

THE EFFECTIVENESS OF ELECTROACUPUNCTURE, ACUPRESSURE AND MASSAGE COMBINED WITH SHOCKWAVE FOR THE TREATMENT OF CERVICAL RADICULOPATHY CAUSED BY SPINAL DEGENERATION

Hoang Thi Hien¹, Lai Thanh Hien^{2*}

¹National Hospital of Acupuncture - 49 Thai Thinh, Dong Da Ward, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 25/09/2025

Revised: 15/10/2025; Accepted: 07/01/2026

ABSTRACT

Objectives: Evaluation of the analgesic effect of electroacupuncture, acupressure and massage combined with shockwave therapy in the management of cervical radiculopathy caused by spinal degeneration.

Subjects and methods: 60 patients aged 40 and over who were diagnosed with cervical radiculopathy due to spinal degeneration at the National Hospital of Acupuncture. This was a clinical intervention, comparing before and after treatment, with a control group. Patients diagnosed with cervical radiculopathy due to spinal degeneration were divided into two groups, both groups were treated with electroacupuncture, acupressure massage according to the Ministry of Health's protocol for 20 consecutive days, The patients in research group was additionally treated with shock waves 2 times per week, 6 times in 20 days.

Results: After 20 days of treatment, the average VAS score of the research group decreased from 5.30 ± 0.65 points to 1.30 ± 0.79 points and decreased more than the control group (from 5.13 ± 0.86 points to 1.87 ± 0.63 points) with $p < 0.05$; the neck disability index score of the study group decreased from 19.63 ± 9.58 points to 5.93 ± 3.97 points, which was a greater reduction compared with the control group from 20.33 ± 7.53 points to 13.50 ± 6.02 points, with $p < 0.05$.

Conclusion: Electroacupuncture, acupressure and massage combined with shock waves are effective in pain relief in the patients with cervical radiculopathy caused by spinal degeneration.

Keywords: Electroacupuncture, massage acupressure, shockwave, cervical radiculopathy.

*Corresponding author

Email: laithanhvien@hmu.edu.vn Phone: (+84) 915026526 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4159

TÁC DỤNG GIẢM ĐAU CỦA ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP BẮM HUYỆT KẾT HỢP SÓNG XUNG KÍCH TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CÁNH TAY CỔ DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

Hoàng Thị Hiền¹, Lại Thanh Hiền^{2*}

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương - 49 Thái Thịnh, P. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 25/09/2025

Ngày sửa: 15/10/2025; Ngày đăng: 07/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyết kết hợp sóng xung kích trên bệnh nhân hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống.

Đối tượng và phương pháp: 60 bệnh nhân ≥ 40 tuổi, được chẩn đoán hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương. Can thiệp lâm sàng, so sánh trước-sau điều trị, có đối chứng. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống được chia thành hai nhóm, cả hai nhóm được điều trị bằng điện châm, xoa bóp bấm huyết theo phác đồ của Bộ Y tế trong 20 ngày liên tục, nhóm nghiên cứu được điều trị thêm sóng xung kích 2 lần/tuần, 6 lần trong 20 ngày.

Kết quả: Sau 20 ngày điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ $5,30 \pm 0,65$ điểm xuống còn $1,30 \pm 0,79$ điểm và giảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng từ $5,13 \pm 0,86$ điểm xuống $1,87 \pm 0,63$ điểm với $p < 0,05$; điểm NDI của nhóm nghiên cứu giảm từ $19,63 \pm 9,58$ điểm xuống còn $5,93 \pm 3,97$ điểm và giảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng (từ $20,33 \pm 7,53$ điểm xuống $13,50 \pm 6,02$ độ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Điện châm, xoa bóp bấm huyết kết hợp sóng xung kích có hiệu quả giảm đau trong điều trị hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống.

Từ khóa: Điện châm, xoa bóp bấm huyết, sóng xung kích, hội chứng cánh tay cổ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cánh tay cổ hay bệnh lý rễ tủy cổ là một bệnh lý phổ biến, triệu chứng điển hình là tình trạng đau ở cổ vai lan xuống một hoặc cả hai bên tay, nguyên nhân do rễ thần kinh xuất phát từ tủy cổ bị chèn ép hoặc bị kích thích. Đau thường đi kèm với suy giảm chức năng vận động, rối loạn cảm giác và phản xạ [1].

Hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ chiếm từ 70-80% trong các bệnh lý thoái hóa cột sống cổ. Bệnh tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống [2]. Tỷ lệ mắc hội chứng cánh tay cổ trong khoảng từ 63,5-107,3/100.000 người mỗi năm, trong đó các bất thường liên quan đến đốt sống cổ C6 và C7 là thường gặp nhất [3].

Hiện nay, việc điều trị bảo tồn nội khoa vẫn được coi là phương pháp điều trị ban đầu cho bệnh nhân mắc hội chứng cánh tay cổ. Trên thực tế, khoảng 88% người bệnh sẽ cải thiện trong vòng 4 tuần sau khi điều trị bảo tồn [4].

Tùy theo mức độ của bệnh mà y học hiện đại sử dụng thuốc giảm đau, giãn cơ, phong bế thần kinh, kết hợp phục hồi chức năng như hồng ngoại, siêu âm, sóng ngắn, đắp parafin... [1], [5].

Theo y học cổ truyền, hội chứng cánh tay cổ được mô tả trong phạm vi chứng tý. Phương pháp điều trị kết hợp dùng thuốc (các bài cổ phương, cao nước, viên hoàn...) và các phương pháp điều trị không dùng thuốc (điện châm, xoa bóp bấm huyết, cấy chỉ...) đem lại hiệu quả điều trị cao [6].

Sóng xung kích là một trong những phương pháp vật lý trị liệu có hiệu quả được sử dụng để điều trị các bệnh lý cơ xương khớp với tác dụng giãn cơ, giảm đau. Liệu pháp sóng xung kích hoạt động như một kích thích cơ học nhằm thúc đẩy quá trình chữa lành sinh học thông qua dẫn truyền cơ học. Ngày nay, sóng xung kích được sử dụng trong lĩnh vực y khoa để điều trị các bệnh đau cơ mạn tính, rối loạn

*Tác giả liên hệ

Email: laithanhvien@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 915026526 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4159

gân xương, đau và các điểm đau chói ở cổ và lưng [7]. Để tìm hiểu rõ hơn hiệu quả của phương pháp kết hợp giữa các phương pháp không dùng thuốc của y học cổ truyền với liệu pháp sóng xung kích trong điều trị hội chứng cánh tay cổ, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp sóng xung kích trên bệnh nhân hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 60 bệnh nhân, được chẩn đoán hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

* Theo y học hiện đại:

- Lâm sàng: tuổi ≥ 40 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu; bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ (đau cột sống cổ, điểm đau cạnh cột sống cổ, hạn chế vận động cột sống cổ, hội chứng rễ thần kinh cổ); điểm đau $3 \leq \text{VAS} \leq 6$ điểm.

- Cận lâm sàng: có hình ảnh thoái hóa cột sống trên phim X quang cột sống cổ: phì đại mấu bán nguyệt, gai xương thân đốt, hẹp lỗ tiếp hợp.

* Theo y học cổ truyền: những bệnh nhân được chẩn đoán là hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống theo y học hiện đại và có các biểu hiện chứng Tý thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.

- Bệnh nhân có tổn thương tủy, loãng xương, suy tim, suy gan, suy thận, đặt máy tạo nhịp.

- Có các bệnh viêm nhiễm cấp tính kèm theo như nhiễm trùng huyết, viêm phổi...

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị: bỏ không điều trị liên tục 2 ngày, tự dùng thêm thuốc khác hoặc phương pháp điều trị khác...

2.2. Chất liệu nghiên cứu

- Quy trình điện châm theo phác đồ điều trị hội chứng cánh tay cổ của Bộ Y tế (Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2020).

- Quy trình xoa bóp bấm huyệt theo phác đồ điều trị hội chứng cánh tay cổ của Bộ Y tế (Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013).

- Quy trình điều trị bằng sóng xung kích theo phác đồ của Bộ Y tế (Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 16/01/2014).

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng, so sánh trước-sau điều trị, có đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn cỡ mẫu thuận tiện 60 bệnh nhân.

2.3.3. Phương pháp tiến hành

Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu được khám lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (visual analog scale), hội chứng cột sống cổ, hội chứng rễ thần kinh, sau đó chia vào 2 nhóm đảm bảo tính tương đồng theo tuổi, giới, mức độ đau trước nghiên cứu.

- Nhóm nghiên cứu (NC): điều trị bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp sóng xung kích.

- Nhóm đối chứng (ĐC): điều trị bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt.

- Liệu trình: điện châm 25 phút/lần $\times$ 1 lần/ngày $\times$ 20 ngày liên tục (cả thứ 7, chủ nhật); xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần $\times$ 1 lần/ngày $\times$ 20 ngày liên tục (cả thứ 7, chủ nhật); sóng xung kích 10 phút/lần $\times$ 2 lần/tuần, 2000 xung/lần, liệu trình điều trị 6 lần trong 20 ngày.

- Đánh giá kết quả sau điều trị 10 ngày, 20 ngày.

2.3.4. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu

- Đánh giá và so sánh mức độ đau theo thang điểm VAS, được chia thành 4 mức độ sau: VAS = 0 điểm (không đau); $0 < \text{VAS} \leq 2$ điểm (đau ít); $2 < \text{VAS} \leq 4$ điểm (đau vừa); $4 < \text{VAS} \leq 6$ điểm (đau nặng).

- Đánh giá sự thay đổi thang điểm NDI (neck disability index) gồm 10 câu hỏi, mỗi câu liên quan đến một khía cạnh chức năng: mức độ đau, chăm sóc cá nhân, nâng vật nặng, đọc sách, đau đầu, tập trung, công việc, lái xe, ngủ, giải trí. Mỗi mục có 6 mức điểm (0-5): 0 là không khó khăn, 5 là không thể thực hiện hoặc rất nặng. Tổng điểm tối đa: 50 điểm.

2.4. Nhập và xử lý số liệu

Số liệu trong nghiên cứu được thu thập, phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng thông qua đề cương luận văn thạc sỹ ứng dụng của Trường Đại học Y Hà Nội.

- Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân được giải thích rõ ràng về mục tiêu và nội dung nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Số liệu điều tra nghiên cứu trung thực. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật.

- Bệnh nhân có diễn biến bất thường được chuyển điều trị theo phác đồ phù hợp.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị

Bảng 1. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị (D0)

VAS						
Nhóm NC (n = 30)		Nhóm ĐC (n = 30)		Tổng (n = 60)		p _{NC-ĐC}
n	%	n	%	n	%	
3 điểm						
-	0	-	0	-	0	> 0,05
4 điểm						
3	10,0	9	30,0	12	20,0	
5 điểm						
15	50,0	8	26,7	23	38,3	
6 điểm						
12	40,0	13	43,3	25	41,7	
X̄ ± SD						
5,30 ± 0,65		5,13 ± 0,86				> 0,05

Trước điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 5,30 $\pm$ 0,65 và 5,13 $\pm$ 0,86 (điểm). Tỷ lệ các mức độ đau theo thang điểm VAS tại D0 của hai nhóm không khác biệt (p > 0,05). Điểm đau VAS trung bình của hai nhóm trước điều trị tương đương nhau (p > 0,05).

3.2. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS sau điều trị

Bảng 2. So sánh mức độ đau VAS giữa hai nhóm sau 10 ngày điều trị (D10)

Mức độ đau theo VAS	Nhóm NC (n = 30)	Nhóm ĐC (n = 30)	Tổng (n = 60)	p _{NC-ĐC}
D0				
Đau vừa (3-4 điểm)	3 (10,0%)	9 (30,0%)	12 (20,0%)	> 0,05
Đau nặng (5-6 điểm)	27 (90,0%)	21 (70,0%)	48 (80,0%)	
D10				
Đau nhẹ (1-2 điểm)	3 (10,0%)	2 (6,7%)	5 (8,3%)	< 0,05
Đau vừa (3-4 điểm)	27 (90,0%)	16 (53,3%)	43 (71,7%)	
Đau nặng (5-6 điểm)	0	12 (40,0%)	12 (20,0%)	
p _{D10-D0}				
	< 0,05	< 0,05	< 0,05	

Ở mỗi nhóm đều có sự cải thiện về mức độ đau tại thời điểm D10 so với với D0 (p < 0,05). Tại D10, nhóm NC có

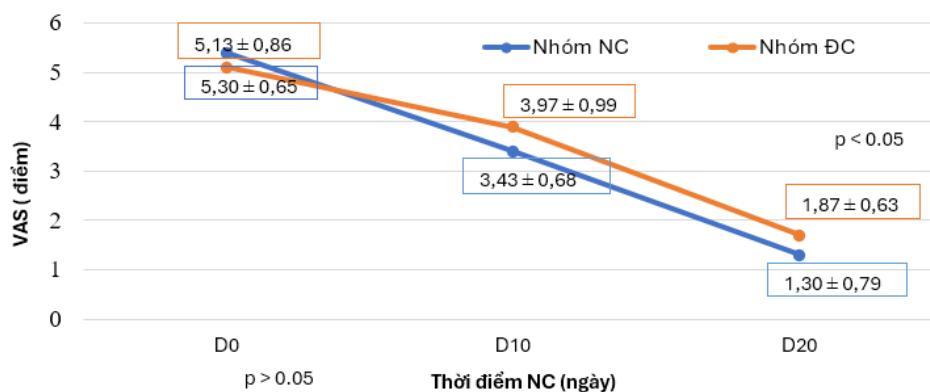
tỷ lệ đau vừa chiếm 90%, không có bệnh nhân đau nặng; trong khi đó nhóm ĐC có 40% bệnh nhân đau nặng và 53,3% bệnh nhân đau vừa, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 3. So sánh mức độ đau VAS giữa hai nhóm sau 20 ngày điều trị (D20)

Mức độ đau theo VAS	Nhóm NC (n = 30)	Nhóm ĐC (n = 30)	Tổng (n = 60)	p _{NC-ĐC}
D ₀				
Đau vừa (3-4 điểm)	3 (10,0%)	9 (30,0%)	12 (20,0%)	> 0,05
Đau nặng (5-6 điểm)	27 (90,0%)	21 (70,0%)	48 (80,0%)	
D ₂₀				
Không đau (0 điểm)	6 (20,0%)	0	6 (10,0%)	< 0,05
Đau nhẹ (1-2 điểm)	24 (80,0%)	28 (93,3%)	52 (86,7%)	
Đau vừa (3-4 điểm)	0	2 (6,7%)	2 (3,3%)	
Đau nặng (5-6 điểm)	0	0	0	
p _{D20-D0}	< 0,01	< 0,01	< 0,01	

Mức độ đau theo thang điểm VAS ở cả 2 nhóm được cải thiện nhiều tại thời điểm D20 so với với D0 (p < 0,05). Sau 20 ngày điều trị, nhóm NC có tỷ lệ không đau là 20%, đau nhẹ là 80%; trong khi đó nhóm đối chứng tỷ lệ đau nhẹ là 93,3%, đau vừa là 6,7% và không có bệnh nhân nào không đau, có sự khác biệt giữa nhóm NC và nhóm ĐC (p < 0,05).

3.3. Sự thay đổi điểm VAS trung bình qua các thời điểm nghiên cứu



Biểu đồ 1. Sự thay đổi điểm VAS trung bình qua các thời điểm NC

Sau 10 ngày điều trị, điểm VAS trung bình ở cả hai nhóm đều được cải thiện rõ rệt với $p < 0,05$. VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là $3,43 \pm 0,68$ điểm và nhóm chứng là $3,97 \pm 0,99$ điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 20 ngày điều trị, điểm VAS trung bình ở nhóm nghiên cứu giảm còn $1,30 \pm 0,79$ điểm, thấp hơn so với nhóm chứng là $1,87 \pm 0,63$ điểm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.4. Sự cải thiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày theo NDI

Bảng 4. Hiệu quả cải thiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI

Mức độ hạn chế sinh hoạt	Nhóm NC (n = 30)	Nhóm ĐC (n = 30)	Tổng (n = 60)	$p_{NC-ĐC}$
D₀				
Hạn chế ít	7 (23,3%)	5 (16,7%)	12 (20,0%)	> 0,05
Hạn chế vừa	17 (56,7%)	20 (66,7%)	37 (61,7%)	
Hạn chế nhiều	6 (20,0%)	5 (16,7%)	11 (18,3%)	
Hạn chế rất nhiều	0	0	0	
NDI trung bình	19,63 ± 9,58	20,33 ± 7,53		> 0,05
D₂₀				
Không hạn chế	11 (36,7%)	5 (16,7%)	16 (26,7%)	< 0,05
Hạn chế ít	17 (56,7%)	20 (66,7%)	37 (61,7%)	
Hạn chế vừa	3 (6,7%)	5 (16,7%)	8 (11,7%)	
NDI trung bình	5,93 ± 3,97	13,50 ± 6,02		< 0,05
p_{D20-D0}				
	< 0,05	< 0,05	< 0,05	

Sau điều trị 20 ngày, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân không hạn chế sinh hoạt hàng ngày là 36,7%, 56,7% hạn chế ít và 6,7% hạn chế vừa; nhóm đối chứng có 16,7% không hạn chế, 66,7% hạn chế ít và 16,7% hạn chế vừa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị

Theo bảng 1, trước điều trị sự khác biệt về điểm đau VAS và tỷ lệ phân bố bệnh nhân ở các mức độ đau giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Dương Thị Hằng (2023) [8].

Trên thực tế, nhiều bệnh nhân lúc đầu chỉ xuất hiện đau nhẹ, thoáng qua, không ảnh hưởng đáng kể nên thường bỏ qua, chưa điều trị sớm. Chỉ khi mức độ đau gia tăng, ảnh hưởng đến khả năng lao động hoặc các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, bệnh nhân mới đến cơ sở y tế. Điều này lý giải vì sao tỷ lệ bệnh nhân tập trung chủ yếu ở mức điểm đau VAS trung bình (4-6 điểm). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng góp phần làm rõ đặc điểm này, đồng thời gợi ý rằng việc phát hiện và can thiệp sớm có thể giúp giảm gánh nặng triệu chứng cho người bệnh.

4.2. Hiệu quả giảm đau sau điều trị

Theo bảng 2 và bảng 3, sự thay đổi điểm VAS ở các thời điểm D10 và D20 so với D0 ở cả hai nhóm đều cho thấy sự giảm đau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, nhóm NC ghi nhận hiệu suất giảm điểm VAS vượt trội có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC. Theo biểu đồ 1, sau 20 ngày điều trị, điểm VAS trung bình ở nhóm nghiên cứu giảm từ $5,30 \pm 0,65$ điểm xuống $1,30 \pm 0,79$ điểm, nhóm chứng từ $5,13 \pm 0,86$ điểm giảm xuống $1,73 \pm 0,58$ điểm. Sự khác biệt trước và sau điều trị của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong nghiên cứu này, phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp sóng xung kích cải thiện mức độ đau tốt hơn phương pháp chỉ dùng điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Theo nguyên lý của y học cổ truyền, đau được xem là do sự tắc nghẽn trong các kinh lạc, dẫn đến khí huyết không được lưu thông vì “thông thì bất thống, thống

thì bất thông”. Điện châm tác động qua huyết vào cơ thể một lượng kích thích, điểm kích thích là các huyết vị, có tác dụng điều hòa khí huyết. Khí hòa thì huyết hòa, tuần hoàn khí huyết trong kinh mạch được lưu thông, lập lại cân bằng âm dương đưa cơ thể trở về hoạt động sinh lý bình thường. Sóng xung kích là sóng âm có áp lực biến đổi đột ngột, biên độ lớn và ngắt quãng, là dạng sóng đơn với xung áp lực dương là chính, theo sau là phần sóng nhỏ giãn ra với một pha áp suất âm nhỏ hơn rất nhiều so với áp suất đỉnh. Liệu pháp sóng xung kích là một kích thích cơ học thúc đẩy quá trình chữa lành sinh học thông qua dẫn truyền cơ học, có tác dụng làm giảm viêm, giãn mềm gân cơ, giảm đau rất hiệu quả. Khi phối hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyết làm cho hiệu quả giảm đau được tăng lên rõ rệt.

4.3. Đánh giá sự cải thiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày theo NDI

Trước điều trị, điểm NDI giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, nhưng sau 20 ngày điều trị, điểm NDI của nhóm NC và nhóm ĐC khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị bằng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyết kết hợp sóng xung kích điều trị hội chứng cánh tay cổ, mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo NDI được cải thiện rõ rệt, tốt hơn so với nhóm chỉ điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyết. Việc kết hợp thêm phương pháp điều trị bằng sóng xung kích với tác dụng tăng cường nuôi dưỡng, chữa lành vết thương, tái tạo xương và chống viêm [7]. Kết quả này cho thấy phương pháp điều trị làm cho bệnh nhân giảm đau nhiều, nhờ đó làm tăng cường các hoạt động chức năng vùng cổ vai cánh tay, giúp cho sự hòa nhập lại với cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân, thông qua việc giảm hạn chế các hoạt động cá nhân không thực hiện được do đau vai gáy. Nhóm NC có hiệu quả giảm đau, giảm co cứng cơ vùng cổ gáy cao hơn nhóm ĐC, biên độ vận động động tác cúi tăng lên hơn nhóm ĐC, vì vậy mà các chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tốt hơn (như đọc sách, ngủ, khả năng tự chăm sóc bản thân, cầm nắm đồ vật...), nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Điện châm, xoa bóp bấm huyết kết hợp sóng xung kích có tác dụng giảm đau trong điều trị hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống: điểm VAS trung bình của nhóm NC giảm từ $5,33 \pm 0,60$ điểm xuống $1,30 \pm 0,79$ điểm điểm và giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC (từ $5,13 \pm 0,86$ điểm giảm xuống $1,73 \pm 0,58$ điểm) ($p < 0,05$); điểm NDI của nhóm NC giảm từ $19,63 \pm 9,58$ điểm xuống còn $5,93 \pm 3,97$ điểm và giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC (từ $20,33 \pm 7,53$ điểm xuống $13,50 \pm 6,02$ điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Childress M.A, Becker B.A. Nonoperative management of cervical radiculopathy. Am Fam Physician, 2016, 93 (9): 746-754.
- [2] Nguyễn Thị Ngọc Lan, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2012.
- [3] Kim H.J et al. Cervical Radiculopathy: Incidence and treatment of 1,420 consecutive cases. Asian Spine Journal, 2016, 10 (2): 231-237. 10.4184/asj.2016.10.2.231.
- [4] Spurling R.G, Segerberg L.H. Lateral intervertebral disk lesions in the lower cervical region. J Am Med Assoc, 1953, 151 (5): 354-359.
- [5] Bộ môn Phục hồi chức năng, Trường Đại học Y Hà Nội. Phục hồi chức năng (dùng cho bác sĩ định hướng chuyên khoa). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2017.
- [6] Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội. Bài giảng Y học cổ truyền, tập 2. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2012.
- [7] Dedes V et al. Effectiveness and safety of Shock-wave therapy in tendinopathies. Mater Sciomed, 2018, 30 (2): 131-146. doi:10.2478/msm-2018-0025.
- [8] Dương Thị Hằng. Tác dụng của siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyết trên bệnh nhân có hội chứng cổ vai cánh tay. Trường Đại học Y Hà Nội, 2023.