

cho các bác sỹ nội khoa về một tình trạng rối loạn cảm xúc rất phổ biến ở BN ĐTĐ type 2.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho các kết quả tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Hà An trên các bệnh nhân điều trị nội trú (44,5% có trầm cảm và 70% mức độ nhẹ và mức độ vừa). Wang và CS thấy có 35,1% BN ĐTĐ type 2 có trầm cảm trong đó 34,9% ở mức độ nhẹ và vừa, còn lại 0,2% ở mức độ nặng. Các mức độ trầm cảm nặng, vừa, nhẹ hay thậm chí cả các trường hợp chỉ có một số triệu chứng mà chưa tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm cũng có thể gây ảnh hưởng tiêu cực lên sức khỏe của BN ĐTĐ type 2.

4.3. Tỷ lệ và đặc điểm lo âu theo thang điểm Haminton. Kết quả từ thang đánh giá lo âu Hamilton cho thấy có tới 56,6% các BN có tổng điểm tự đánh giá từ 7 điểm trở lên, được cho là có biểu hiện của lo âu. Trong đó lo âu chủ yếu ở mức độ nhẹ hoặc vừa (79%). Kết quả cũng gần tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Hà An, có 62,7% có lo âu trên thang lo âu Zung. Masmoudi và CS khi nghiên cứu về lo âu và trầm cảm ở BN ĐTĐ type 2 đã thu được kết quả tỷ lệ có lo âu là 40,3%. Mossie và CS còn cho rằng lo âu là một yếu tố nguy cơ gây trầm cảm ở BN ĐTĐ type 2 trong nghiên cứu của họ. Trong trường hợp BN ĐTĐ, những ám ảnh sợ đặc hiệu như sợ tăng glucose máu và sợ bị tiêm cũng chỉ trở nên rõ ràng hơn sau khi được chẩn đoán ĐTĐ. Sự có mặt của lo âu có thể làm tăng gánh nặng những triệu chứng của ĐTĐ, tăng biến chứng, mức độ glucose máu không ổn định và giảm chất lượng cuộc sống, thậm chí có thể làm tăng tỷ lệ tử vong của BN ĐTĐ type 2 độc lập với các triệu chứng trầm cảm.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm ở BN ĐTĐ type 2 trên thang BECK là 42%; đa số gặp nhiều ở mức độ vừa và nhẹ (91,7%). Tỷ lệ lo âu trên thang Haminton là 56,6%. Mức độ lo âu nhẹ hoặc vừa chiếm chủ yếu (79%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ogurtsova K, Fernandes J.D, and Huang Y. (2017).** IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract*, 128, 40–50. .
2. **Shaw J.E, Sicree R.A, Zimmet P.Z (2010).** Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*, 87(1), 4–14.
3. **Amiri S. and Behnezhad S. (2019).** Diabetes and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med*, 009121741983740.
4. **Wang Y.P, Gorenstein C. (2013).** Assessment of depression in medical patients: A systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics*, 68(9), 1274–1287. .
5. **Lustman P.J, Clouse R.E, Griffith L.S et al (1997).** Screening for depression in diabetes using.
6. **Egede L.E, Zheng D. (2003).** Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 26(1), 104–111. .
7. **Larijani B., Khoram Shahi Bayat M., Khalili Gorgani M. et al (2004).** Association Between Depression and Diabetes. *Ger J Psychiatry*, 7, 62–65.
8. **Nguyễn Thị Lý (2014).** Nhận xét tình hình trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 bằng bộ câu hỏi PHQ - 9. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Wang L., Song R., Chen Z. et al (2015).** Prevalence of depressive symptoms and factors associated with it in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in China. *BMC Public Health*, 15, 188.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ TẠI KHOA CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Hoàng Anh¹, Trần Thái Hà¹, Hà Thị Thanh Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ tại

Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành trên 60 bệnh nhân ≥ 30 tuổi, được chẩn đoán xác định Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống. **Kết quả:** Lứa tuổi mắc bệnh từ 40-59 tuổi chiếm 58,3%, Tỷ lệ nữ/nam là 1,2; tỷ lệ nhập viện với thời gian mắc bệnh trên 3 tháng là 43,3%; tỷ lệ mức độ đau theo VAS đau vừa 70% đau nặng 30%; tỷ lệ hạn chế chức năng sinh hoạt hằng ngày hạn chế nặng 26,6% hạn chế vừa 56,7%; tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh gai xương trên Xquang cột sống cổ là 58,3%, hẹp lỗ tiếp hợp là 41,7%. **Kết**

¹Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Anh

Email: hoanganh2591@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

luận: Bệnh nhân được chẩn đoán Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương phần nhiều từ 40 – 59 tuổi, tỷ lệ nữ lớn hơn nam, nhập viện thường sau 03 tháng mắc bệnh và trong tình trạng đau từ mức độ vừa trở lên, hạn chế chức năng sinh hoạt từ mức trung bình đến nặng

Từ khóa: Hội chứng cổ vai cánh tay, Thoái hóa cột sống cổ, Đặc điểm đối tượng.

SUMMARY

SURVEYING SOME CHARACTERISTICS OF PATIENTS OF CERVICAL SCAPULOHUMERAL SYNDROME DUE TO CERVICAL SPONDYLOSIS AT THE RHEUMATOLOGY DEPARTMENT OF NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

Objectives: Investigate some clinical and paraclinical characteristics of patients of cervical scapulothoracic syndrome due to cervical spondylosis at the Rheumatology Department of National Hospital of Traditional medicine. **Study subjects and methods:** A prospective study, on 60 volunteer patients, aged ≥ 30 , diagnosed with cervical scapulothoracic syndrome due to cervical spondylosis. **Results:** Patients aged 40-59 years old accounted for 58.3%, the female/male ratio is 1,2; the rate of hospitalization with disease duration over 3 months is 43.3%, rate of pain according to VAS moderate pain 70% severe pain 30%; rate of limited function of daily living with severe limitation 26.6% moderate limitation 56.7% rate of patients with bone spurs on X-ray of cervical spine is 58.3%, junctional foramen stenosis is 41.7%. **Conclusion:** The patients mostly from 40 to 59 years old, the proportion of women is higher than that of men; most of the cervical X-ray results are bone spurs; usually hospitalized after 3 months of illness, admitted to the hospital with moderate to severe pain, moderate to severe functional limitation.

Keywords: cervical scapulothoracic syndrome, cervical spondylosis, characteristics.

I. 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 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. 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 hưởng¹. 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 đã được chứng minh hiệu quả liên quan nhiều với đặc điểm riêng của từng đối tượng như tuổi, giới,

ngành nghiệp, đặc điểm thoái hóa cột sống cổ... Tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, chúng tôi nhận thấy Hội chứng cổ vai cánh tay thường gặp tại khoa Cơ xương khớp. Tính đến thời điểm hiện tại, chưa có nghiên cứu nào khảo sát về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ điều trị tại khoa Cơ xương khớp. Trên cơ sở đó, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu "Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 30 tuổi, được chẩn đoán xác định Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng. Được điều trị tại bệnh viện YHTCTW từ tháng 06/2022 – 12/2022. Không đưa vào nghiên cứu các bệnh nhân: HIV/AIDS, hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc, suy tim, suy gan, suy thận, bệnh tâm thần, phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú, trượt đốt sống, lao cột sống.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang. Chọn cỡ mẫu thuận tiện gồm 60 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu.

2.3. Chi số nghiên cứu:

- Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới, nghề nghiệp

- Đặc điểm bệnh lý: thời gian mắc bệnh, đặc điểm phim chụp X-quang

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y sinh học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố theo tuổi - giới

Tuổi	Giới		Nữ		Tổng
	Nam	Nữ	n	%	
30 - 39	6	10	8	13,3	14
40 - 59	17	28,3	18	30	35
≥ 60	4	6,7	7	11,7	11
Tổng	27	45,0	33	55,0	60

Nhận xét: Lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 40-59 tuổi, chiếm 58,3%. Tỷ lệ về giới không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Tỷ lệ nữ/nam ở 2 nhóm là 1,2

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

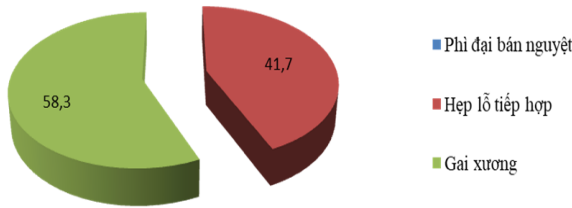
Nghề nghiệp	Nhóm		P
	Tổng		
	n	%	
Lao động trí óc	35	58,3	>0.05
Lao động chân tay	25	41,7	
Tổng	60	100	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ nghề nghiệp giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Tổng số bệnh nhân lao động trí óc chiếm 58,3%; tổng số bệnh nhân lao động chân tay chiếm 41,7%.

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Nhóm		p
	n	%	
< 1 tháng	16	26,7	>0.05
1 – 3 tháng	18	30,0	
> 3 tháng	26	43,3	
Tổng	60	100	

Nhận xét: Số bệnh nhân đến điều trị sau thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,3%



Biểu đồ 1. Đặc điểm phim chụp Xquang

Nhận xét: Số bệnh nhân có biểu hiện gai xương chiếm 58,3%; hẹp lỗ tiếp hợp chiếm 41,7%.

Bảng 4. Tỷ lệ Hội chứng rề

Triệu chứng	Tổng	
	n	%
Có HC rề	57	95
Không có HC rề	3	5,0
Tổng	60	100

Nhận xét: Số bệnh nhân có Hội chứng rề chiếm 95%, số bệnh nhân không có Hội chứng rề chiếm 5,0%.

Bảng 5. Mức độ đau khi nhập viện theo thang điểm VAS

Triệu chứng	Tổng	
	n	%
Không đau	0	0
Đau nhẹ	0	0

Bảng 9. Thiệt chấn Y học cổ truyền

Triệu chứng	Rêu lưỡi			Tổng	
	Vàng	Trắng dính	Trắng mỏng	n	%
Lưỡi đỏ	05	0	47	52	86,7
Lưỡi hồng	01	0	07	08	13,3
Tổng	N	06	00	54	60
	%	10	00	90	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có chất lưỡi đỏ là 86,7% có chất lưỡi hồng là 13,3%. Tỷ lệ bệnh nhân rêu lưỡi vàng 10%, rêu lưỡi trắng mỏng là 90%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Đau vừa	42	70
Đau nặng	18	30
Tổng	60	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện có mức độ đau vừa theo VAS là 70%, tỷ lệ đau nặng là 30%.

Bảng 6. Tỷ lệ hạn chế tầm vận động cột sống cổ khi nhập viện

Triệu chứng	Tổng	
	n	%
Không hạn chế	0	0
Hạn chế nhẹ	05	8,3
Hạn chế trung bình	49	81,7
Hạn chế nặng	06	10
Tổng	60	100

Nhận xét: Tỷ lệ khi nhập viện của bệnh nhân hạn chế tầm vận động cột sống cổ nhẹ là 8,3%, hạn chế trung bình là 81,7%, hạn chế nặng chiếm 10%

Bảng 7. Chức năng sinh hoạt hằng ngày theo điểm NDI

Triệu chứng	Tổng	
	n	%
Không hạn chế	0	0
Hạn chế nhẹ	10	16,7
Hạn chế trung bình	34	56,7
Hạn chế nặng	16	26,6
Tổng	60	100

Nhận xét: Tỷ lệ khi nhập viện của bệnh nhân hạn chế nhẹ là 16,7%, hạn chế trung bình là 56,7%, hạn chế nặng chiếm 16%

Bảng 8. Mạch chẩn Y học cổ truyền

Triệu chứng	Tổng	
	n	%
Trì	0	0
Hoãn	56	93,3
Sắc	04	6,7
Tổng	60	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mạch sắc là 6,7%, mạch hoãn là 93,3% khi nhập viện.

4.1.1. Giới – tuổi. Qua bảng 1, chúng ta thấy chung cho cả hai nhóm tỷ lệ nam mắc bệnh là 45,0%, tỷ lệ nữ là 55,0%. Như vậy, số bệnh nhân nữ mắc nhiều hơn nam là 10,0% (nữ/nam = 1,2). Như vậy, hội chứng cổ vai cánh tay thường gặp ở cả hai giới. Sự phân bố giữa nam

và nữ có khác nhau tùy theo những nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm thu dụng bệnh nhân của từng địa điểm nghiên cứu. Mặt khác, mỗi nghiên cứu chỉ có cỡ mẫu nhỏ, không mang tính đại diện cho cả quần thể nên chưa phản ánh khách quan về tỷ lệ giới trong THCS cổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi thấy phần lớn bệnh nhân đến điều trị ở lứa tuổi 40-59 chiếm 58,3% tổng số bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với quan niệm của YHCT, phụ nữ đến 49 tuổi và nam giới đến 64 tuổi thì thiên quý kiệt, 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 tương ứng với thoái hóa khớp của YHHĐ. Mặt khác, phụ nữ bước vào thời kỳ mãn kinh, các hormone sinh dục nữ giảm sút gây tăng nguy cơ mắc các bệnh cơ xương khớp. Vì vậy, nữ giới mắc thoái hóa khớp nói chung và THCS cổ nói riêng nhiều hơn và sớm hơn so với nam giới.

4.1.2. Phân bố theo nghề nghiệp. Kết quả ở bảng 2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc là 58,3%, tỷ lệ bệnh nhân lao động chân tay là 41,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm có tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc chiếm 58,6%² và nghiên cứu của Hoàng Thị Hòa có số bệnh nhân lao động trí óc chiếm 50,0%³.

Ở nước ta hiện nay, cùng với sự phát triển của xã hội thì điều kiện sinh hoạt và làm việc cũng thay đổi với việc con người ngày càng ít vận động, làm việc nhiều ở tư thế cúi đầu lâu hoặc động tác đơn điệu lặp đi lặp lại của đầu, làm việc trong phòng điều hòa... đó là những nguyên nhân làm cho tỷ lệ bệnh nhân THCS cổ ngày càng tăng cao và chiếm phần lớn ở nhóm lao động trí óc. Ngoài ra, cũng có thể là do nghiên cứu được tiến hành ở Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương thuộc nội thành thành phố Hà Nội nên tỷ lệ lao động trí óc nhiều hơn và do ý thức đi khám bệnh của người lao động trí óc tốt hơn nên đến khám và điều trị nhiều hơn.

4.1.3. Thời gian mắc bệnh. Theo bảng 3, chúng tôi thấy phần lớn bệnh nhân (chiếm 43,3%) đến điều trị thời gian sau 3 tháng sau khi phát hiện bệnh. Số bệnh nhân đến từ 1-3 tháng chiếm 30,0% và số bệnh nhân đến điều trị trước 1 tháng là 26,7%. Điều này cho thấy thoái hóa cột sống cổ, các triệu chứng lâm sàng nhiều khi không điển hình hoặc dễ bị lẫn với triệu chứng của bệnh lý khác hoặc do bệnh nhân không cảm thấy nguy hiểm nên không đi khám sớm hoặc bệnh nhân tự điều trị ở nhà bằng các phương

pháp khác không khỏi hoặc các triệu chứng ngày càng nặng lên mới đi khám. Chỉ có những trường hợp THCS cổ gây nên các triệu chứng như: đau, hạn chế vận động nhiều làm ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt hàng ngày như: chải đầu, mặc áo,... hoặc người bệnh có quan tâm tới sức khỏe mới đi khám ngay.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

4.2.1. Mức độ đau khi nhập viện

Đau là một cơ chế tự bảo vệ của cơ thể. Cảm giác đau xuất hiện tại một vị trí nào đó khi bị tổn thương, nó tạo nên một đáp ứng nhằm loại trừ tác nhân gây đau. Hầu như tất cả các bệnh đều xuất hiện triệu chứng đau, đặc biệt là 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. Đau là một cảm giác chủ quan của người bệnh, vì vậy khả năng chẩn đoán bệnh thường phụ thuộc nhiều vào kiến thức về đau của các thầy thuốc.

Hiện nay, có rất nhiều phương pháp đánh giá mức độ đau, chúng tôi xác định cảm giác đau chủ quan của bệnh nhân theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) từ 0 đến 10 điểm bằng thước đo mức độ đau của hãng Schlenker Enterprises. Đây là phương pháp vừa đơn giản vừa dễ thực hiện, thuận tiện trong quá trình nghiên cứu.

Bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do THCS cổ thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư thuộc phạm vi chứng Tý của YHCT. Chứng Tý là các chứng đau ở nhục, cốt, bì (như đau khớp, đau lưng, đau vai gáy, đau dây thần kinh tọa...), nguyên nhân là do chính khí suy giảm, ngoại tà (phong, hàn, thấp) xâm nhập vào kinh mạch làm khí huyết vận hành bị trở ngại, không thông mà gây đau⁴.

Qua bảng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhập viện có mức độ đau vừa theo VAS là 70%, tỷ lệ đau nặng là 30%. Có thể khẳng định, đau là một trong những nguyên nhân chính, khiến bệnh nhân phải đi khám và nhập viện điều trị.

4.2.2. Hội chứng rễ. Thoái hóa cột sống cổ với biểu hiện gai xương, hẹp lỗ tiếp hợp gây chèn ép vào các rễ dây thần kinh làm xuất hiện hội chứng rễ. Biểu hiện lâm sàng: đau dọc theo rễ thần kinh cổ, đau cổ gáy lan lên vùng cằm hoặc xuống cánh tay, bàn tay kèm theo rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ như tê bì dọc theo cánh tay, cẳng tay, bàn ngón tay; rối loạn phản xạ gân xương, teo cơ.

Theo Y học cổ truyền, chứng Tý thường do phong, hàn, thấp tà xâm nhập vào kinh lạc,

khuyến khí cơ trở trệ, Phong tính hay di động, khi xâm nhập vào kinh lạc, gây đau dọc theo đường đi của đường kinh.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có Hội chứng rễ chiếm 95%, số bệnh nhân không có Hội chứng rễ chiếm 5,0%. Điều này chỉ ra, Hội chứng rễ thần kinh thường gặp ở các bệnh nhân tới khám và nhập viện điều trị. Có thể giải thích việc này như sau: hiện nay, cùng với sự phát triển của xã hội thì điều kiện sinh hoạt và làm việc cũng thay đổi với việc con người ngày càng ít vận động, làm việc nhiều ở tư thế cúi đầu lâu hoặc động tác đơn điệu lặp đi lặp lại của đầu, làm việc trong phòng điều hòa... sẽ dẫn tới các tổn thương dạng chèn ép dây thần kinh gia tăng, bên cạnh đó, theo lý luận Y học cổ truyền, làm việc quá độ, môi trường nhiều gió lạnh, sẽ tạo điều kiện cho ngoại tà Phong, Hàn xâm nhập vào kinh lạc mà gây đau, tê lan dọc theo đường kinh.

4.2.3. Hạn chế tầm vận động cột sống cổ. Cột sống cổ là phần hoạt động linh động nhất trong toàn bộ cột sống của cơ thể. Trong THCS cổ, sự hạn chế TVĐ cột sống là hậu quả của triệu chứng đau, sự co rút các cơ cạnh sống, di lệch khớp đốt sống, co kéo các tổ chức liên kết bao gồm gân cơ, dây chằng, bao khớp... do đó mà gây ra hạn chế TVĐ cột sống cổ.

Theo y văn, Tý có nghĩa là bế tắc, không thông. Chứng Tý là chứng kinh mạch bị ngoại tà vào làm bế tắc dẫn đến khí huyết vận hành bị trở ngại gây nên bì phu, cân, cốt, cơ nhục, khớp xương đau nhức, co duỗi khó khăn. Pháp điều trị khu ngoại tà, phù chính khí, thông kinh hoạt lạc⁴ tất sẽ làm khí huyết vận hành thông suốt, cơ nhục bì phu được ôn dưỡng, nhu nhuận từ đó mà cải thiện các chứng trạng đau nhức, co duỗi khó khăn, cải thiện tầm vận động.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, Tỷ lệ khi nhập viện của bệnh nhân hạn chế tầm vận động cột sống cổ nhẹ là 8,3%, hạn chế trung bình là 81,7%, hạn chế nặng chiếm 10%, không có bệnh nhân nào không hạn chế tầm vận động cột sống cổ. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Hà⁵, Lê Thị Hoài Anh⁶

Việc điều trị cho người bệnh sử dụng các phương pháp có tác dụng giảm sự co rút cơ, di lệch các khớp đốt sống... nhằm mục đích phục hồi lại tầm vận động cột sống cổ tốt nhất.

4.2.4. Hạn chế chức năng sinh hoạt hằng ngày. Do đau và hạn chế tầm vận động cột sống cổ ở bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do THCS 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 Vernon⁷. Điểm NDI là tổng điểm của 10 mục trên và được phân thành các mức độ từ không hạn chế đến hạn chế nặng.

Qua bảng 7, chúng tôi nhận thấy chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân khi nhập viện: hạn chế nhẹ là 16,7%, hạn chế trung bình là 56,7%, hạn chế nặng chiếm 16%, không có trường hợp nào là không hạn chế.

4.2.5. Chứng trạng Y học cổ truyền. Qua bảng 8, nhóm nghiên cứu nhận thấy, ở các bệnh nhân Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ nhập viện tại khoa Cơ xương khớp, tỷ lệ bệnh nhân mạch sắc là 6,7%, mạch hoãn là 93,3%, mạch trì 0%. Kết quả ở bảng 9 cho thấy, các bệnh nhân trong nghiên cứu có tỷ lệ chất lưỡi đỏ là 86,7% có chất lưỡi hồng là 13,3%; tỷ lệ bệnh nhân rêu lưỡi vàng 10%, rêu lưỡi trắng mỏng là 90%. Theo lý luận y học cổ truyền, chứng Tý nguyên nhân là do chính khí suy giảm, ngoại tà (phong, hàn, thấp) xâm nhập vào kinh mạch làm khí huyết vận hành bị trở ngại, không thông mà gây đau. Thiết chẩn, mạch chẩn phù hợp với thể bệnh trên lâm sàng can thận hư kết hợp phong hàn thấp tà xâm nhập¹

4.2.6. Đặc điểm phim chụp Xquang. Qua biểu đồ 3.1 cho thấy phần lớn bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ có biểu hiện trên phim chụp X-quang là gai xương chiếm 58,3%; hẹp lỗ tiếp hợp chiếm 41,7%, Không có bệnh nhân nào có biểu hiện phì đại lỗ bán nguyệt trên phim chụp X-quang. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Hồ Đăng Khoa tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện gai xương là 93,3%⁸, Nguyễn Thị Thắm 94,8%².

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân được chẩn đoán Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương phần nhiều từ 40 – 59 tuổi, tỷ lệ nữ lớn hơn nam, nhập viện thường sau 03 tháng mắc bệnh, hay gặp Hội chứng rễ, và trong tình trạng đau từ mức độ vừa trở lên, hạn chế chức năng sinh hoạt từ mức trung bình đến nặng, thiết chẩn chủ yếu chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch chẩn đa số mạch hoãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại, theo Quyết định số

- 5013/QĐ-BYT ngày 01 tháng 12 năm 2020, 37 – 43
- 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 sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 - Hoàng Thị Hòa** (2010). Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị thiếu năng tuần hoàn não mạn tính do thoái hóa cột sống cổ, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 - Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội** (2017). Bệnh học nội khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 160-167
 - Phạm Ngọc Hà** (2018). Đánh giá tác dụng của bài thuốc "Quyên tý thang" và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 - Lê Thị Hoài Anh** (2014). Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng xoa bóp bấm huyệt kết hợp kéo giãn cột sống cổ, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
 - Vernon H. và Mior S.** (1991). The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *J Manipulative Physiol Ther*, 14(7), 409–415.
 - 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 sĩ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ XỬ LÝ ẢNH XSPECT TRONG GHI HÌNH PHÓNG XẠ SPECT/CT

Nguyễn Tuấn Long¹, Phạm Thành Công¹, Lê Xuân Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu: Ứng dụng công nghệ xử lý ảnh xSPECT trong ghi hình phóng xạ SPECT/CT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Máy SPECT/CT của hãng Siemens, Đức. Phần mềm xSPECT; Phan-tom nước; Ghi hình SPECT/CT với thuốc phóng xạ ^{99m}Tc-MDP trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến tiền liệt. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả dùng bốn phương pháp tái tạo: xSPECT Quant (xQ); xSPECT Xương™ (xB); Flash 3D (F3D); OSEM, cho thấy lập mô hình ma trận hệ thống chính xác hơn là lược đồ cập nhật. Kết quả định lượng của nền và 6 hình cầu bằng cách sử dụng xE, xQ và xB với lấy mẫu góc 3 độ và 6 độ sau nhiều lần cập nhật, tất cả các phương pháp đều đưa ra ước tính rất chính xác (gần 100%) về nền và kết quả ổn định với các bản cập nhật. Kết quả xạ hình xương ở 40 bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến bằng SPECT/CT với ^{99m}Tc-MDP đã phát hiện được 50 tổn thương, trong đó: SPECT có 60% (30/50) được cho là không rõ ràng, khi sử dụng xSPECT với SPECT/CT đã làm rõ chẩn đoán ở 52% các tổn thương nghi ngờ chỉ còn 8% (4/50) vẫn không rõ ràng.

Từ khóa: xSPECT; ghi hình phóng xạ SPECT/CT

SUMMARY

A STUDY APPLICATION OF xSPECT IMAGE PROCESSING TECHNOLOGY IN SPECT/CT RECORDING

Objectives of the study: Application of xSPECT image processing technology in SPECT/CT radiographic imaging. **Subjects and methods:** SPECT/CT of Siemens, Germany. xSPECT software;

Phan-tom water; SPECT/CT bone scan with ^{99m}Tc-MDP in patients with prostate carcinoma. **Results:** Results using four reconstruction methods: xSPECT Quant (xQ); xSPECT Bone™ (xB); Flash 3D (F3D); OSEM, shows that the system matrix modeling is more accurate than the updated schema. Quantitative results of background and 6 spheres using xE, xQ and xB with 3 degree and 6 degree angle sampling after many updates, all methods give very accurate estimates (nearly 100 %) to the background and the results are stable with updates. Bone scintigraphy in 40 prostate cancer patients by SPECT/CT with ^{99m}Tc-MDP detected 50 lesions, of which: SPECT 60% (30/50) was said to be unclear, when use of xSPECT with SPECT/CT clarified the diagnosis in 52% of suspected lesions only 8% (4/50) remained unclear.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay vai trò của hình ảnh Y học Hạt nhân (YHHN) từ các máy ghi hình phóng xạ có vị trí vô cùng quan trọng trong chẩn đoán bệnh tật. Ghi hình phóng xạ (còn được gọi là xạ hình) là phương pháp ghi hình ảnh của sự phân bố đồng vị phóng xạ bên trong các cơ quan và mô của cơ thể bằng cách đo hoạt độ phóng xạ của chúng từ bên ngoài cơ thể nhờ đầu dò máy xạ hình (Gamma camera) [1]. Hiện có hai loại máy ghi hình phóng xạ chính là máy ghi hình cắt lớp bằng bức xạ photon đơn SPECT (single photon emission computed tomography) và máy ghi hình cắt lớp phát xạ positron PET (positron emission tomography). Hình ảnh YHHN là hình ảnh chuyển hóa, chức năng và phân tử, nhờ vậy mà nó phát hiện được các tổn thương sớm khi chưa có thay đổi cấu trúc của cơ quan bị bệnh, nhưng hình ảnh này nó có nhược điểm là không định vị được chính xác vị trí tổn thương cũng như thể tích, kích thước tổn thương, vì vậy để khắc phục

¹Đại học Bách khoa Hà Nội

²Bệnh viện Ung bướu Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Long

Email: t.longkt45@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023