

thương động mạch đốt sống, tổn thương rễ thần kinh (C₂), tổn thương sọ não hay tủy sống, bong nẹp hoặc vít bắt vào mai chẩm, gặp vấn đề trong bắt vít vào mai chẩm, cuống hoặc khối bên đốt sống hay mất vững sau mổ (4,8). Trong lô nghiên cứu của chúng tôi gặp 3 vít khó khăn khi bắt vào khối bên C₁, không có tổn thương động mạch đốt sống, có hai trường hợp có biểu hiện lâm sàng xấu đi so với trước mổ điều này có thể xảy ra trong quá trình giải ép cung sau C1 và mai chẩm. Tuy nhiên, cả hai bệnh nhân đều phục hồi so với trước mổ trong vòng 3 tháng. Mất vững sau mổ qua theo dõi chúng tôi gặp ở 2 bệnh nhân tương tự báo cáo của Nockel và cộng sự, ngược lại trong báo cáo của Kraus và cộng sự chỉ ra 36% mất vững tái phát sau mổ cố định cổ chẩm (3,4,7). Hai trường hợp mất vững sau khi mổ 1 năm với biểu hiện lâm sàng đau vùng cổ tăng dần, chụp XQ và CT có hình ảnh lỏng vít vùng chẩm và gãy rod. Cả hai trường hợp này chúng tôi đều tiến hành phẫu thuật lại thay vít, rod và ghép xương vùng cổ chẩm.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật làm vững vùng bản lề cổ chẩm bằng nẹp vít là lựa chọn thích hợp cho các thương tổn vùng này kể cả trong chấn thương cũng như bệnh lý. Tuy nhiên chỉ định rất hạn chế đòi hỏi mỗi bệnh nhân cần được phân tích kỹ trước phẫu thuật. Kỹ thuật này mang lại hiệu quả cho bệnh nhân, ít xảy ra biến chứng nhưng đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm và nắm chắc giải phẫu vùng này. Phẫu thuật này cũng cần được áp dụng trong các trung tâm y tế có đầy đủ trang thiết bị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alexander R.Vaccaro, Moe R.Lim, Joon Y Lee:** Indications for surgery and stabilization techniques of the occipito-cervical junction. *Injury, Int. J. Care Injured*(2005)36:44-53.
- A. Prescher:** The craniocervical junction in man, the osseous variations, their significance and differential diagnosis. *Ann Anat* (1997) 179: 1-19
- Arnold H.Menezes, MD:** Occipitocervical Fixation. *World Neurosurgery* 73 (2010)6:635-637.
- Corbett D. Winegar, MD., James P. Lawrence, MD., Brian C. Friel, BA., Carmella Fernandez, MD., Joseph Hong, BS., Mitchell Maltenfort, PhD., Paul A. Anderson, MD., and Alexander R.Vaccaro, MD, PhD:** A systematic review of the occipital cervical fusion: techniques and outcomes. *J Neurosurg Spine* (2010)13:5-16
- George Sapkas, Stamatios A.Papadakis, Dimitrios Segkos, Kontatinos Kateros, George Tsakotos and Pavlos Katonis:** Posterior Instrumentation for Occipitocervical Fusion. *The Open Orthopaedics Journal* (2011)5: 209-218.
- Ihab Zidan, Wael Fouad:** Occipitocervical fixation in the management of craniocervical instabilities. *Alexandria Journal of Medicine* (2011) 47:185-192.
- Russ P.Nockels. MD., Christopher I. Shaffrey, MD., Adam S. Kanter, MD., Syed Azeem, MD., and Julie E.York, MD:** Occipitocervical fusion with rigid internal fixation: long-term follow-up data in 69 patients. *J Neurosurg Spine* (2007)7:117-123.
- R. Todd Allen, MD, PhD., Robert Decker, MD., Jae Taek Hong, MD., and Rick Sasso, MD:** Complications of Occipitocervical Fixation. *Spine surgery*(2009):167-176.
- Vincenzo Denaro MD, Alberto Di Martino MD, PhD:** Cervical Spine Surgery an Historical Perspective. *Clin Orthop Relat Res* (2011) 469:639-648

KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI NHIỆT ĐỘ BỀ MẶT DA KHI NHĨ CHÂM HUYỆT NHĨ THẦN MÔN TRÊN NGƯỜI TÌNH NGUYỆN KHỎE MẠNH

Bùi Phạm Minh Mẫn¹, Phạm Hoàng Mẫn¹, Trịnh Thị Diệu Thường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Rất nhiều công trình nghiên cứu cũng như trong điều trị lâm sàng đều sử dụng huyết Nhĩ thần môn với nhiều tác dụng: giảm đau, giảm lo âu,

cai thuốc, Hiện nay, nhiều nghiên cứu được tiến hành khảo sát tác dụng của nhĩ châm trong lâm sàng. Với mong muốn tăng bằng chứng về hiệu quả của Nhĩ châm trong điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn trên người khỏe mạnh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thực nghiệm bắt chéo trên 80 người khỏe mạnh, được chia làm 2 nhóm: nhóm can thiệp được nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn và nhóm chứng được giả nhĩ châm. **Kết quả:** Nhiệt độ da sau nhĩ châm tại huyết Nhĩ thần môn, vùng tai và vùng chi phối bởi nhánh V3 hai bên tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,05$). Nhiệt độ da sau giả nhĩ châm tại huyết Nhĩ thần môn

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Cục Quản lý Y Dược cổ truyền, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Diệu Thường

Email: thuongtd.ydct@moh.gov.vn

Ngày nhận bài: 23.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024

và vùng chi phổi bởi nhánh V1, V2 và V3 khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p > 0,05$). **Kết luận:** Nhiệt độ sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn tại chỗ châm và vùng V3 chi phổi đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp.

Từ khóa: nhĩ châm, huyết Nhĩ thần môn.

SUMMARY

VARIATIONS OF SKIN TEMPERATURE AS THE EFFECT OF AURICULAR ACUPUNCTURE AT SHEN MEN POINT IN HEALTHY VOLUNTEERS

Objectives: Many studies and clinical treatments have used Shen men auricular points with many effects: pain relief, anxiety relief, smoking cessation, insomnia Nowadays, many studies have investigated the clinical effects of auricular acupuncture. With the desire to increase evidence of the effectiveness of ear acupuncture in treatment. We conducted a study on variations of skin temperature as the effect of auricular acupuncture at Shen men point in healthy volunteers. **Subjects and Methods:** The controlled cross-over trial study divided 80 healthy volunteers into two groups: The intervention group received auricular acupuncture and the control group received sham auricular acupuncture. **Results:** The skin temperature after auricular acupuncture at Shen men point, region ear and region innervated by branch V3 on both sides increased significantly compared to which before intervened ($p < 0.05$). The skin temperature after sham auricular acupuncture at Shen men point, region innervated by branches V1, V2, and V3 was no significant compared to the before intervened ($p > 0.05$). **Conclusion:** The skin temperature after auricular acupuncture at Shen men point, and the region innervated by branch V3 on both sides increased significantly compared to the before intervened. **Key words:** auricular acupuncture, Shen men point (TF4).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhĩ châm là một phương pháp châm cứu hiệu quả được ứng dụng ngày càng phổ biến để chẩn đoán và điều trị các bệnh mạn tính, cấp tính, các vấn đề về sức khỏe của các bộ phận trên cơ thể mà ít gây ra tác dụng phụ [6]. Và huyết thường được sử dụng trong điều trị nhĩ châm bởi tính ứng dụng cao là huyết Nhĩ thần môn (TF4) với các tác dụng giảm đau, giảm lo lắng, an thần, giảm ngứa, giảm cai nghiện, ... đã được nghiên cứu chứng minh [4, 6]. Hiện nay, ngày càng nhiều công trình nghiên cứu được tiến hành nhằm khảo sát hiệu quả của nhĩ châm trong điều trị bệnh lý, đồng thời khẳng định tác dụng của nhĩ châm trong ứng dụng đơn trị và kết hợp trên lâm sàng [4,6].

Theo sinh lý học, thân nhiệt chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Khi bề mặt da cơ thể tiếp xúc với các kích thích tùy theo mức độ, các phản ứng sinh học tại bề mặt tiếp xúc sẽ hình thành các hoá chất trung gian cũng như những thành phần

khác mà gây ra các hiện tượng ngoài da [3]. Hơn nữa, theo lý luận y học cổ truyền, khi tác động vào các huyết sẽ có phản ứng tại chỗ mà ảnh hưởng đến khí huyết của kinh lạc tương ứng, từ đó hỗ trợ trong chẩn đoán và điều trị bệnh [6]. Dựa theo các thuyết trên, nhiều nghiên cứu đã chứng minh và đưa ra bằng chứng cho mối quan hệ này trong các thử nghiệm thể châm thông qua các thiết bị điện tử hiện đại [2]. Tuy nhiên cho đến hiện tại, chúng tôi vẫn chưa ghi nhận được các nghiên cứu nào khảo sát về mối quan hệ giữa huyết và thay đổi nhiệt độ khi nhĩ châm. Vậy để khảo sát hiệu quả của nhĩ châm. Chúng tôi sẽ khảo sát sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn trên người tình nguyện khỏe mạnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Nam, nữ khỏe mạnh, tuổi từ 18 – 30 tuổi, BMI 18.5 – 22,9 kg/m²
- Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu
- Tinh thần tỉnh táo, tiếp xúc tốt
- Thang điểm đánh giá trầm cảm, lo âu, stress DASS 21 trong giới hạn bình thường.
- Không tiền sử mắc các bệnh sau: bệnh lý tuyến giáp, rối loạn thần kinh tự chủ và các bệnh THA, ĐTĐ, các bệnh hô hấp (hen, viêm phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) qua hỏi tiền căn và bệnh sử.
- Người tham gia nghiên cứu không được điều trị nhiệt trị liệu vùng tai, hàm mặt như châm cứu, giác hơi, dán hoặc massage trước đó 01 ngày.

- Dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường: Mạch và tần số tim đều; Tần số tim lúc nghỉ: 60 – 100 lần/phút; Huyết áp lúc nghỉ: 90/60 mmHg < Huyết áp ĐTNC < 140/90 mmHg; Nhịp thở lúc nghỉ: 16±3 lần/phút; Nhiệt độ: 36.6 – 37.5°C; SpO₂ ≥ 95%

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sử dụng chất kích thích: rượu, bia, cà phê, thuốc lá trong vòng 24 giờ trước nghiên cứu.
 - Chơi thể thao, vận động mạnh trước khi tiến hành nghiên cứu 2 giờ.
 - Da vùng nhĩ áp, vùng khảo sát có tổn thương, vết thương chưa phục hồi, bị lang ben, chàm.
 - Phụ nữ trong giai đoạn hành kinh hoặc có thai hoặc cho con bú.
 - Đang dùng các thuốc gây dẫn mạch.
 - Các bệnh lý vùng mặt.
- Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu:**
- Đối tượng nghiên cứu không đồng ý tiếp

tự tham gia nghiên cứu.

- Đối tượng nghiên cứu có biểu hiện vệt thâm: mặt nhợt nhạt, vã mồ hôi, bồn chồn, buồn nôn, ngất, tay chân lạnh.

Biến số kết cuộc

Nhiệt độ bề mặt da: biến định lượng, là nhiệt độ tại điểm và khu vực lân cận tai sau cài kim. Được đo nhiệt độ bằng máy đo nhiệt Flir C5 do Estonia sản xuất. Đơn vị tính nhiệt độ Celcius (°C).

Phương tiện nghiên cứu: Máy camera hồng ngoại FLIR C5 do Estonia sản xuất.

Thông số kĩ thuật:

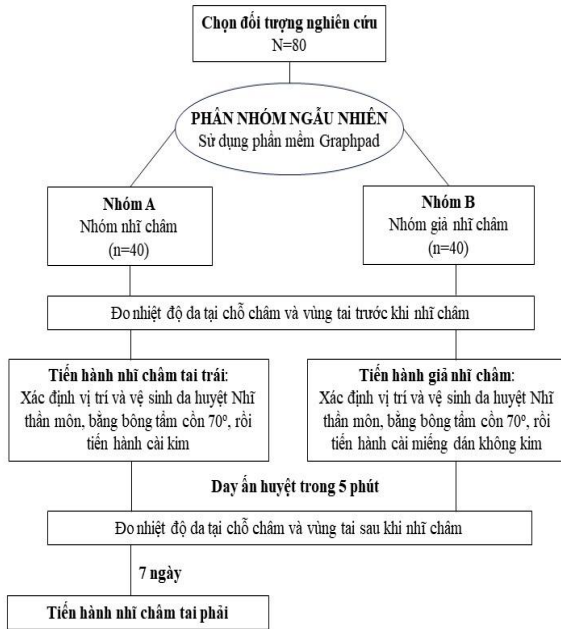
- Cảm biến hồng ngoại: 160 x 120 (19200 pixels)

- Độ nhạy nhiệt độ: <70 mK (<0.05 °C)

- Dải đo nhiệt độ: -20 °C đến +400 °C

- Độ chính xác: ±3% của giá trị đọc.

Sơ đồ nghiên cứu:



2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu thực nghiệm bắt chéo có đối chứng.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức:

$$n \geq \left(\frac{1,96}{m}\right)^2 \times p(1 - p)$$

Với m = 0,1; p = 0,71 [5], tính được 80 người tình nguyện thỏa các tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 2. So sánh nhiệt độ bề mặt da trước và sau khi nhĩ châm mỗi 2 bên tai và giả nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn

Vị trí	Thời điểm	Nhĩ châm tai trái Mean±SD	Giả nhĩ châm Mean±SD	Nhĩ châm tai phải Mean±SD
Huyết Nhĩ	Trước	33.5 ± 1.09**	33.9 ± 1.36	33.8±1.33**

Phương pháp can thiệp: Vị trí huyết Nhĩ thần môn (TF4): nằm ở một nửa trên của 1/3 ngoài hố tam giác [4, 6].



Hình 1. Vị trí huyết Nhĩ thần môn trên tai [4]

Y đức: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 58/HĐĐĐ-TP.HCM ngày 17/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tổng số người tình nguyện đã tham gia nghiên cứu: 80

Số người tình nguyện phải ngưng trước khi kết thúc: 0

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Đặc điểm phân bố theo giới tính và tuổi

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố giới tính và tuổi của hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm can thiệp n=40	Nhóm chứng n=40	p
Giới tính (n, %)			
Nam	11 (27,5)	9 (22,5)	0,606*
Nữ	29 (72,5)	31 (77,5)	
Tuổi (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	26,21 ± 3,85	25,96 ± 3,98	1**

* Kiểm định chi bình phương

** Kiểm định t

Nhận xét: Đặc điểm phân bố về giới tính và tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0.05).

3.2. Nhiệt độ bề mặt da trước và sau khi nhĩ châm và giả nhĩ châm huyết thần môn. Nghiên cứu thực hiện trên 202 người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM – Cơ sở 3.

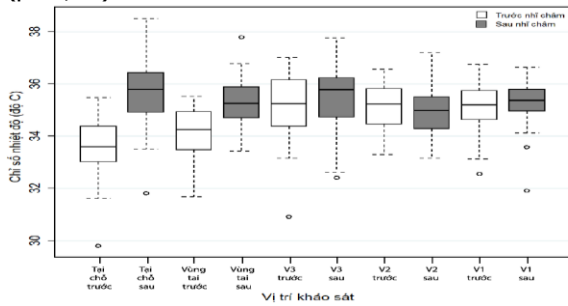
3.3. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng RLTH và tỷ lệ các triệu chứng RLTH theo YHCT trên người bệnh hậu COVID-19

thần môn	Sau	35.6 ± 1.19**	33.6 ± 1.32	35.6±1.20**
Vùng tai	Trước	34.1 ± 0.90**	34.3 ± 1.04	34.2 ± 1.24**
	Sau	35.3 ± 0.89**	33.9 ± 1.06	35.3 ± 0.99**
V1	Trước	35.1 ± 0.95	35.0 ± 1.35	35.3 ± 1.51
	Sau	35.3 ± 0.89	35.1 ± 1.57	35.6 ± 0.88
V2	Trước	35.2 ± 0.82	35.3 ± 0.83	35.0 ± 1.18
	sau	35.0 ± 0.96	35.1 ± 0.91	35.1 ± 1.19
V3	Trước	34.9 ± 0.81*	35.2 ± 1.32	35.2±1.17*
	sau	35.3 ± 0.87*	35.1 ± 1.38	35.7± 1.08*

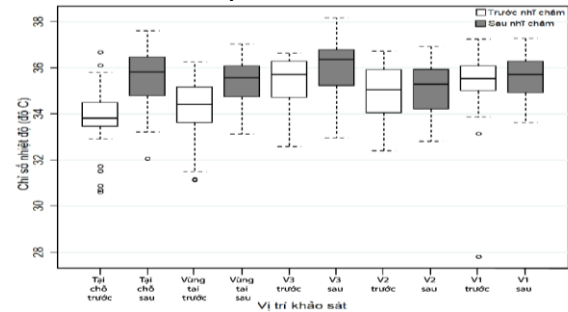
*Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, phép kiểm t-test bất cặp

**Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0.0001$, phép kiểm t-test bất cặp

Ở nhóm nhĩ châm, nhiệt độ da sau nhĩ châm tại huyết Nhĩ thần môn, vùng tai và vùng chi phối bởi nhánh V3 hai bên tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,05$), trong khi nhiệt độ da ở các vùng được chi phối bởi nhánh V1 và V2 ở cả hai bên trước và sau can thiệp khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở nhóm giả nhĩ châm, nhiệt độ da sau nhĩ châm tại huyết Nhĩ thần môn, vùng tai và vùng chi phối bởi nhánh V1, V2 và V3 hai bên khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Sự thay đổi nhiệt độ trước và sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn bên tai trái tại các vị trí khảo sát



Biểu đồ 2. Sự thay đổi nhiệt độ trước và sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn bên tai phải tại các vị trí khảo sát

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 80 người tình nguyện khỏe mạnh được chia thành 2 nhóm: nhóm can thiệp và nhóm chứng, đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình và giới tính ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đây được xem là điều kiện cần để đảm bảo an toàn cho người tình nguyện trước khi tiến hành tham gia nghiên cứu, đồng thời việc phân bố ngẫu nhiên người tham gia nghiên cứu vào hai nhóm như đã tiến hành đảm bảo tính chính xác và khách quan khi so sánh hai nhóm.

Kết quả cho thấy nhiệt độ sau khi nhĩ châm ở tại chỗ châm và vùng tai đều tăng trung bình khoảng 1 – 3 độ có ý nghĩa thống kê so với nhiệt độ trước khi nhĩ châm ở cả 2 bên tai ($p < 0,05$). So với nghiên cứu nhĩ châm, Chen và cộng sự (1992) nghiên cứu đối chứng sử dụng nhiệt kế bán dẫn để đo nhiệt độ tai trước và sau khi châm các huyết ở tai. Người ta thấy rằng nhiệt độ da ở tai sau khi điều trị cao hơn đáng kể so với trước khi châm ($p < 0,001$) [9]. Xu Dongmei và cộng sự (1996) nghiên cứu đối chứng bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ và người khỏe mạnh về sự thay đổi nhiệt độ ở da vùng tai khi bấm huyết Cổ. Kết quả cho thấy nhiệt độ da ở cổ trước và sau khi kích thích huyết cổ ở nhóm thoái hóa cột sống cổ nhiệt độ tăng lên rõ sau khi bị kích thích ($P < 0,001$), và không có sự khác biệt đáng kể ở nhóm khỏe mạnh ($P > 0,05$) [10]. Có sự khác biệt này là do một số huyết ở tai chỉ phản ứng nếu có vấn đề xảy ra với bộ phận cơ thể tương ứng. Trừ các huyết Zero, Nhĩ thần môn hoặc một số huyết chính khác luôn phản ứng và tìm được bằng máy dò huyết điện [6]. Như vậy, ở nghiên cứu của Xu Dongmei, sử dụng huyết cổ là huyết chỉ phản ứng ở người bệnh thoái hóa cột sống cổ và không phản ứng với người khỏe mạnh, nên kết quả ghi nhận nhiệt độ chỉ tăng khi kích thích huyết cổ trên người bệnh. Như vậy, sự tăng nhiệt độ trước và sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn là hợp lý và phù hợp với cảm giác đặc khí ấm mà đối tượng tham gia đã mô tả.

Dựa trên sự phân bố thần kinh của tai và vị trí huyết Nhĩ thần môn ở hố tam giác nằm trong vùng chi phối của dây thần kinh V [4]. Dây thần kinh sinh ba liên quan đến chi phối cảm giác vùng mặt, có sự phân bố nhánh tận đến vùng da loa tai và có sự dẫn truyền hướng tâm những kích thích cơ học tác động lên đó. Nên chúng tôi tiếp tục khảo sát nhiệt độ vùng da do dây thần kinh sinh ba chi phối – là dây thần kinh bị tác động khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn. Kết quả ghi nhận nhiệt độ sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn bên phải ở V3 tăng có ý nghĩa thống kê so với nhiệt độ trước khi nhĩ châm ($p < 0,05$). Kết quả này có được là do (1) sự phân bố thần kinh của dây thần kinh sinh ba được hình thành từ ba bộ phận: nhánh khoa (V1), hàm trên (V2) và hàm dưới (V3). Trong đó, V1 và V2 hoàn toàn là cảm giác, trong khi V3 có cả thành phần cảm giác và vận động. (2) số lượng của các sợi thần kinh của dây thần kinh sinh ba, sợi cao nhất ở vùng V3, tức là 78.000, tiếp theo là V2 với 50000 và V1 với 2600 sợi. Rễ vận động và cảm giác lần lượt có 7700 và 170000 sợi. (3) đường kính trung bình của ba nhánh thần kinh sinh ba. Các dây thần kinh V1 và V2 có đường kính sợi tối đa của chúng trung bình là 14,5 micron. Hầu hết dây thần kinh V3 đường kính gần giống với các dây thần V1, và V2, nhưng ở một số sợi có đường kính lớn hơn với đường kính tối đa là 19,3 micron. (4) vận tốc dẫn truyền ở rễ vận động V3 được ước tính vào khoảng 55–68 m/s so với 52 m/s đối với dây thần kinh V1 và 54 m/s đối với V2 [7]. Tất cả đều giải thích cho sự tăng nhiệt độ trước và sau vùng V3 khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn, còn V1 và V2 thì không tăng và khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Nhiệt độ sau khi giả nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn ở vị trí khảo sát khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhiệt độ trước khi nhĩ châm ($p > 0,05$). Kết quả cho thấy mức độ tác động của việc giả nhĩ châm không có ý nghĩa. Và sự chênh lệch nhiệt độ do nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn không bị ảnh hưởng bởi yếu tố tâm lý hay tác động nhiệt từ việc day ấn huyết ở tai. Kết quả này giống với nghiên cứu Xu Dongmei và cộng sự sau khi day bấm huyết Cổ trên người tình nguyện khỏe mạnh thì không có sự thay đổi nhiệt độ da nào [10].

Như vậy, sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn sẽ làm tăng nhiệt độ tại chỗ châm, vùng tai và V3 - vùng da theo tiết đoạn thần kinh chi phối huyết Nhĩ thần môn.

Dựa trên sự gia tăng nhiệt độ sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn tại các vị trí khảo sát,

đặc biệt là nhánh V3 của dây thần kinh sinh ba chi phối cho thấy, mối liên hệ giữa nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn và hệ thần kinh giao cảm, phó giao cảm thông qua cơ chế sinh nhiệt và thải nhiệt của cơ thể. Kết quả này phù hợp với với hai cơ chế điều hòa thân nhiệt của cơ thể.

Về giải phẫu thần kinh thì các sợi giao cảm và phó giao cảm sẽ đi cùng với dây thần kinh sinh ba – là nhánh thần kinh chi phối huyết Nhĩ thần môn. Khi có kích thích cơ học hoặc nhiệt sẽ tác động đến hệ thần kinh giao cảm và phó giao cảm gây biểu hiện tăng thân nhiệt và các biểu hiện tăng tiết khác. Có được sự thay đổi này là do (1) kích thích giao cảm sẽ ảnh hưởng nồng độ norepinephrine và epinephrine trong máu có thể làm tăng ngay lập tức tốc độ chuyển hoá tế bào. Epinephrine và norepinephrin làm tăng tốc độ chuyển hóa năng lượng, năng lượng biến thành nhiệt năng mà không dự trữ dưới dạng ATP: tạo nhiệt nhanh nhưng ngắn hạn; (2) cơ thể sẽ làm tăng mức thải nhiệt thông qua hệ thống thần kinh phó giao cảm, dẫn các mạch dưới da và tăng tiết mồ hôi sẽ gây tăng nhiệt độ [1].

Ngoài ra, dòng máu từ trung tâm cơ thể tới da cung cấp sự truyền nhiệt. Khi lưu lượng máu qua mạch máu tĩnh mạch cao thì nhiệt được đưa từ trong sâu ra da, ngược lại khi lưu lượng máu qua tĩnh mạch thấp, thì nhiệt được giữ sâu bên trong cơ thể. Hệ thống thần kinh giao cảm chi phối độ co mạch của các tiểu động mạch và hệ thống nổi trực tiếp động mạch, tĩnh mạch để cung cấp máu cho mạng tĩnh mạch của da, nên có nhiệm vụ quan trọng trong quá trình thải nhiệt của cơ thể [3]. Giải phẫu mạch máu tai cho thấy, tai được cung ứng máu đầy đủ gồm động mạch thái dương nông và động mạch tai sau – là nhánh của động mạch cảnh ngoài [8]. Và huyết Nhĩ thần môn nằm ở hố tam giác được cung ứng bởi động mạch nhĩ thất trước trên [8].

Như vậy, lý luận trên cho thấy sự gia tăng nhiệt độ có ý nghĩa sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn tại các vị trí khảo sát, đặc biệt là nhánh V3 của dây thần kinh sinh ba chi phối cho thấy, mối liên hệ giữa nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn và hệ thần kinh giao cảm, phó giao cảm thông qua cơ chế sinh nhiệt và thải nhiệt của cơ thể.

V. KẾT LUẬN

Nhiệt độ sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn tại chỗ châm và vùng V3 chi phối đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp.

VI. LỜI CẢM ƠN

Đề tài nghiên cứu được tài trợ một phần bởi

Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến Khoa Y học cổ truyền đã tạo điều kiện cho sử dụng phòng Châm cứu thực nghiệm để thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Sinh lý học Đại học Y Dược TP.HCM. Sinh lý học y khoa. Nhà xuất bản Y học. 2018:260-275.
2. Vũ Thanh Liêm, Trịnh Thị Diệu Thường. Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ da vùng thắt lưng khi châm tả huyết Uy trung thuộc nhóm lục tống huyết. Tạp chí Y học thực hành. 2017;7:107-109.
3. Phạm Đình Lưu. Điều hòa thân nhiệt, Sinh lý học Y khoa. Nhà xuất bản Y học. 2008:44-56.
4. Trịnh Thị Diệu Thường. Châm cứu học 2. Nhà xuất bản Y học. 2018:94-112.

5. Hui K. K, Nixon E. E, Vangel M.G et al. Characterization of the "deqi" response in acupuncture. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2007;7(1):1 – 16, 33.
6. Landgren K. Ear Acupuncture - a practice guide. Churchill Livingstone. XVI. 2008:232p.
7. Pennisi E, Cruccu G, Manfredi M, Palladini G. Histometric study of myelinated fibers in the human trigeminal nerve. J Neurol Sci. 1991;105(1):22-8.
8. Zilinsky I, Erdmann D, Weissman O, et al. Reevaluation of the arterial blood supply of the auricle. J Anat. 2017;30(2):315-324.
9. 徐冬梅, 曹淑珍. 按压耳廓颈穴对颈部皮温的影响. 贵阳医学院学报. 1996.21(3):191-192.
10. 陈又新. 按压耳穴对耳廓皮温的影响 (中国人民解放军第一七七医院 510317). 1992:1005 – 0957.

QUAN ĐIỂM Y HỌC HIỆN ĐẠI VÀ Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH SAU ZONA

Lê Minh Hoàng*, Nguyễn Thị Minh Châu*, Trần Thị Thảo Vân*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau sau Zona hay còn gọi đau thần kinh sau Zona là một trong những biến chứng thần kinh thường gặp nhất sau khi mắc bệnh, là một tình trạng đau dai dẳng đặc trưng bởi cơn đau kéo dài từ nhiều tháng đến nhiều năm, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, chất lượng giấc ngủ và khả năng tham gia các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Đau sau Zona thường dễ chẩn đoán nhưng việc điều trị khỏi hoàn toàn cơn đau vẫn là vấn đề cần được quan tâm. Trong những năm gần đây, các nhà nghiên cứu đã tập trung thực hiện nhiều liệu pháp điều trị đạt kết quả khả quan nhằm giảm thiểu cơn đau, cải thiện chất lượng cuộc sống mà an toàn với người bệnh bằng Y học hiện đại và Y học cổ truyền. **Mục tiêu nghiên cứu:** nghiên cứu tổng quan góc nhìn y học hiện đại và y học cổ truyền trong điều trị đau thần kinh sau Zona nhằm cập nhật một số phương thức đã được thực hiện nghiên cứu mang lại bằng chứng đáng tin cậy, thuyết phục, được các bác sĩ lâm ứng dụng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Quy trình tổng quan được tiến hành thông qua việc tìm kiếm và tổng hợp thông tin cơ sở dữ liệu từ PubMed, Google Scholar cho các nghiên cứu liên quan đến đau thần kinh sau Zona. **Kết luận:** Mỗi phương pháp đều có bằng chứng đạt hiệu quả điều trị nhưng vẫn còn ít tác dụng phụ được báo cáo, các thủ thuật có tính chất xâm lấn cần phải đánh giá cẩn thận tỷ lệ rủi ro-lợi ích trước khi dùng. Vì vậy, trong điều trị

cần phối hợp đa phương thức để đạt được kết quả mong muốn. Bằng chứng hiện tại không đủ để xác định phương pháp điều trị can thiệp tốt nhất. Các nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, các phân tích tổng hợp hệ thống cho thấy sự kết hợp các phương pháp mang lại sự tối ưu cho bệnh nhân

Từ khóa: Zona, đau dây thần kinh sau Herpes

SUMMARY

PERSPECTIVES OF MODERN MEDICINE AND RADITIONAL MEDICINE IN THE TREATMENT OF POST-HERPETIC NEURALGIA

Background: Post-herpetic pain, or post-herpetic neuralgia, is a common neurological complication that can occur after a person has had shingles. It is a chronic pain condition that can last for months or even years and can have a significant impact on a patient's quality of life, ability to sleep, and ability to participate in daily activities. Pain after shingles is often easy to diagnose, but completely curing the pain is still an issue that needs attention. In recent years, researchers have focused on implementing many treatments with positive results to reduce pain, improve quality of life, and be safe for patients using modern medicine and traditional medicine. **Objectives:** An overview of modern medicine and traditional medicine perspectives in treating post-herpetic neuralgia will update several methods that have been researched to provide reliable and convincing evidence accepted by clinicians. **Materials and methods:** The review process involved searching and synthesizing studies related to post-herpetic neuralgia from PubMed and Google Scholar databases. **Conclusion:** Each method has evidence of therapeutic effectiveness, but with few reported side effects, invasive procedures require

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Châu

Email: mc.nguyen1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024