ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CẢI THIỆN HỘI CHỨNG CỘT SỐNG CỔ VÀ CHỨC NĂNG SINH HOẠT HẰNG NGÀY NDI CỦA SIÊU ÂM TRỊ LIỆU KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẤM HUYỆT Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY

Dương Thị Hằng*, Nguyễn Thị Thanh Tú**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng cải thiện hội chứng cột sống cổ và chức năng sinh hoạt hàng ngày của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm đối chứng, so sánh kết quả trước và sau can thiệp. 60 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay chia thành 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng siêu âm trị liệu và điện châm, xoa bóp bấm huyệt. Nhóm chứng được điều trị bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt. **Kết quả:** Sau 15 ngày điều trị, mức độ cải thiện hội chứng cột sống cổ, mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI, điểm NDI trung bình theo thời gian, hiệu suất giảm NDI theo thời gian ở của cả 2 nhóm đều cải thiện so với trước điều trị ($p<0,05$) và nhóm nghiên cứu tốt hơn so với nhóm chứng ($p<0,05$). **Kết luận:** Siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt có tác dụng cải thiện hội chứng cột sống cổ và chức năng sinh hoạt hàng ngày, mức độ cải thiện ở nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng (với $p<0,05$), chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

Từ khóa: Hội chứng cổ vai cánh tay, NDI, hội chứng cột sống cổ, điện châm, xoa bóp bấm huyệt, siêu âm trị liệu.

EVALUATION OF THE EFFECTS OF ULTRASONIC THERAPY COMBINED WITH ELECTRO - ACUPUNCTURE AND ACUPRESSURE MASSAGE IN PATIENTS WITH CERVICAL SCAPULOHUMERAL SYNDROME

SUMMARY

Objective: Evaluate the effect of improving cervical spine syndrome and daily living functions of ultrasound therapy combined with electroacupuncture and acupressure massage. **Subjects and methods:** Clinical intervention study with a control group, comparing results before and after intervention. 60 patients diagnosed with neck-shoulder-arm syndrome were divided into 2 groups: The research group was treated with ultrasound therapy, electro-acupuncture, and acupressure massage. The control group was treated with electroacupuncture and acupressure massage. **Results:** After 15 days of treatment,

1* Bệnh viện Châm cứu TW.
2Trường Đại học Y Hà Nội.
Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Hằng
Email: drduonghangbvcc@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/12/2023.
Ngày phản biện: 15/12/2023.
Ngày đăng bài: 25/12/2023

the degree of improvement in cervical spine syndrome, the degree of limitation of daily activities according to the NDI scale, the average NDI score over time, the NDI reduction performance over time of stay of both Both groups improved compared to before treatment ($p < 0.05$) and the study group was better than the control group ($p < 0.05$). **Conclusion:** Ultrasound therapy combined with electroacupuncture and acupressure massage effective in improving cervical spine syndrome and daily living functions, the level of improvement in the study group was better than the control group (with $p < 0.05$), no unwanted effects were recorded during the process treatment

Keywords: Neck shoulder arm syndrome, NDI, cervical spine syndrome, electroacupuncture, acupressure massage, ultrasound therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cổ vai cánh tay (HCCVCT) hay bệnh lý rễ tủy 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] Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cổ, vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và hoặc vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng [1]. Nguyên nhân thường gặp nhất là do thoái hóa cột sống cổ với 70 - 80%, 20 - 25% là do thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đơn thuần hoặc phối hợp với thoái hóa cột sống cổ. Một nghiên cứu về dịch tễ học của hội chứng cổ vai cánh tay được thực hiện ở Rochester Minnesota (1976 - 1990) [2], các tác giả nhận thấy rằng tỷ lệ mắc hội chứng cổ vai cánh tay hàng năm là 107,3/100.000 cho nam giới và 63,5/100.000 cho phụ nữ [2].

Tuỳ theo mức độ bệnh mà y học hiện đại (YHHĐ) sử dụng các phương pháp vật lý trị liệu như chiếu đèn hồng ngoại, đắp parafin, siêu âm trị liệu hay các bài tập theo tầm vận động hoặc sử dụng các thuốc chống viêm giảm đau, giãn cơ, chống thoái hóa tác dụng chậm. Theo y học cổ truyền (YHCT), HCCVCT thuộc phạm vi chứng "Tý" và thường được điều trị bằng các phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và/ hoặc dùng các thuốc cổ truyền [3]. Điện châm và xoa bóp bấm huyệt là hai phương pháp không dùng thuốc của YHCT thường được ứng dụng trong điều trị nhiều bệnh trong đó có HCCVCT. Siêu âm trị liệu là phương pháp điều trị nhiệt của YHHĐ, ưu điểm là không xâm lấn, tác động được đến lớp cơ sâu [4]. Trên lâm sàng, siêu âm trị liệu thường được kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu để đánh giá khách quan về hiệu quả của sự kết hợp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá tác dụng cải thiện hội chứng cột sống cổ và chức năng sinh hoạt hàng ngày NDI của siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt ở bệnh nhân có hội chứng cổ vai cánh tay".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

60 bệnh nhân được chẩn đoán có HCCVCT được điều trị tại khoa điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ 7/2022 đến tháng 5/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, không phân biệt giới tính,tuổi ≥ 18.

- Lâm sàng có HCCVCT bao gồm:

+ Hội chứng cột sống: Đau CSC, mức độ đau theo điểm VAS (2 điểm < VAS ≤ 6 điểm), co cứng các cơ cạnh CSC, hạn chế tầm vận động CSC.

+ Hội chứng rễ: Đau lan dọc theo đường đi của rễ thần kinh chi phối, rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ, có dấu hiệu kích thích rễ (bấm chuông, Spurling, nghiệm pháp dạng vai, nghiệm pháp kéo giãn cổ).

- Chọn bệnh nhân có biểu hiện chứng Tý thể huyết ứ hoặc huyết ứ kèm can thận hư theo y học cổ truyền.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Bệnh nhân có HCCVCT có chỉ định phẫu thuật, hoặc kèm theo hội chứng động mạch sống nền, hội chứng chèn ép tủy cổ, hoặc kèm mắc các bệnh lý khác như lao, ung thư, bệnh lý ngoài da vùng cổ vai cánh tay, các bệnh lý cấp tính, tiền sử phẫu thuật tại CSC, dị ứng gel siêu âm.

2. Chất liệu nghiên cứu

- Siêu âm trị liệu: sử dụng máy siêu âm trị liệu ST-10A của hãng Stratek/ Hàn Quốc, đặt cường độ 1 – 1,5 W/cm^2, tần số 1 MHz, chế độ siêu âm liên tục, bôi gel vào vùng cổ vai và đầu dò trị liệu, di chuyển đầu phát sóng xoay tròn, tốc độ khoảng 4cm/giây, liên tục lên mặt da với tốc độ chậm, giữ cho bó sóng luôn luôn thẳng góc với mặt da. Thời gian siêu âm 10 phút/ 1 lần/ 1 ngày trong 15 ngày [5].

- Công thức huyệt điện châm: theo quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế [6].

+ Châm tả các huyệt Phong trì, Kiên ngung, Kiên tỉnh, Thiên trụ, Đại chùy, Khúc trì, Liệt khuyết, Hợp cốc, Giáp tích C4 – C7, A thị huyệt.

+ Huyệt Phong trì, Hợp cốc châm hai bên, các huyệt còn lại châm một hoặc hai bên tùy vị trí đau của bệnh nhân.

+ Thời gian điện châm 30 phút/ ngày, liệu trình 15 ngày.

- Xoa bóp bấm huyệt:

+ Xoa, xát, miết từ vùng cổ gáy xuống vai và cánh tay cẳng tay bên đau

+ Day, lăn vùng như trên

+ Bóp, đấm vùng cơ cổ gáy, vai, cánh tay, cẳng tay bên đau

+ Bấm các huyệt theo phác đồ huyệt châm cứu

+ Vận động CSC, khớp vai, khuỷu, cổ tay bên đau theo biên độ vận động khớp.

+ Thời gian xoa bóp bấm huyệt 30 phút/ ngày, liệu trình 15 ngày.

3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng có đối chứng, so sánh trước sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 60 bệnh nhân HCCVCT đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ điều trị tại khoa ngoại trú -Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ 7/2022 đến tháng 5/2023

Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được chia thành 2 nhóm, ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và mức độ đau theo thang điểm VAS và tiến hành can thiệp.

- Nhóm đối chứng (ĐC): Điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

- Nhómnghiên cứu (NC): Siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt

Các chỉ số, biến số nghiên cứu:

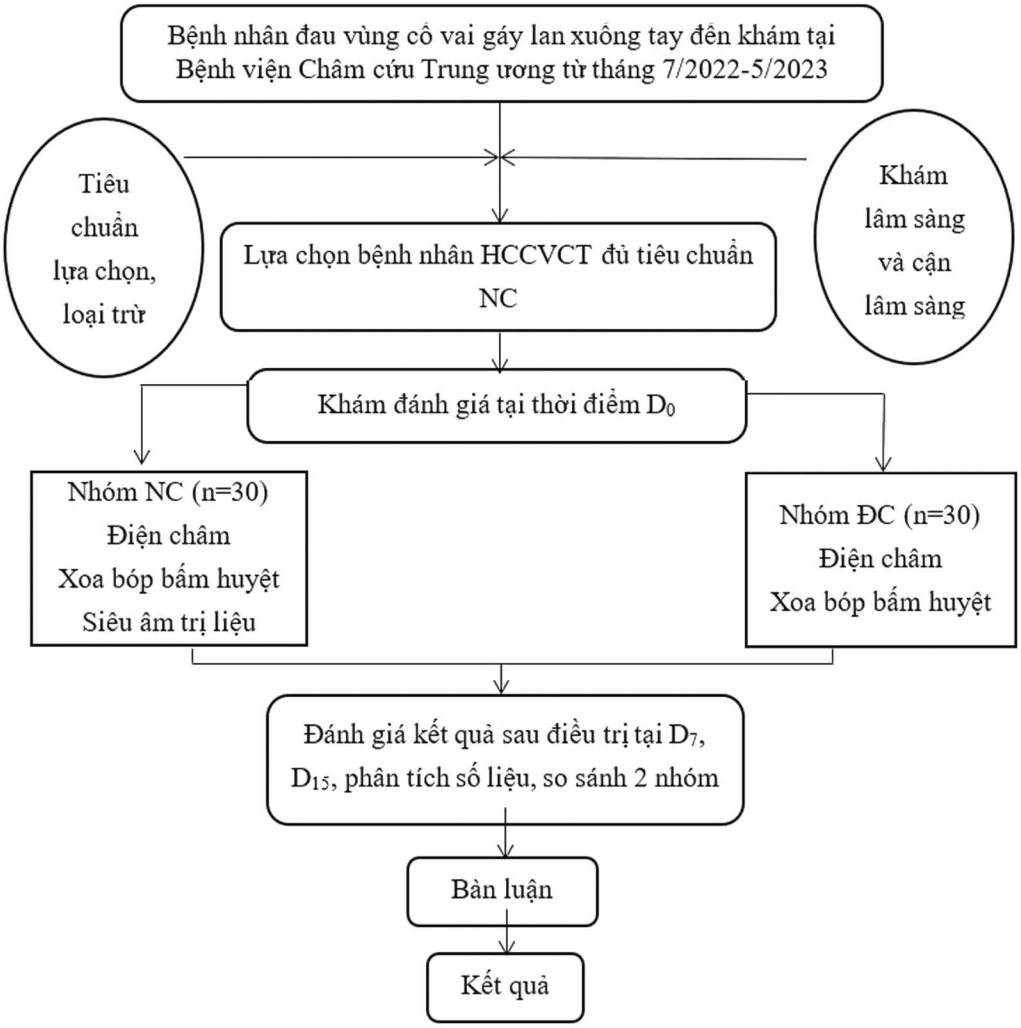
+ Các đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, nghề nghiệp.

+ Các chỉ tiêu lâm sàng được theo dõi tại ngày đầu tiên điều trị (D_0), ngày thứ 7 điều trị (D_7) và ngày thứ 15 điều trị (D_{15}): mức độ đau theo thang điểm VAS; mức độ co cơ, tầm vận động CSC, mức độ cải thiện hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI, cải thiện điểm NDI trung bình và hiệu suất giảm điểm NDI.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được được xử lý bằng phần mềm phần mềm thống kê sinh học SPSS 20.0.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

Hình 1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu



III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

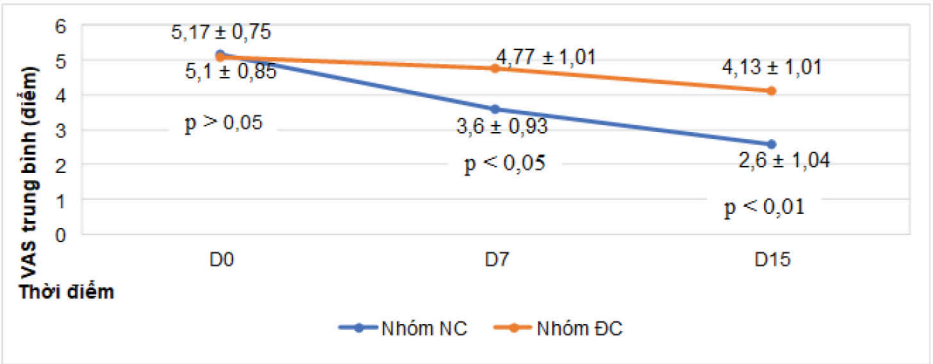
Theo kết quả nghiên cứu, tuổi trung bình của các bệnh nhân HCCVCT là 51,57 ± 15,44 ở nhóm nghiên cứu và 51,57 ± 15,54 ở nhóm chứng. Tỷ lệ nam/nữ là 0,82. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh kéo dài > 3 tháng (56,67% ở cả 2 nhóm), không có sự khác biệt có ý nghĩa thông kê với p > 0,05.

2. Kết quả điều trị

Bảng 1. So sánh mức độ đau VAS tại các thời điểm nghiên cứu

Mức độ đau theo VAS \ Nhóm		Nhóm NC (n=30) n (%)	Nhóm ĐC (n=30) n (%)	Tổng (n=60) n (%)	pNC-DC
D_0	Đau vừa (3-4 điểm)	6 (20)	7 (23,33)	13 (21,67)	> 0,05
	Đau nặng (5-6 điểm)	24 (80)	23 (76,67)	47 (78,33)	
D_7	Đau nhẹ (1-2 điểm)	8 (26,67)	2 (6,67)	10 (16,67)	< 0,05
	Đau vừa (3-4 điểm)	18 (60)	15 (50)	33 (55)	
	Đau nặng (5-6 điểm)	4 (13,33)	13 (43,33)	17 (28,33)	
D_{15}	Không đau (0 điểm)	1 (3,33)	0	1 (1,67)	< 0,01
	Đau nhẹ (1-2 điểm)	13 (43,33)	4 (13,33)	17 (28,33)	
	Đau vừa (3-4 điểm)	15 (50)	21 (70)	36 (60%)	
	Đau nặng (5-6 điểm)	1 (3,33)	5 (16,67)	6 (10%)	
p các thời điểm của từng nhóm					
	pD_7-D_0	< 0,05	< 0,05	< 0,05	
	pD_{15}-D_0	< 0,01	< 0,01	< 0,01	

Sau 15 ngày điều trị, nhóm NC có tỷ lệ không đau và đau nhẹ cao hơn nhóm ĐC (p< 0,01). Ở mỗi nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt về mức độ đau qua từng thời điểm đánh giá, tại D_7 (p<0,05), D_{15} (p <0,01).



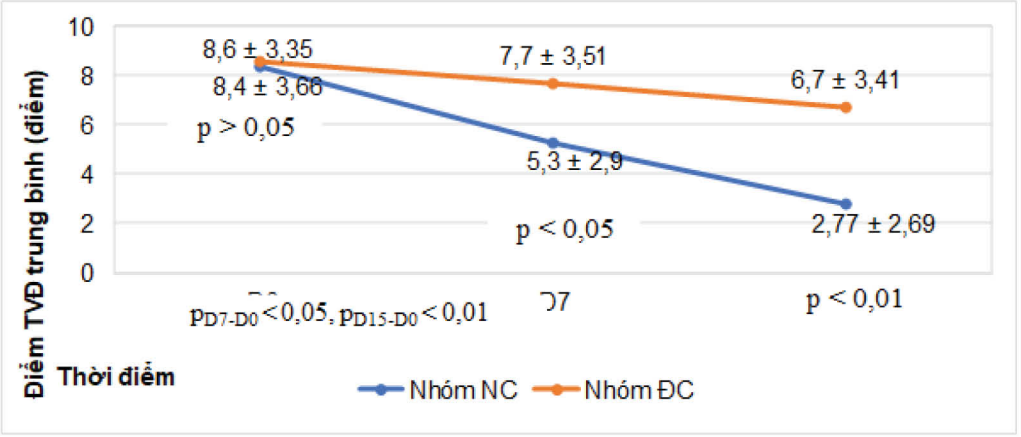
Biểu đồ 1. So sánh điểm VAS trung bình theo thời gian giữa 2 nhóm

Ở cả nhóm ĐC và nhóm NC, điểmVAS trung bình đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trịvới p<0,01. Nhóm NC có điểm VAS trung bình thấp hơn so với nhóm ĐC (p<0,05 ở D_7 và p < 0,01 ở D_{15})

Bảng 2. So sánh mức độ cải thiện tầm vận động CSC giữa 2 nhóm

Nhóm / Động tác	Nhóm NC (n=30) *(X̄± SD)*		Nhóm ĐC (n=30) *(X̄± SD)*	
	D_0	D_{15}	D_0	D_{15}
Gấp	37,23 ± 1,96	47,37 ± 2,03	37,47 ± 1,97	43,34 ± 2,4
Duỗi	56,63 ± 2,37	66,57 ± 3,83	56,90 ± 2,14	58,63 ± 2,37
Nghiêng trái	32 ± 2,89	43,57 ± 2,32	32,67 ± 2,55	36,27 ± 3,1
Nghiêng phải	32,17 ± 3,3	44,43 ± 1,94	32,87 ± 3,13	35,71 ± 1,99
Quay trái	53,1 ± 2,38	61,43 ± 1,94	53,33 ± 2,4	54,27 ± 2,9
Quay phải	54,27 ± 2,9	61,47 ± 2,36	54,5 ± 2,93	55,5 ± 2,93
ptrước-sau	< 0,05		> 0,05	
pNC-DC (D_0)	> 0,05			
pNC-DC (D_{15})	< 0,05			

Trước điều trị, tầm vận động CSC ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Sau điều trị 15 ngày, nhóm NC có mức độ cải thiện tầm vận động CSC ở tất cả 6 động tác tốt hơn nhóm ĐC với p<0,05.



Biểu đồ 2. So sánh điểm hạn chế TVĐ CSC theo thời gian giữa 2 nhóm

Tầm vận động CSC của các bệnh nhân ở hai nhóm ở các thời điểm D_7, D_{15} đều tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước điều trị. Điểm hạn chế tầm vận động trung bình của nhóm NC thấp hơn nhóm ĐC ở tất cả các thời điểm đánh giá (p < 0,05 tại D_7 và p < 0,01 tại D_{15}).

Bảng 3. Tình trạng co cứng cơ theo thời gian

Nhóm / Thời điểm	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		Tổng (n=60)		pNC-DC
	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	
D_0	30 (100)	0	30 (100)	0	60 (100)	0	> 0,05
D_7	25 (83,33)	5 (16,67)	29 (96,67)	1 (13,33)	54 (90)	6 (10)	> 0,05
D_{15}	12 (40)	18 (60)	25 (83,33)	5 (16,67)	37 (61,67)	23 (38,33)	< 0,01
pD_{15}-D_0	< 0,05		< 0,05		< 0,05		

Tình trạng co cứng cơ gặp ở toàn bộ bệnh nhân vào thời điểm trước điều trị (D_0). Hiệu suất cải thiện co cứng cơ ở nhóm NC có xu hướng tốt hơn so với nhóm ĐC với p < 0,01.

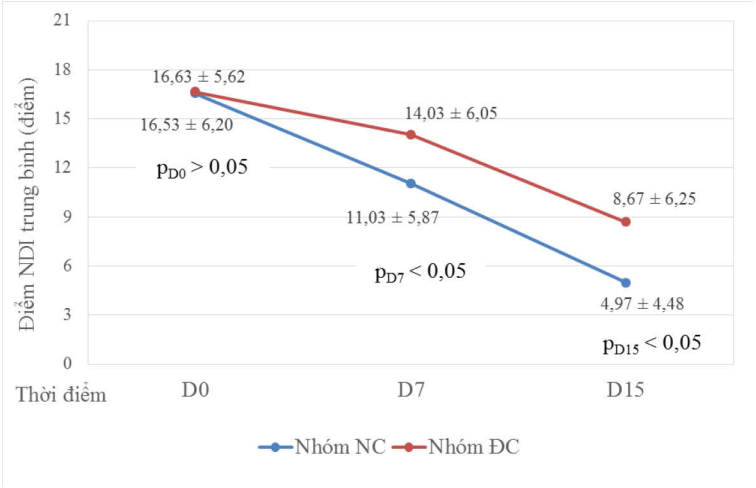
Bảng 4. Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI tại các thời điểm

Nhóm / Mức độ hạn chế sinh hoạt tại các thời điểm	Nhóm NC (n = 30) n (%)	Nhóm ĐC (n = 30) n (%)	Tổng (n = 60) n (%)	pNC-DC
D_0				
Hạn chế ít	12 (40,00)	11 (36,67)	23 (38,33)	>0,05
Hạn chế vừa	13 (43,33)	15 (50,00)	28 (46,67)	
Hạn chế nhiều	5 (16,67)	4 (13,33)	9 (15,00)	
D_7				
Không	9 (30,00)	2 (6,67)	11 (18,33)	< 0,05
Hạn chế ít	15 (50,00)	15 (50,00)	30 (50,00)	
Hạn chế vừa	6 (20,00)	13 (43,33)	19 (31,67)	
pD_7-D_0	< 0,01	< 0,05	< 0,05	
D_{15}				
Không	15 (50,00)	3 (10,00)	18 (30,00)	< 0,05
Hạn chế ít	14 (46,67)	17 (56,67)	31 (51,67)	
Hạn chế vừa	1 (3,33)	10 (33,33)	11 (18,33)	
pD_{15}-D_0	< 0,01	< 0,05	< 0,01	

- Mức độ hạn chế hoạt động cải thiện dần trong quá trình điều trị ở cả hai nhóm, và ở nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC ở cả hai thời điểm D_7, D_{15}.

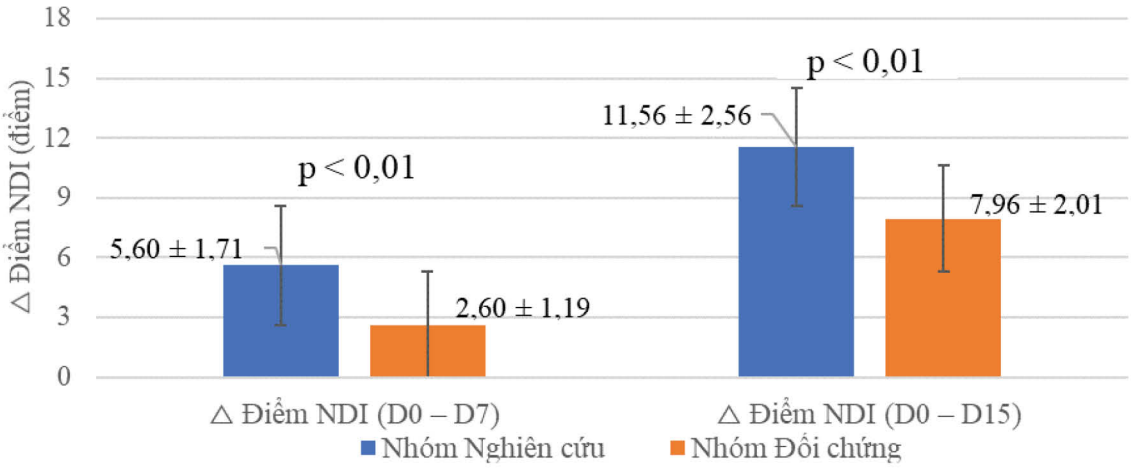
Sau điều trị (D_{15}), không còn bệnh nhân có hạn chế hoạt động mức độ nhiều ở cả hai nhóm; tỷ lệ bệnh nhân không hạn chế và hạn chế ít ở nhóm NC cao hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Ở từng nhóm, mức độ hạn chế hoạt động có sự cải thiện rõ rệt trước và sau điều trị tại D_{15} với p <0,01 ở nhóm NC và p<0,05 ở nhóm ĐC.



Biểu đồ 3. Điểm NDI trung bình theo thời gian

Điểm NDI trung bình ở nhóm NC có xu hướng giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa ở cả hai thời điểm D_7 và D_{15}, p < 0,05.



Biểu đồ 4. Hiệu suất giảm điểm NDI theo thời gian

Hiệu suất giảm điểm NDI của nhóm NC tốt hơn sovới nhóm ĐC tại các thời điểm đánh giá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, p 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng cốt sống cổ với triệu chứng đau tại CSC, kèm theo co cứng cơ vùng CSC là nguyên nhân chính làm cho người bệnh phải vào viện điều trị. Đau làm hạn chế khả

năng vận động cũng như khả năng làm việc và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [7]. Theo YHHĐ, cơ chế bệnh sinh của HCCVCT có liên quan đến chèn ép rễ thần kinh CSC mà nguyên nhân thường do thoát vị đĩa đệm và thoái hóa CSC [7][8] .Chính sự chèn ép này gây ra triệu chứng đau theo hai cơ chế: đau thụ cảm và đau thần kinh và có thể kích thích làm tăng sản xuất các chất trung gian hóa học của phản ứng viêm như: yếu tố hoại tử u (TNF – α), interleukin – 6 (IL - 6) và các proteinase kim loại trong chất nền ngoại bào (MMPs) [3][9]. Các yếu tố này làm tăng sự nhạy cảm, gây đau tại chỗ cũng như tình trạng co cơ vùng lân cận và các triệu chứng thay đổi cảm giác, vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh CSC bị ảnh hưởng, giảm tưới máu tới vùng cổ gáy khiến tình trạng bệnh càng nặng nề. Quá trình này tạo nên vòng xoắn bệnh lý, nên các triệu chứng của người bệnh thường xuất hiện cùng nhau, ít khi xuất hiện đơn lẻ [3][9].

Sau 15 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ không đau và đau nhẹ chiếm 46,66% ở nhóm NC và 13,33% ở nhóm ĐC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (tỷ lệ bệnh nhân không đau và đau nhẹ chiếm 86,67%). Có sự khác biệt này có thể do việc lựa chọn thể bệnh theo YHCT của chúng tôi khác và phần lớn bệnh nhân có thời gian đau trên 3 tháng.

Tầm vận động CSC là một chỉ tiêu quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị. Trong HCCVCT do thoái hoá CSC, tầm vận động cột sống cổ bị hạn chế do đau, co cứng cơ, kích thích của rễ thần kinh, giảm độ đàn hồi bao khớp và dây chằng… Tầm vận động CSC được đánh giá qua sự cải thiện của sáu động tác: gấp, duỗi, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải. Sau 15 ngày điều trị mức độ cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn so với nhóm chứng với $p<0,01$. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác như: Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Yến, Trần Thanh Phương.

Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, hầu hết các bệnh nhân đều có tình trạng co cứng cơ với các vị trí thường gặp là co cứng cơ vùng vai, gáy và quanh xương bả vai. Tại các thời điểm theo dõi tình trạng co cơ ở hai nhóm đều giảm so với thời điểm D0 với $p<0,05$. Trong đó, nhóm NC có tỷ lệ bệnh nhân còn co cứng cơ tại tất cả các thời điểm theo dõi đều thấp hơn so với nhóm ĐC. Tại thời điểm D15 nhóm NC còn 40% và nhóm ĐC còn 83,33% các trường hợp còn tình trạng co cứng cơ. Kết quả của chúng tôi cũng gần tương đương với các tác giả Trần Thanh Phương can thiệp trong 20 ngày với tỉ lệ co cứng cơ là 21,7% ở nhóm nghiên cứu.

Theo YHCT, HCCVCT thuộc phạm vi chứng Tý của YHCT. "Đau" là triệu chứng điển hình của chứng Tý với nguyên lý "thống bất thông, thông bất thống" mà nguyên nhân thường do huyết ứ hoặc huyết ứ kết hợp can thận hư làm khí huyết trong kinh lạc bị vận hành trở ngại gây đau. Theo YHHĐ, điện châm có tác dụng kích thích cơ thể tiết ra các chất Endorphin có tác dụng giảm đau rất mạnh, tại vùng kích thích hệ thống lưới mao mạch tăng, huyết quản tân sinh, lượng máu lưu thông tăng nhiều. Điện châm còn có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ đau do đó làm dịu cơn đau. Xoa bóp bấm huyệt vào cổ gáy có tác dụng

thông qua tác động vào huyệt và kinh lạc, có tác dụng điều hòa dinh vệ, thông kinh lạc, điều hòa chức năng tạng phủ và lập lại cân bằng âm dương [3]. Mặt khác, xoa bóp bấm huyệt làm tăng sức bền bỉ của cơ, giảm co cứng, tăng tính hoạt động của dây chằng, tăng cường tuần hoàn đến vùng được xoa bóp do đó có tác dụng làm giảm đau, giãn cơ. Chính việc phối hợp tác dụng hiệp đồng của hai phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt mà hiệu quả giảm đau theo VAS ở cả 2 nhóm trong nghiên cứu đều tốt hơn.Phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu có hiệu quả giảm đau tốt hơn phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt đơn thuần ($p<0,05$). Sự khác biệt này là do siêu âm trị liệu làm giảm đau do tác dụng trực tiếp lên cảm thụ thần kinh, tăng tuần hoàn tại chỗ và giãn cơ. Mặt khác tác dụng cơ học của siêu âm trị liệu như một sự xoa bóp vi tế hay xoa bóp nội tế bào giúp giảm đau. Do mức độ đau theo thang điểm VAS, tầm vận động CSC và tình trạng co cơ sau 15 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu đều tốt hơn nhóm chứng, nên mức độ cải thiện hội chứng CSC của phương pháp phối hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt và siêu âm trị liệu hiệu quả hơn phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt đơn thuần.

Trước điều trị điểm NDI, trung bình nhóm NC là 16,53 ± 6,2, của nhóm ĐC là 16,63 ± 5,62, bệnh nhân ở hai nhóm chủ yếu thuộc nhóm hạn chế ít và hạn chế vừa. Chỉ có 16,67% bệnh nhân nhóm NC và 13,33% bệnh nhân nhóm ĐC thuộc nhóm hạn chế nhiều. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với Đặng Trúc Quỳnh với điểm NDI trung bình trước điều trị là 17,93 ± 4,57 điểm ở nhóm chứng và 19,83 ± 5,95 điểm ở nhóm NC [10]. Sự khác biệt này là do bệnh nhân trong nhóm NC của chúng tôi có mức độ đau ít hơn do đó mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi NDI thấp hơn.

Kết quả NC cho thấy, tại tất cả các thời điểm theo dõi chỉ số NDI của nhóm NC và nhóm chứng đều giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm D_0. Tại thời điểm D_7 và D_{15}, nhóm NC có tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ hạn chế ít và không hạn chế cao hơn so với nhóm chứng và không có bệnh nhân nào hạn chế nhiều; có sự khác biệt về mức độ hạn chế sinh hoạt theo thang NDI giữa hai nhóm với $p < 0,05$. Tại thời điểm D_7, D_{15}, điểm NDI trung bình của nhóm NC lần lượt là 11,03 ± 5,87 và 4,97 ± 4,48 thấp hơn so với nhóm chứng (14,03 ± 6,05 và 8,67 ± 6,25) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại hai thời điểm D_7, D_{15}, hiệu suất giảm điểm NDI ở nhóm NC cũng cao hơn nhóm chứng với $p < 0,05$.

Kết quả của chúng tôi có điểm NDI sau điều trị thấp hơn và mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI ở mức không hoặc hạn chế nhẹ cao hơn so với NC của Hoàng Thị Thắng với điểm NDI trung bình là 6,77 ± 2,83 và 70 % bệnh nhân hạn chế nhẹ [11]. Kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn so với Đặng Trúc Quỳnh với điểm NDI 8,93 ± 2,46 tại thời điểm kết thúc NC [11]. Điều này có thể lý giải một phần do NC của chúng tôi được tiến hành trên đối tượng điều trị ngoại trú, có mức độ bệnh trước điều trị nhẹ hơn và mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày thấp hơn so với NC của các tác giả trên do đó kết quả của chúng tôi có cao hơn.

Như vậy, siêu âm trị liệu kết hợp điện

châm, xoa bóp bấm huyệt thông qua việc làm giảm đau, giảm tình trạng co cứng cơ, giảm các triệu chứng của hội chứng cột sống cổ và hội chứng động mạch sống nền đã góp phần làm cải thiện các hoạt động cá nhân hàng ngày (đọc sách, ngủ, khả năng tự chăm sóc bản thân, cầm nắm đồ vật, tham gia các hoạt động giải trí…) góp phần làm nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, hạn chế các ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân bị HCCVCT. Nhóm NC có hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS tốt hơn, có xu hướng làm cải thiện tình trạng co cơ, giảm các triệu chứng của hội chứng rễ, cũng như TVĐ CSC tốt hơn so với nhóm chứng, vì vậy mà các chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tốt hơn.

5. KẾT LUẬN

Siêu âm trị liệu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt có tác dụng cải thiện hội chứng cột sống cổ và chức năng sinh hoạt hàng ngày NDI:

- Sau 15 ngày điều trị mức độ cải thiện hội chứng CSC bao gồm cải thiện mức độ đau, cải thiện tầm vận động CSC và cải thiện mức độ co cở nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng với $p < 0,05$.

- Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày cải thiện dần trong quá trình điều trị ở cả hai nhóm, và ở nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC ở cả hai thời điểm D_7, D_{15}.

- Điểm NDI trung bình ở nhóm NC có xu hướng giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa ở cả hai thời điểm D_7 và D_{15}, $p < 0,05$.

- Hiệu suất giảm điểm NDI của nhóm NC tốt hơn so với nhóm ĐC tại các thời điểm đánh giá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bogduk N, (2003). *The anatomy and pathophysiology of neck pain. Phys Med Rehabil Clin N Am*, 14:455-72.

2. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM, et al (1994). *Epidemiology of cervical radiculopathy. Apopulation-based study from Rochester, Minnesota,* 1976 through 1990. Brain, 117 (Pt2): 325–35.

3. Nguyễn Nhược Kim. *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2013.

4. Nguyễn Văn Tuấn. *Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hoá đốt sống cổ bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; July 20:102-105.

5. Nguyễn Xuân Nghiên. *Phục hồi chức năng.* Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2018.

6. Bộ Y tế. *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền, Quy trình 46 (Điện châm điều trị Hội chứng vai gáy).* Hà Nội: Nhà xuất bản Y học 2008.

7. Trần Ngọc Ân. *Hội chứng cổ vai cánh tay.* Hà Nội: Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2014.

8. Corey DL CD. Cervical radiculopathy. *Med Clin North Am.* 2014;98(4):791-799.

9. Zhang Y ZR, Zhang M, et al. Electroacupuncture inhibition of hyperalgesia in an inflammatory pain rat model: involvement of distinct spinal serotonin and norepinephrine receptor subtypes. . Br J Anaesth. 2012;109:245-252.

10. Đặng Trúc Quỳnh. *Tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động cột sống cổ của bài thuốc "cát căn thang" kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2016;103(5):48-55.

11. Hoàng Thị Thắng. *Đánh giá tác dụng của viên hoàn td 15 trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ,* Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II; 2016.