

EFFECTIVENESS OF FU'S SUBCUTANEOUS NEEDLING COMBINED WITH ACUPRESSURE MASSAGE IN TREATMENT CERVICAL SCAPULOHUMERAL SYNDROME DUE TO CERVICAL SPONDYLOSIS

Tran Thi Nhi Ha¹, Nguyen Duc Minh^{2*}, Tran Duc Huu³, Nguyen Dang Hien³

¹Hanoi Department of Health - 4 Son Tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

²Ha Dong Traditional Medicine Hospital - 23 and 99 Nguyen Viet Xuan, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

³Vietnam University of Traditional Medicine - 2 Tran Phu, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

Received: 29/12/2023

Revised: 31/01/2024; Accepted: 02/03/2024

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of Fu's subcutaneous needling (FSN) combined with acupressure massage therapy in treating Cervical scapulohumeral syndrome due to cervical spondylosis.

Subjects and methods: A clinical trial study, comparing before and after treatment, with a control group. 80 patients were divided into 2 groups: the research group treated with FSN combined with acupressure massage and the control group treated with Electro-acupuncture combined with acupressure massage.

Results: Pain relief effect: average pain score according to the VAS scale decreased from 5.23 ± 0.73 points to 1.03 ± 0.97 points, statistically significant with $p < 0.01$ and better than the control group ($p < 0.05$). The score of limited range of motion of the cervical spine decreased from 16.13 ± 3.38 points to 1.05 ± 2.27 points, statistically significant with $p < 0.01$ and improved better than the control group with $p < 0.05$. Effective in improving radicular syndrome: after treatment, the rate of radicular syndrome decreased from 100% to 15%, statistically significant with $p < 0.01$ and equivalent to the control group ($p > 0.05$).

Conclusion: The combination of Fu's subcutaneous needling and acupressure massage therapy is effective in treating Cervical scapulohumeral syndrome due to cervical spondylosis through pain reduction, improvement in cervical spine motion range, and improvement in root syndrome better than control group.

Keywords: Fu's subcutaneous needling, Acupressure massage, Cervical scapulohumeral syndrome.

*Corresponding author

Email address: drminhchamcuu@gmail.com

Phone number: (+84) 931 361 111

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD2.1037>



HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP PHÙ CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

Trần Thị Nhị Hà¹, Nguyễn Đức Minh^{2*}, Trần Đức Hữu³, Nguyễn Đăng Hiền³

¹Sở Y tế Hà Nội - 4 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông - 23 và 99 Nguyễn Viết Xuân, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

³Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam - 2 Trần Phú, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 29 tháng 12 năm 2023

Ngày chỉnh sửa: 31 tháng 01 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 02 tháng 03 năm 2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị, có nhóm đối chứng. 80 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu điều trị bằng Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, nhóm đối chứng điều trị bằng Điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

Kết quả: Hiệu quả giảm đau: điểm đau trung bình theo thang điểm VAS giảm từ $5,23 \pm 0,73$ điểm xuống $1,03 \pm 0,97$ điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và tốt hơn nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Điểm hạn chế tầm vận động cột sống cổ giảm từ $16,13 \pm 3,38$ điểm xuống còn $1,05 \pm 2,27$ điểm, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng với $p < 0,05$. Hiệu quả cải thiện hội chứng rễ: sau điều trị, tỷ lệ có hội chứng rễ giảm từ 100% xuống còn 15%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và tương đương nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

Kết luận: Phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả điều trị Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ thể can thiệp huyệt châm phong hàn thấp thông qua hiệu quả giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống cổ và cải thiện hội chứng rễ tốt hơn nhóm đối chứng.

Từ khóa: Phù châm, xoa bóp bấm huyệt, hội chứng cổ vai cánh tay.

*Tác giả liên hệ

Email: drminhchamcuu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 931 361 111

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD2.1037>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cổ vai cánh tay (**Mã ICD10: M53.1** Hội chứng cánh tay 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]. Một báo cáo ở Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc HCCVCT trung bình hàng năm là 83,2/100.000 người dân, bệnh thường gặp ở nam, chủ yếu ở lứa tuổi từ 50 - 54[2]. Nguyên nhân hàng đầu gây HCCVCT là do Thoái hóa cột sống cổ (70-80%) và thoát vị đĩa đệm. HCCVCT là bệnh mạn tính, tiến triển chậm. Các triệu chứng thường nặng lên theo thời gian, do đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Mục tiêu điều trị HCCVCT là giảm đau, cải thiện chức năng vận động và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Hiện nay, điều trị các bệnh lý cơ xương khớp bao gồm HCCVCT bằng phương pháp YHCT đang là hướng đi được các nhà lâm sàng tin tưởng lựa chọn. Phương pháp Phù châm được phát minh bởi Giáo sư Phù Trung Hoa từ năm 1996. Phù châm là sự kết hợp đặc sắc giữa những hiểu biết mới của YHHĐ về châm cứu với lý luận sâu sắc của YHCT. Phù châm có nhiều ưu điểm như: thao tác đơn giản, ít kim, không đau, an toàn và có hiệu quả nhanh chóng. Phương pháp này đã được ứng dụng tại một số quốc gia như Trung Quốc, Anh và một số nước châu Âu điều trị các bệnh lý đau cơ xương khớp[3]. Ở Việt Nam, Phù châm là một phương pháp mới đáp ứng được mục tiêu điều trị HCCVCT cũng như mong muốn mang đến cho bệnh nhân một phương pháp an toàn, hiệu quả và tiết kiệm. Do đó chúng tôi đã tiến hành đề tài này với mục tiêu “Đánh giá hiệu quả của phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị, có nhóm đối chứng.

- Nhóm nghiên cứu (NNC) được can thiệp bằng phương pháp Phù châm tại các huyệt Thủ Tam Lý, Thiên Trụ, Kiên Tĩnh kết hợp XBBH 1 lần/ngày trong 15 ngày liên tục.

- Nhóm đối chứng (NĐC) được can thiệp bằng phương pháp Điện châm kết hợp XBBH 1 lần/ngày trong 15 ngày liên tục.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông, từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân tuổi từ 38, không phân biệt giới tính. Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ của Bộ Y tế (2016). Bệnh nhân không sử dụng hoặc đã ngừng thuốc chống viêm không steroid ít nhất 3 ngày và không tiêm corticoid tại chỗ trong vòng 3 tháng gần đây. Mức độ đau theo thang điểm $3 \leq VAS < 7$ điểm. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ điều trị.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính, các bệnh lý cột sống cần can thiệp ngoại khoa, chống chỉ định với phương pháp Phù châm, điện châm và xoa bóp bấm huyệt.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu:

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ cho thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên so sánh trước sau có đối chứng:

$$n = \frac{Z\left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) \times \sqrt{2\bar{P} \times (1 - \bar{P})} + Z(\beta) \times \sqrt{P1 \times (1 - P1) + P2 \times (1 - P2)}}{(P1 - P2)^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với $\alpha = 0,05$; $Z(\beta) = 0,842$ với $\beta = 0,2$

P1: Do chưa có nghiên cứu từ trước nên giả định $P1 = 0,5$.

P2: Dựa trên nghiên cứu của Trần Thị Yến (2021)[4], chọn $P2 = 0,73$

$$\bar{P} = \frac{P1 + P2}{2} = \frac{0,73 + 0,5}{2} = 0,615$$

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ở trên ta có $n \approx 36$. Ước lượng có khoảng 10% số bệnh nhân bỏ cuộc hoặc không tuân thủ điều trị, như vậy cỡ mẫu ước tính cho nghiên cứu là 40 bệnh nhân cho mỗi nhóm, tổng là 80 bệnh nhân.

- Cách chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân nhập viện thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu 80 bệnh nhân, sau đó chia hai nhóm sao cho tương đồng về tuổi, giới và mức độ bệnh theo thang điểm đau VAS.

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.
- Đánh giá hiệu quả lâm sàng: thang điểm VAS, tầm vận động cột sống cổ, hiệu quả cải thiện hội chứng rễ tại các thời điểm D₀, D₅, D₁₀, D₁₅.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Mức độ đau chủ quan của bệnh nhân được lượng giá

bằng thang VAS (Visual Analog Scale). Thang VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 đến 10.

- Đo tầm vận động cột sống cổ bằng thước đo tầm vận động, chia độ từ 0° - 360°, một cánh di động và một cánh cố định, dài 30cm. BN được ngồi thẳng, tựa lưng ngang vai, khớp gối và háng gập vuông góc, hai bàn chân đặt trên sàn nhà, hai tay xuôi khép dọc thân người. TVĐ của cột sống cổ được đo ở các động tác gập xuôi (cúi ngửa), nghiêng bên và quay.

Bảng 1. Tầm vận động cột sống cổ sinh lý và bệnh lý

Động tác \ TVĐ	Bình thường		Bệnh lý			
	0	1	2	3	4	
Điểm						
Cúi	45° – 55°	40° – 44°	35° - 39°	30° – 34°	< 30°	
Ngửa	60° – 70°	55° – 59°	50° – 54°	45° – 49°	< 45°	
Nghiêng phải	40° – 50°	35° – 39°	30° – 34°	25° – 29°	< 25°	
Nghiêng trái	40° – 50°	35° – 39°	30° – 34°	25° – 29°	< 25°	
Quay phải	60° – 70°	55° – 59°	50° – 54°	45° – 49°	< 45°	
Quay trái	60° – 70°	55° - 59°	50° – 54°	45° – 49°	< 45°	

- Hội chứng rễ thần kinh khi xuất hiện một trong các triệu chứng sau: đau âm ỉ tăng từng cơn, từ vùng gáy lan lên vùng cằm và xuống vai hoặc cánh tay, bàn tay; rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ; hoặc có các dấu hiệu tổn thương rễ thần kinh khi làm các nghiệm pháp Spurling, nghiệm pháp dạng vai, nghiệm pháp kéo giãn cổ, dấu hiệu bấm chuông.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 của IBM, dùng các thuật toán mô tả tỷ lệ (%), tính trung bình, độ lệch chuẩn, so

sánh hai giá trị trung bình dùng test t-student, so sánh các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam. Các đối tượng tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện, không bắt buộc và có quyền từ bỏ không tham gia nghiên cứu. Các thông tin về đối tượng được giữ bí mật và chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

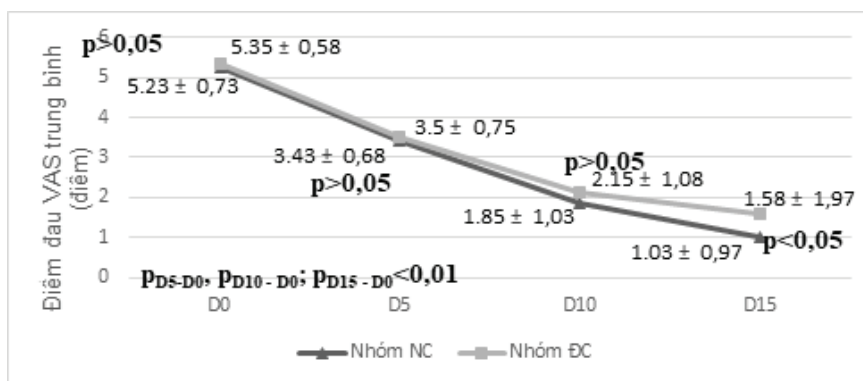
Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		NNC		NĐC		p
		n	%	n	%	
Tuổi	38-49	13	32,5	13	32,5	>0,05
	50-59	10	25,0	10	25,0	
	≥60	17	42,5	17	42,5	
	Trung bình	56,45 ± 10,91		55,38 ± 10,45		>0,05
Giới tính	Nam	17	42,5	19	47,5	>0,05
	Nữ	23	57,5	21	52,5	
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	21	52,5	27	67,5	>0,05
	Lao động trí óc	19	47,5	13	32,5	
Thời gian mắc bệnh	1-3 tháng	10	25,0	12	30,0	>0,05
	3-6 tháng	18	45,0	17	42,5	
	>6 tháng	12	30,0	11	27,5	

Có sự tương đồng về nhóm tuổi của cả hai nhóm, trong đó nhóm tuổi trên 60 chiếm ưu thế với tỷ lệ 42,5% ở cả hai nhóm. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56,45 ± 10,91 tuổi và nhóm đối chứng là 55,38 ± 10,45 tuổi, không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Không có sự khác biệt giới tính giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Lao động

chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, tuy nhiên giữa hai nhóm có sự tương đồng với $p > 0,05$. Thời gian mắc bệnh của hai nhóm tương đương nhau với thời gian từ 3-6 tháng là phổ biến nhất, giữa hai nhóm không có sự khác biệt với ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

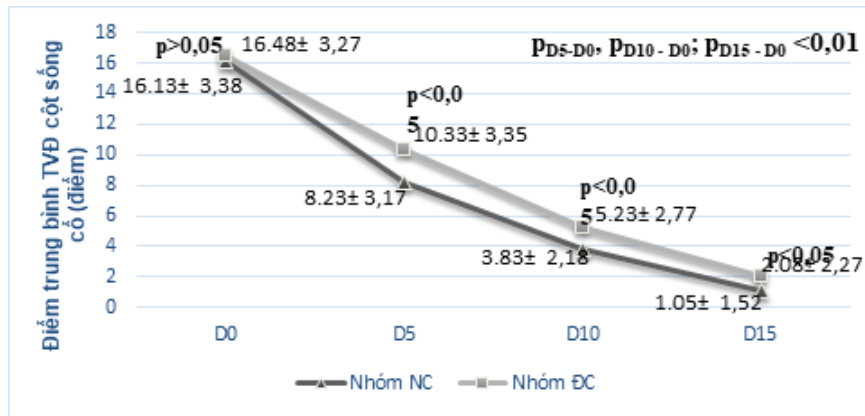
Biểu đồ 1. Điểm VAS trung bình tại các thời điểm nghiên cứu



Trước điều trị (D_0), điểm VAS trung bình lần lượt là 5,23 ± 0,73 ở nhóm NC và 5,35 ± 0,58 ở nhóm đối chứng, sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau điều trị 5 ngày (D_5) và 10 ngày (D_{10}), điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều giảm có ý nghĩa so với trước điều trị, sự khác biệt có

ý nghĩa ($p < 0,01$), chỉ số này ở nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm đối chứng tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ở thời điểm sau điều trị 15 ngày (D_{15}), điểm VAS trung bình của nhóm NC là 1,03 ± 0,97 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm ĐC là 1,58 ± 1,97 ($p < 0,05$).

Biểu đồ 2. Điểm trung bình tâm vận động cột sống cổ tại các thời điểm nghiên cứu



Trước điều trị, NNC có điểm hạn chế vận động trung bình là 16,13 3,38 thấp hơn so với NĐC với 16,48 3,27. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tại thời điểm D_5, D_{10} và D_{15} điểm trung bình tâm

vận động CSC của cả hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, NNC cải thiện tốt hơn NĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Sự thay đổi hội chứng rễ tại các thời điểm nghiên cứu

HC rễ	Nhóm	Nhóm NC (1) n=40		Nhóm ĐC (2) n=40		$P_{(1)-(2)}$
		Có HC rễ	Không HC rễ	Có HC rễ	Không HC rễ	
D_0		40 (100)	0 (0)	40 (100)	0 (0)	>0,05
D_{10}		21 (52,5)	19 (47,5)	25 (62,5)	15 (37,5)	
D_{15}		6 (15,0)	34 (85,0)	13 (32,5)	27 (67,5)	
$P_{D_{10}-D_0}, P_{D_{15}-D_0}$		<0,05				

Hội chứng rễ gặp ở hầu hết ở các bệnh nhân ở cả hai nhóm trước điều trị (D_0). Tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng rễ giảm dần ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tại các thời điểm D_{10} và D_{15} so với thời điểm D_0 , sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng rễ tại các thời điểm giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 80 bệnh nhân được chẩn đoán HCCVCT, chúng tôi nhận thấy giữa hai nhóm có sự tương đồng về các đặc điểm tuổi, giới tính, nghề nghiệp và thời gian mắc bệnh. Trong đó lứa tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất, bệnh gặp ở cả hai giới với tỷ lệ nữ/nam là 1,2 tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Anh và cộng sự[5]. Bệnh nhân chủ yếu là lao động chân tay

và thời gian mắc bệnh chủ yếu trên 3 tháng.

Hiệu quả giảm đau

Đau là triệu chứng thường gặp và là nguyên nhân chính khiến các bệnh nhân phải đến cơ sở y tế khám bệnh. Giảm đau là một mục tiêu quan trọng để đánh hiệu quả điều trị của một phương pháp mới trong điều trị HCCVCT. Sau 15 ngày điều trị, điểm đau trung bình của cả hai nhóm đều giảm, cụ thể NNC giảm từ $5,23 \pm 0,73$ xuống $1,03 \pm 0,97$ điểm tốt hơn NĐC từ $5,3 \pm 0,58$ xuống $1,58 \pm 1,97$ điểm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Ching-Hsuan Huang[6]. Khả năng giảm đau của nhóm Phù châm tốt hơn nhóm Điện châm do cơ chế đặc biệt của phương pháp Phù châm. Nửa thế kỷ trước, Boguslaw Lipinski[7] đã báo cáo rằng cơ chế tác dụng của châm cứu dựa vào hiệu ứng áp điện từ các mô liên kết. Giả thuyết này cũng được hỗ trợ trong nghiên cứu

của Langevin[8], người đã đưa ra giả thuyết rằng khớp nối cơ học giữa kim và mô liên kết khi về kim, với cuộn mô xung quanh kim bao gồm các sợi collagen ở trạng thái bán tinh thể lỏng thể hiện sự phân cực áp điện, sẽ tạo ra một dòng điện (hiệu ứng áp điện), tín hiệu điện sinh học này sẽ được truyền tới mô tổn thương thông qua mạng lưới mô liên kết dưới da. Khi đến mô đích các tín hiệu điện sinh học sẽ gây hiện tượng áp điện nghịch đảo đến mô tổn thương, từ đó sẽ mở các kênh ion để giảm co thắt cơ và tăng lưu lượng tuần hoàn, kết quả là tạo ra tác dụng giảm đau, giãn cơ và phục hồi chức năng cơ. Đặc điểm của Phù châm là kim châm cứu được đưa vào lớp dưới da là tổ chức chứa nhiều mô liên kết thừa tập trung nhiều collagen, do đó Phù châm kích hoạt hiệu ứng áp điện mạnh mẽ thông qua chuyển động quét kim, từ đó giải thích được tác dụng giảm đau nhanh chóng của phương pháp Phù châm[3].

Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống cổ

Tầm vận động cột sống cổ là một tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị, được đánh giá qua sự cải thiện của 6 động tác: cúi, ngửa, nghiêng trái, nghiêng phải, quay trái, quay phải. Sau điều trị điểm hạn chế TVĐ của hai nhóm đều giảm, nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn nhóm chứng. Nhóm nghiên cứu giảm từ $16,13 \pm 3,38$ điểm xuống $1,05 \pm 1,52$ điểm, nhóm đối chứng giảm từ $16,48 \pm 3,27$ xuống $2,08 \pm 2,27$ điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm hạn chế TVĐ của cả hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p < 0,01$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Ngọc Hà[9].

Hiệu quả cải thiện hội chứng rễ thần kinh

Hội chứng rễ ở bệnh nhân THCS xuất hiện do các gai xương nhô vào lỗ gian đốt sống gây chèn ép vào rễ thần kinh ở đó hoặc đám rối thần kinh cánh tay bị chèn ép khi đi qua cơ thang gây nên hội chứng rễ thần kinh. Các rễ thần kinh bị ảnh hưởng nhiều nhất là C7(45-60%), C6 (20-25%) với triệu chứng đau vùng cổ vai, cẳng tay bên, ngón tay 1, 2, 3 đi kèm với yếu cơ vùng này và rối loạn phản xạ gân cơ tam đầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân của cả hai nhóm có xuất hiện hội chứng rễ thần kinh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Thị Lua[10]. Sau điều trị 15 ngày, tỷ lệ này giảm xuống còn 15% ở nhóm nghiên cứu và 32,5% ở nhóm chứng. Sự khác biệt trước sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Xoa bóp bấm

huyệt có tác dụng khu phong tán hàn, giãn cơ, thông lạc làm cho tà khí được trừ, kinh lạc thông suốt nên giảm được đau và tê bì. Phù châm có tác dụng giãn cơ, giãn mạch máu nên tăng tuần hoàn tại các mô cơ bị siết chặt làm giải phóng các dây thần kinh bị chèn ép nên giảm các triệu chứng đau tê mỏi ở bệnh nhân hội chứng cổ vai tay. Do vậy, sau điều trị tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng rễ giảm.

5. KẾT LUẬN

Phương pháp Phù châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ có hiệu quả trong cải thiện mức độ đau, tầm vận động cột sống cổ và hội chứng rễ tốt hơn nhóm đối chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp, Hội chứng cổ vai cánh tay, Nhà xuất bản Y học, 149-153, 2016.
- [2] Kyung-Chung K, Hee SL, Jung-Hee L, Cervical Radiculopathy Focus on Characteristics and Differential Diagnosis, Asian Spine J. 14(6), 2020, p. 921-930.
- [3] Fu Z, Shepherd R, Fu's Subcutaneous Needling, a Modern Style of Ancient Acupuncture?, L. Chen Lucy, O. Cheng Tsung, editor, Acupuncture in Modern Medicine, IntechOpen, Rijeka, 2013, p. Ch. 8.
- [4] Trần Thị Yến, Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ-vai-tay do thoái hóa đốt sống cổ bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, Tạp chí Y học Việt Nam. 501(1), 2021.
- [5] Nguyễn Hoàng Anh, Trần Thái Hà, Hà Thị Thanh Hương, Khảo sát một số đặc điểm của bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, Tạp chí Y học Việt Nam, 526(2), 2023.
- [6] Ching-Hsuan Huang et al., Rapid Improvement in Neck Disability, Mobility, and Sleep Quality with Chronic Neck Pain Treated by Fu's



- Subcutaneous Needling: A Randomized Control Study, Pain Research and Management, 2022, p. 7592873.
- [7] Boguslaw L, Biological significance of piezoelectricity in relation to acupuncture, Hatha Yoga, osteopathic medicine and action of air ions, Medical Hypotheses. 3(1), 1977, p. 9-12.
- [8] H. M. Langevin et al., Evidence of connective tissue involvement in acupuncture, Faseb j. 16(8), 2002, p. 872-4.
- [9] Phạm Ngọc Hà, Đánh giá tác dụng của bài “Quyên tý thang” và điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trong bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2018.
- [10] Trịnh Thị Lua, Nghiên cứu tính an toàn và tác dụng của viên nang cứng TD0019 trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, Luận án Tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2021.