

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF DISTAL ACUPUNCTURE BASED ON THE “HUANGDI NEIZHEN” METHOD IN PATIENTS WITH ACUTE CERVICAL PAIN DUE TO CERVICAL SPONDYLOSIS

Nguyen Ky Xuan Nhi¹, Ly Chung Huy^{2*}, Tran Thi Thanh Loan¹, Nguyen Thi Bay²

¹*Traditional Medicine Hospital of Ho Chi Minh city - 179 Nam Ky Khoi Nghia, Xuan Hoa ward, Ho Chi Minh city, Vietnam*

²*Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Cho Lon ward, Ho Chi Minh city, Vietnam*

Received: 17/7/2025

Revised: 22/7/2025; Accepted: 30/7/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the rate of acute pain resolution and the improvement in cervical spine range of motion achieved through distal acupoint stimulation based on the “Huangdi Neizhen” acupoint selection method in patients with acute cervical pain due to cervical spondylosis.

Materials and methods: A single-blind, randomized controlled clinical trial was conducted with two groups: distal acupuncture and electroacupuncture (62 patients per group). All patients received daily treatment for 10 consecutive days, with each session combined with at least 10 minutes of active cervical mobilization exercises.

Results: After 10 days, the intervention group had a significantly higher rate of acute pain resolution compared to the control group ($p < 0.05$). The mean total score for cervical range of motion limitation in the intervention group was reduced to a “no limitation” level (0.74 ± 1.78 points), compared to the control group which remained at a “mild limitation” level (2.18 ± 3.03 points). The intervention group demonstrated statistically significant improvement in cervical range of motion on days 1, 2, and 6 ($p < 0.05$) compared to the control group.

Conclusion: Distal acupoint acupuncture based on the “Huangdi Neizhen” method resulted in higher acute pain relief rates and greater improvement in cervical range of motion than electroacupuncture at local points after 10 days of treatment.

Keywords: Acute neck pain, cervical spondylosis, Huangdi Neizhen, distal acupuncture.

*Corresponding author

Email: lychunghuy@ump.edu.vn Phone: (+84) 989974868 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD12.2965>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA HÀO CHÂM HUYỆT Ở XA ĐIỂM ĐAU THEO “HOÀNG ĐẾ NỘI CHÂM” TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐAU CỔ GÁY CẤP DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

Nguyễn Kỳ Xuân Nhị¹, Lý Chung Huy^{2*}, Trần Thị Thanh Loan¹, Nguyễn Thị Bay²

¹Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Hồ Chí Minh - 179 Nam Kỳ Khởi Nghĩa, phường Xuân Hòa, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, phường Chợ Lớn, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 17/7/2025

Ngày chỉnh sửa: 22/7/2025; Ngày duyệt đăng: 30/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ hết đau cấp tính và cải thiện biên độ vận động cột sống cổ của hào châm huyết ở xa điểm đau theo phương pháp chọn huyết “Hoàng Đế nội châm” trên người bệnh đau cổ gáy cấp do thoái hóa cột sống.

Đối tượng và phương pháp: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, mù đơn, 2 nhóm hào châm và điện châm (mỗi nhóm 62 bệnh nhân), điều trị 10 ngày liên tục, mỗi ngày 1 lần kết hợp tập vận động chủ động cột sống cổ ít nhất 10 phút.

Kết quả: Sau 10 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ hết đau cấp tính cao hơn nhóm chứng ($p < 0,05$), tổng điểm trung bình hạn chế biên độ vận động cổ ở nhóm nghiên cứu về mức không hạn chế ($0,74 \pm 1,78$ điểm) tốt hơn nhóm chứng khi còn hạn chế ít ($2,18 \pm 3,03$ điểm). Nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện biên độ vận động cổ tốt hơn so với nhóm chứng đạt ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) vào thời điểm can thiệp ngày 1, 2 và 6.

Kết luận: Hào châm huyết ở xa điểm đau theo “Hoàng Đế nội châm” có tỷ lệ hết đau cấp tính và mức độ cải thiện biên độ vận động cổ cao hơn nhóm điện châm tại điểm đau sau 10 ngày điều trị.

Từ khóa: Đau cổ gáy cấp, thoái hóa cột sống cổ, Hoàng Đế nội châm, hào châm huyết xa điểm đau.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau cổ gáy cấp do thoái hóa cột sống gây giảm chất lượng cuộc sống, tăng gánh nặng kinh tế và xã hội, được xem là nguyên nhân chính của rối loạn vận động với ước tính vào năm 2017 khoảng 290 triệu người bị ảnh hưởng trên toàn thế giới [1]. Châm cứu đã được Tổ chức Y tế Thế giới công nhận là an toàn và hiệu quả trong nhiều nguyên nhân gây ra đau [2].

Năm 2016, Yang Zhenhai và Liu Lihong xuất bản cuốn sách giới thiệu về phương pháp chọn huyết ở xa điểm đau có tên là “Hoàng Đế nội châm” [3], sau đó nhiều nghiên cứu đã ghi nhận hiệu quả giảm đau khi áp dụng trong điều trị. Phương pháp chọn huyết này dựa vào lý thuyết kinh điển của tác phẩm Hoàng Đế Nội Kinh Tồn Vấn với mục tiêu “Tòng Âm dẫn Dương, tòng Dương dẫn Âm” có nhiều ưu điểm như số lượng huyết cần châm ít, huyết ở dưới khuỷu tay và dưới gối nên dễ chọn huyết, huyết không nằm tại điểm đau nên giảm sự nhạy cảm đối với người bệnh đang đau cấp tính, chỉ sử dụng hào châm đơn thuần mà không cần kích thích điện hay cứu ẩm. Tuy nhiên, bằng chứng lâm sàng tại Việt Nam về phương pháp chọn huyết này còn hạn chế, do

đó chúng tôi đặt ra giả thuyết nghiên cứu: phương pháp chọn huyết ở xa điểm đau theo “Hoàng Đế nội châm” có hiệu quả giảm đau tốt và tiện lợi. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá tỷ lệ hết đau cấp tính và mức độ cải thiện biên độ vận động (BĐVD) cổ của hào châm huyết ở xa điểm đau theo “Hoàng Đế nội châm” với phương pháp điện châm tần số 100 Hz tại điểm đau trong điều trị đau cổ gáy cấp do thoái hóa cột sống (CS) cổ.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, mù đơn, có nhóm chứng, so sánh trước và sau điều trị.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Khoa Nội thần kinh và Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2024 đến tháng 4/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đến khám và điều trị nội trú hoặc ngoại trú được chẩn đoán đau cổ gáy cấp do thoái hóa CS cổ.

*Tác giả liên hệ

Email: lychunghuy@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 989974868 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD12.2965>

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu tối thiểu mỗi nhóm là 56 người bệnh, tỷ lệ mất mẫu dự kiến 10%, do đó cỡ mẫu mỗi nhóm là 62 người bệnh.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh có độ tuổi từ 30-70, khởi phát đau cổ gáy cấp dưới 6 tuần [4], điểm đau VAS (visual analogue scale) ≥ 50 mm, có giới hạn ít nhất một BDVD cổ [5-6], chẩn đoán thoái hóa CS cổ trên X quang theo Kellgren và Lawrence được Gore và cộng sự mở rộng [7].

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh nhiễm trùng, suy kiệt, bị bệnh tâm thần, đang điều trị thuốc giảm đau, giới hạn vận động cổ trên 6 tuần, đã hoặc cần can thiệp ngoại khoa CS cổ.

- Tiêu chuẩn ngưng điều trị: gián đoạn can thiệp trên 1 ngày, dùng thuốc hoặc các phương pháp điều trị ảnh hưởng đến kết quả.

- Tiêu chuẩn thất bại điều trị: người bệnh không giảm đau sau 3 ngày can thiệp hoặc người bệnh từ chối tiếp tục do ảnh hưởng bởi tác dụng không mong muốn của thủ thuật.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến số độc lập: tuổi được tính bằng năm hiện tại trừ năm sinh, giới tính xác định theo căn cước công dân, nghề nghiệp lao động tĩnh tại hoặc tay chân, đặc điểm thoái hóa CS cổ trên X quang theo phân độ mở rộng của Gore và cộng sự [7].

- Biến số phụ thuộc: điểm đau VAS, BDVD cổ ban đầu và sau mỗi lần can thiệp, số viên Paracetamol 500 mg người bệnh sử dụng trong thời gian nghiên cứu.

2.6. Quy trình nghiên cứu

Người bệnh được đánh giá đạt tiêu chuẩn nghiên cứu và đồng ý tham gia, sau đó rút thăm ngẫu nhiên để xác định 1 trong 2 nhóm can thiệp sau:

- Nhóm nghiên cứu (n = 62): hào châm trong số các huyết Hậu Khê, Dương cốc, Dương trì, Thân mạch, Côn lôn, Khâu khư theo hướng dẫn của phương pháp chọn huyết “Hoàng Đế nội châm”; châm kích thích huyết trong thời gian 25 phút/lần, vừa lưu kim vừa tập vận động chủ động CS cổ trong ít nhất 10 phút. Can thiệp trong 10 ngày liên tục.

- Nhóm chứng (n = 62): điện châm cặp huyết Phong trì - Kiên trung du và Kiên tĩnh - Liệt khuyết, tần số 100 Hz, thời gian 25 phút/lần. Sau khi rút kim sẽ tập vận động chủ động CS cổ trong ít nhất 10 phút. Can thiệp trong 10 ngày liên tục.

Người bệnh được phát miễn phí viên Paracetamol 500 mg để uống khi đau vượt quá khả năng chịu đựng (1 viên/lần, uống cách nhau tối thiểu 6 giờ, tối đa 3 lần/ngày) và ghi nhận số viên đã dùng.

Phương pháp đánh giá kết quả:

- Đánh giá tỷ lệ người bệnh hết đau (khi điểm VAS ≤ 4 mm) [8] giữa hai nhóm sau can thiệp.

- Đánh giá mức độ cải thiện BDVD cổ sau mỗi lần can thiệp trong 10 ngày (N1-N10) so với ban đầu (N0) bằng phương pháp đo của Hồ Hữu Lương [5] và tính tổng số điểm hạn chế vận động của 6 động tác cổ (gập, duỗi, nghiêng phải, nghiêng trái, xoay phải, xoay trái) theo Học viện Quân y [6].

Bảng 1. Thang điểm đánh giá BDVD của CS cổ

Động tác	BDVD bình thường	BDVD bệnh lý				
Gập	45-55°	40-44°	35-39°	30-34°	< 30°	
Duỗi	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°	
Xoay phải	60-70°	55-59°	50-54°	45-49°	< 45°	
Xoay trái	60-70°	55-59°	50-54°	45-49°	< 45°	
Điểm	0	1	2	3	4	

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu trong nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm Stata 17.0. Biến số định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm, biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn hoặc dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không có phân phối chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh ngày 25/9/2024. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu và mọi thông tin liên quan đều được bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ phân bố nam/nữ trong nghiên cứu là 1/2,1; tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $51,4 \pm 12,0$ và nhóm chứng là $50,4 \pm 11,8$; nghề nghiệp lao động tĩnh tại chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm (67,74% ở nhóm nghiên cứu và 59,68% ở nhóm chứng); người bệnh tham gia nghiên cứu có hình ảnh thoái hóa CS cổ trên X quang chủ yếu ở mức độ 1 (56,45%) lần lượt với nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là 64,52% và 48,39%; điểm VAS trung bình ban đầu ở nhóm nghiên cứu là $75,61 \pm 9,31$ và ở nhóm chứng là $75,08 \pm 9,56$; tổng điểm hạn chế BDVD cổ ở nhóm nghiên cứu là $8,95 \pm 5,92$ và ở nhóm chứng là $10,02 \pm 8,04$. Sự khác biệt của các đặc điểm chung này giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. So sánh tỷ lệ người bệnh hết đau theo thang điểm VAS giữa 2 nhóm

Thời điểm	Người bệnh hết đau		OR (KTC 95%)	P
	Nhóm nghiên cứu (n = 62)	Nhóm chứng (n = 62)		
N1-N6	0	0		
N7	1 (1,61%)	1 (1,61%)	1 (0,06-16,35)	1,000 ^a
N8	4 (6,45%)	1 (1,61%)	4,21 (0,46-38,76)	0,365 ^a
N9	9 (14,52%)	3 (4,84%)	3,34 (0,86-12,99)	0,126 ^a
N10	22 (35,48%)	9 (14,52%)	3,24 (1,35-7,79)	0,007 ^b
			3,24 (1,34-7,84)	0,009 ^c

Ghi chú: ^aKiểm định Fisher's exact, ^bKiểm định Chi bình phương, ^cKiểm định phương pháp GEE.

Tỷ lệ hết đau của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng sau N10 với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$). Phân tích tổng hợp giai đoạn N7-N10 cho thấy người bệnh trong nhóm nghiên cứu có tỷ số chênh (OR) hết đau cao gấp 3,24 lần so với nhóm chứng, chứng tỏ hiệu quả giảm đau tích lũy của nhóm hào châm là có ý nghĩa thống kê ($p = 0,009$).

Bảng 3. So sánh mức độ giảm điểm hạn chế BDVD cổ giữa 2 nhóm sau mỗi ngày điều trị

Thời điểm	Mức độ giảm hạn chế BDVD cổ so với ban đầu (điểm)		p*
	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	
N1	0,85 ± 1,45	0,39 ± 1,05	0,043
N2	2,14 ± 2,11	1,24 ± 1,98	0,005
N3	3,03 ± 2,81	2,48 ± 2,23	0,272
N4	4,08 ± 3,22	3,48 ± 2,61	0,258
N5	4,98 ± 3,11	4,03 ± 2,35	0,152
N6	6,19 ± 3,44	4,95 ± 3,02	0,041
N7	6,39 ± 3,82	5,93 ± 4,04	0,312
N8	7,39 ± 4,53	6,82 ± 4,98	0,231
N9	7,89 ± 5,09	7,55 ± 5,95	0,266
N10	8,21 ± 5,24	7,84 ± 6,20	0,270

Ghi chú: *Kiểm định Mann-Whitney.

Mức độ cải thiện điểm hạn chế BDVD tăng dần sau mỗi lần can thiệp ở cả hai nhóm. Nhóm nghiên cứu mang lại lợi ích hơn nhóm chứng trong cải thiện BDVD sớm (2 ngày đầu) và củng cố hiệu quả vào N6 với $p < 0,05$. Sau N10, tỷ lệ cải thiện so với ban đầu của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng (91,73% so với 78,24%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Cả 2 nhóm can thiệp có tỷ lệ nữ cao hơn nam và độ tuổi trung bình là $50,9 \pm 11,9$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú và cộng sự [9] cho thấy đau cổ gáy cấp do thoái hóa CS cổ có liên quan đến giới tính và độ tuổi.

Đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi ban đầu có điểm đau VAS trung bình ($75,35 \pm 9,4$ điểm) và tổng điểm hạn chế BDVD cổ ($9,48 \pm 7,05$ điểm) cao hơn hoặc tương đồng so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú [9] và Nguyễn Thị Thanh Hằng [10] do tiêu

chẩn lựa chọn của chúng tôi cao và sàng lọc đối tượng đau cổ gáy cấp, trong khi các nghiên cứu trước không đề cập mức độ cấp hay mạn, điều này phù hợp với thực tế lâm sàng người bệnh thường đau rất dữ dội kèm giới hạn vận động cổ trong khởi phát cấp tính.

4.2. Hiệu quả điều trị

Sau mỗi lần can thiệp cho thấy điểm VAS giảm xuống so với ban đầu có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm, chứng tỏ phương pháp điều trị đều có hiệu quả giảm đau rõ rệt, tuy nhiên cần ít nhất 7 ngày mới xuất hiện trường hợp hết đau ($VAS \leq 4$ mm) và sau 10 ngày can thiệp tỷ lệ hết đau của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê. Phương pháp hào châm của chúng tôi có tỷ lệ hết đau (35,48%) tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú và cộng sự [9] (33,33%) mặc dù nghiên cứu này có thời gian điều trị dài hơn, điểm VAS trung bình ban đầu thấp hơn và đánh giá hết đau khi $VAS \leq 1/10$.

Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi cho phép người bệnh sử dụng Paracetamol (tối đa 1500 mg/ngày) nếu

con đau vượt quá khả năng chịu đựng nhằm đảm bảo yếu tố đạo đức và hạn chế tối đa ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, lao động và sinh hoạt của người bệnh. Việc cho phép sử dụng Paracetamol trong nghiên cứu được thực hiện hoàn toàn ngẫu nhiên giữa hai nhóm để tránh sai sót trong phân loại và tổng số người bệnh sử dụng Paracetamol là 30/124 (chiếm 24,19%). Chúng tôi nhận thấy yếu tố này có thể phần nào làm tăng hiệu quả giảm đau VAS so với những nghiên cứu trước đó không sử dụng bất kỳ thuốc giảm đau nào. Tuy nhiên, với kích thước mẫu của chúng tôi ($n = 124$) lớn hơn gấp đôi so với nghiên cứu tương tự ($n = 60$), mức độ nhiễu do Paracetamol đã được hạn chế tương đối. Do đó, chúng tôi tin rằng kết quả giảm đau VAS vẫn phản ánh chính xác hiệu quả của hai phương pháp can thiệp trên cơ sở có cân bằng chung về việc sử dụng thuốc.

Tổng điểm hạn chế BĐVD cổ ở nhóm nghiên cứu cũng cho thấy hiệu quả hơn trong suốt 10 ngày can thiệp, đạt ý nghĩa thống kê vào thời điểm N1, N2 và N6. Kết thúc điều trị, tỷ lệ mức độ cải thiện tổng điểm hạn chế BĐVD cổ so với ban đầu của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng (91,73% so với 78,24%). Nhóm nghiên cứu cải thiện từ $8,95 \pm 5,92$ xuống $0,74 \pm 1,78$ sau 10 ngày điều trị có kết cục tốt hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú và cộng sự [9] (từ $11,7 \pm 3,30$ xuống $1,87 \pm 1,83$ sau 15 ngày điều trị) và Nguyễn Thị Thanh Hằng và cộng sự [10] (từ $12,6 \pm 6,50$ xuống $1,80 \pm 2,40$ sau 14 ngày điều trị). Mặc dù có thời gian điều trị ngắn hơn nhưng kết quả cuối cùng ở nhóm hào châm trong nghiên cứu của chúng tôi có tổng điểm hạn chế BĐVD xuống rất thấp (< 1 điểm) được đánh giá là mức độ không hạn chế, trong khi các nghiên cứu khác đạt tiệm cận 2 điểm (mức độ hạn chế ít [6]).

Đối với nhóm chứng, các huyết sử dụng chủ yếu giúp khu phong, giải biểu, tuyên Phế, điều khí lý huyết, thư cân hoạt lạc, giúp giảm đau cổ gáy cấp do thực chứng hiệu quả, ngoài ra xung điện với tần số cao 100 Hz gây tác dụng ức chế cảm giác đau, giải phóng các chất giảm đau nội sinh gia tăng hiệu quả cải thiện điểm VAS. Đối với nhóm hào châm, sách Hoàng Đế Nội Kinh Tổ Vấn cho rằng điều trị theo nguyên lý Âm - Dương, trên - dưới, trái - phải, trong - ngoài bổ trợ cho nhau, điều khí huyết trong kinh lạc ở các nơi về trạng thái trung hòa thì sẽ khỏi bệnh [3], do đó xét về lý luận thì hào châm theo phương pháp chọn huyết “Hoàng Đế nội châm” có thể áp dụng trên lâm sàng mà không cần phân biệt hư - thực, hàn - nhiệt, biểu - lý, vì vậy có thể đây là yếu tố dẫn tới tỷ lệ hết đau của nhóm nghiên cứu đạt cao hơn so với nhóm chứng trong điều trị không phân biệt thể bệnh. Theo “Hoàng Đế nội châm”, người bệnh phải vận động vùng bị bệnh và chú ý cơn đau dần tan biến trong khi lưu kim [3], qua đó giúp gia tăng hiệu quả giảm đau, cải thiện BĐVD.

4.3. Hạn chế

Chưa đánh giá được mức độ duy trì hiệu quả trước lần can thiệp tiếp theo cũng như sau khi ngưng điều trị. Do

đó, chúng tôi khuyến nghị nghiên cứu tiếp theo cần theo dõi trước và sau mỗi lần can thiệp, đáp ứng của người bệnh sau điều trị 1-3 tháng.

5. KẾT LUẬN

Sau 10 ngày can thiệp, tỷ lệ hết đau cấp tính theo thang điểm VAS của nhóm hào châm huyết ở xa điểm đau theo “Hoàng Đế nội châm” cao hơn nhóm điện châm tại điểm đau ($p < 0,05$), tổng điểm trung bình hạn chế BĐVD cổ ở nhóm hào châm về mức không hạn chế tốt hơn nhóm điện châm (còn hạn chế ít).

Nhóm hào châm có mức độ cải thiện BĐVD cổ tốt hơn so với nhóm điện châm đạt ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) vào thời điểm can thiệp N1, N2 và N6.

*
* *

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Hồ Chí Minh đã tạo điều kiện thuận lợi, hỗ trợ chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 2018 Nov 10, 392 (10159): 1789-1858.
- [2] Grissa M.H, Baccouche H, Boubaker H et al. Acupuncture vs intravenous morphine in the management of acute pain in the ED. *Am J Emerg Med*, 2016 Nov, 34 (11): 2112-2116.
- [3] 杨真海, 刘力红. 黄帝内针: 和平的使者. 北京: 中国中医药; 2016. p. 101-103, 124, 140, 141, 149.
- [4] Cohen S.P. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. *Mayo Clin Proc*, 2015 Feb, 90 (2): 284-99.
- [5] Hồ Hữu Lương. Thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm. Nhà xuất bản Y học, 2012, tr. 7-96, 106-107.
- [6] Bộ môn Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng, Học viện Quân y. Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng, Giáo trình giảng dạy đại học và sau đại học. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, 2006, tr. 81.
- [7] Ofiram E, Garvey T.A, Schwender J.D et al. Cervical degenerative index: a new quantitative radiographic scoring system for cervical spondylosis with interobserver and intraobserver reliability testing. *J Orthop Traumatol*, 2009 Mar, 10 (1): 21-6.
- [8] Hawker G.A, Mian S, Kendzerska T et al. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for

Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). Arthritis Care Res (Hoboken), 2011 Nov, 63 Suppl 11: S240-52.

- [9] Nguyễn Thị Thanh Tú, Cao Thị Huyền Trang. Tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động cột

sống cổ của điện châm kết hợp đắp paraffin trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2022, 158 (10): 85-93.

- [10] Nguyễn Thị Thanh Hằng, Lê Thành Xuân. Đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động cột sống của điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập vận động trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 532 (1), tr. 271-274.

