

41,4% người chăm sóc nhận thức đúng là cần phải khuyến khích cho người bệnh làm các công việc đơn giản khi bệnh ổn tại gia đình như trồng rau, nấu cơm.... Đa phần người chăm sóc để người bệnh nghỉ ngơi hoặc làm việc theo sở thích chiếm tỷ lệ 47,1%; 11,5% người chăm sóc không cho người bệnh làm bất cứ một công việc gì. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Văn Cường khi đánh giá thực trạng quản lý chăm sóc tại gia đình của người bệnh TTPL, tỷ lệ người chăm sóc hướng dẫn để người bệnh tham gia lao động chưa cao mới được 52% [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Đinh Quốc Khánh với tỷ lệ NB tham gia lao động tại nhà là 60% [8].

## V. KẾT LUẬN

Trước can thiệp kiến thức về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà của người chăm sóc chính tại Bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định còn hạn chế. Tỷ lệ người chăm sóc có kiến thức đạt là 60%. Điểm trung bình kiến thức chung về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà của người chăm sóc chính là  $5,33 \pm 1,13$  (thang điểm 10). Trong đó kiến thức về vệ sinh, dinh dưỡng, lao động và cải thiện giao tiếp là cao nhất đạt  $6,17 \pm 2,09$ ; điểm kiến thức về bệnh đạt  $5,17 \pm 1,89$ ; kiến thức về sử dụng thuốc tại nhà đạt  $5,0 \pm$

1,7; kiến thức về xử trí chăm sóc 1 số tình huống tại nhà đạt  $5,0 \pm 2,09$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Tuấn Anh** (2017). Bài giảng chăm sóc sức khỏe tâm thần. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
2. **Thận Văn Quang** (2010). Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán, chăm sóc và quản lý người bệnh tâm thần tại cộng đồng. Nhà xuất bản Lao động.
3. **Federation for Mental Health World** (2014), Living with Schizophrenia. Occoquan, VA 22125 USA.
4. **Levey S, Howells K, Levey S** (1995). Dangerousness, unpredictability and the fear of people with schizophrenia. Journal of Forensic Psychiatry, 6(1), 19-39.
5. **Bệnh viện tâm thần trung ương I** (2016). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số rối loạn tâm thần tại cộng đồng. Hà Nội - 2016.
6. **Nguyễn Việt Thiêm** (2012). Bệnh Tâm thần phân liệt những hiểu biết cơ bản về điều trị, chăm sóc, quản lý và phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, Hà Nội.
7. **Lê Văn Cường** (2018). Thực trạng quản lý và chăm sóc người bệnh TTPL điều trị ngoại trú tại Nam Định. Luận văn Thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
8. **Đinh Quốc Khánh** (2010). Kiến thức-thái độ-thực hành của người chăm sóc chính người bệnh tâm thần phân liệt tại nhà và một số yếu tố liên quan ở huyện Bình Xuyên, Vĩnh Phúc, năm 2010. Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công Cộng.

## ĐÁNH GIÁ HỘI CHỨNG SAU NÚT MẠCH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN SỬ DỤNG LIPIODOL

Lê Thanh Dũng<sup>1,3</sup>, Ngô Vĩnh Hoài<sup>2</sup>, Nguyễn Duy Huệ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tần suất xuất hiện và sự ảnh hưởng của một số yếu tố đến hội chứng sau nút mạch (HCSNM) đối với các bệnh nhân nút động mạch hóa chất (TACE) điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) bằng lipiodol. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân HCC được tiến hành TACE tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 8/2022 đến tháng 1/2023. **Kết quả:** 235 bệnh nhân được tiến hành điều trị bằng 324 lần TACE. Tần suất gặp HCSNM là 42.9% các lần

TACE, triệu chứng hay gặp nhất là sốt (31.17%) và đau hạ sườn phải (27.78%). Các bệnh nhân sử dụng lượng hóa chất nhiều có nguy cơ cao hơn so với sử dụng ít hóa chất (OR=2.44). Các bệnh nhân không được chọn lọc tổn thương trong quá trình nút mạch có nguy cơ cao hơn so với nhóm có chọn lọc tổn thương (OR=2.13). **Kết luận:** Để giảm thiểu HCSNM, khi can thiệp chúng ta nên chọn lọc tổn thương và giảm liều dùng hóa chất.

### SUMMARY

#### POST-EMBOLIZATION SYNDROME AFTER TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION USING LIPIODOL TO TREAT HCC

**Purpose:** To evaluate the incident of Post-embolization syndrome (PES) and the factor influencing it in patients underwent TACE with lipiodol for treatment of HCC. **Patient and methods:** Patients underwent TACE in Viet Duc University Hospital from 08/2022 to 01/2023. **Result:** 235 patients with 324 TACEs were performed. The PES

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa Đức Giang,

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược - ĐHQG Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

rate is 42.9%; the most frequent symptoms are fever (31.17%) and right upper abdominal quadrant pain (27.78%). Patients without selective lesion treatment and high chemical dosages had higher odds of developing PES (OR = 2.44 and 2.13, respectively). **Conclusion:** the selective TACE technique should be performed with a lower chemical dosage to minimize PES.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu thống kê, hiện nay ung thư gan là bệnh lý đứng hàng đầu ở Việt Nam về cả tỷ lệ hiện mắc, tỷ lệ mắc mới cũng như tỷ lệ tử vong [1], trong đó bệnh lý hay gặp nhất là HCC. Điều trị HCC hiện nay thường được áp dụng điều trị đa mô thức với sự kết hợp của nhiều phương pháp điều trị khác nhau, trong đó TACE là một trong những phương pháp phổ biến được áp dụng hiện nay. Tại Việt Nam, TACE bắt đầu được áp dụng để điều trị các bệnh nhân TACE từ những năm 1990 đến nay và đang ngày càng được áp dụng tại nhiều cơ sở điều trị trên cả nước. Tuy nhiên hầu hết các báo cáo nghiên cứu về TACE đều thường chỉ tập trung vào đánh giá đáp ứng điều trị của các khối u cũng như thời gian sống thêm của bệnh nhân. Trong khi đó một trong những vấn đề gây khó chịu cho bệnh nhân cũng như khiến các bệnh nhân không muốn tiếp tục thực hiện thủ thuật trong những lần sau đó là HCSNM thường chỉ được đưa vào như một thống kê nhỏ về các tác dụng không mong muốn trong nghiên cứu chứ không nghiên cứu sâu về vấn đề này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 08/2022 đến tháng 01/2023 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là HCC, được điều trị bằng phương pháp TACE sử dụng Lipiodol kết hợp với hóa chất diệt khối u. Mỗi lần làm thủ thuật được đánh giá riêng biệt. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: các bệnh nhân có điều trị kèm một phương pháp khác trước và sau TACE 7 ngày.

Quy trình thủ thuật: Các bệnh nhân được gây tê tại chỗ vị trí chọc bằng Lidocain 2%, đường vào là động mạch đùi phải bằng phương pháp Seldinger. Chụp kiểm tra đánh giá các động mạch thân tạng, động mạch mạc treo tràng trên bằng catheter 5Fr (Yashiro, Terumo, Japan). Các nhánh mạch ngoài gan cấp máu cho khối u (nếu có) cũng được chọn lọc và nút tắc. Tiếp cận các nhánh mạch nuôi u bằng vi ống thông các cỡ từ 1.8Fr đến 2.7Fr. Trước khi tiến hành nút mạch chúng tôi tiến hành bơm 1ml Lidocain 2% qua vi ống thông vào động mạch gan trước khi tiến hành

nút tắc nhánh mạch bằng hỗn hợp hóa chất.

Hỗn hợp hóa chất sử dụng bao gồm một trong 2 loại:

- Loại 1: 50mg dạng bột Epirubicin (Farmorubicina, RD, Pfizer) được hòa tan trong 2.5ml thuốc cản quang, sau đó được trộn với 10ml Lipiodol (Lipiodol Ultra-Fluid, Guerbet).

- Loại 2: Lipiodol kết hợp với cồn tuyệt đối với tỷ lệ 1:1.

Liều lượng và loại hóa chất sử dụng tùy thuộc vào kích thước khối u cũng như mức độ tăng sinh mạch của khối u. Với các khối u lớn hoặc nhánh mạch nuôi tăng sinh, giãn nhiều sau khi nút bằng hỗn hợp hóa chất sẽ dùng kèm với vật liệu nút mạch tạm thời là xốp cầm máu tự tiêu (Spongostan Standard, Johnson-Johnson). Mức độ chọn lọc tổn thương khi tiếp cận được tính theo hai mức dựa trên đánh giá sự lắng đọng của Lipiodol trên phim chụp ngay sau can thiệp:

- Có chọn lọc: Hỗn hợp hóa chất vào hoàn toàn trong ổ tổn thương.

- Không chọn lọc: Hỗn hợp hóa chất lắng đọng cả ở nhu mô gan lành.

Sau thủ thuật bệnh nhân được tiến hành theo dõi các triệu chứng lâm sàng trong vòng 7 ngày. Hội chứng sau nút mạch được định nghĩa bao gồm các triệu chứng: đau hạ sườn phải, sốt, buồn nôn và nôn. Với triệu chứng sốt không do nhiễm khuẩn, không kèm tăng bạch cầu hay CRP trên xét nghiệm. Bệnh nhân được coi là có HCSNM khi xuất hiện bất cứ triệu chứng nào trong vòng 3 ngày sau khi nút mạch. Mức độ nặng của các triệu chứng được đánh giá dựa trên thang điểm về nhiễm độc trong điều trị ung thư của hội ung thư Tây- Nam Hoa Kỳ [2] (bảng 1).

**Bảng 1. Mức độ của các triệu chứng**

Triệu chứng	Mức độ	Định nghĩa
Đau	0	Không có triệu chứng đau
	1	Đau nhẹ, không ảnh hưởng đến giấc ngủ, không phải dùng thuốc
	2	Đau có ảnh hưởng đến giấc ngủ, cần dùng thuốc đường uống
	3	Đau nhiều, phải dùng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch, opioid
	4	Đau không kiểm soát được bằng thuốc
Sốt	0	Không sốt
	1	Sốt dưới 38 độ C
	2	Sốt từ 38 đến 40 độ C
	3	Sốt trên 40 độ C
	4	Sốt trên 40 độ C quá 24 giờ liên tục hoặc có đi kèm hạ huyết áp

Buồn nôn	0	Không cảm thấy buồn nôn
	1	Có cảm thấy buồn nôn nhưng không ảnh hưởng đến ăn uống
	2	Cảm thấy buồn nôn, làm giảm khả năng ăn uống
	3	Buồn nôn nhiều khiến bệnh nhân không ăn uống được.
Nôn	0	Không nôn
	1	Có nôn 1 lần trong 24 giờ
	2	Nôn từ 2-5 lần trong 24 giờ
	3	Nôn từ 6 – 10 lần trong 24 giờ
	4	Nôn trên 10 lần trong 24 giờ

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang. Các biến số được đánh giá bao gồm: tuổi, giới, tiền sử có nút mạch, lượng Lipiodol sử dụng, mức độ chọn lọc tổn thương, hóa chất dùng kèm với Lipiodol, tần suất xuất hiện HCSNM và của các triệu chứng; được thống kê theo tỷ lệ phần trăm. Sự ảnh hưởng giữa các yếu tố với HCSNM được đánh giá sử dụng kiểm định Chi-square và tính tỷ suất chênh OR.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện dựa trên quan sát đánh giá phương pháp điều trị đã được chấp nhận và sử dụng rộng rãi, đảm bảo không làm thay đổi gây ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin về bệnh tật của bệnh nhân được giữ bí mật. Nghiên cứu không sử dụng nguồn kinh phí tài trợ từ các hãng dược phẩm, vật tư thiết bị y tế, đảm bảo không có sự ảnh hưởng về quyền lợi kinh tế của người làm nghiên cứu đối với kết quả nghiên cứu cũng như quyền lợi của bệnh nhân và được sự đồng ý của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

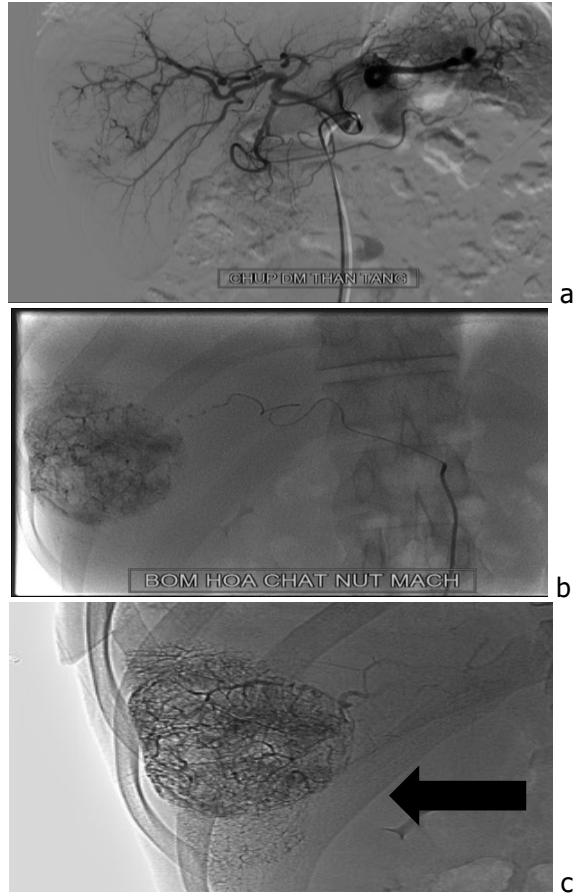
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 235 bệnh nhân được điều trị bằng TACE với tổng cộng 324 lần làm thủ thuật (mỗi thủ thuật được đánh giá riêng biệt). Trong đó 186 bệnh nhân nam (79.15%), 49 bệnh nhân nữ (20.85%). Số ca can thiệp của các bệnh nhân nam là 260 ca, số ca can thiệp của các bệnh nhân nữ là 64 ca. Số ca can thiệp lần đầu là 134 ca, số ca can thiệp từ lần thứ 2 trở lên là 190 ca. Về tiền sử nút mạch, bệnh nhân có số lần can thiệp nhiều nhất trước khi làm thủ thuật là 10 lần. Kết quả có 139 ca xuất hiện HCSNM chiếm tỷ lệ 42.9% (bảng 2). Triệu chứng hay gặp nhất là sốt và đau hạ sườn phải. Các triệu chứng chỉ gặp mức độ nhẹ và trung bình (mức độ I và II). Ngoài ra trong thời gian nghiên cứu chúng tôi cũng không gặp các biến chứng nặng nề nào khác ngoài HCSNM.

**Bảng 2. Các triệu chứng gặp trong nghiên cứu và tần suất gặp của từng mức**

### độ nặng của triệu chứng

Triệu chứng	Số ca có triệu chứng	Tỷ lệ gặp (%)
HCSNM	139	42.9
Đau hạ sườn phải	90	27.78
- Độ I	72	22.22
- Độ II	18	5.56
Sốt	101	31.17
- Độ I	42	12.96
- Độ II	59	18.21
Buồn nôn	36	11.11
- Độ I	31	9.57
- Độ II	5	1.54
Nôn (độ I)	13	4.01



**Hình 1. Quá trình nút mạch và chụp kiểm tra sau nút**

a: Chụp kiểm tra động mạch thân tạng, khối u gan phải (mũi tên nhỏ). b: quá trình bơm hóa chất nút mạch (lipiodol + Epirubicin). c: chụp kiểm tra sau nút, hóa chất lắng đọng trong khối u (mũi tên to) và một phần nhu mô gan lân cận (mũi tên cong).

Chúng tôi tiến hành đánh giá sự ảnh hưởng của một số yếu tố liên quan đến quá trình nút mạch và HCSNM bằng kiểm định Chi-square và

tính tỷ suất chênh OR (bảng 3).

**Bảng 3: đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố và HCSNM**

Yếu tố nguy cơ	Số ca gặp HCSNM trong nhóm có yếu tố	p	OR (khoảng CI 95%)
Giới tính - Nam - Nữ	115/260 (44.23%) 24/64 (37.5%)	0.329	1.32 (0.75 – 2.31)
Tiền sử nút mạch - Có - Không	87/190 (45.79%) 52/134 (38.81%)	0.211	1.33 (0.85 – 2.09)
Liều dùng Lipiodol > 7ml ≤ 7ml	80/146 (54.79%) 59/178 (33.15%)	<0.01	2.44 (1.56 – 3.83)
Mức độ chọn lọc: - Không - Có	100/201 (49.75%) 39/123 (31.71%)	<0.01	2.13 (1.33 – 3.41)
Hóa chất dùng kèm: - Epirubicina - Cồn	125/277 (45.13%) 14/47 (29.79%)	0.049	1.9 (0.99 – 3.78)

#### IV. BÀN LUẬN

TACE là một phương pháp được áp dụng rộng rãi hiện nay với độ an toàn cao, tỷ lệ biến chứng nặng rất thấp, dưới 2% (bao gồm áp xe gan, suy gan, suy thận cấp, hôn mê gan) [3]. Tác dụng không mong muốn phổ biến nhất của TACE là HCSNM với tỷ lệ từ 40-60% [3]. Tuy nhiên, hầu hết các triệu chứng của HCSNM thường nhẹ, có thể tự khỏi [3, 4]. Một số phương pháp đã được các tác giả đưa ra nhằm làm giảm các triệu chứng của HCSNM như sử dụng Lidocain đường động mạch khi nút mạch để giảm triệu chứng đau, hay sử dụng các thuốc như Ondasetron hoặc Dexamethasone trước hoặc ngay sau nút mạch để giảm triệu chứng buồn nôn và nôn [4]. Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi triệu chứng đau gặp ở các bệnh nhân phần lớn là đau ở mức độ I, không cần dùng thuốc, hầu như ít gây khó chịu cho bệnh nhân (do trong quá trình can thiệp chúng tôi có sử dụng Lidocain để giảm đau ngay trước khi bơm hóa chất).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố về giới tính và tiền sử đã nút mạch trước đó không có mối liên quan đối với tần suất xuất hiện của HCSNM ( $p > 0.05$ ). Kết quả này khác với báo cáo của Siriwardana [5] trong đó tác giả có nhận định yếu tố về giới tính cụ thể nữ giới có nguy cơ cao hơn đối với HCSNM với OR =

1.412, tuy nhiên trong nghiên cứu của Siriwardana chỉ bao gồm 84 bệnh nhân trong đó chỉ có 8 bệnh nhân là nữ.

Hai yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng nhiều đến HCSNM bao gồm liều dùng hóa chất và mức độ chọn lọc tổn thương. Đây cũng là các yếu tố đã được các tác giả khác nhắc đến trong báo cáo của mình [6, 7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều dùng hóa chất tỷ lệ thuận với tỷ lệ sử dụng Lipiodol do cách pha hỗn hợp hóa chất. Những bệnh nhân có tỷ lệ sử dụng trên 7ml Lipiodol (tương đương trên 70% liều pha hóa chất) có nguy cơ cao hơn với HCSNM khoảng 2.44 lần. Bên cạnh đó các bệnh nhân được nút mạch không chọn lọc cũng có nguy cơ cao hơn so với các bệnh nhân được nút mạch chọn lọc với OR = 2.13. Nhóm bệnh nhân được nút mạch không chọn lọc này chủ yếu nằm trong nhóm các bệnh nhân có nhiều nốt tổn thương ở nhiều vị trí hoặc có khó khăn trong việc tiếp cận nhánh mạch nuôi u (do nhánh mạch quá bé hoặc đường tiếp cận quá ngoằn ngoèo).

Một kết quả đáng chú ý là khi đánh giá ảnh hưởng của hóa chất sử dụng cùng với Lipiodol trong quá trình nút mạch. Đây là yếu tố cũng được tác giả He J.J và cộng sự [7] nhắc đến trong báo cáo của mình. Giả thiết của chúng tôi ban đầu là nhóm sử dụng cồn tuyệt đối sẽ có nguy cơ cao hơn so với nhóm dùng hóa chất khác như Epirubicin. Trong kết quả trên lại cho thấy nhóm sử dụng Epirubicin có tỷ lệ gặp HCSNM cao hơn. Tuy nhiên có thể giải thích do tính phá hủy mạnh của cồn tuyệt đối khi đưa vào nên trong quá trình nút mạch, đa số các bác sĩ đều phải tiến hành chọn lọc tổn thương tối đa, tránh bơm hỗn hợp hóa chất ra ngoài nhu mô gan lành. Điều này cũng phù hợp với kết quả ở trên khi nhóm bệnh nhân được chọn lọc tổn thương sẽ ít gặp HCSNM hơn so với nhóm không được chọn lọc, đồng thời cũng phù hợp với giả thiết của một số tác giả đưa ra về việc HCSNM đặc biệt là sốt chủ yếu do các tế bào gan lành bị phá hủy [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có hạn chế như: đa số các bệnh nhân tiến hành thủ thuật có tình trạng chức năng gan còn tốt (Child-Pugh A) nên không đánh giá được mối liên quan của chức năng gan trước điều trị với HCSNM.

#### V. KẾT LUẬN

TACE là phương pháp an toàn trong điều trị HCC. Các triệu chứng của HCSNM thường nhẹ. Để tăng sự thoải mái cho bệnh nhân cũng như tránh tạo tâm lý lo ngại trong các lần điều trị

sau, việc giảm thiểu HCSNM bằng việc sử dụng liều lượng hóa chất vừa đủ và chọn lọc tổn thương tối đa có thể là cần thiết, đặc biệt với các bệnh nhân điều trị lần đầu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.,** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 2021. 71(3): p. 209-249.
2. **Green, S. and G.R. Weiss,** Southwest Oncology Group standard response criteria, endpoint definitions and toxicity criteria. *Investigational New Drugs*, 1992. 10(4): p. 239-253.
3. **Lencioni, R., et al.,** Lipiodol transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: A systematic review of efficacy and safety data. *Hepatology*, 2016. 64(1): p. 106-16.
4. **Blackburn, H. and S. West,** Management of Postembolization Syndrome Following Hepatic Transarterial Chemoembolization for Primary or Metastatic Liver Cancer. *Cancer Nurs*, 2016. 39(5): p. E1-E18.
5. **Siriwardana, R.C., et al.,** Factors affecting post-embolization fever and liver failure after transarterial chemo-embolization in a cohort without background infective hepatitis- a prospective analysis. *BMC Gastroenterology*, 2015. 15(1): p. 96.
6. **Chung, J.W., et al.,** Hepatic tumors: predisposing factors for complications of transcatheter oily chemoembolization. *Radiology*, 1996. 198(1): p. 33-40.
7. **He, J.J., et al.,** Factors influencing postembolization syndrome in patients with hepatocellular carcinoma undergoing first transcatheter arterial chemoembolization. *J Cancer Res Ther*, 2021. 17(3): p. 777-783.

## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG VIÊN HOÀN CỨNG QUYÊN TÝ KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT VÀ ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

Nguyễn Hoàng Anh<sup>1</sup>, Trần Thái Hà<sup>1</sup>, Hà Thị Thanh Hương<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tác dụng của viên hoàn cứng quyên tý kết hợp xoa bóp bấm huyệt và điện châm trong điều trị Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, so sánh kết quả trước sau điều trị, có nhóm chứng trên 60 bệnh nhân  $\geq 30$  tuổi, được chẩn đoán xác định Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống. **Kết quả:** Sau 20 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu điểm VAS trung bình giảm từ  $6,33 \pm 0,60$  xuống còn  $0,53 \pm 0,68$ ; chỉ số sinh hoạt hằng ngày trung bình giảm từ  $21,5 \pm 1,83$  xuống còn  $1,56 \pm 2,01$ ; một số chỉ số sinh hóa máu, huyết học không có sự thay đổi bất thường. **Kết luận:** Phương pháp điều trị bằng viên hoàn cứng Quyên tý kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điện châm là phương pháp an toàn và có hiệu quả tốt trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ.

**Từ khóa:** Viên hoàn cứng Quyên tý, Hội chứng cổ vai cánh tay, Thoái hóa cột sống cổ

#### SUMMARY

**EFFECT EVALUATION OF TREATMENT OF CERVICAL SCAPULOHUMERAL SYNDROME DUE TO CERVICAL SPONDYLOSIS BY JUAN-BI PELLET COMBINE WITH ACCUPRESSURE**

<sup>1</sup>Bệnh 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

#### AND ELECTRO-ACUPUNTURE

**Objectives:** Effect evaluation of treatment of cervical scapulothoracic syndrome due to cervical spondylosis by Juan-bi pellet combine with accupressure and electro-acupuncture. **Study subjects and methods:** A prospective study, comparing before and after treatment, controlled on 60 volunteer patients, aged  $\geq 30$ , diagnosed with cervical scapulothoracic syndrome due to cervical spondylosis. **Results:** After 20 days of treatment, the research group: VAS score decreased from  $6,33 \pm 0,60$  to  $0,53 \pm 0,68$ , NDI (daily living index) score from  $21,5 \pm 1,83$  to  $1,56 \pm 2,01$ . The biochemical and hematological indices have changes with normal limit. **Conclusion:** The treatment of cervical scapulothoracic syndrome due to cervical spondylosis by Juan-bi pellet combine with accupressure and electro-acupuncture is safe and effective.

**Keywords:** Juan-bi pellet, cervical scapulothoracic syndrome, cervical spondylosis.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cổ vai cánh tay là một hội chứng bệnh lý khá phổ biến trong lâm sàng các bệnh nội khoa, triệu chứng chính là đau cổ vai gáy lan ra vai tay, kèm một số rối loạn cảm giác, vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng. Theo Y học cổ truyền (YHCT), hội chứng cổ vai cánh tay được xếp vào phạm vi chứng Tý. 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.<sup>1</sup> Điều trị Hội