

Võng Mạc Đái Tháo Đường Tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Hòa Bình. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II; 2020.

3. Heijden AA van der, Abramoff MD, Verbraak F, Hecke MV van, Liem A, Nijpels G. Validation of automated screening for referable diabetic retinopathy with the IDx-DR device in the Hoorn Diabetes Care System. Acta Ophthalmol (Copenh). 2018;96(1):63-68.
4. Home, Resources, diabetes L with, et al. IDF

Diabetes Atlas | Tenth Edition. Accessed September 7, 2023. <https://diabetesatlas.org/>

5. Global report on diabetes. Accessed July 4, 2022. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565257>
6. Rajalakshmi R, Subashini R, Anjana RM, Mohan V. Automated diabetic retinopathy detection in smartphone-based fundus photography using artificial intelligence. Eye. 2018;32(6):1138-1144.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP CẤY CHỈ, CAO THẤP KHỚP II KẾT HỢP XOA BÓP BẤM HUYỆT TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY

Nguyễn Thị Thương Huyền¹, Vũ Nam¹, Hán Huy Truyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ, cao Thấp khớp II kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ. **Phương pháp:** Can thiệp lâm sàng mở, tiền cứu, so sánh trước và sau điều trị, giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu trong thời gian từ tháng 09/2022 đến tháng 9/2023 tại Bệnh viện YHCT Trung ương. **Kết quả:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống, trong đó nữ giới chiếm ưu thế với 75% (45 bệnh nhân). chia thành hai nhóm: nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Sau 30 ngày điều trị, chỉ số VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ $4,13 \pm 1,25$ (điểm) xuống $0,63 \pm 0,93$ (điểm), cải thiện tốt hơn nhóm chứng giảm điểm VAS từ $3,93 \pm 1,41$ (điểm) xuống $1,40 \pm 1,39$ (điểm). **Kết luận:** Phương pháp điều trị kết hợp cấy chỉ, Cao Thấp khớp II và xoa bóp bấm huyệt là phương pháp hiệu quả, an toàn, thuận tiện cho bệnh nhân trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống. **Từ khóa:** hội chứng cổ vai cánh tay, xoa bóp bấm huyệt, cấy chỉ, y học cổ truyền

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTS OF THREAD IMPLANTATION METHOD COMBINED WITH "CAO THẤP KHỚP II" AND ACUPRESSURE MASSAGE IN THE TREATMENT OF CERVICAL SCAPULOHUMERAL SYNDROME

Objective: Evaluate the effects of thread implantation, "Cao Thấp khớp II" combined with acupressure massage in treating cervical scapulothoracic syndrome due to cervical spine degeneration. **Methods:** Open clinical intervention, prospective, comparison before and after treatment,

between the control group and study group from September 2022 to September 2023 at the National Hospital of Traditional Medicine. **Results:** 60 patients were diagnosed with cervical scapulothoracic syndrome due to spinal degeneration, of which women predominated with 75% (45 patients), divided into two groups: the study group and the control group. After 30 days of treatment, the average VAS index of the study group decreased from 4.13 ± 1.25 (points) to 0.63 ± 0.93 (points), a better improvement than the control group, which decreased VAS score from 3.93 ± 1.41 (points) to 1.40 ± 1.39 (points). **Conclusion:** The combined treatment method of thread implantation, Cao Thấp khớp II, and acupressure massage is an effective, safe, and convenient method for patients in treating cervical scapulothoracic syndrome due to spinal degeneration. **Keywords:** cervical scapulothoracic syndrome, acupressure massage, thread implantation, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng (HC) cổ vai cánh tay (CVCT) hay bệnh lý rễ tủy cổ, 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.¹ HC CVCT nếu không được điều trị kịp thời thường dễ tái phát và tăng nặng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Y học hiện đại (YHHĐ) điều trị bằng: nội khoa dùng thuốc (giảm đau, giãn cơ,..), vật lý trị liệu, kéo giãn cột sống^{2,3}, ngoại khoa, tiêm corticosteroid, phong bế rễ thần kinh chọn lọc, đốt thần kinh cạnh hạch giao cảm cổ. Y học cổ truyền (YHCT) kết hợp dùng thuốc và không dùng thuốc trong điều trị đem lại hiệu quả điều trị cao.⁴ Cụ thể một vài phương pháp như: Châm cứu, xoa bóp bấm huyệt (XBBH), giác hơi, cấy chỉ, thuốc YHCT. Phương pháp cấy chỉ, XBBH và chế phẩm cao Thấp khớp II được ứng dụng khá phổ biến tại bệnh viện YHCT Trung ương. Đã có

¹Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Nam

Email: vunamyhct@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

một số nghiên cứu về YHCT trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ, có nghiên cứu sử dụng bài thuốc cổ phương, có nghiên cứu kết hợp cổ phương hoặc chế phẩm cao, hoàn, tán và cấy chỉ, châm cứu, xoa bóp. Mặt khác, từng phương pháp như cấy chỉ, xoa bóp bấm huyệt và thuốc cao Thấp khớp II kể trên cũng đã được nghiên cứu đánh giá tác dụng riêng lẻ trong điều trị một số bệnh về thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp, viêm khớp dạng thấp, thoát vị đĩa đệm,... Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá sự kết hợp của cấy chỉ, cao Thấp khớp II và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ, cao Thấp khớp II kết hợp XBBH trong điều trị hội chứng CVCT do thoái hóa cột sống cổ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định có hội chứng CVCT do thoái hóa cột sống cổ (THCSC), điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT Trung ương.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Theo Y học hiện đại

- Tuổi từ 40 trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp.
- Được chẩn đoán xác định HC CVCT do thoái hóa cột sống cổ.
- Có điểm VAS trước điều trị từ ≤ 6 điểm
- Bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu.
- Không áp dụng các phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu.

Theo Y học cổ truyền

Bệnh nhân có chứng Tý ở cổ, vai, cánh tay thể Phong hàn thấp tý kèm can thận hư

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Bệnh nhân HC CVCT do bệnh lý không phải THCSC.
- Bệnh nhân có tổn thương tủy, loãng xương.
- Các bệnh cấp cứu, viêm cấp tính như nhiễm trùng huyết, cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.
- Kèm theo các bệnh mạn tính như lao; suy tim, gan, thận nặng...
- Da vùng huyết bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.
- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.
- Dị ứng với chỉ tự tiêu, thành phần thuốc.

2.2. Chất liệu nghiên cứu

Công thức huyết cấy chỉ

- Công thức huyết được sử dụng trong nhóm

nghiên cứu theo phác đồ Bộ y tế ban hành năm 2017: Giáp tích C4-C7, Thiên trụ, Khúc trì, Kiên trung du, Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Ngoại quan, Huyền chung, Đại Trử.^{4,5}

Liệu trình: Cấy chỉ vào 2 thời điểm ngày thứ nhất và ngày thứ 15 của liệu trình điều trị.

Công thức huyết và các động tác XBBH vùng CVCT

- Công thức huyết XBBH: Giáp tích C4-C7, Thiên trụ, Khúc trì, Kiên trung du, Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Ngoại quan, Huyền chung, Đại Trử.^{4,5}

- Các động tác xoa bóp bấm huyệt tại vùng cổ, vai, cánh tay: xoa, xát, day, lăn, bóp, chát, vờn, bấm huyệt theo công thức trên, phát, vận động cột sống cổ.

- Liệu trình XBBH: ngày 01 lần, mỗi lần 30 phút, trong 30 ngày.

Cao Thấp khớp II

- Bào chế, chế biến: Các dược liệu đạt tiêu chuẩn dược ĐĐVN V⁶, được bào chế theo quy định của Bộ y tế, dưới dạng cao nước, đóng chai nhựa 250ml, đạt tiêu chuẩn cơ sở.

- Nơi sản xuất: Khoa Dược Bệnh viện YHCT Trung ương.

- Cách dùng, liều dùng: Uống 50 ml/ ngày chia hai lần sáng, chiều sau ăn.

- Thời gian dùng thuốc 30 ngày.

Phương tiện nghiên cứu

- Kim cấy chỉ chuyên dụng.
- Chỉ Catgut số 4.0 của Đức.
- Nĩa vô khuẩn, kéo cắt chỉ, đĩa petri, panh kẹp không mẫu.
- Bông, Cồn 70⁰, cồn iod, băng dính, găng tay vô khuẩn.
- Giường xoa bóp bấm huyệt
- Thước đo thang điểm đau VAS.⁷
- Thước đo tầm vận động, búa phản xạ.
- Bộ câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày NDI.⁸

2.3. Địa điểm, thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Lão Bệnh viện YHCT Trung ương, trong thời gian từ tháng 09/2022 đến tháng 9/2023.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu thiết kế theo phương pháp can thiệp lâm sàng mở, tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu lấy cỡ thuận tiện, lấy $n = 60$, chia thành 2 nhóm, với mỗi nhóm 30 bệnh nhân (BN).

Quy trình nghiên cứu

- Tất cả các BN nghiên cứu đều được thăm khám lâm sàng toàn diện, làm bệnh án, làm các

xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán có hội chứng CVCT do THCS.

- Chia 2 nhóm đảm bảo sự tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, điểm đau VAS.

- Đánh giá các triệu chứng lâm sàng trước điều trị (thời điểm D₀).

- CLS cần thiết: Chụp X quang cột sống cổ 3 tư thế thẳng, nghiêng, chếch ¾; làm xét nghiệm công thức máu, tốc độ máu lắng, chức năng gan (AST, ALT), thận (Creatinin) trước điều trị.

- Điều trị theo phác đồ đối với từng nhóm:

Nhóm nghiên cứu: 30 BN được tiến hành cấy chỉ, uống 50ml/ ngày cao Thấp khớp II chia 2 lần sáng – chiều sau ăn kết hợp XBBH vùng cổ vai cánh tay theo phác đồ trong 30p, trong 30 ngày.

Nhóm đối chứng: 30 BN được uống 50ml/ ngày cao Thấp khớp II chia hai lần sáng – chiều sau ăn kết hợp XBBH vùng cổ vai cánh tay theo phác đồ trong 30p, trong 30 ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau VAS sau điều trị

Mức độ đau VAS	Nhóm	Nhóm NC (n = 30)			Nhóm chứng (n = 30)		
		D ₀ n (%)	D ₁₅ n (%)	D ₃₀ n (%)	D ₀ n (%)	D ₁₅ n (%)	D ₃₀ n (%)
VAS = 0		0	6 (20)	19 (63,3)	0	1 (3,3)	5 (16,7)
0 < VAS ≤ 2		4 (13,3)	12 (40)	10 (33,3)	7 (23,3)	7 (23,3)	9 (30)
2 < VAS ≤ 4		15 (50)	12 (40)	1 (3,3)	12 (40)	17 (56,7)	15 (50)
4 < VAS ≤ 6		11 (36,7)	0	0	11 (36,7)	5 (16,7)	1 (3,3)
p_{D0-D30}		<0,05			<0,05		
p_{D0-D15}		<0,05			<0,05		
p_{NC-C}		p D0 >0,05		p D15 <0,05		p D30 <0,05	

Sau điều trị 15 ngày và 30 ngày, số bệnh nhân đau nặng ở cả hai nhóm giảm có ý nghĩa thống kê khi so với trước điều trị, trong đó nhóm NC có tỷ lệ bệnh nhân không đau hoặc đau nhẹ cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.2: Trung bình và hiệu suất giảm VAS theo thời điểm D₀, D₁₅, D₃₀

VAS (điểm)	Nhóm	Nhóm NC (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p _{NC-C}
X D ₀ ± SD		4,13 ± 1,25	3,93 ± 1,41	p > 0,05
X D ₁₅ ± SD		2,0 ± 1,39	2,93 ± 1,36	P < 0,05
X D ₃₀ ± SD		0,63 ± 0,93	1,40 ± 1,39	P < 0,05
Điểm chênh TB Δ D ₁₅ - D ₀		2,13 ± 0,84	1,0 ± 0,69	P < 0,05
Điểm chênh TB Δ D ₃₀ - D ₁₅		1,37 ± 1,27	0,77 ± 0,82	P < 0,05
Điểm chênh TB Δ D ₃₀ - D ₀		3,50 ± 1,25	1,77 ± 0,94	P < 0,05
p (D ₁₅ - D ₀)		<0,05	<0,05	
p (D ₃₀ - D ₀)		<0,05	<0,05	

Ở cả hai nhóm đều có sự giảm điểm VAS trung bình sau 15 ngày và 30 ngày điều trị khi so với thời điểm trước điều trị với p < 0,05. Trong đó, hiệu suất giảm điểm VAS sau 15 ngày và 30 ngày điều trị ở nhóm NC lớn hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.3: Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau 30 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm	Nhóm NC (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		p _{NC-C}
		D ₀ n (%)	D ₃₀ n (%)	D ₀ n (%)	D ₃₀ n (%)	
Không hạn chế		0	7 (23,3)	0	3 (10)	p _{D0} > 0,05

- Bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo mẫu thống nhất.

- Đánh giá kết quả điều trị và so sánh giữa hai nhóm tại các thời điểm trước điều trị (D₀), sau 15 ngày (D₁₅) (đối với đánh giá thang điểm VAS), sau 30 ngày điều trị (D₃₀).

2.5. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành với sự cho phép của Hội đồng khoa học Bệnh viện YHCT Trung ương. BN đều tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho BN. Các thông tin của BN đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

Hạn chế ít	7 (23,3)	23 (76,7)	7 (23,3)	20 (66,7)	p _{D30} <0,05
Hạn chế vừa	16 (53,3)	0	15 (50,0)	7 (23,3)	
Hạn chế nhiều	7 (23,3)	0	8 (26,7)	0	
Hạn chế rất nhiều	0	0	0	0	
p _{D0-D30}	p<0,05		p<0,05		

Sau 30 ngày điều trị, BN ở cả hai nhóm đều cải thiện mức độ hạn chế vận động cột sống cổ, sự cải thiện sau điều trị so với trước điều trị ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.4. Kết quả cải thiện tình trạng cơ cứng cơ

Vị trí	Nhóm	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm chứng (n = 30)		p _{NC-C}
		D ₀ n (%)	D ₃₀ n (%)	D ₀ n (%)	D ₃₀ n (%)	
Có		30(100)	6 (20)	29(96,7)	17 (56,7)	p _{D0} >0,05 p _{D30} <0,05
Không		0	24 (80)	1 (3,3)	13 (43,3)	
p _{D0-D30}		p<0,05		p<0,05		

Sau điều trị 30 ngày, số bệnh nhân còn cơ cứng cơ ở hai nhóm giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.5: Kết quả điều trị hội chứng rể

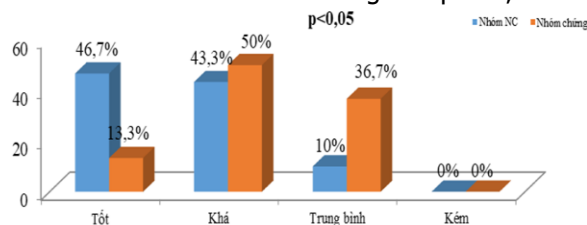
Thời điểm	Nhóm	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm chứng (n = 30)		p _{NC-C}
		D ₀ n (%)	D ₃₀ n (%)	D ₀ n (%)	D ₃₀ n (%)	
Có HC rể		30 (100)	11 (36,7)	30 (100)	17 (56,7)	p _{D0} >0,05 p _{D30} >0,05
Không có HC rể		0	19 (63,3)	0	13 (43,3)	
p _{D0- D30}		p<0,05		p<0,05		

Ở cả hai nhóm, số bệnh nhân còn hội chứng rể sau điều trị giảm rõ rệt so với thời điểm trước điều trị với p < 0,05. Sự cải thiện hội chứng rể sau điều trị của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.6. Điểm NDI theo thời điểm trước và sau điều trị

Điểm NDI	Nhóm	Nhóm NC (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		p _{NC-C}
		D ₀ n (%)	D ₃₀ n (%)	D ₀ n (%)	D ₃₀ n (%)	
Không hạn chế (0-4 điểm)		1 (3,3)	17 (56,7)	1 (3,3)	7 (23,3)	p _{D0} >0,05 p _{D30} <0,05
Hạn chế nhẹ (5-14 điểm)		11 (36,7)	13 (43,3)	9 (30)	15 (50)	
Hạn chế vừa (15-24 điểm)		16 (53,3)	0	15 (50)	8 (26,7)	
Hạn chế nặng (25-34 điểm)		2 (6,7)	0	5(16,7)	0	
Điểm trung bình (X ± SD)		18,24±12,41	4,68±3,62	17,89±10,01	12,14±6,44	
Điểm chênh TB Δ D ₃₀ - D ₀		13,57 ± 1,75		5,75 ± 2,51		p< 0,05
p (D ₀ -D ₃₀)		p < 0,05		p < 0,05		

Sau 30 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân không hạn chế ở nhóm nghiên cứu tăng cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Nhóm nghiên cứu có hiệu quả giảm điểm NDI tốt hơn so với nhóm chứng với p < 0,05.



Biểu đồ 3.1: Hiệu quả điều trị chung

Tỷ lệ bệnh nhân có hiệu quả điều trị tốt và khá ở nhóm NC cao hơn nhóm chứng (90% so với 63,3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p

< 0,05. Không có bệnh nhân nào ở cả hai nhóm nhận kết quả điều trị kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS. Tại các thời điểm D₀, D₁₅, D₃₀, các mức độ đau của bệnh nhân ở cả hai nhóm đều được cải thiện theo xu hướng giảm dần mức độ đau so với trước điều trị. Nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện mức độ đau tốt hơn so với nhóm chứng ở cả thời điểm D₁₅ và D₃₀.

Tại thời điểm D₀ và D₃₀ điểm VAS trung bình của nhóm NC giảm từ 4,13 ± 1,25 xuống 0,63 ± 0,93; của nhóm chứng giảm từ 3,93 ± 1,41 còn 1,40 ± 1,39). Nhóm NC có hiệu suất giảm điểm VAS cao hơn so với nhóm chứng với p < 0,05. Tại thời điểm D₃₀, hiệu suất giảm điểm VAS ở

nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm chứng ($3,50 \pm 1,25$ so với $1,77 \pm 0,94$).

4.2. Kết quả cải thiện mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sau điều trị. Sau 30 ngày, bệnh nhân ở cả hai nhóm đều cải thiện mức độ hạn chế vận động cột sống cổ. Sau điều trị, các bệnh nhân chủ yếu có tầm hạn chế vận động ở mức độ ít (76,7% ở nhóm NC, 66,7% ở nhóm chứng).

4.3. Kết quả cải thiện tình trạng cơ cơ. Sau điều trị 30 ngày, số bệnh nhân còn cơ cứng cơ ở hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê

4.4. Hội chứng rễ sau điều trị. Hội chứng rễ trong HC CVCT là do hậu quả của việc chèn ép rễ thần kinh gây ra triệu chứng đau, rối loạn cảm giác dọc theo đường đi của rễ thần kinh. Trước điều trị, hội chứng rễ gặp ở 100% bệnh nhân ở cả hai nhóm. Tại thời điểm D₃₀, tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng rễ đều giảm so với trước điều trị. Nhóm nghiên cứu có tỉ lệ bệnh nhân còn hội chứng rễ thấp hơn nhóm chứng (36,7% so với 56,7%)

4.5. Kết quả cải thiện mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày sau điều trị. Thang điểm NDI gồm có 10 mục đánh giá sự ảnh hưởng của đau cổ lên các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như: đau đầu, đọc sách báo, nâng vật nặng, lái xe, các hoạt động giải trí, giấc ngủ... Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân không hạn chế ở nhóm NC sau 30 ngày điều trị tăng cao hơn so với nhóm chứng (56,7% so với 23,3%).

Điểm NDI trung bình của nhóm NC trước điều trị cao hơn nhóm chứng ($18,24 \pm 12,41$ so với $17,89 \pm 10,01$) trong khi điểm NDI trung bình ngày thứ 30 của nhóm NC thấp hơn ($4,68 \pm 3,62$ so với $12,14 \pm 6,44$). Nhóm NC có hiệu quả giảm điểm NDI tốt hơn so với nhóm chứng $13,57 \pm 1,75$ so với $5,75 \pm 2,51$ với $p < 0,05$.

4.6. Kết quả điều trị chung. Sau 30 ngày điều trị, BN ở cả 2 nhóm đều đáp ứng với điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân có hiệu quả điều trị tốt và khá ở nhóm NC chiếm tới 90%, cao hơn nhóm chứng (63,3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có bệnh nhân nào ở cả hai nhóm nhận kết quả điều trị kém.

Như vậy, nhóm NC được cấy chỉ Cagut, XBBH và uống Cao Thấp khớp II cho hiệu quả tốt nhóm chứng trong điều trị HC CVCT do THCS.

Theo YHHD, nguyên nhân gây HC CVCT do THCS là do các gai xương làm hẹp lỗ gian đốt sống, kích thích các rễ thần kinh hoặc receptor nhận cảm giác đau ở gân, cơ, dây chằng và tổ chức cạnh khớp. Chỉ Catgut khi được cấy vào huyết có tác dụng giảm đau thông qua các cơ

chế tương tự như cơ chế của châm cứu. Đây là một kích thích tạo ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, làm tăng tuần hoàn cục bộ, thay đổi tính chất của tổn thương, giảm sung huyết và giảm đau. Đồng thời, cấy chỉ cũng tạo các biến đổi về thể dịch và nội tiết thông qua các chất như Sympatin, Adrenalin, Histamin, Morphin like, đặc biệt việc giải phóng các Neuropeptid có tác dụng dinh dưỡng và Endorphin tại chỗ cũng giúp cải thiện việc chữa lành mô và làm giảm đau.⁹

Theo YHCT, HC CVCT là do can thận hư kết hợp với phong, hàn, thấp sinh ra. Khi nhiều tuổi, cơ thể mệt mỏi, can thận hư, dương khí suy yếu, vệ khí không đầy đủ, tẩu lý sơ hở, tà khí phong hàn thấp thừa cơ xâm nhập vào bì phu, kinh lạc dẫn tới sự vận hành của khí huyết bị bế tắc ngưng trệ gây nên đau và hạn chế vận động, "bất thông tắc thống". Cấy chỉ thông qua tác động vào huyết vị và kinh lạc, có tác dụng điều hòa khí huyết, đả thông kinh mạch, khôi phục lại cân bằng âm dương, khi kinh khí trong kinh mạch được thông suốt, khí huyết sẽ lưu thông từ đó giảm đau, giảm các triệu chứng cho BN.¹⁰

Cao Thấp khớp II được bào chế tại khoa Dược – bệnh viện YHCT Trung ương, đạt tiêu chuẩn cơ sở. Cao được sử dụng điều trị cho trên vài nghìn người bệnh, hơn 50 năm nay, điều trị mang lại hiệu quả nhất định cho những bệnh nhân mắc chứng tý.^{6,11} Thành phần gồm các vị thuốc có tác dụng khu phong tán hàn trừ thấp, thông kinh hoạt lạc, bổ dưỡng can thận để khí huyết được lưu thông, dương khí đầy đủ và đuổi tà khí ra ngoài nên cũng góp phần làm giảm các triệu chứng bệnh.

XBBH tác động trực tiếp lên các thụ cảm thể thần kinh dày đặc ở dưới da tạo ra các phản xạ thần kinh đáp ứng từ đó gây nên tác dụng điều hòa quá trình hưng phấn hay ức chế thần kinh trung ương. XBBH có tác dụng làm mềm cơ, giảm sức căng, dẻo gân cốt, thông kinh lạc làm lưu thông khí huyết do đó làm giảm đau, giảm cơ cơ và giúp cột sống cổ vận động được dễ dàng.

Trong nghiên cứu, sử dụng các huyết để cấy chỉ và xoa bóp có tác dụng khu phong tán hàn trừ thấp, gồm các huyết tại chỗ, các huyết theo đường kinh có tác dụng thông kinh hoạt lạc và các huyết có tác dụng bổ can thận, sử dụng huyết Huyền chung là huyết hội của tủy xương làm tăng thêm tác dụng mạnh gân xương, chữa chứng đau nhức trong xương, kết hợp uống thêm thuốc Cao Thấp khớp II góp phần nâng cao hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị kết hợp cấy chỉ, Cao Thấp khớp II và XBBH là phương pháp hiệu quả, an toàn, thuận tiện cho bệnh nhân trong điều trị HC CVCT do thoái hóa cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bogduk N.** The anatomy and pathophysiology of neck pain. *Physical medicine and rehabilitation clinics*. 2003;14(3):455-472.
- Nguyễn Thị Ngọc Lan.** Bệnh học Cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản Y học; 2010.
- Các Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội.** Bài giảng Bệnh học Nội khoa. Tập 2. Nhà xuất bản Y học
- Khoa YHCT, Trường Đại học Y Hà Nội.** Bài giảng Y học cổ truyền. Tập 2. Nhà xuất bản Y

- học; 2005.
- Bộ Y tế.** Quyết định về việc ban hành Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Cây chỉ và Laser châm chuyên ngành Châm cứu. Nhà xuất bản Y học; 2017.
- Bộ Y tế.** Dược điển Việt Nam V. Nhà xuất bản Y học; 2018.
- Welchek CM, Mastrangelo L, Sinatra RS, Martinez R.** Qualitative and quantitative assessment of pain. *Acute pain management*. 2009;7(1):147-170.
- Vernon H, Mior S.** The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 1991;14(7):409-415.
- White A, Cummings M, Filshie J.** An introduction to Western medical acupuncture. Churchill Livingstone Elsevier; 2008.

THIẾU MÁU BÁN PHẦN TRƯỚC SAU PHẪU THUẬT ĐAI CÙNG MẠC: BÁO CÁO CA BỆNH

Vũ Tuấn Anh¹, Trần Thị Hải Linh², Phùng Văn Thịnh²

TÓM TẮT

Bong võng mạc là bệnh lý nặng trong nhãn khoa, một trong những nguyên nhân quan trọng gây mất thị lực. Đai độn củng mạc là một trong các phương pháp được sử dụng trong phẫu thuật bong võng mạc nhằm điều trị bệnh lý này. Thiếu máu bán phần trước (Anterior segment ischemia - ASI) là một biến chứng hiếm gặp nhưng khá nghiêm trọng sau các phẫu thuật bán phần sau. Tại Việt Nam, phẫu thuật đai củng mạc điều trị bong võng mạc nguyên phát đã được thực hiện từ những năm 1960 nhưng các trường hợp biến chứng liên quan đến Hội chứng thiếu máu bán phần trước đều chỉ được báo cáo đơn lẻ.

Từ khóa: Thiếu máu bán phần trước, bong võng mạc, đai củng mạc

SUMMARY

ANTERIOR SEGMENT ISCHEMIA AFTER ENCIRCLING BUCKLE SURGERY: CASE REPORT

Retinal detachment is a serious disease, one of the most important causes of vision loss. The encircling buckle operation for the repair of retinal detachment is one of the methods has been in use for many years and is still a frequent procedure. Anterior segment ischemia (ASI) is a rare but serious complication of posterior segment surgery. In Vietnam, scleral band surgery for primary retinal

detachment has been performed since the 1960s, but cases of complications related to anterior segment ischemia have only been reported singly.

Keywords: Anterior segment ischemia, retinal detachment, scleral band

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong võng mạc là bệnh lý nặng trong nhãn khoa, một trong những nguyên nhân quan trọng gây mất thị lực. Tỷ lệ mắc bệnh đang ngày càng có xu hướng gia tăng. Tại Mỹ, bong võng mạc nguyên phát chiếm tỷ lệ 12 trên 100.000 dân trong cộng đồng, nguy cơ mắc hàng năm là 0,01% và nguy cơ một người 60 tuổi bị BVM là 0,6%.¹ Tại khoa Dịch kính võng mạc – Bệnh viện Mắt Trung ương, thống kê trong năm 2003, tỷ lệ bệnh nhân bong võng mạc chiếm khoảng 21,2% trên tổng số bệnh nhân điều trị nội trú và khoảng 22,7% tổng số ca phẫu thuật.²

Hiện nay điều trị bong võng mạc có nhiều phương pháp, tuy nhiên vẫn còn khá phức tạp. Năm 1930, Gonin đã chỉ ra ba nguyên tắc để phẫu thuật thành công dựa trên bịt tất cả mọi vết rách và làm võng mạc áp trở lại bằng điện đông. Sau đó, Schepens và Arruga đã phát triển và hoàn thiện phương pháp đai củng mạc điều trị bong võng mạc có vết rách vào năm 1957.³

Vật liệu silicone mới được ra đời để đáp ứng được tính an toàn và hiệu quả trong phẫu thuật, làm cho chúng trở thành vật liệu tiêu chuẩn dùng trong phẫu thuật đai củng mạc. Mặc dù phẫu thuật đai củng mạc bằng silicone có tỷ lệ thành

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh

Email: vta.opb@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024