Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.11, 156-161

ANALGESIC EFFECTIVENESS OF ELECTROACUPUNCTURE FOR CANCER-RELATED PAIN ASSESSED USING THE NUMERIC RATING SCALE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Le Pham Hoai Nam[1], Nguyen Trong Tin[2], Nguyen Thi Bay[1,2,3], Kieu Xuan Thy[1,3]*

[1]*University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, 217 Hong Bang Street, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

[2]*University of Health Sciences, Vietnam National University Ho Chi Minh City, Hai Thuong Lan Ong Street, Dong Hoa Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

[3]*University Medical Center Ho Chi Minh City – Branch 3, 221B Hoang Van Thu Street, Phu Nhuan Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 10/08/2026
Reviced: 11/09/2026; Accepted: 18/11/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of electroacupuncture, either as monotherapy or in combination with background treatment, in reducing cancer-related pain intensity measured using the Numeric Rating Scale (NRS).

Methods: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials was conducted. Seven databases, including PubMed, Cochrane Library, Embase, Web of Science, CNKI, VIP, and Wanfang, were searched up to March 21, 2026. Risk of bias was assessed using RoB 2. The certainty of evidence was evaluated using GRADE. Mean differences (MDs) and 95% confidence intervals were pooled using a random-effects model when substantial heterogeneity was present.

Main findings: Nine studies involving 998 patients were included in this review. Compared with sham, electroacupuncture did not significantly reduce NRS scores, MD=-0.76 (-2.68; 1.15); I^2=97.5%. Compared with standard treatment without electroacupuncture, electroacupuncture reduced NRS scores, MD=-1.81 (-2.78; -0.84); I^2=93.2%. Seven of the nine studies were at high risk of bias. The certainty of evidence for both comparisons was very low.

Conclusion: Electroacupuncture combined with background treatment may reduce cancer-related pain intensity compared with standard treatment alone. However, a clear advantage over sham has not been established. The very low certainty of evidence and substantial heterogeneity limit confidence in conclusions regarding the effectiveness of electroacupuncture.

Keywords: systematic review, meta-analysis, electroacupuncture, cancer-related pain

*Corresponding author
Email: thy.kx@umc.edu.vn **Phone**: (+84) 902485417 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7147

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA ĐIỆN CHÂM ĐỐI VỚI ĐAU LIÊN QUAN UNG THƯ THEO THANG ĐÁNH GIÁ CƯỜNG ĐỘ ĐAU BẰNG SỐ NRS: TỔNG QUAN HỆ THỐNG VÀ PHÂN TÍCH GỘP

Lê Phạm Hoài Nam[1], Nguyễn Trọng Tín[2], Nguyễn Thị Bay[1,2,3], Kiều Xuân Thy[1,3]*

[1]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 217 Hồng Bàng, Phường Chợ Lớn, Thành phố Hồ Chí Minh
[2]Trường Đại học Khoa học Sức khỏe – Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, Đường Hải Thượng Lãn Ông, Phường Đông Hòa, Thành phố Hồ Chí Minh
[3]Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3, 221B Hoàng Văn Thụ, Phường Phú Nhuận, Thành phố Hồ Chí Minh

Ngày nhận bài: 10/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 11/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của điện châm đơn trị hoặc phối hợp với điều trị nền trong giảm cường độ đau liên quan đến ung thư được đo bằng thang đánh giá cường độ đau bằng số (Numeric Rating Scale - NRS).

Phương pháp tìm kiếm và tổng quan tài liệu: Tổng quan hệ thống và phân tích gộp các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Bảy cơ sở dữ liệu gồm PubMed, Cochrane Library, Embase, Web of Science, CNKI, VIP và Wanfang được tìm kiếm đến 21/3/2026. Đánh giá nguy cơ sai lệch bằng RoB 2. Mức độ chắc chắn của bằng chứng được đánh giá bằng GRADE. Chênh lệch trung bình (MD) và khoảng tin cậy 95% được tổng hợp bằng mô hình ảnh hưởng ngẫu nhiên khi có dị hợp đáng kể.

Kết quả: Chín nghiên cứu với 998 người bệnh đã được đưa vào tổng quan. So với giả châm, điện châm chưa cho thấy giảm NRS có ý nghĩa thống kê, MD=-0,76 (-2,68; 1,15); I^2=97,5%. So với điều trị nền không kèm điện châm, điện châm làm giảm NRS, MD=-1,81 (-2,78; -0,84); I^2=93,2%. Bảy trong chín nghiên cứu có nguy cơ sai lệch cao. Mức độ chắc chắn của bằng chứng ở cả hai so sánh đều rất thấp.

Kết luận: Điện châm phối hợp điều trị nền có thể giúp giảm cường độ đau liên quan đến ung thư so với điều trị nền đơn thuần. Tuy nhiên, chưa xác lập được ưu thế rõ ràng so với giả châm. Độ chắc chắn thấp và dị hợp lớn làm hạn chế khả năng đưa ra kết luận chắc chắn về hiệu quả của điện châm.

Từ khóa: tổng quan hệ thống, phân tích gộp, điện châm, đau liên quan đến ung thư

1. GIỚI THIỆU

Đau là một trong những triệu chứng thường gặp và gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư. Điều trị bằng thuốc giảm đau, đặc biệt là opioid, vẫn giữ vai trò quan trọng nhưng có thể bị hạn chế bởi các tác dụng không mong muốn và nhu cầu kiểm soát triệu chứng kéo dài. Vì vậy, các phương pháp không dùng thuốc có khả năng bổ trợ cho điều trị chuẩn ngày càng được quan tâm.

Điện châm là phương pháp kích thích huyệt bằng dòng điện thông qua kim châm và đã được nghiên cứu trong nhiều tình trạng đau. Một phân tích gộp trước đây của Zhang và cộng sự cho thấy điện châm có tiềm năng giảm đau liên quan ung thư nhưng bằng chứng chủ yếu được thu thập đến năm 2022 và chưa bao quát đầy đủ các thử nghiệm mới cũng như các dạng nhóm chứng khác nhau [1].

Trong các công cụ đo đau, NRS là thang điểm đơn giản từ 0 đến 10 và được sử dụng phổ biến trong thực hành lâm sàng. Việc tập trung riêng vào NRS cho phép tổng hợp các nghiên cứu sử dụng cùng thang đo và biểu diễn hiệu quả bằng chênh lệch trung bình theo đơn vị điểm NRS. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả giảm cường độ đau liên quan đến ung thư của điện châm đơn trị hoặc phối hợp với điều trị nền dựa trên kết cục NRS.

2. PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN

2.1. Thiết kế nghiên cứu và nguồn dữ liệu

Nghiên cứu được thực hiện dưới dạng tổng quan hệ thống và phân tích gộp các RCT theo hướng dẫn PRISMA 2020. Các cơ sở dữ liệu PubMed, Cochrane Library, Embase, Web of Science, CNKI, VIP và Wanfang được tìm kiếm từ khi thành lập đến 21/3/2026. Nhóm từ khóa chính liên quan gồm cancer pain, cancer-related pain, malignant pain, tumor pain và oncologic pain. Nhóm từ khóa về can thiệp gồm electroacupuncture, electrical acupuncture và electric stimulation acupuncture. Chiến lược tìm kiếm được điều chỉnh phù hợp với từng cơ sở dữ liệu.

2.2. Tiêu chí lựa chọn và loại trừ

Các nghiên cứu được lựa chọn khi đáp ứng các tiêu chí gồm RCT, người tham gia từ 18 tuổi trở lên có đau do ung thư nguyên phát, di căn hoặc liên quan đến quá trình điều trị ung thư, nhóm can thiệp sử dụng điện châm đơn trị hoặc phối hợp với điều trị được sử dụng tương tự ở nhóm chứng và có báo cáo cường độ đau bằng NRS. Nhóm chứng có thể là giả châm hoặc điều trị nền không kèm điện châm.

Các nghiên cứu trên động vật, nghiên cứu không phân bổ ngẫu nhiên, báo cáo trùng lặp, không thể trích xuất dữ liệu cần thiết hoặc không thu thập được toàn văn bị loại khỏi tổng quan.

*Tác giả liên hệ
Email: thy.kx@umc.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 902485417 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7147

2.3. Sàng lọc và trích xuất dữ liệu

Sau khi loại các bản ghi trùng lặp bằng EndNote, hai nghiên cứu viên độc lập sàng lọc tiêu đề và tóm tắt rồi đánh giá toàn văn theo tiêu chí định trước. Bất đồng được giải quyết bằng thảo luận và tham vấn người đánh giá thứ ba khi cần. Dữ liệu được trích xuất độc lập vào biểu mẫu chuẩn hóa và được đối chiếu giữa hai nghiên cứu viên.

2.4. Đánh giá chất lượng bằng chứng

Nguy cơ sai lệch của từng RCT được đánh giá bằng công cụ Cochrane RoB 2 trên năm miền gồm quá trình ngẫu nhiên hóa, sai lệch khỏi can thiệp dự kiến, dữ liệu kết cục thiếu, đo lường kết cục và lựa chọn kết quả báo cáo. Hai nghiên cứu viên thực hiện đánh giá độc lập và giải quyết bất đồng bằng đồng thuận hoặc người đánh giá thứ ba. Mức độ chắc chắn của bằng chứng được đánh giá theo GRADE.

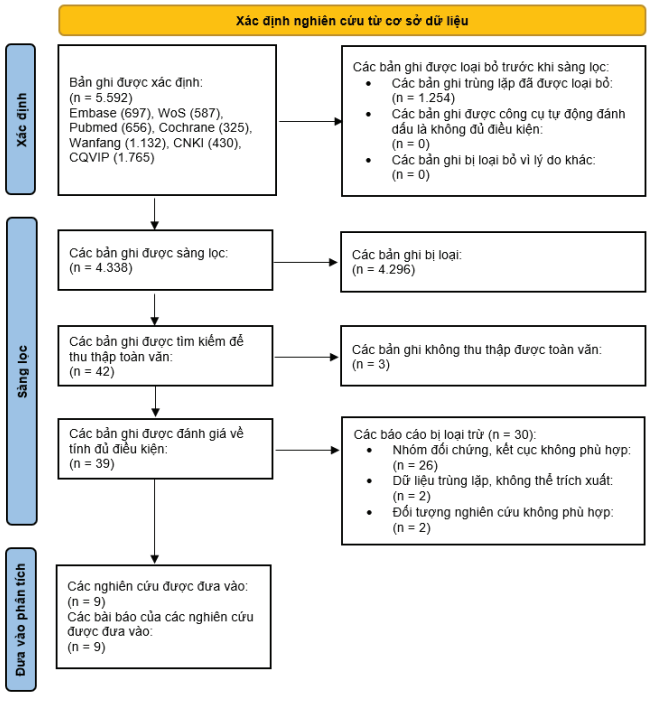
2.5. Phân tích thống kê

Do tất cả các nghiên cứu trong phân tích này sử dụng NRS trên cùng thang điểm, hiệu quả được biểu diễn bằng MD và KTC 95%. Dị hợp được đánh giá bằng I^2. Mô hình ảnh hưởng ngẫu nhiên được sử dụng khi có dị hợp đáng kể. Phân tích được thực hiện bằng R phiên bản 4.4.3 với gói meta phiên bản 8.2-1; phương sai giữa các nghiên cứu (τ^2) được ước lượng bằng phương pháp REML và KTC 95% của hiệu quả gộp được tính theo phân phối chuẩn. Mỗi phép so sánh có dưới 10 nghiên cứu, nên không đánh giá sai lệch xuất bản bằng biểu đồ phễu hoặc các kiểm định Egger và Begg.

3. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả tìm kiếm và đặc điểm nghiên cứu

Tổng cộng 5.592 bản ghi được xác định từ bảy cơ sở dữ liệu. Sau khi loại 1.254 bản ghi trùng lặp, 4.338 bản ghi được sàng lọc. Có 39 báo cáo được đánh giá toàn văn. Trong đó, chín RCT với tổng cộng 998 người bệnh được đưa vào tổng quan hệ thống và phân tích gộp (Sơ đồ 1).



Sơ đồ 1. Lưu đồ PRISMA 2020

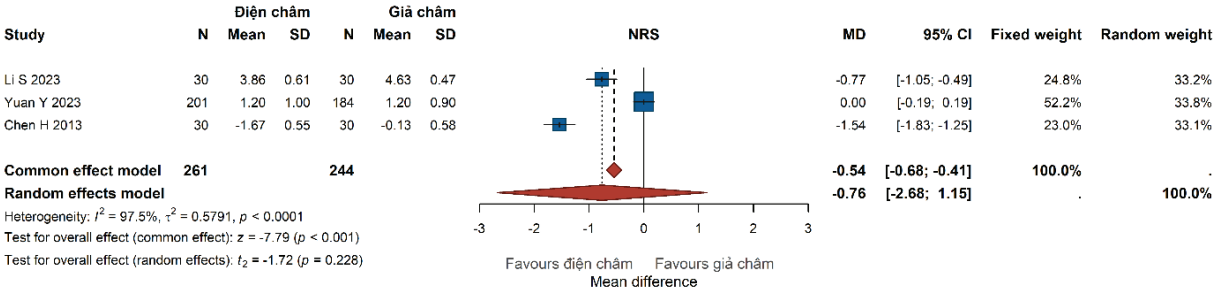
Chín nghiên cứu NRS đều được thực hiện tại Trung Quốc. Tám nghiên cứu đánh giá đau do ung thư và một nghiên cứu đánh giá đau sau phẫu thuật ung thư. Can thiệp điện châm chủ yếu được sử dụng bổ trợ cho opioid hoặc phác đồ giảm đau nền. Thời gian điều trị dao động từ 3 ngày đến 4 tuần. Ba nghiên cứu sử dụng nhóm chứng giả châm và sáu nghiên cứu so sánh với cùng điều trị nền nhưng không thực hiện điện châm (Bảng 1). Các nghiên cứu có sự khác biệt đáng kể về huyệt, tần số và điều trị phối hợp. Chen 2013, Li 2023 và Yang 2021 sử dụng tần số 2/100 Hz; Xu 2020 sử dụng 15/100 Hz; Shen 2016 sử dụng 10 Hz cho nhóm huyệt trị mất ngủ và 100 Hz cho nhóm huyệt trị đau; Wang 2019 sử dụng 15 Hz; Yuan 2023 sử dụng 2/50 Hz; Zhou 2019 và Wang 2024 không báo cáo tần số. Thời gian kích thích mỗi lần là 15-30 phút.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu	Loại ung thư	Cỡ mẫu (can thiệp/ chứng)	So sánh chính
Chen 2013 [2]	Ung thư tụy	30/30	Điện châm + opioid so với giả châm + opioid
Zhou 2019 [3]	Nhiều loại ung thư	43/44	Điện châm + điều trị nền so với điều trị nền
Xu 2020 [4]	Ung thư phổi	35/35	Điện châm + opioid so với opioid
Li 2023 [5]	Nhiều loại ung thư	30/30	Điện châm + opioid so với giả châm + opioid
Yang 2021 [6]	Nhiều loại ung thư	30/30	Điện châm + opioid so với opioid
Shen 2016 [7]	Ung thư phổi	50/50	Điện châm + điều trị nền so với điều trị nền
Wang 2024 [8]	Ung thư phổi không tế bào nhỏ	48/48	Điện châm + opioid so với opioid
Wang 2019 [9]	Nhiều loại ung thư	40/40	Điện châm + opioid so với opioid
Yuan 2023 [10]	Ung thư dạ dày và tuyến tụy	201/184	Điện châm + opioid so với giả châm + opioid

3.2. Hiệu quả so với giả châm

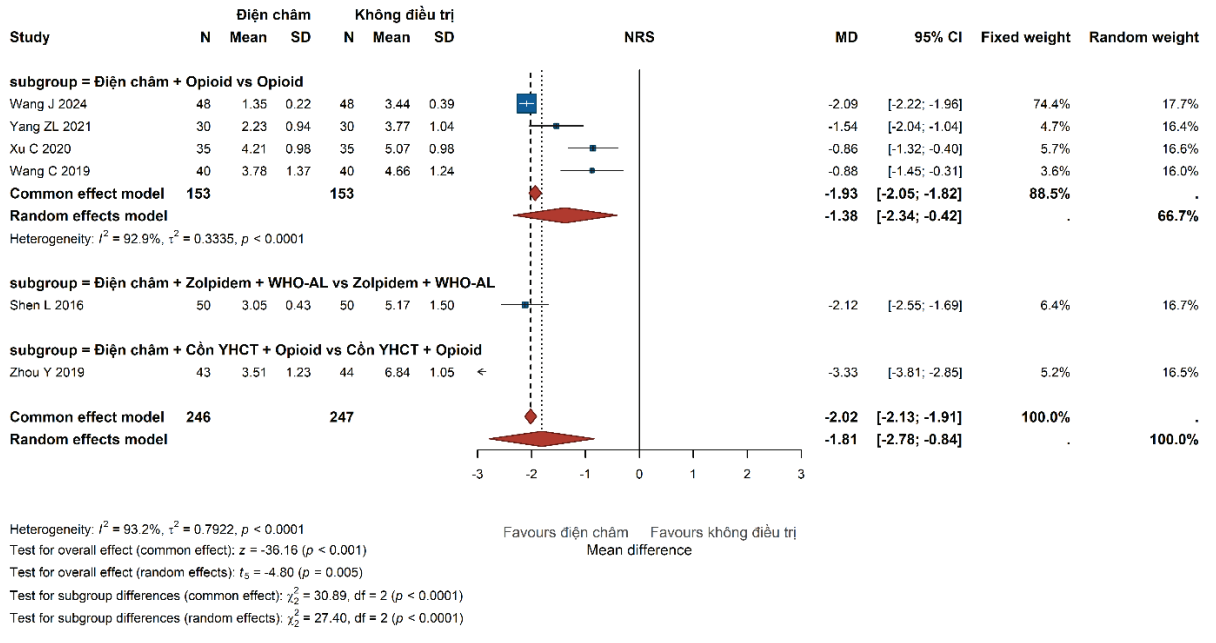
Ba RCT với 505 người bệnh so sánh điện châm với giả châm. Phân tích theo mô hình ảnh hưởng ngẫu nhiên cho thấy MD = -0,76 điểm NRS, KTC 95% -2,68 đến 1,15. Khoảng tin cậy bao gồm giá trị 0 nên chưa chứng minh được khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Dị hợp rất cao với I^2 = 97,5%. Trong ba nghiên cứu, Chen 2013 và Li 2023 có xu hướng nghiêng về điện châm, trong khi Yuan 2023 không ghi nhận ưu thế rõ rệt. Sự khác biệt về nguyên nhân đau, điều trị nền và đặc điểm giả châm có thể góp phần vào dị hợp lớn (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Hiệu quả giảm đau giữa điện châm với giả châm

3.3. Hiệu quả so với điều trị nền không kèm điện châm

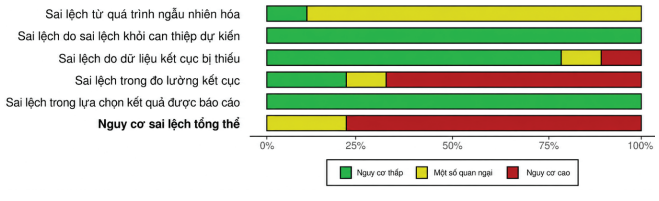
Sáu RCT với 493 người bệnh được đưa vào phân tích. Điện châm phối hợp điều trị nền làm giảm NRS so với cùng điều trị nền không kèm điện châm, với MD = -1,81 điểm, KTC 95% -2,78 đến -0,84. Dị hợp vẫn ở mức rất cao với I^2 = 93,2%. Các nghiên cứu trong nhóm này chủ yếu đánh giá điện châm như một liệu pháp bổ trợ cho opioid hoặc các biện pháp giảm đau khác. Vì vậy, ước lượng gộp phản ánh hiệu quả tăng thêm của điện châm trên nền điều trị hơn là hiệu quả của điện châm đơn trị (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Hiệu quả giảm đau giữa điện châm với điều trị nền không kèm điện châm

3.4. Nguy cơ sai lệch

Trong 9 nghiên cứu báo cáo NRS, 7 nghiên cứu được đánh giá có nguy cơ sai lệch tổng thể cao và 2 nghiên cứu có một số quan ngại. Không có nghiên cứu nào đạt mức nguy cơ sai lệch tổng thể thấp. Miền đo lường kết cục là nguồn sai lệch nổi bật nhất, phù hợp với đặc tính chủ quan của NRS và khó khăn trong việc làm mù đầy đủ ở các thử nghiệm châm cứu (Biểu đồ 3).



Biểu đồ 3. Nguy cơ sai lệch tổng thể

3.5. Mức độ chắc chắn của bằng chứng

Theo GRADE, mức độ chắc chắn của bằng chứng được đánh giá rất thấp ở cả so sánh với giả châm và so sánh với điều trị nền không kèm điện châm, chủ yếu do nguy cơ sai lệch, dị hợp cao và không chính xác (Bảng 2).

Bảng 2. Mức độ chắc chắn của bằng chứng theo GRADE

So sánh	Số người tham gia	Nguy cơ sai lệch	Không nhất quán	Tính gián tiếp	Không chính xác	Sai lệch xuất bản	Mức độ chắc chắn tổng thể
Điện châm so với giả châm	505 (3 nghiên cứu)	Nghiêm trọng	Nghiêm trọng I^2 = 97,5%	Không nghiêm trọng	Rất nghiêm trọng MD = -0,76 (-2,68; 1,15)	Không nghiêm trọng	Rất thấp ⊕◯◯◯
Điện châm so với không điều trị	493 (6 so sánh)	Nghiêm trọng	Nghiêm trọng I^2 = 93,2%	Không nghiêm trọng	Nghiêm trọng MD = -1,81 (-2,78; -0,84)	Không nghiêm trọng	Rất thấp ⊕◯◯◯

4. BÀN LUẬN

Kết quả phân tích cho thấy hiệu quả của điện châm đối với cường độ đau theo NRS khác nhau tùy theo nhóm đối chứng. Khi phối hợp với điều trị nền, điện châm làm giảm NRS nhiều hơn so với cùng điều trị nền không kèm điện châm, với MD = -1,81 điểm. Ngược lại, khi so sánh với giả châm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này nhìn chung phù hợp với các tổng quan trước cho thấy

châm cứu hoặc điện châm có tiềm năng giảm đau liên quan ung thư nhưng quy mô hiệu quả thay đổi đáng kể theo loại nhóm chứng, nguyên nhân đau và phương pháp can thiệp [1,11]. Zhang và cộng sự ghi nhận điện châm có hiệu quả tiềm năng đối với đau ung thư nhưng nhấn mạnh những hạn chế về chất lượng và tính không đồng nhất của bằng chứng [1]. Tương tự, tổng quan của Faria và cộng sự cho thấy châm cứu có lợi đối với đau ung thư nhưng các RCT khác nhau đáng kể về quần thể, kỹ thuật châm cứu và thời gian điều trị [11].

Mức giảm trung bình 1,81 điểm NRS so với điều trị nền không kèm điện châm có thể gợi ý lợi ích có ý nghĩa lâm sàng. Ngưỡng thay đổi 1,5-2 điểm trong tài liệu được xác lập ở người bệnh sau cắt tử cung, khác với quần thể và cơ chế đau liên quan đến ung thư; vì vậy, chưa thể áp dụng trực tiếp ngưỡng này để khẳng định ý nghĩa lâm sàng của kết quả [12]. Tuy nhiên, không nên diễn giải MD = -1,81 như một hiệu quả cố định có thể áp dụng cho mọi người bệnh ung thư. Khoảng tin cậy tương đối rộng và I^2 = 93,2% cho thấy quy mô hiệu quả thay đổi đáng kể giữa các nghiên cứu. Trong các thử nghiệm được tổng hợp, mức giảm NRS dao động từ mức nhỏ đến trên 3 điểm và khác biệt giữa các phân nhóm theo điều trị nền có ý nghĩa thống kê. Do đó, lợi ích lâm sàng của điện châm nhiều khả năng phụ thuộc vào loại đau, phác đồ giảm đau phối hợp, thời gian điều trị và đặc điểm kỹ thuật điện châm.

Kết quả không ghi nhận ưu thế rõ ràng của điện châm so với giả châm cần được diễn giải thận trọng. Ba nghiên cứu với 505 người bệnh cho MD = -0,76 điểm nhưng KTC 95% từ -2,68 đến 1,15 và I^2 = 97,5%. Khoảng tin cậy này không chỉ bao gồm khả năng không có khác biệt mà còn bao gồm cả khả năng điện châm tạo ra lợi ích đáng kể. Vì vậy, kết quả hiện tại chưa đủ để kết luận điện châm không có tác dụng đặc hiệu. Một nguyên nhân quan trọng là giả châm trong nghiên cứu châm cứu không nhất thiết là một đối chứng sinh học hoàn toàn bất hoạt. Phân tích mạng lưới của Wan và cộng sự cho thấy các phương pháp giả châm khác nhau có thể tạo ra hiệu ứng giả dược khác nhau trong các thử nghiệm đau mạn tính [13]. Điều này đặc biệt có ý nghĩa khi các nghiên cứu trong phân tích hiện tại sử dụng nhiều hình thức giả châm như kim không xuyên da, châm ngoài huyệt hoặc nối máy nhưng không phát dòng điện.

Dị hợp rất cao trong cả hai phân tích là một hạn chế quan trọng. Các nghiên cứu khác nhau về loại ung thư, cơ chế đau, mức độ đau ban đầu, thuốc giảm đau nền, huyệt sử dụng, tần số kích thích, cường độ dòng điện, số buổi và thời điểm đánh giá. Một số nghiên cứu tập trung vào đau trực tiếp do ung thư, trong khi một nghiên cứu đánh giá đau sau phẫu thuật. Điện châm cũng thường được sử dụng như một thành phần của phác đồ đa mô thức thay vì đơn trị. Prady và cộng sự đã chỉ ra rằng tính không đồng nhất về đặc điểm lâm sàng và kỹ thuật châm cứu có thể tạo ra dị hợp đáng kể trong các phân tích gộp và làm hạn chế khả năng diễn giải một ước lượng hiệu quả chung [14]. Vì vậy, kết quả gộp trong nghiên cứu này nên được xem là ước lượng trung bình của nhiều bối cảnh điều trị khác nhau hơn là một hiệu quả điều trị thống nhất.

Nguy cơ sai lệch cũng làm giảm đáng kể độ tin cậy của kết quả. Trong chín nghiên cứu đánh giá NRS, bảy nghiên cứu có nguy cơ sai lệch tổng thể cao và hai nghiên cứu có một số quan ngại. Miền đo lường kết cục là nguồn sai lệch chính. NRS là kết cục do người bệnh tự báo cáo nên có thể chịu ảnh hưởng bởi kỳ vọng điều trị, trải nghiệm thủ thuật và khả năng nhận biết phân nhóm. Trong các thử nghiệm điện châm, việc làm mù hoàn toàn người thực hiện gần như không khả thi và việc làm mù người bệnh phụ thuộc nhiều vào chất lượng của phương pháp giả châm. Đây là một trong những nguyên nhân khiến mức độ chắc chắn của bằng chứng theo GRADE được đánh giá rất thấp cho cả hai phép so sánh.

Một điểm đáng lưu ý là điện châm trong phần lớn các nghiên cứu không thay thế thuốc giảm đau mà được bổ sung vào điều trị nền. Vì vậy, kết quả MD = -1,81 điểm nên được diễn giải chủ yếu như hiệu quả bổ sung của điện châm. Điều này phù hợp với định hướng sử dụng châm cứu trong chăm sóc ung thư tích hợp, trong đó phương pháp không dùng thuốc được phối hợp với điều trị giảm đau tiêu chuẩn thay vì thay thế hoàn toàn thuốc giảm đau [11]. Tuy nhiên, sự khác biệt lớn giữa các điều trị nền làm cho việc xác định phần hiệu quả riêng của điện châm còn khó khăn.

Một số hạn chế cần được xem xét khi diễn giải kết quả. Tất cả các nghiên cứu NRS được thực hiện tại Trung Quốc nên khả năng khái quát hóa sang các quần thể và hệ thống chăm sóc khác còn hạn chế. Số nghiên cứu trong từng phép so sánh ít nên chưa phù hợp để đánh giá mức độ đáng tin cậy của sai lệch xuất bản. Phác đồ điện châm chưa được chuẩn hóa và phần lớn nghiên cứu có nguy cơ sai lệch cao. Ngoài ra, việc kết hợp đau trực tiếp do ung thư với đau sau phẫu thuật làm tăng dị hợp về cơ chế đau. Do đó, bằng chứng hiện tại chưa đủ để xác định nhóm người bệnh nào có khả năng hưởng lợi nhiều nhất từ điện châm.

Các nghiên cứu trong tương lai cần ưu tiên RCT đa trung tâm với cỡ mẫu đủ lớn, che giấu phân bổ phù hợp và phương pháp giả châm được chuẩn hóa. Các thông số điện châm gồm huyệt, tần số, cường độ, thời gian mỗi lần và tổng số buổi cần được báo cáo đầy đủ. Việc phân tầng theo đau do khối u, đau liên quan đến điều trị và đau sau phẫu thuật cũng cần được thực hiện để giảm dị hợp và xác định chính xác hơn vai trò của điện châm trong từng bối cảnh lâm sàng.

5. KẾT LUẬN

Điện châm phối hợp với điều trị nền có tiềm năng cải thiện cường độ đau liên quan đến ung thư so với điều trị nền đơn thuần theo thang NRS. Tuy nhiên, ưu thế của điện châm so với giả châm chưa được chứng minh rõ ràng. Nguy cơ sai lệch cao, sự không đồng nhất lớn giữa các thử nghiệm và mức độ chắc chắn rất thấp của bằng chứng chưa cho phép đưa ra kết luận chắc chắn về mức độ hiệu quả. Bằng chứng hiện tại gợi ý khả năng có lợi khi phối hợp điện châm với điều trị nền, nhưng chưa đủ chắc chắn để đưa ra khuyến cáo điều trị; cần thêm các thử nghiệm ngẫu nhiên chất lượng cao và được chuẩn hóa để xác định chính xác hiệu quả đặc hiệu cũng như mức độ lợi ích lâm sàng.

6. TUYÊN BỐ VỀ MÂU THUẪN LỢI ÍCH

Các tác giả tuyên bố không có mâu thuẫn lợi ích liên quan đến công trình này.

7. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và các đồng nghiệp tại China Medical University (Đài Loan – Trung Quốc) đã hỗ trợ trong việc truy cập các cơ sở dữ liệu.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Zhang J, Wu W, Ren Y, et al. Electroacupuncture for the treatment of cancer pain: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Front Pain Res (Lausanne). 2023;4:1186506. doi: 10.3389/fpain.2023.1186506

[2] Chen H, Liu TY, Kuai L, et al. Electroacupuncture treatment for pancreatic cancer pain: a randomized controlled trial. Pancreatology. 2013;13(6):594-7. doi: 10.1016/j.pan.2013.10.007

[3] Zhou Y, Hu LJ, Guo TT, et al. Clinical observation on the comprehensive treatment of severe cancer pain with triple external therapy of traditional Chinese medicine. Clinical Journal of Chinese Medicine. 2019;11(18):90-93.

[4] Xu CT, Li XW, Tan YN. Observation on the effect of dilatational wave electroacupuncture combined with Western medicine in the treatment of pain in patients with lung cancer in 35 cases. Zhejiang Journal of Traditional Chinese Medicine. 2020;55(4):295-296. doi: 10.13633/j.cnki.zjtcm.2020.04.035

[5] Li S, Tian WQ, Zhao F, et al. Clinical observation of electroacupuncture for relieving opioid tolerance in patients with cancer pain. Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion. 2023;42(9):889-894. doi: 10.13460/j.issn.1005-0957.2023.09.0889

[6] Yang ZL, Gong YB. Clinical observation of electroacupuncture combined with opioids in the treatment of cancerous pain. Journal of Oncology in Chinese Medicine. 2021;3(3):30-35. doi: 10.19811/j.cnki.ISSN2096-6628.2021.03.000

[7] Shen L, Chen WY, Lv XD. Study on the effect of electroacupuncture in improving sleep quality of patients with lung cancer-related pain. Journal of Medical Research. 2016;45(6):87-90. doi: 10.11969/j.issn.1673-548X.2016.06.022

[8] Wang JC, Huang XL, Shi Z. Study of electroacupuncture combined with morphine sulfate controlled-release tablets in the treatment of moderate and severe cancer pain in non-small cell lung cancer. Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine. 2024;33(7):937-941.

[9] Wang C. Clinical study of electroacupuncture combined with hydromorphone for moderate-to-severe cancer pain of blood stasis type. Journal of New Chinese Medicine. 2019;51(10):242-244. doi: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.10.069

[10] Yuan Y, Huang T, Qiu GT. Electroacupuncture reducing postoperative analgesic drug use in patients with gastric and pancreatic cancer during perioperative period: A randomized controlled trial. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy. 2023;38(3):1396-1400.

[11] Faria M, Teixeira M, Pinto MJ, Sargento P. Efficacy of acupuncture on cancer pain: A systematic review and meta-analysis. J Integr Med. 2024;22(3):235-244. doi: 10.1016/j.joim.2024.03.002

[12] Pejcic N, Kutlesic M, Milic V, et al. Minimal Clinically Important Difference and Patient Acceptable Symptom State After Total Abdominal Hysterectomy: Secondary Analysis of RCT Data. Cureus. 2025;17(7):e87703. doi: 10.7759/cureus.87703

[13] Wan R, Zheng Q, Zeng X, et al. Differential placebo effect of sham acupuncture for chronic pain: a network meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Complement Med Ther. 2025;25(1):323. doi: 10.1186/s12906-025-05055-x

[14] Prady SL, Burch J, Crouch S, MacPherson H. Problems caused by heterogeneity in meta-analysis: a case study of acupuncture trials. Acupunct Med. 2014;32(1):56-61. doi: 10.1136/acupmed-2013-010364