phải  Hai bên

9. X-quang quy ước:.....

10. Cộng hưởng từ (nếu có):.....

11. Triệu chứng cơ năng

Mục	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>
Đau vùng cột sống cổ			
Điểm đau cạnh cột sống cổ			
Đau lan theo cột sống cổ			
Co cứng cơ cạnh sống			
Hạn chế vận động cột sống cổ			



Nóng da tại cột sống cổ			
-------------------------	--	--	--

## 12. Thực thể (bên đau)

Mục	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>
Co cứng cơ cạnh sống			
Teo cơ vùng cột sống cổ			
Nóng da tại cột sống cổ			
Điểm đau cạnh cột sống cổ			
Đau theo đường đi của rễ thần kinh			
Hạn chế vận động chung cột sống cổ			

## 13. Nghiệm pháp thăm khám

Mục	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>
Hội chứng cột sống			
Hội chứng rễ thần kinh			
Hội chứng động mạch sống nền			
Hội chứng tủy cổ			

## 14. Tác dụng không mong muốn

### 14.1. TK1

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Diễn biến	Xử trí	Sau xử trí
Buồn nôn				
Nôn				
Đau bụng				
Đi ngoài phân lỏng				
Sản ngứa/dị ứng				
Khác				

### 14.2. Cảnh tam châm

<b>Biểu hiện</b>	<b>Ngày xuất hiện</b>	<b>Diễn biến</b>	<b>Xử trí</b>	<b>Sau xử trí</b>
Chảy máu				
Đau sưng				
Sẩn ngứa				
Abces				
Vụng châm				
Khác				

#### 14.3. Công thức máu

<b>Chỉ số</b>	<b>D<sub>0</sub></b>	<b>D<sub>28</sub></b>
Hồng cầu (T/l)		
Bạch cầu (G/l)		
Tiểu cầu (G/l)		

#### 14.4. Sinh hóa máu

<b>Chỉ số</b>	<b>D<sub>0</sub></b>	<b>D<sub>28</sub></b>
Ure (mmol/l)		
Creatinine ( $\mu$ mol/l)		
AST (U/l)		
ALT (U/l)		

#### 14.5. Dấu hiệu sinh tồn

<b>Chỉ số</b>	<b>D<sub>0</sub></b>	<b>D<sub>28</sub></b>
Mạch (lần/phút)		
Huyết áp tâm thu (mmHg)		
Huyết áp tâm trương (mmHg)		

*Hà Nội, ngày tháng năm 2019*

***Nghiên cứu viên***

***Bs. Đỗ Văn Đình***

## Phụ lục 2

### CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “Đánh giá tác dụng của bài thuốc “TK1-HV” kết hợp cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống ”

Tôi (Họ và tên):

.....

Tuổi: .....Giới .....

Địa chỉ:

.....

Điện thoại liên hệ:

.....

Xác nhận rằng:

- Tôi đã được cung cấp các thông tin đầy đủ cho nghiên cứu đánh giá hiệu quả của bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm trong điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống tại .....và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.
- Tôi đã có cơ hội được hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra.
- Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu là 28 ngày liên tục điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an.
- Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
- Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin. Sau khi nghiên cứu kết thúc, tôi sẽ được thông báo (nếu muốn) về bất cứ phát hiện nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi.

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.
- Tôi có toàn quyền quyết định về việc sử dụng trong tương lai, tiếp tục lưu giữ hay hủy các mẫu xét nghiệm đã thu thập.
- Tôi tình nguyện tham gia và chịu trách nhiệm khi không tuân thủ theo quy định của Bệnh viện.
- Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.
- Nghiên cứu viên tham gia trong nghiên cứu đóng vai trò là nhà nghiên cứu và bác sỹ điều trị của tôi.
- Tôi được đảm bảo rằng có một hội đồng đánh giá khía cạnh đạo đức sẽ thông qua hoặc làm rõ đề cương nghiên cứu.

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Nếu cần:

Ký và ghi rõ họ tên của Bác sỹ

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Ký, ghi rõ họ tên người hướng dẫn khoa học

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

### Phụ lục 3

## CÁC VỊ THUỐC SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU

### 1. Cà gai leo: Tên khác là Cà quánh, cà quỳnh, trap khar (cam pu chia), blou xit (Lào)

- Tên khoa học: *Herba Solani procumbensis*

- Thu hái và chế biến: Thu hái toàn cây cà gai leo, rửa sạch, thái nhỏ, phơi hay sấy khô. Không chế biến gì khác.



- Thành phần hóa học: Toàn cây và nhiều nhất ở rễ có chứa alcaloit. Trong rễ còn có tinh bột, saponozit, fravonozit solasodin, solasodinon...

- Công dụng và liều dùng:

Cà gai leo được nhân dân dùng làm thuốc chữa phong thấp, đau nhức răng, sâu răng, chảy máu chân răng.

Có nơi nhân dân coi như có tác dụng chữa say rượu. Người ta cho rằng trong khi uống rượu thỉnh thoảng sát răng bằng rễ cà gai leo thì tránh được say rượu. Nếu bị say uống nước sắc của rễ. Ngoài ra còn chữa bệnh lậu.

Còn có nơi dùng chữa rắn cắn: Nhai rễ nuốt nước, bã đắp lên vết bị rắn cắn.

Liều dùng: Mỗi ngày uống từ 16 - 20g rễ khô dưới dạng sắc.

### 2. Thổ phục linh

- Tên khoa học: *Rhizoma Smilacis glabrae*

- Bộ phận dùng: Thổ phục linh là thân rễ phơi khô của cây thổ phục linh hay cây khúc khắc (*Smilax glabra*).

- Tính vị quy kinh: Vị ngọt, nhạt, tính bình, vào kinh can, thận và vị.
- Tác dụng: Trừ phong thấp, lợi gân cốt, giải độc thủy ngân.
- Liều lượng: 6 - 12 g/1 ngày, có thể dùng đến 40g/ngày.



Ứng dụng lâm sàng:

- Chữa đau nhức xương khớp sưng nóng đỏ đau.
- Trừ rôm sảy, mụn nhọt.
- Dùng trong nhân dân để tẩy độc cơ thể, bỏ da dày, khỏe gân cốt, làm cho ra mồ hôi, chữa đau nhức khớp xương.

### 3. Cốt khí củ

- Tên khoa học: *Radix Polygoni cuspidati*
- Bộ phận dùng: Củ cốt khí Thân rễ phơi hay sấy khô của cây cốt khí.



- Tính vị quy kinh: Vị khổ, vị hàn. Quy vào các kinh Can, Đờm, Phế.
- Công năng chủ trị: Trừ phong thấp, chỉ ho, hóa đờm. Chủ trị: Xương khớp đau nhức, hoàng đản, phế nhiệt gây ho, ho nhiều đờm, mụn nhọt lở loét.

- Cách dùng và liều lượng: Ngày dùng từ 9 - 15g, dạng thuốc sắc. Dùng ngoài, lượng thích hợp, sắc lấy nước để bôi, rửa hoặc chế thành cao bôi.

- Phạm vi sử dụng: Trong nhân dân Việt Nam củ cốt khí là một vị thuốc dùng chữa tê thấp, do bị ngã, bị thương mà tổn thương đau đớn, còn là một vị thuốc thu liễm cầm máu. Vị thuốc được ghi trong bộ bản thảo cương mục của Lý Thời Trân (Trung Quốc, thế kỷ 16). Theo tính chất ghi trong tài liệu cổ vị thì thuốc có tác dụng lợi tiểu, thông kinh giảm đau giảm độc, dùng cho những người bị kinh nguyệt bế tắc, kinh nguyệt khó khăn đau đớn, do bị ngã bị thương mà đau đớn, đẻ xong huyết ứ, bụng trướng, tiểu tiện khó khăn.

#### **4. Củ cốt khí (củ ly)**

- Tên khoa học: *Rhizoma Cibotii*
- Bộ phận dùng: Thân rễ (củ). Củ to trên 5cm chắc, lông vàng dày, cắt ngang thịt có vân, màu nâu sẫm là tốt.
- Lông vàng để cầm máu.



- Thành phần hóa học: có nhiều chất bột, chất chất.
- Tính vị quy kinh: Vị hơi đắng, ngọt, tính ấm. Vào hai kinh can và thận.
- Tác dụng: Bổ can, thận.
- Chủ trị: mạnh lưng gối, trị phong thấp. Nhân dân ta còn dùng lông vàng phủ xung quanh thân rễ để rịt vào vết thương, đứt tay để cầm máu.
- Liều dùng: 4 - 12g, có thể đến 20 - 28g.



## 5. Dây gắm (Còn gọi là dây sót, dây máu, dây gắm lót, vương tôn)

- Tên khoa học: *Caulis et Radix Gneti montani*
- Bộ phận dùng: Rễ và dây đều dùng làm thuốc. Hạt ăn được: dầu hạt dùng xoa bóp trị tê thấp.
- Bào chế: Rễ và dây rửa sạch, thái mỏng, phơi khô là vị thuốc trị xương khớp và hỗ trợ cho bệnh nhân mắc Gout rất ổn.



- Thành phần hóa học: Chứa 14,2% một chất dầu cô định.
- Tính vị quy kinh: Vị đắng, tính bình.
- Tác dụng: khu phong, trừ thấp, thư cân hoạt huyết, giải độc, tiêu viêm, sát trùng.
- Phạm vi sử dụng: Hạ axit uric máu, giảm đau, giảm sưng ở cả hai nhóm bệnh gút mạn và gút cấp, chữa phong tê thấp.

## 6. Dây chiêu (dây chặc chiu, tích diệp)

- Tên khoa học: *Tetracera scandens*
- Bộ phận dùng: Rễ, dây.
- Tính vị quy kinh: Vị chua chát, tính bình.
- Tác dụng: Tán ứ, hoạt huyết, thu liễm.
- Bào chế: Chặt lấy phần gần gốc, những đoạn có u, dùng làm thuốc. Rễ thu hái quanh năm, rửa sạch, thái nhỏ, phơi khô, dùng tươi hoặc tẩm rượu sao vàng.



## 7. Hà thủ ô đỏ

- Tên khoa học: *Radix Fallopieae multiflorae*
- Bộ phận dùng: Rễ củ phơi hay khô của cây hà thủ ô đỏ.
- Bào chế: Rửa sạch củ, ngâm nước vo gạo 1 ngày 1 đêm, sau đó rửa lại. Đổ nước đậu đen cho ngập (cứ 1kg Hà thủ ô cần 100g đậu đen, 2 lít nước, nấu đến khi đậu đen nhừ nát), nấu đến khi gần cạn, cần đảo luôn cho chín đều. Khi củ đã mềm, lấy ra, bỏ lõi (nếu có). Thái hoặc cạo mỏng rồi phơi khô. Nếu còn nước đậu đen thì tẩm phơi cho hết. Nếu đồ thì đồ 9 lần rồi phơi 9 lần (cửu chưng cửu sái) thì càng tốt. Khi đun nên đặt vỉ ở đáy nồi cho khỏi cháy dược liệu.



- Thành phần khoa học: Có chất đạm, tinh bột 45,2%, chất béo 3,1%, Oxymethy - anthraquinon, lecitin.
- Tính vị quy kinh: Vị đắng, ngọt, tính ấm; Vào hai kinh can và thận.

- Tác dụng: Làm thuốc ích khí, trừ phong, mạnh gân cốt, bổ can thận
- Liều dùng: 12 - 20g/ngày.

### 8. Ngưu tất Nam

- Tên khoa học: *Radix Achyranthis asperae*
- Bộ phận dùng: Rễ phơi hay sấy khô của cây ngưu tất.



- Tính vị quy kinh: Vị đắng, chua, tính bình, quy vào kinh can và thận.
- Tác dụng: Hoạt huyết điều kinh, chữa đau lưng, đau khớp.
- Ứng dụng lâm sàng:
  - + Điều kinh chữa bế kinh, thông kinh.
  - + Chữa đau khớp
  - + Giải độc chữa thấp nhiệt, họng sưng đau, loét miệng, răng lợi đau.
  - + Lợi tiểu thông lâm: đái ra máu, đái ra sỏi, tiểu tiện rát, buốt.
- Liều lượng dùng: 6 - 12g/ngày.

### 9. Kê huyết đằng

- Tên khoa học: *Caulis Spatholobi*
- Bộ phận dùng: Vỏ mịn vàng. Khi tươi cắt thấy nước chảy nha đỏ như máu, khi khô có nhiều vòng đen (do nha khô). Dùng thứ dây to, chắc, không mốc là tốt. Người ta còn dùng cây máu heo, dây tròn, giữa có lỗ, xung quanh lấm tấm.



- Thành phần hóa học: Vỏ rễ và hạt có glucose, Tanin, chất nha.
- Tính vị quy kinh: Vị đắng, chát, tính bình, quy vào kinh can, tâm.
- Tác dụng: Bổ khí huyết, hoạt huyết, thông kinh lạc.
- Chủ trị và liều dùng: Trị các bệnh hư lao, đau mỗi khớp xương. Trị di tinh, bạch đới.

Ngày dùng 20 - 40g.

## 10. Quế chi

- Tên khoa học: *Ramulus Cinnamomi*
- Bộ phận dùng: Cành nhỏ phơi hay sấy khô của nhiều loại quế.
- Tính vị quy kinh: Cay, ngọt, ấm vào kinh tâm, phế, bàng quang.
- Tác dụng: Phát hãn giải cơ, ôn kinh, thông dương.



- Ứng dụng lâm sàng:

Chữa cảm mạo phong hàn nhưng có mồ hôi (biểu hư), vì vệ khí hư, phần dinh khí vẫn mạnh, da thịt sơ tiết nên ra mồ hôi. Quế chi sắc đỏ, thấu doanh vệ, tính chất cay ấm nên phát tán phong hàn. Vì phát tán phong hàn qua phần cơ biểu nên gọi quế chi có tác dụng sơ phong giải cơ. Bài thuốc Quế chi thang.

Ôn kinh chỉ thống và ôn thông kinh mạch: Quế chi do tính vị cay ấm nên trừ phong thấp và hàn thấp, dùng để chữa chứng thống kinh, bế kinh do hàn thấp quá mạnh gây ra, chứng đau bụng do lạnh (Con đau dạ dày, cơn co thắt dạ dày do lạnh) do tác dụng ôn trung trừ hàn.

Chữa đau khớp, đau các dây thần kinh, co cứng các cơ do lạnh (khu hàn ôn lý): do hàn, thấp gây trở ngại kinh lạc thành chứng tý. Quế chi là vị thuốc thăng phù dẫn lên vai tay, vị cay phát tán, tính ôn gây thông nên Quế chi có tác dụng trừ phong thấp, thông kinh lạc.

Chữa ho và long đờm (trục ẩm chỉ khái).

Hóa khí lợi tiêu.

- Liều lượng và bào chế đơn giản:

Cành quế chi ngâm ẩm, cắt ngắn, phơi khô. Quế chi tiêm: cành nhỏ, ngâm nước cho mềm, cắt ngắn phơi khô.

- Cấm kỵ:

Âm hư hỏa vượng: suy nhược thần kinh thể ức chế giảm, huyết áp cao, thể can dương thịnh, chảy máu ít huyết do ôn nhiệt làm tổn thương tân dịch, phụ nữ có thai, kinh nguyệt ra nhiều dùng thận trọng.

**Phụ lục 4**  
**THANG ĐIỂM NDI**

<b>Phần</b>	<b>Nội dung</b>	<b>D<sub>0</sub></b>	<b>D<sub>14</sub></b>	<b>D<sub>28</sub></b>
Phần 1: CƯỜNG ĐỘ ĐAU	A Hiện tại tôi không đau. B Hiện tại đau rất nhẹ. C Hiện tại đau vừa phải. D Hiện tại đau khá nặng. E Hiện tại đau rất nặng. F Hiện tại đau không thể tưởng tượng được.			
Phần 2: SINH HOẠT CÁ NHÂN (Tắm, Mặc quần áo,...)	A Tôi có thể tự chăm sóc bản thân mà không gây đau thêm. B Tôi chăm sóc bản thân bình thường, nhưng gây đau thêm. C Tôi bị đau khi chăm sóc bản thân, phải làm chậm và cẩn thận. D Tôi cần sự giúp đỡ, nhưng tự làm được hầu hết việc chăm sóc bản thân. E Tôi cần giúp đỡ trong hầu hết việc chăm sóc mình. F Tôi không tự mặc quần áo được, phải ở trên giường.			
Phần 3: NÂNG ĐỒ VẬT	A Tôi có thể nâng vật nặng mà không bị đau thêm. B Tôi có thể nâng vật nặng, nhưng bị đau thêm. C Đau làm tôi không nâng được vật nặng từ dưới sàn nhà lên, nhưng có thể nâng nếu vật ở vị trí thuận lợi (ví dụ: trên bàn...).			

	<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.</p> <p>B Tôi bị đau đầu nhẹ nhưng không thường xuyên.</p> <p>C Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng không thường xuyên.</p> <p>D Tôi bị đau đầu vừa phải nhưng thường xuyên.</p> <p>E Tôi bị đau đầu nặng thường xuyên.</p> <p>F Hầu như lúc nào tôi cũng bị đau đầu.</p>			
<p>Phần 6: KHẢ NĂNG TẬP</p>	<p>A Tôi có thể dễ dàng tập trung chú ý hoàn toàn khi muốn.</p> <p>B Tôi thấy hơi khó khăn để tập trung chú ý hoàn</p>			

<p>TRUNG CHÚ Ý</p>	<p>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. D Tôi không thể làm được công việc thường lệ của mình. E Tôi hầu như không làm được việc gì. F Tôi không thể làm được việc gì.</p>			
<p>Phần 8: LÁI XE</p>	<p>A Tôi có thể lái xe mà không bị đau. B Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ nhẹ. C Tôi có thể lái xe bao lâu mà mình muốn nhưng đau cổ vừa phải. D Tôi không thể lái xe bao lâu như mình muốn vì đau cổ vừa phải. E Tôi hầu như không lái xe được vì đau cổ nặng. F Tôi không thể lái được xe.</p>			
<p>Phần 9:</p>	<p>A Tôi không có vấn đề gì bất thường về ngủ.</p>			



<p>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: 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>			

**Trong đó:**

A: 0 điểm    D: 3 điểm

B: 1 điểm    E: 4 điểm

C: 2 điểm    F: 5 điểm

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU**

<b>STT</b>	<b>Họ tên</b>	<b>Năm sinh</b>	<b>Giới</b>	<b>Địa chỉ</b>	<b>Mã bệnh án</b>
1.	Đào Tuấn A.	1993	Nam	Hà Nội	1906196031
2.	Vũ Thị Bích H.	1978	Nữ	Hà Nội	1906260007
3.	Nguyễn Đình Q.	1965	Nam	Hà Nội	1906210008
4.	Nguyễn Thế H.	1983	Nam	Hà Nội	1906210031
5.	Tạ Thị Minh H.	1962	Nữ	Hà Nội	1902240022
6.	Lê Thu H.	1976	Nữ	Hà Nội	1906240053
7.	Nguyễn Đình A.	1984	Nam	Hà Nội	1906250008
8.	Bùi Thị L.	1962	Nữ	Hà Nội	1906250010
9.	Nguyễn Thị Minh H.	1969	Nữ	Hà Nội	1902250012
10.	Nguyễn Văn D.	1971	Nam	Hà Nội	1906250035
11.	Nguyễn Thị H.	1963	Nữ	Hà Nội	1906260011
12.	Bùi Thị T.	1953	Nữ	Hà Nội	1907010007
13.	Nghiêm Thị S.	1985	Nữ	Hà Nội	1907010029
14.	Mai Thị C.	1962	Nữ	Hà Nội	1907020015
15.	Nguyễn Thị S.	1967	Nữ	Hà Nội	1907140004
16.	Đình Quang L.	1979	Nam	Hà Nội	1907040005
17.	Nguyễn Thị Kim H.	1975	Nữ	Hà Nội	1907050007
18.	Phạm Thị Phương H.	1983	Nữ	Hà Nam	1907090031
19.	Võ Văn B.	1993	Nam	Ba Đình	1907090042
20.	Nguyễn Thị Thu T.	1969	Nữ	Hà Nội	1905276016
21.	Đấu Văn H.	1961	Nam	Cao Bằng	1905276001
22.	Hoàng Thị L.	1960	Nữ	Hà Nội	1905270033
23.	Hoàng Thị T.	1975	Nữ	Hà Nội	1905270040
24.	Phạm Minh T.	1989	Nam	Hà Nội	1905270049
25.	Lê Thị Q.	1968	Nữ	Bắc Giang	1905280013

26.	Hoàng Thị N.	1977	Nữ	Hà Nội	1905280019
27.	Dương Thị H.	1974	Nữ	Hà Nội	1905280027
28.	Ngô Thị T.	1985	Nữ	Hà Nội	1905280044
29.	Lê Thị D.	1952	Nữ	Hà Nội	1905290009
30.	Nguyễn Thị Thanh N.	1977	Nữ	Hà Nội	1906040016
31.	Nguyễn Thị Hồng N.	1980	Nữ	Hà Nội	1906030027
32.	Ngô Thị N.	1976	Nữ	Hà Nội	1906040035
33.	Đỗ Tiến N.	1981	Nam	Hà Nội	1906040038
34.	Bùi Thị Thanh L.	1984	Nữ	Hà Nội	1906050026
35.	Nguyễn Thị H.	1980	Nữ	Hà Nội	1906100012
36.	Nguyễn Thị L.	1976	Nữ	Hà Nội	1906100017
37.	Phạm Thu H.	1976	Nữ	Hà Nội	1906100018
38.	Phạm Ngọc T.	1969	Nữ	Hà Nội	1906130019
39.	Trần Thị L.	1959	Nữ	Hà Nội	1906130027
40.	Nguyễn Thị T.	1959	Nữ	Hà Nội	1900140003
41.	Đình Xuân H.	1988	Nam	Hà Nội	1906140011
42.	Trần Kim T.	1956	Nữ	Hà Nội	1966130019
43.	Nguyễn Thị K.	1947	Nữ	Hà Nội	1907170034
44.	Nguyễn Thị Hà T.	1987	Nữ	Hà Nội	1907220027
45.	Nguyễn Thị N.	1934	Nữ	Hà Nội	1907220006
46.	Nguyễn Quang T.	1985	Nam	Hà Nội	1907230024
47.	Nguyễn Thị Minh H.	1990	Nữ	Hà Nội	1907220061
48.	Nguyễn Thị Thanh X.	1967	Nữ	Hà Nội	1907230026
49.	Vũ Thị Hà P.	1970	Nữ	Hà Nội	1097230039
50.	Trần Thị Bích P.	1967	Nữ	Hà Nội	1907300036
51.	Trịnh Thúy D.	1974	Nữ	Hà Nội	1907360008

52.	Nguyễn Hải Đ.	1969	Nam	Hà Nội	1907310010
53.	Vũ Thị D.	1957	Nữ	Hà Nội	1907310017
54.	Trần Thị Kim T.	1982	Nữ	Hà Nội	1908090014
55.	Nguyễn Thị H.	1995	Nữ	Hà Nội	1908090019
56.	Nguyễn Vũ S.	1976	Nam	Hà Nội	1918140018
57.	Trần Thanh T.	1984	Nam	Hà Nội	1908160021
58.	Vũ Văn H.	1960	Nam	Hà Nội	1907100080
59.	Lê Thị T.	1990	Nữ	Hà Nội	1907100041
60.	Đỗ Thị C.	1943	Nữ	Thanh Hóa	1907150003

*Hà Nội, ngày tháng năm 2020*

**Xác nhận của phòng KHTH**

**Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt	
[1]	<b>Trần Ngọc Ân</b> (2002). <i>Bệnh thấp khớp</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[2]	<b>Trương Việt Bình</b> (2014). <i>Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[3]	<b>Trương Việt Bình</b> (2014). <i>Điều trị học nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[4]	<b>Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự</b> (2004). <i>Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam</i> , tập I, II, III, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội, 634.
[5]	<b>Bộ môn Thần kinh - Trường Đại học Y Hà Nội</b> (1998). <i>Bài giảng thần kinh</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[6]	<b>Bộ môn Y học cổ truyền – Học viện Quân y</b> (2013). <i>Bài giảng Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
[7]	<b>Bộ Y tế</b> (2018). <i>Dược điển Việt Nam, lần xuất bản thứ năm</i> , tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1092, 1106, 1211, 1123, 1180, 1275, 1295, 1344.
[8]	<b>Bộ Y tế</b> (2015). <i>Thông tư số 05/2015/TT-BYT Ban hành danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế</i> , ngày 17 tháng 3 năm 2015.
[9]	<b>Bộ Y tế</b> (2016). <i>Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-153.
[10]	<b>Bộ Y tế</b> (2017). <i>Bệnh học cơ xương khớp nội khoa</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[11]	<b>Bộ Y tế</b> (2008). <i>Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền, Quy trình 46 (Điện châm điều trị hội chứng vai gáy)</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

[12]	<b>Hoàng Huyền Châm</b> (2018). <i>Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt</i> . Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
[13]	<b>Ngô Quý Châu</b> (2016). <i>Bệnh học Nội khoa</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[14]	<b>Hoàng Văn Cúc, Nguyễn Văn Huy chủ biên</b> (2006). <i>Giải phẫu người</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[15]	<b>Mai Trung Dũng</b> (2014). <i>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</i> , Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
[16]	<b>Mai Trung Dũng</b> (2006). <i>Điều trị đau, cơ sở sinh học và bệnh học</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90.
[17]	<b>Trịnh Thị Hương Giang</b> (2019). <i>Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp thủy châm Nucleo C.M.P</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[18]	<b>Phạm Ngọc Hà</b> (2018). <i>Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Quyên tý thang” và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống</i> , Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
[19]	<b>Lưu Ngọc Hoạt</b> (2018). <i>Phương pháp viết đề cương nghiên cứu khoa học</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[20]	<b>Nguyễn Mai Hồng</b> (2009). <i>Thoái hóa cột sống-Chẩn đoán và điều trị</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[21]	<b>Nguyễn Xuân Huỳnh</b> (2018). <i>Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to bằng phương pháp nhu châm kết hợp bài thuốc TK1</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

[22]	<b>Đỗ Chí Hùng</b> (2012). <i>Nghiên cứu giải pháp can thiệp hội chứng đau vai gáy ở những người sử dụng máy tính</i> , Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[23]	<b>Lương Xuân Hưng</b> (2017). <i>Đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh tọa của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt</i> , Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
[24]	<b>Nguyễn Nhược Kim chủ biên</b> (2015). <i>Phương tễ học</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[25]	<b>Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà</b> (2017). <i>Bệnh học nội khoa y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[26]	<b>Nguyễn Nhược Kim</b> (2012). <i>Lý luận y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Thái Nguyên.
[27]	<b>Hà Hoàng Kiệt</b> (2018). <i>Bệnh thoái hóa khớp</i> , Nhà xuất bản Thể thao và Du lịch, Hà Nội.
[28]	<b>Đào Thị Vân Khánh</b> (2007). “Thoái khớp”. <i>Bài giảng Bệnh học Nội Khoa- tập 2</i> , Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội.
[29]	<b>Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội</b> (2005). <i>Bài giảng Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[30]	<b>Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội</b> (2013). <i>Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[31]	<b>Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội</b> (2005). <i>Châm cứu</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[32]	<b>Hồ Đăng Khoa</b> (2011). <i>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</i> , Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Y Dược

	học cổ truyền Việt Nam.
[33]	<b>Trần Văn Kỳ</b> (2014). <i>Dược học cổ truyền</i> . Nhà xuất bản Đồng Nai.
[34]	<b>Nguyễn Thị Ngọc Lan</b> (2014). Chẩn đoán và điều trị thoái hóa cột sống cổ, <i>Hội nghị khoa học về chuyên ngành cơ xương khớp</i> , Hà Nội 3/2016, tr 87-92.
[35]	<b>Nguyễn Thị Phương Lan</b> (2003). <i>Nghiên cứu tác dụng điện châm trong điều trị hội chứng vai tay</i> , Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[36]	<b>Nguyễn Hoài Linh</b> (2016). <i>Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ</i> , Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
[37]	<b>Đỗ Tất Lợi</b> (2015). <i>Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[38]	<b>Hồ Hữu Lương</b> (2006). <i>Thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[39]	<b>Nguyễn Ngọc Mậu</b> (2017). <i>Đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện tâm vận động cổ của bài thuốc TK1 kết hợp với điện châm trong điều trị hội chứng cổ vai tay có thoái hóa cột sống cổ</i> , Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
[40]	<b>Frank H. Netter</b> (2015). <i>Atlats giải phẫu người</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[41]	<b>Trịnh Văn Minh</b> (2015). <i>Giải phẫu người</i> , tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[42]	<b>Đoàn Thị Nhung</b> (2018). <i>Đánh giá tác dụng của bài thuốc TK1 kết hợp điện châm điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống</i> , Luận văn Thạc sỹ



	Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
[43]	<b>Uông Ngang</b> , Trần Văn Quảng dịch (2015). <i>Thang đầu ca quyết</i> , Nhà xuất bản Phương Đông.
[44]	<b>Nguyễn Thị Kim Ngân, Phan Quan Chí Hiếu</b> (2012). Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến điều trị giảm đau do thoái hóa cột sống cổ bằng điện châm, <i>Tạp chí Nghiên cứu Y học thành phố Hồ Chí Minh</i> , 16(1), tr 84-90.
[45]	<b>Phạm Gia Nhâm, Lưu Thị Hiệp</b> (2010). Hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động của điện châm trong điều trị thoái hóa cột sống cổ, <i>Tạp chí Nghiên cứu Y học thành phố Hồ Chí Minh</i> , 14(2), tr 56-67.
[46]	<b>Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn</b> (2016). <i>Phương tế học</i> , Nhà xuất bản Thuận Hóa.
[47]	<b>Phạm Tuấn Thanh, Phùng Văn Phú, Nguyễn Duy Thuận</b> (2019). Nghiên cứu tác dụng của điện châm trong điều trị hội chứng cổ vai tay, <i>Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam</i> , 1(20), tr 4-13.
[48]	<b>Nguyễn Bình Phương Thảo, Lê Thị Bình</b> (2013). Đánh giá tác dụng của viên “Khu phong trừ thấp” trong điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hóa đốt sống cổ, <i>Tạp chí Y học thực hành</i> , 875(7), tr 10-16.
[49]	<b>Nguyễn Thị Thắm</b> (2008). <i>Đánh giá hiệu quả 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</i> , Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[50]	<b>Nguyễn Bích Thu</b> (2010). <i>Đánh giá tác dụng giảm đau của điện châm kết hợp thủy châm điều trị chứng đau trong hội chứng cổ - vai - tay</i> , Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Quân y.
[51]	<b>Đỗ Thị Lệ Thúy</b> (2003). <i>Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng tủy cổ do thoái hóa cột sống cổ</i> , Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

[52]	<b>Nguyễn Ngọc Thuộc</b> (2017). <i>Nghiên cứu độc tính cấp và tác dụng chống viêm giảm đau của cao lỏng TK1 trên thực nghiệm</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
[53]	<b>Nguyễn Văn Tuấn</b> (2008). <i>Y học thực chứng</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90.
[54]	<b>Nguyễn Tuyết Trang</b> (2013). <i>Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ (thể phong hàn thấp tý) bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyết</i> , Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
[55]	<b>Trương Thị Thúy Vân</b> (2018). <i>Đánh giá tác dụng của viên nang cứng TD0019 trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[56]	<b>Lâm Ngọc Xuyên</b> (2017). <i>Đánh giá tác dụng điều trị thoái hóa cột sống cổ sử dụng bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyết</i> , Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
<b>Tiếng Anh</b>	
[57]	<b>Domenica A. Delgado, Bradley S. Lambert, Nickolas Boutris</b> (2018). Validation of Digital Visual Analog Scale Pain Scoring With a Traditional Paper-based Visual Analog Scale in Adults, <i>J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev</i> , 2(3), e088.
[58]	<b>Cassidy J.D., Cote P.</b> (2008). Is it time for a population health approach to neck pain? <i>J Manipulative Physiol Ther</i> , 31, pg 442-446.
[59]	<b>Eubanks J.D.</b> (2010). Cervical Radiculopathy: Nonoperative Management of Neck Pain and Radicular Symptoms, <i>Am Fam Physician</i> , 81(1), pg 33-40.
[60]	<b>Joel A. Delisa, Bruce M. Gans</b> (1998). <i>Rehabilitation Medicine: principles and practice</i> , Lippincott – Raven Publishers

[61]	<b>Hedding-Eckerich</b> (2003). Use of pyrimidine nucleotides for the treatment of affections of the peripheral nervous system, <i>Nanoscale</i> , 9(21), 7047-7054.
[62]	<b>Williams K.E., Paul R., Dewan Y.</b> (2009). Functional outcome of corpectomy in cervical spondylotic myelopathy, <i>Indian J Orthop</i> , 43(2), 205–209.
[63]	<b>Vernon H., Mior S.</b> (1991). The Neck Disability Index: a study of reliability and validity, <i>J Manipulative Physiol Ther</i> , 14(7), pg 409-415.
[64]	<b>MacPherson H., Hammerschlag R., Coeytaux R.R.</b> et al (2016). Unanticipated Insights into Biomedicine from the Study of Acupuncture. <i>J Altern Complement Med</i> , 22(2), 101–107.
[65]	<b>Schoenfeld A.J, George A.A., Bader J.O. et al</b> (2012). Incidence and epidemiology of cervical radiculopathy in the united states military: 2000 to 2009, <i>J Spinal Disord Tech</i> , 25, pg 17-22.
[66]	<b>Bakhsheshian J., Mehta V.A., Liu J.C.</b> (2017). Current Diagnosis and Management of Cervical Spondylotic Myelopathy, <i>Glob Spine J</i> , 7(6), 572–586.
[67]	<b>Frederic J. Kottke, Justus F. Lehman</b> (2006). <i>Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation</i> , W.B Saunders Company.
[68]	<b>Radhakrishnan K., Litchy W.J., O’Fallon W.M. et al</b> (1994). Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from rochester, minnesota, 1976 through 1990, <i>Brain</i> , 117, pg 325-335.
[69]	<b>Corey D.L., Comeau D.</b> (2014). Cervical Radiculopathy, <i>Med Clin North Am</i> , 98(4), pg 791-799.
[70]	<b>Wenjia Lin, Xin-lin Chen, Qi Chen et al</b> (2019). Jin’s three-needle acupuncture technique for chronic fatigue syndrome: a study protocol for a multicentre, randomized, controlled trial, <i>Trials</i> , 20, pg 155.

[71]	<b>Caridi J.M., Pumberger M., Hughes A.P.</b> (2011). Cervical radiculopathy: a review, <i>HSS J Musculoskelet J Hosp Spec Surg</i> , 7(3), pg 265–272.
[72]	<b>Yuan Q., Liu L.L., Shen X.J. et al</b> (2014). On connotation of Jin's three-needle technique, <i>Zhongguo Zhen Jiu</i> , 34(7), pg 701-704.
[73]	<b>Raj D. Rao, Bradford L. Currier et al</b> (2007). Degenerative Cervical Spondylosis: Clinical Syndromes, Pathogenesis, and Management. <i>The Journal of Bone &amp; Joint Surgery</i> , 89, pg 1360-1378
[74]	<b>Nancy Berryman Reese, William D. Bandy</b> (2002). <i>Joint range of motion and muscle length testing</i> , W.B. Saunders Company.
[75]	<b>Liao W., Tang C., Zhang J.</b> (2018). Discussion on the principle and treatment pathway of Jin's three-needle technique for mind regulation and treatment from the “Adjusting qi to regulate mind, adjusting blood to regulate mind”, <i>Zhongguo Zhen Jiu</i> , 38(11), pg 1235-1238.
[76]	<b>Zhou W., Benharash P.</b> (2014). Effects and Mechanisms of Acupuncture Based on the Principle of Meridians, <i>J Acupunct Meridian Stud</i> , 7(4), 190–193.
[77]	<b>Lu X., Tian Y., Wang S.-J. et al</b> (2017). Relationship between the small cervical vertebral body and the morbidity of cervical spondylosis, <i>Medicine (Baltimore)</i> , 96(31), e7557.
[78]	<b>Yuan Qing, Luo Guangming, Jeffrey Winsauer et al</b> (2004). <i>Chinese-English explanation of Jin' 3-needle technique</i> , Shanghai Scientific and technological Literature publishing house, China.
<b>Tiếng Trung</b>	
[79]	<b>王汇华, 黄瑛</b> (2009). 针刺 “颈三针” 治疗椎动脉型颈椎病临床

	研究. 湖北中医杂志, 5期 21-23.
[80]	黄俊浩 (2015). 针刺颈三针为主治疗神经根型颈椎病的临床研究, 广州中医药大学, 博士论文.
[81]	林星华 (2017). 观察温针灸颈三针治疗颈型颈椎病的临床疗效, 中医临床研究, 第16期 43-44.
[82]	朱立国, 高景华 (2017). 经方治疗神经根型颈椎病的临床应用进展. 世界中西医结合杂志, 第12卷, 第2期。
[83]	项瑜, 吴星 (2017). 中西医结合治疗神经根型颈椎病分析. 辽宁中医药大学学报, 3月, 第19卷, 第3期。
[84]	丁勇 (2017). 黄芪桂枝五物汤配合推拿治疗神经根型颈椎病47例. 中医河南, 1月, 第37卷, 第一期.
[85]	苗玉新 (2017). 中医分经辨证针灸治疗神经根型颈椎病患者疗效观察. 河南医学研究, 1月, 第26卷, 第1期.
[86]	王立山 (2017). 壮骨伸筋胶囊治疗神经根型颈椎病的临床疗效研究. 世界中医药, 1月, 第12卷, 第1期。
[87]	黎汝定 (2017). 电针加穴位注射在神经根型颈椎病中的应用及对肌电图的影响. 者球中龟药, 2月, 第37卷第2期.

[88]	郑普峰 (2005). 骨伤科·中医临床治疗学. 中国卫生出版社, tr 187-207.
------	---