

hiện ở sáu bệnh nhân [7]. Nhìn chung tỉ lệ gặp tác dụng phụ là rất thấp.

V. KẾT LUẬN

Thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em là một bệnh lý thường gặp, tỉ lệ mắc bệnh còn cao. Việc điều trị bổ sung sắt qua đường uống cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện triệu chứng lâm sàng và các chỉ số cận lâm sàng ở trẻ. Đồng thời đây cũng là phương pháp điều trị an toàn, ít gây các tác dụng phụ hay tác dụng không mong muốn cho bệnh nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2011). Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System.
2. **Bộ Y tế** (2021). "Kế hoạch hành động thực hiện Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng đến năm

2025" theo Quyết định 1294 – QĐ/BYT ngày 19/5/2022.

3. **Nguyễn Thị Trang** (2017), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
4. **Joo E.Y., Kim K.Y., Kim D.H. et al.** (2016). Iron deficiency anemia in infants and toddlers. *Blood Res*, 51(4), 268–273.
5. **Trần Thị Loan** (2019): Nghiên cứu các thông số của hồng cầu và hồng cầu lưới trên bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt và Thalassemia trên tạp chí Y học - thành phố Hồ Chí Minh tập 23, số 6, 343-348.
6. **Naqash A., Ara R., và Bader G.N.** (2018). Effectiveness and safety of ferric carboxymaltose compared to iron sucrose in women with iron deficiency anemia: phase IV clinical trials. *BMC Women's Health*, 18(1), 6.
7. **Rathod S., Samal S.K., Mahapatra P.C. et al.** (2015). Ferric carboxymaltose: A revolution in the treatment of postpartum anemia in Indian women. *Int J Appl Basic Med Res*, 5(1), 25–30.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA TÁC ĐỘNG CỘT SỐNG KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ HỒNG NGOẠI TRỊ LIỆU TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY

Phạm Quốc Bình¹, Nguyễn Tiên Chung¹,
Đỗ Văn Duân¹, Nguyễn Việt Anh¹, Lê Thị Tĩnh Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại trị liệu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 70 bệnh nhân từ 30 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán là đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo YHHTD và chứng Tý thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư theo YHCT. Nhóm nghiên cứu (35 bệnh nhân): điện châm, hồng ngoại trị liệu, tác động cột sống. Nhóm đối chứng (35 bệnh nhân): điện châm, hồng ngoại trị liệu, xoa bóp bấm huyệt. **Kết quả:** Sau 15 ngày điều trị, mức độ đau theo thang điểm VAS, tầm vận động cột sống cổ giữa 2 nhóm đều có sự cải thiện tốt ($p < 0,05$ so với thời điểm trước điều trị), tương đương nhau ($p > 0,05$). Nhóm người bệnh có tầm vận động cột sống cổ hạn chế nhiều có kết quả điều trị kém hơn so với các nhóm khác ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp tác động cột sống kết hợp với điện châm và hồng ngoại trị liệu là phương pháp an toàn, có tác dụng giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống tương đương với phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm và hồng ngoại trị liệu. Bệnh nhân

có tầm vận động cột sống cổ hạn chế nhiều sẽ có kết quả điều trị kém hơn. **Từ khóa:** Y học cổ truyền, tác động cột sống, đau vùng cổ gáy

SUMMARY

STUDYING THE EFFECTS OF SPINAL MANIPULATION COMBINED WITH ELECTROACUPUNCTURE AND INFRARED IN THE TREATMENT OF CERVICALGIA

Objective: Evaluate the results of treatment of neck pain due to cervicalgia due to spinal spondylosis using spinal manipulation combined with electroacupuncture and infrared therapy. **Subjects and methods:** 70 patients aged 30 years or older, regardless of gender or occupation, were diagnosed with cervicalgia due to spinal spondylosis according to Traditional Medicine and liver-kidney deficiency combined with wind-cold Bizheng according to traditional medicine. Research group (35 patients): electroacupuncture, infrared therapy, spinal manipulation. Control group (35 patients): electroacupuncture, infrared therapy, acupressure. **Results:** After 15 days of treatment, the level of pain according to the VAS scale and the range of motion of the cervical spine between the 2 groups both improved well ($p < 0.05$ compared to the time before treatment), and were similar ($p > 0.05$). The group of patients with limited range of motion of the cervical spine had poorer treatment results than other groups ($p < 0.05$). **Conclusion:** The spinal manipulation method combined with electro-acupuncture and infrared therapy is a safe method, has the effect of

¹Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Bình

Email: phamquocbinh68@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

reducing pain, improving spinal range of motion equivalent to the acupressure method combined with electro-acupuncture and Infrared therapy. Patients with limited range of motion of the cervical spine will have poorer treatment results. **Keywords:** Traditional medicine, spinal manipulation, cervicalgia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau vùng cổ gáy là bệnh lý rất thường gặp trong lâm sàng y học cổ truyền. Bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên, với biểu hiện chính là đau và hạn chế vận động vùng cổ gáy. Bệnh không chỉ phổ biến ở những người cao tuổi mà còn hay gặp ở người trong độ tuổi lao động. Điều trị nội khoa và vật lý trị liệu là lựa chọn hàng đầu, trong đó hồng ngoại trị liệu là phương pháp nhiệt trị liệu có tác dụng tốt trong điều trị các chứng đau được sử dụng rộng rãi [7], [8].

Phương pháp tác động cột sống (TĐCS) do lương y Nguyễn Tham Tấn sáng lập và phát triển đã vận dụng thành công trong điều trị các bệnh lý về cột sống và các hệ cơ quan. Đây là phương pháp điều trị hoàn toàn bằng tay tác động lên cột sống và vùng lân cận để chẩn đoán và điều trị bệnh [1]. Tuy nhiên, chưa có công bố nào về hiệu quả của phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại trị liệu trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa. Vì vậy, để có thêm bằng chứng khoa học, góp phần cung cấp thêm minh chứng về một phương án điều trị đau vùng cổ gáy, thêm lựa chọn cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại trị liệu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 70 bệnh nhân từ 30 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán là đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ theo YHHĐ và chứng Tý thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư theo YHCT [2], [3]

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh kết quả trước và sau điều trị, có nhóm chứng

- Nhóm nghiên cứu (NNC: 35 bệnh nhân):

Thực hiện các phương pháp điều trị lần lượt theo thứ tự: điện châm, hồng ngoại trị liệu, tác động cột sống.

- Nhóm đối chứng (NĐC: 35 bệnh nhân): Thực hiện các phương pháp điều trị lần lượt theo thứ tự: điện châm, hồng ngoại trị liệu, xoa bóp bấm huyệt.

Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ tương ứng của các nhóm trong liệu trình 15 ngày liên tục. Theo dõi và đánh giá kết quả tại các thời điểm: Bắt đầu nghiên cứu (D0) và sau điều trị 5, 10, 15 ngày (D5, D10, D15).

Chỉ tiêu để đánh giá hiệu quả điều trị:

Mức độ đau, đánh giá theo thang điểm VAS
Độ chênh lệch trung bình điểm đau VAS.

Tầm vận động cột sống cổ các động tác nghiêng phải, nghiêng trái, quay phải, quay trái.

Mối liên quan giữa tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, mức độ hạn chế tầm vận động và kết quả điều trị chung.

Tác dụng không mong muốn: Vệt châm, nhiễm trùng vị trí châm, đau tăng lên, tổn thương phần mềm cạnh cột sống, bầm tím, bong, ...

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y dược cổ truyền tỉnh Thanh Hóa

- Thời gian nghiên cứu: tháng 5/2022 đến tháng 10/2022

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm xử lý số liệu SPSS 20.0. Tính giá trị trung bình x và độ lệch chuẩn SD. So sánh giá trị trung bình của các nhóm bằng T-test, so sánh các tỷ lệ của các nhóm bằng kiểm định χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe người bệnh và được sự cho phép của Hội đồng đạo đức của Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam và sự đồng thuận của Bệnh viện Y dược cổ truyền tỉnh Thanh Hóa. Các thông tin thu thập từ bệnh nhân được giữ bí mật hoàn toàn. Khi tham gia nghiên cứu các bệnh nhân được giải thích rõ về mục đích, nắm được quyền lợi và trách nhiệm của mình, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị

Nhóm	Mức độ		Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa	Đau nặng	VAS ($\bar{X} \pm SD$)	p
NC (n=35)	D0	n	0	0	35	0	5,66 ± 0,48	p _{D5-D0} < 0,05 p _{D10-D0} < 0,05
		%	0	0	100	0		

	D5	n	0	6	29	0	4,31 ± 0,76	p _{D15-D0} < 0,05
		%	0	17,1	82,9	0		
	D10	n	0	29	6	0	2,74 ± 0,7	
		%	0	82,9	17,1	0		
	D15	n	19	16	0	0	0,86 ± 1,03	
		%	54,3	45,7	0	0		
ĐC (n=35)	D0	n	0	0	35	0	5,57 ± 0,5	p _{D5-D0} < 0,05 p _{D10-D0} < 0,05 p _{D15-D0} < 0,05
		%	0	0	100	0		
	D5	n	0	4	31	0	4,43 ± 0,7	
		%	0	11,4	88,6	0		
	D10	n	0	25	10	0	2,89 ± 0,87	
		%	0	71,4	28,6	0		
	D15	n	13	22	0	0	1,09 ± 1,01	
		%	37,1	62,9	0	0		
p	p _{D5-D0} > 0,05 p _{D10-D0} < 0,05 p _{D15-D0} < 0,05					p _{D0 (NC-ĐC)} > 0,05 p _{D5 (NC-ĐC)} > 0,05 p _{D10 (NC-ĐC)} > 0,05 p _{D15 (NC-ĐC)} > 0,05		

Nhận xét: Trước điều trị, 100% bệnh nhân ở cả hai nhóm đều có mức độ đau vừa, sau 5 ngày điều trị, tỷ lệ này giảm xuống còn 82,9% ở nhóm NC, 88,6% ở nhóm ĐC. Không có bệnh nhân không đau, bệnh nhân mức độ đau nhẹ tăng lên 17,1% ở nhóm NC, 11,4% ở nhóm ĐC. Sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Điểm đau trung bình ở cả hai nhóm tại thời điểm D5 đều giảm so với trước điều trị với p<0,05, nhóm NC giảm từ 5,66 ± 0,48 xuống 4,31 ± 0,76 (điểm), nhóm ĐC giảm từ 5,57 ± 0,5 xuống 4,43 ± 0,7 (điểm). Kết quả giảm đau của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

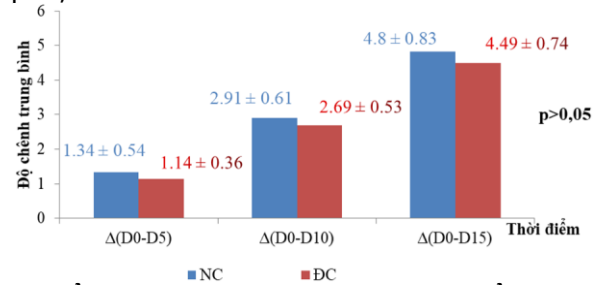
Trước điều trị, 100% bệnh nhân ở cả hai nhóm đều có mức độ đau vừa, tại thời điểm D10, tỷ lệ này giảm xuống còn 17,1% ở nhóm NC, 28,6% ở nhóm ĐC. Không có bệnh nhân không đau, bệnh nhân mức độ đau nhẹ tăng lên 82,9% ở nhóm NC, 71,4% ở nhóm ĐC. Sự thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Tại thời điểm D10 Kết quả giảm đau của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Tại thời điểm D15, ở cả hai nhóm không còn bệnh nhân mức độ đau vừa, tỷ lệ mức độ đau nhẹ tăng lên 45,7% ở nhóm NC, 62,9% ở nhóm ĐC, bệnh nhân không đau từ 0 tăng lên 54,3% ở

nhóm NC, tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 37,1%. Sự thay đổi so với trước điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Điểm đau trung bình ở cả hai nhóm sau 15 ngày điều trị giảm rõ rệt so với trước điều trị với p<0,05, nhóm NC giảm từ 5,66 ± 0,48 xuống 0,86 ± 1,03 (điểm), nhóm ĐC giảm từ 5,57 ± 0,5 xuống 1,09 ± 1,01 (điểm). Kết quả giảm đau của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.



Biểu đồ 1. Độ chênh trung bình điểm đau VAS của hai nhóm

Nhận xét: Sau 5 ngày, 10 ngày, 15 ngày điều trị có sự thay đổi rõ rệt độ chênh trung bình điểm đau VAS với p<0,05 ở cả hai nhóm. Tại thời điểm sau 5 ngày, 10 ngày, 15 ngày điều trị, độ chênh trung bình của nhóm NC có xu hướng cao hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 2: Sự thay đổi tầm vận động nghiêng trái, nghiêng phải tại các thời điểm

Thời điểm	Nghiêng trái (độ) (X±SD)		p	Nghiêng phải (độ) (X±SD)		p
	Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)		Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	
D₀	28,40 ± 4,09	28,69 ± 4,01	>0,05	28,34 ± 4,05	28,80 ± 4,31	>0,05
D₅	34,40 ± 4,15	34,00 ± 3,80	>0,05	34,20 ± 4,44	34,00 ± 3,80	>0,05

D₁₀	39,23 ± 5,08	39,06 ± 4,84	>0,05	39,46 ± 4,84	39,06 ± 3,83	>0,05
D₁₅	44,57 ± 4,75	43,86 ± 4,71	>0,05	44,71 ± 5,96	44,40 ± 5,49	>0,05
p(D₀-D₅)	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	
p(D₀-D₁₀)	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	
p(D₀-D₁₅)	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Sau 5 ngày, 10 ngày và 15 ngày điều trị, tầm vận động nghiêng trái ở cả hai nhóm tăng lên rõ rệt so với trước điều trị với $p < 0,05$. Sự khác biệt về tầm vận động nghiêng trái tại các thời điểm đánh giá điều trị giữa nhóm NC và ĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 5 ngày, 10 ngày và 15 ngày điều trị, tầm vận động nghiêng phải ở cả hai nhóm tăng lên rõ rệt so với trước điều trị với $p < 0,05$. Sự khác biệt về tầm vận động nghiêng phải tại các thời điểm đánh giá điều trị giữa nhóm NC và ĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3: Sự thay đổi tầm vận động quay trái, quay phải tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	Quay trái (độ) (X±SD)		p	Quay phải (độ) (X±SD)		p
	Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)		Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	
D₀	48,97 ± 2,86	49,09 ± 3,39	>0,05	47,11 ± 2,67	47,54 ± 2,69	>0,05
D₅	53,43 ± 3,28	53,09 ± 4,05	>0,05	53,57 ± 3,02	53,31 ± 3,89	>0,05
D₁₀	57,91 ± 4,17	57,23 ± 5,14	>0,05	58,11 ± 3,80	57,54 ± 4,86	>0,05
D₁₅	63,40 ± 5,42	62,46 ± 6,37	>0,05	63,60 ± 4,71	62,97 ± 5,70	>0,05
p(D₀-D₅)	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	
p(D₀-D₁₀)	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	
p(D₀-D₁₅)	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Sau 5 ngày, 10 ngày và 15 ngày điều trị, tầm vận động quay trái ở cả hai nhóm tăng lên rõ rệt so với trước điều trị với $p < 0,05$. Sự khác biệt về tầm vận động quay trái tại các thời điểm đánh giá điều trị giữa nhóm NC và ĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 5 ngày, 10 ngày và 15 ngày điều trị, tầm vận động quay phải ở cả hai nhóm tăng lên rõ rệt so với trước điều trị với $p < 0,05$. Sự khác biệt về tầm vận động quay phải tại các thời điểm đánh giá điều trị giữa nhóm NC và ĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Môi liên quan giữa tuổi, giới và kết quả điều trị chung

Kết quả	Nhóm	<60 tuổi		≥60 tuổi		OR	p	Nam		Nữ		OR	p
		n	%	n	%			n	%	n	%		
		NNC (n=35)	Tốt	6	54,5			18	75	0,4	>0,05		
Trung bình + Khá	5	45,5	6	25	4	36,4	7	29,2					
Tổng		11	100	24	100			11	100	24	100		

Nhận xét: Kết quả tốt, khá và trung bình phân bố đồng đều ở cả hai nhóm tuổi và cả hai giới với $p > 0,05$.

Bảng 5. Môi liên quan giữa thời gian mắc bệnh, mức độ hạn chế tầm vận động và kết quả điều trị chung

Kết quả	Nhóm	≤3 tháng		>3 tháng		OR	p	Hạn chế vừa		Hạn chế nhiều		OR	p
		n	%	n	%			n	%	n	%		
		NNC (n=35)	Tốt	19	73,1			5	55,6	2,1	>0,05		
Trung bình + Khá	7	26,9	4	44,4	0	0	11	42,3					
Tổng		26	100	9	100			9	100	26	100		

Nhận xét: Kết quả tốt, khá và trung bình phân bố đồng đều ở cả hai nhóm thời gian với $p > 0,05$. Tuy nhiên, bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≤ 3 tháng khả năng đáp ứng điều trị tốt gấp 2,1 lần so với thời gian >3 tháng. 100% kết quả tốt tập trung ở nhóm bệnh nhân có mức độ hạn chế vừa. Cho thấy mối quan hệ chặt chẽ giữa mức độ hạn chế vận động cột sống với kết quả điều trị: nhóm người bệnh có mức độ hạn

chế vừa có kết quả điều trị tốt hơn nhóm có mức độ hạn chế nhiều

Tác dụng không mong muốn: Trong quá trình điều trị 70 bệnh nhân ở cả hai nhóm, không ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào của các phương pháp can thiệp như: Vụng châm, nhiễm trùng vị trí châm, đau tăng lên, tổn thương phần mềm cạnh cột sống, bầm tím, bồng,...

IV. BÀN LUẬN

Đau là một cơ chế 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.

Trước điều trị, 100% bệnh nhân ở cả hai nhóm đều có mức độ đau vừa, sau 15 ngày điều trị, qua bảng 1 cho thấy, ở cả hai nhóm không còn bệnh nhân mức độ đau vừa, tỷ lệ mức độ đau nhẹ tăng lên 45,7% ở nhóm NC, 62,9% ở nhóm ĐC, bệnh nhân không đau tăng từ 0 lên 54,3% ở nhóm NC, tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 37,1%. Sự thay đổi so với trước điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm đau trung bình ở cả hai nhóm giảm rõ rệt so với trước điều trị với $p < 0,05$, nhóm NC giảm từ $5,66 \pm 0,48$ xuống $0,86 \pm 1,03$ (điểm), nhóm ĐC giảm từ $5,57 \pm 0,5$ xuống $1,09 \pm 1,01$ (điểm). Kết quả giảm đau của nhóm NC cũng có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cao hơn nghiên cứu của tác giả Mậu Tiến Dũng (2020) điểm VAS trung bình sau 20 ngày điều trị giảm từ $6,08 \pm 0,91$ (điểm) xuống còn $1,23 \pm 0,94$ n(điểm), tỷ lệ không đau và đau nhẹ tăng lên 22,5% và 72,5% [5]. Kết quả này có thể do sự kết hợp của các phương pháp khác nhau, cũng như tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân và cỡ mẫu trong các nghiên cứu khác nhau.

Đau vùng cổ gáy trong THCS chủ yếu do sự co cứng cơ và chèn ép các rễ thần kinh. Tác dụng giảm đau của điện châm, hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vùng cổ gáy đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu và đã được Bộ Y tế ban hành quy trình thực hiện [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm NC sử dụng tác động cột sống kết hợp với điện châm, hồng ngoại; nhóm ĐC sử dụng xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm, hồng ngoại trong điều trị đau vùng cổ gáy do THCS. Cả hai phác đồ điều trị đều có hiệu quả giảm đau rõ rệt so với trước điều trị.

Y học cổ truyền thì đau là do kinh lạc bị tắc trở khiến khí huyết không lưu thông gây đau, "thông bất thống, thống bất thông". Bên cạnh tác dụng của điện châm và hồng ngoại trị liệu, trong nghiên cứu, nhóm ĐC sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt, thông qua tác động vào huyết đạo và kinh lạc có thể điều hòa dinh vệ, hành khí hoạt huyết, thông được kinh lạc do đó làm giảm đau, điều hòa chức năng tạng phủ. Theo YHHD, xoa bóp bấm huyệt dưới tác động tại chỗ da, cơ, thần kinh, mạch máu có tác dụng

điều chỉnh công năng của hệ thống thần kinh, cải thiện quá trình hưng phấn và ức chế của vỏ não; cải thiện tuần hoàn máu và trao đổi chất tại chỗ; thúc đẩy sự khôi phục và năng lực tái sinh của tổ chức tế bào vùng bệnh. Khi có bệnh, tổn thương tại các cơ quan này là một kích thích tạo cung phản xạ bệnh lý, XBBH cũng là kích thích tạo ra một cung phản xạ mới ức chế cung phản xạ bệnh lý, có tác dụng giảm đau. Trong nghiên cứu, sử dụng các thủ pháp xoa, day, lăn, bóp tác động lên vùng da, gân, cơ, xương khớp tại chỗ. Các động tác này đều tác động vào các tổ chức cơ vùng vai gáy, bao khớp, dây chằng có tác dụng làm thư giãn cơ, giãn cơ, duỗi đốt sống, dưới tác động lên huyết của các động tác day huyết, ấn huyết, bấm huyết cũng chính là tác động vào khối cơ cạnh sống, kích thích các dây thần kinh cột sống chi phối chức năng các cơ quan bên trong cơ thể thông qua phản ứng tại chỗ và toàn thân từ đó giúp cho mô tổn thương dần hồi phục [3].

Nhóm NC sử dụng phương pháp tác động cột sống, tác động trực tiếp vào những trọng điểm, là những điểm đau nhất, điểm nóng nhất, điểm co cứng nhất trên vùng tổn thương, gây ra nhiều tác dụng tại chỗ và toàn thân. Tác động đúng điểm cơ cơ với lực và tần số phù hợp làm giãn cơ, đặc biệt là các sợi cơ cạnh sống như cơ thang, cơ ức đòn chũm, ... thông qua đó làm giảm đau, giãn cơ, giải phóng chèn ép. Khi sử dụng tần số tác động cột sống phù hợp làm thư giãn, tạo sóng cảm giác tại trọng điểm trên cột sống, cảm giác đau sẽ từ đau nhất đến giảm đau và hết đau hoàn toàn. Tác động đúng điểm cơ cơ với lực và tần số phù hợp làm giãn cơ, đặc biệt là các sợi cơ cạnh sống và các cơ giữa các đốt sống thông qua đó có tác dụng giải phóng chèn ép là nguyên nhân chính gây ra cảm giác đau đớn [1]. Vì vậy, sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu cho kết quả giảm đau có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC. Tuy nhiên, sự khác biệt ở kết quả này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Đồng thời dưới tác dụng của điện châm và hồng ngoại trị liệu cho kết quả giảm đau, giãn cơ từ đó có tác dụng cải thiện tầm vận động. Vận động cột sống cổ trong nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá bằng các cử động nghiêng và quay trái, phải. Trước điều trị, tầm vận động cột sống cổ của các bệnh nhân đều hạn chế ở cả 4 động tác. Sau 5 ngày, 10 ngày và 15 ngày điều trị, tầm vận động nghiêng, quay ở cả hai nhóm đều tăng lên rõ rệt so với trước điều trị với $p < 0,05$. Như vậy, cả hai nhóm tác động cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại cũng như xoa bóp bấm huyệt kết hợp điện châm và hồng ngoại

đều có tác dụng làm tăng tầm vận động cột sống cổ rõ rệt. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với tác dụng giảm đau trong nghiên cứu. Khi mức độ đau được cải thiện, sự co cơ được giải tỏa, tầm vận động cũng được cải thiện theo đó.

Yếu tố liên quan đưa ra đánh giá bao gồm nhóm các yếu tố có thể thay đổi được như thời gian mắc bệnh và nhóm các yếu tố không thể thay đổi được như tuổi, giới, mức độ bệnh. Kết quả ở bảng 4 cho thấy, bệnh nhân nhóm tuổi < 60 tuổi có sự cải thiện tốt hơn (tỷ lệ tốt 54,5%) nhóm tuổi \geq 60. Chúng tôi cho rằng, khi tuổi càng cao quá trình thoái hóa càng diễn ra mạnh, hệ thống gân và dây chằng kém đàn hồi, lại thêm sức khỏe chung giảm nên khả năng tái tạo và phục hồi chức năng kém hơn so với nhóm tuổi trẻ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn và nhóm bệnh nhân tuổi \geq 60 chiếm tỷ lệ cao hơn (nhóm NC là 57,5%, nhóm ĐC là 60%) nên chưa thấy được sự liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị với $p > 0,05$. Cũng theo nghiên cứu của chúng tôi, phân loại kết quả điều trị phân bố đồng đều ở cả hai giới nam và nữ với $p > 0,05$, điều này nói lên không có sự liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị chung sau 15 ngày. Có thể do đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (nhóm NC nữ chiếm 65%, nam chiếm 35%; nhóm ĐC tỷ lệ tương ứng là 62,5% và 37,5%).

Thời gian mắc bệnh đến khi tham gia nghiên cứu hoặc can thiệp điều trị thường phụ thuộc quan điểm của bệnh nhân về bệnh tật. Có những bệnh nhân chỉ cần khởi phát các triệu chứng cơ năng nhỏ, đặc biệt là đau, hạn chế vận động ít đã tìm đến các cơ sở y tế khám và điều trị, nhưng không ít những bệnh nhân tự điều trị, tự bỏ qua những biểu hiện triệu chứng và để bệnh diễn biến nặng mới nhập viện. Điều này cũng chịu ảnh hưởng bởi một số yếu tố tác động như trình độ văn hóa (hiểu biết về bệnh tật) hoặc tình trạng kinh tế gia đình (không có tiền đi khám bệnh, chữa bệnh) hoặc tập quán địa phương (cúng, lễ cho mau khỏi bệnh)... Thường thời gian mắc bệnh càng ngắn, kết quả điều trị càng cao và ngược lại, thời gian diễn biến bệnh càng dài, bệnh càng khó điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tốt ở nhóm \leq 3 tháng (73,1%) cao hơn nhóm $>$ 3 tháng (55,6%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này cũng có thể do tỷ lệ nhóm thời gian \leq 3 tháng chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm còn lại. Qua bảng 4 cho thấy, bệnh nhân có thời gian mắc bệnh \leq 3 tháng có khả năng

đáp ứng điều trị tốt gấp 2,1 lần so với thời gian $>$ 3 tháng.

Trong nghiên cứu này, 100% kết quả tốt tập trung ở nhóm bệnh nhân có hạn chế tầm vận động mức độ vừa, nhóm hạn chế nhiều tỷ lệ kết quả tốt là 57,7%. Có sự khác biệt với $p < 0,05$. Điều này cho thấy có sự liên quan giữa mức độ hạn chế vận động với kết quả điều trị. Hạn chế tầm vận động CSC do thoái hóa là hậu quả của triệu chứng đau, co cứng cơ, do giảm độ đàn hồi bao khớp và dây chằng,... Cùng với mức độ giảm đau thì cải thiện tầm vận động cột sống cổ là tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp tác động cột sống kết hợp với điện châm và hồng ngoại trị liệu là phương pháp an toàn, có tác dụng giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống tương đương với phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm và hồng ngoại trị liệu. Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy nhóm người bệnh có tầm vận động cột sống cổ hạn chế nhiều sẽ có kết quả điều trị kém hơn ($p < 0,05$); chưa ghi nhận thấy sự liên quan giữa tuổi, giới, thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Việt Bình** (2010), Bài giảng tác động cột sống, Nhà xuất bản Y học.
2. **Tổng hội Y học, Hội thập khớp học Việt Nam** (2012). Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp, Bệnh viện Bạch Mai, tr. 211 – 213.
3. **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, tr. 156.
4. **Nguyễn Xuân Nghiên và cộng sự** (2012), Vật lý trị liệu phục hồi chức năng, NXB Y học Hà Nội, tr. 163 – 187.
5. **Mâu Tiên Dũng** (2020), "Đánh giá kết quả điều trị của điện châm kết hợp tác động cột sống trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ". Luận văn chuyên khoa II. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Tham Tân, Bùi Đức Cường** (2002). Cẩm nang về phương pháp tác động cột sống II, Nhà xuất bản Văn hóa thông tin, Hà Nội, tr. 90 - 99.
7. **Hogg-Johnson, S., Van Der Velde, G., Carroll, L.J., Holm, L.W., Cassidy, J.D., Guzman, J. et al.**, (2010), "The burden and determinants of neck pain in the general population: Results of the bone and joint decade 2000-2010 task force on neck pain and its associated disorders", Spine (Phila Pa 1976) 33(4S), S39-S51
8. **Hoy D., March, L., Woolf, A., Blyth, F., Brooks, P., Smith, E. et al.**, (2014), "The global burden of neck pain: Estimates from the global burden of disease 2010 study", Annals of Rheumatic Diseases 73(7), pp.1309-1315.