

- 1638-1644.
3. **Taneja S. et al.** (2020), "Primary orbital polymethylmethacrylate implant following primary enucleation for retinoblastoma: a study of 321 cases", *Orbit*. 40 (2), pp. 127-132.
 4. **Mourits D. L. et al.** (2016), "Orbital implants in retinoblastoma patients: 23 years of experience and a review of the literature", *Acta ophthalmologica*. 94 (2), pp. 165-174.
 5. **Kaliki S. et al.** (2020), "High-risk retinoblastoma based on age at primary enucleation: a study of 616 eyes", *Eye*. 34 (8), pp. 1441-1448.
 6. **Honavar S. G. et al.** (2005), "Management of advanced retinoblastoma", *Ophthalmology clinics of North America*. 18 (1), pp. 65-73, viii.
 7. **Trần Thị Minh Nguyệt và cộng sự** (2014), "So sánh kết quả đặt bi tròn và bi cơ acrylic sau cắt bỏ nhãn cầu ở trẻ em", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 18, Phụ bản của Số 1.
 8. **Levitt A. E. et al.** (2020), "Anophthalmic Socket Syndrome", *Anophthalmia*, Springer, pp. 139-148.
 9. **Yadava U. et al.** (2004), "Myoconjunctival enucleation for enhanced implant motility. result of a randomised prospective study", *Indian journal of ophthalmology*. 52 (3), pp. 221-226.
 10. **Allen L.** (1983), "The argument against imbricating the rectus muscles over spherical orbital implants after enucleation", *Ophthalmology*. 90 (9), pp. 1116-1120.

HIỆU QUẢ CỦA VẬT LÝ TRỊ LIỆU TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỔNG CỔ TAY

Nguyễn Mai Anh¹, Võ Nguyên Trung², Đặng Thị Thúy Hằng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của vật lý trị liệu ở người bệnh hội chứng ống cổ tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan tài liệu hiệu quả giảm đau, cải thiện triệu chứng, chức năng và thống số sinh lý thần kinh của các phương pháp vật lý trị liệu trong điều trị hội chứng ống cổ tay từ các bài báo trên hai cơ sở dữ liệu Pubmed và PEDro. **Kết quả:** Trong 11 nghiên cứu được đưa vào tổng quan, hầu hết các nghiên cứu đều thực hiện trên người bệnh có mức độ nhẹ và trung bình, chỉ có 3 nghiên cứu thực hiện trên người bệnh mức độ nặng. Các phương pháp vật lý trị liệu (VLTL) có hiệu quả trong việc cải thiện các dấu hiệu lâm sàng như cường độ đau, mức độ đau về đêm, triệu chứng và chức năng cũng như các chỉ số sinh lý thần kinh của chi trên. Ngoài ra, vật lý trị liệu cũng có thể được kết hợp hiệu quả với các lựa chọn điều trị không xâm lấn khác. **Kết luận:** Người bệnh mắc hội chứng ống cổ tay từ nhẹ đến nặng có các lựa chọn điều trị không phẫu thuật khác nhau để giảm cường độ đau, mức độ các triệu chứng và cải thiện chức năng bàn tay cũng như sinh lý thần kinh. Hiệu quả của các can thiệp VLTL có thể đạt được sớm hơn và kéo dài tương đương khi so với phẫu thuật. Việc phối hợp các phương pháp điều trị cũng cho thấy mang lại hiệu quả cao hơn.

Từ khóa: Vật lý trị liệu, Hội chứng ống cổ tay

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF PHYSICAL THERAPY IN THE TREATMENT CARPAL TUNNEL SYNDROME

¹Trường Đại học Y tế Công cộng

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mai Anh

Email: nma1@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024

Objective: To evaluate the effectiveness of physical therapy in patients with carpal tunnel syndrome (CTS) of all degrees, with or without comorbidities. **Material and method:** Literature review on pain relief, symptom improvement, function and neurophysiological parameters of physical therapy methods in the treatment of carpal tunnel syndrome from articles on two Pubmed databases and PEDro. **Result:** Of the 11 studies included in the systematic review, most of the studies were performed on patients with mild and moderate severity, only 3 studies were performed on patients with severe severity. Physiotherapeutic methods were effective in improving clinical signs such as pain intensity, nocturnal pain severity, symptoms and function as well as neurophysiological indices of the upper extremities. Additionally, physiotherapy treatments can also be effectively combined with other noninvasive treatment options. **Conclusion:** Patients with mild to severe carpal tunnel syndrome have nonsurgical treatment options to reduce pain intensity, symptom severity, and improve hand function and neurophysiology. The effectiveness of physiotherapy interventions can be achieved earlier and last equivalently when compared to surgical methods. Combining treatment methods has also been shown to be more effective. **Keywords:** Physiotherapy, Carpal tunnel syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (HC OCT) là hội chứng thường gặp, chiếm 90% trong các bệnh lý thần kinh do chèn ép¹. Ở Mỹ mỗi năm có khoảng hơn một triệu người trưởng thành mắc HC OCT với chi phí điều trị chủ yếu đến từ phẫu thuật là khoảng 2 tỷ đô la mỗi năm^{1,2}.

Vật lý trị liệu (VLTL) là phương pháp điều trị không xâm lấn được xem là một trong những chiến lược điều trị bảo tồn đầu tiên cho những người bị HC OCT trong thời gian gần đây. Đã có

một số nghiên cứu cho thấy VLTL có hiệu quả trong việc giảm đau, cải thiện triệu chứng và chức năng ở người bệnh HC OCT³. Tuy nhiên, các nghiên cứu này chỉ thực hiện đánh giá trên những người bệnh ở mức độ nhẹ và trung bình, loại trừ những người bệnh mức độ nặng, có bệnh kèm theo. Trong khi đó, tỷ lệ mắc HC OCT ở người bệnh đái tháo đường là 30% khi có thương thần kinh, ở phụ nữ mang thai trong 3 tháng cuối thai kỳ là 63%, ở người bệnh suy thận là 18,8% và mặc dù có cải thiện triệu chứng và chức năng sau phẫu thuật nhưng ở những người bệnh đái tháo đường với viêm đa dây thần kinh, sử dụng rượu và thuốc lá, bệnh nghề nghiệp cho kết quả kém hơn so với những người bệnh không có tình trạng này⁴. Do đó, việc lựa chọn phương pháp điều trị cần cân nhắc cả về mặt hiệu quả, các biến chứng.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Tổng quan tài liệu hiệu quả của vật lý trị liệu trong điều trị hội chứng ống cổ tay" để cung cấp một cái nhìn tổng thể về vai trò của VLTL trong chiến lược điều trị HC OCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: các bài báo trên 2 trang cơ sở dữ liệu Pubmed và PEDro (cơ sở dữ liệu về vật lý trị liệu).

Tiêu chí lựa chọn: Theo tiêu chí PICOS: (1) Đối tượng: người bệnh được chẩn đoán HC OCT; (2) Phương pháp can thiệp: sử dụng các phương pháp vật lý trị liệu; (3) So sánh: nhóm chứng, giả dược hoặc các phương pháp điều trị khác không phải VLTL; (4) Kết quả: đánh giá ít nhất một kết quả: đau, mức độ nghiêm trọng của triệu chứng và hoạt động chức năng, thông số sinh lý thần kinh; (5) Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng; (6) Thời gian: từ 2011 đến 2021; (7) Ngôn ngữ: Tiếng Anh.

Tiêu chí loại trừ: Các nghiên cứu có đối tượng tham gia bị chấn thương cột sống cổ hoặc chi trên gây ra HC OCT, đã từng phẫu thuật, tiêm hoặc điều trị VLTL trước đó trên bàn tay nghiên cứu; Phương pháp: đánh giá hiệu quả của các phương pháp châm cứu, điện châm, giác hơi và các nghiên cứu so sánh nội bộ giữa các phương pháp VLTL.

Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan hệ thống
Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Xác định câu hỏi nghiên cứu: được xây dựng theo khung PICO: Vật lý trị liệu có hiệu quả như thế nào trong việc cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân hội chứng ống cổ tay?

Bước 2: Xây dựng tiêu chuẩn lựa chọn/ loại

trừ đối tượng

Bước 3: Phương pháp, chiến lược tìm kiếm và nguồn dữ liệu: Từ khóa tìm kiếm "Carpal Tunnel Syndrome [title/abstract]" OR "Median nerve compression [title/abstract]" OR "Median nerve entrapment [title/abstract]" OR CTS [title/abstract] AND (Physiotherapy OR "Physical Therapy" OR "Manual Therapy" OR "Neural mobilization" OR Exercise) AND (Pain OR Symptoms OR Functions OR Electrophysiology).

Bước 4: Lựa chọn nghiên cứu: được lọc bởi 2 tác giả độc lập. Trong trường hợp không có sự thống nhất, hai tác giả sẽ cùng đánh giá, thảo luận xem nghiên cứu có đủ điều kiện hay không. Các lựa chọn nghiên cứu sẽ được ghi lại theo sơ đồ PRISMA 2020.

Bước 5: Đánh giá chất lượng nghiên cứu: Sử dụng thang điểm PEDro đánh giá chất lượng các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng vật lý trị liệu.

Bước 6: Trích xuất dữ liệu

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập vào Microsoft Excel biểu mẫu thống nhất và được tóm tắt, phân tích theo các biến kết quả: đau, các triệu chứng và chức năng, các thông số sinh lý thần kinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả lựa chọn nghiên cứu. Sau khi sử dụng từ khóa tìm kiếm, chúng tôi thu được 792 nghiên cứu (Pubmed: 754 nghiên cứu và PEDro: 38 nghiên cứu). Sau khi loại các nghiên cứu trùng lặp (7 nghiên cứu) chúng tôi lọc được 785 nghiên cứu. Tiến hành đánh giá tiêu đề, tóm tắt, năm xuất bản và toàn văn chúng tôi loại bỏ 724 nghiên cứu. 61 nghiên cứu được đưa vào xem xét dựa trên các tiêu chí đưa vào, tổng cộng có 50 nghiên cứu bị loại. Cuối cùng 11 nghiên cứu đủ tiêu chuẩn được đưa vào tổng quan tài liệu.

Tất cả các nghiên cứu đều thực hiện trên người bệnh có mức độ nhẹ và trung bình của HC OCT, trong đó có 3 nghiên cứu thực hiện bao gồm cả người bệnh HC OCT nặng. Đặc điểm chung của các nghiên cứu là về hiệu quả của một liệu pháp vật lý trị liệu. Bên cạnh đó cũng có nghiên cứu phối hợp giữa VLTL và phương pháp khác trong điều trị HC OCT. Thời gian theo dõi đánh giá hiệu quả được tính bằng đơn vị tuần (6 nghiên cứu) và tháng (5 nghiên cứu) dao động từ 1 tuần đến 24 tuần hoặc từ 1 tháng đến 12 tháng.

Về đánh giá chất lượng nghiên cứu theo công cụ đánh giá chất lượng PEDro cho thấy điểm dao động từ 5 đến 8, với điểm trung bình của tất cả các nghiên cứu là 6.4/10. Có 10 trong số 11 nghiên cứu đạt được số điểm ở mức tốt

(từ 6 đến 8) trên thang điểm này.

Bảng 3.1. Đặc điểm của các can thiệp, thời gian theo dõi và kết quả

| Tác giả (năm) | Cỡ mẫu | Chương trình can thiệp | Thời gian theo dõi | Kết quả | | | | Chất lượng nghiên cứu |
|-----------------------------------|--------|---|---|--|--|--|---------------------------------|-----------------------|
| | | | | Đau | SSS | FSS | Điện sinh lý | |
| Wolny, T. (2019) | 58 | Động thần kinh | 10 tuần | NPRS 1.38 ±1.01 | 1.08 ±0.68 | 1.96 ±0.64 | SCV: 38.3±11.1 MCV:55.8±6.92 | 6/10 |
| | 45 | Nhóm chứng | | 5.46 ±1.05 | 2.87 ±0.68 | 2.87± 0.71 | SCV: 25.9±7.72 MCV:53.6±4.08 | |
| Xu, D. (2020) | 30 | Sóng xung kích | 3 tuần 9 tuần 12 tuần | VAS 1.4±0.9 0.8±1.1 0.6±0.7 | 30.2±3.7 25.4±4.1 22.3±2.7 | | | 7/10 |
| | 25 | Tiêm cục bộ | | 1.5±1.1 1.7±0.7 1.9±1.3 | 28.1±6.7 28.9±6.8 31.8±3.4 | | | |
| Athakomol, P. (2018) | 13 | Sóng xung kích | 1 tuần 4 tuần 12 tuần 24 tuần | 1.3±2.0 1.3±1.9 0.65±1.2 0.35±0.81 | 21±6.4 19±7.4 17±4.3 15±4.5 | 13±4.2 13±3.5 11±3.0 11±2.2 | DML: 4.2±0.42 | 6/10 |
| | 12 | Tiêm cục bộ | | 1.6±1.7 1.4±1.5 1.9±2.7 1.7±2.1 | 17±4.5 17±5.1 18±5.5 19±7.9 | 11±3.2 11±3.3 10±3.4 13±7.0 | DML: 4.4±0.75 | |
| Fernández-de-Las Peñas, C. (2017) | 50 | Di động mô mềm và bài tập trượt gân/thần kinh | 3 tháng 6 tháng 9 tháng 12 tháng | NPRS 1.7 1.7 1.6 1.5 | | | | 6/10 |
| | 50 | Phẫu thuật | | NPRS 3.2 2.3 1.9 1.6 | | | | |
| Fernández-de-Las Peñas, C. (2017) | 50 | Di động mô mềm và bài tập trượt gân/thần kinh | 1 tháng 3 tháng 6 tháng 12 tháng | | 1.6±0.6 1.6±0.7 1.6±0.5 1.6±0.6 | 1.7±0.6 1.7±0.7 1.6±0.6 1.6±0.6 | | 6/10 |
| | 50 | Phẫu thuật | | | 2.3±0.7 1.7±0.7 2.6±0.6 1.5±0.6 | 1.7±0.5 1.5±0.5 1.4±0.5 1.4±0.5 | | |
| Fernández-de-Las Peñas, C. (2015) | 60 | Di động mô mềm và bài tập trượt gân/thần kinh | 1 tháng 3 tháng 6 tháng 12 tháng | NPRS đau trung bình 1.4±1.9 (0.8, 2.0) 1.1±1.8 (0.6, 1.7) 1.1±1.6 (0.6, 1.7) 1.2±1.8 (0.7, 1.7) NPRS đau dữ dội 2.5±2.7 (1.7, 3.2) 2.3±2.6 (1.5, 3.1) 2.2±2.5 (1.4, 3.0) 2.0±1.6 (1.2, 2.7) | 1.6±0.5 (1.5, 1.7) 1.6±0.6 (1.5, 1.7) 1.6±0.6 (1.4, 1.7) 1.5±0.5 (1.4, 1.6) | 1.5±0.4 (1.3, 1.7) 1.5±0.5 (1.3, 1.7) 1.5±0.5 (1.3, 1.7) 1.5±0.5 (1.3, 1.6) | | 8/10 |
| | 60 | Phẫu thuật | | NPRS đau trung bình 3.4±2.3 (2.9, 4.0) 2.5±2.1 (2.0, 3.0) 1.8±2.5 (1.3, 2.4) | 1.7±0.5 (1.6, 1.8) 1.6±0.4 (1.4, 1.7) | 2.3±0.7 (2.2, 2.5) 1.8±0.7 (1.7, 2.0) | | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|------------------------------|--|---|--|--|--|------|
| | | | | 1.3±1.9 (0.8, 1.7) NPRS đau dữ dội 5.4±2.7 (4.7, 6.1) 4.3±3.0 (3.6, 5.0) 3.3±3.3 (2.5, 4.0) 2.7±1.9 (2.0, 3.4) | 1.5±0.5 (1.4, 1.6) 1.5±0.5 (1.4, 1.6) | 1.6±0.6 (1.5, 1.7) 1.5±0.6 (1.4, 1.7) | | |
| Jiménez Del Barrio, S. (2018) | 25 (36 cổ tay) | Phân tách sợi qua da | TB: 17.77 ngày 1 tháng | VAS 0.42 (0.82) 0.93 (1.78) | | | DML: 3.74 (0.49) SCV: 46.91 (5.78) | 7/10 |
| | 27 (36 cổ tay) | Giả dược | | VAS 3.48 (2.67) 3.99 (2.42) | | | DML: 3.99 (0.39) SCV: 40.39 (5.82) | |
| Notarnicola, A. (2015) | 34 | Sóng xung kích | 1 tháng 2 tháng 4 tháng 6 tháng | VAS 4.1±2.7 3.6±3.2 3.9±3.1 2.5±2.5 | 24.6±8.1 21.9±9.2 20.3±10.1 18.6±7.8 | 18.4±7.0 18.3±8.6 16.5±8.1 14.8±6.4 | Sau 6 tháng DML: 4.2±0.1 SCV: 35.6±0.3 | 5/10 |
| | 26 | Dược thực phẩm | | VAS 4.8±2.8 3.5±2.4 3.1±2.1 2.2±1.5 | 26.5±9.6 21.7±6.6 19.8±6.3 17.6±4.6 | 20.2±6.9 18.6±6.8 17.0±6.2 15.2±5.9 | Sau 6 tháng DML: 4.4±0.1 SCV: 35.5±0.2 | |
| Schmid, A. B. (2012) | 10 | Bài tập trượt gân/ thần kinh | 10p sau điều trị và 1 tuần sau điều trị | 0.7 (1.3) 0.8 (1.4) | 1.8 (0.5) 1.5 (0.6) | 4.7 (2.9) 6.8 (2.9) | | 6/10 |
| | 10 | Nẹp | | 1.2 (2.1) 1.1 (1.1) | 2.0 (0.4) 1.7 (0.4) | 5.0 (1.3) 7.9 (1.6) | | |
| Shem, K. (2020) | 19 | Tự kéo dẫn cổ tay | 6 tuần | 2.70 (2.31) | 27.0 (10.0) | 26.9 (11.3) | SLD: 4.94 (0.889) DML: 5.65 (0.919) | 7/10 |
| | 17 | Giả dược | | 4.21 (2.92) | 29.3 (7.19) | 23.1 (9.57) | SLD: 4.74 (0.993) DML: 5.39 (1.39) | |
| Wolny, T. (2018) | 78 | Động thần kinh | 10 tuần | | 1.77±0.48 (1.0-3.09) | 1.94±0.61 (1.01-3.23) | DML:4.43±0.81 (2.2 - 6.2) SCV: 39.8±11.3 (15 - 58) MCV:56.1±6.72 (39 - 65) | 6/10 |
| | 72 | Giả dược | | | 2.86±0.72 (1.13-4.27) | 3.09±0.68 (1.25-4.13) | DML:5.33±1.13 (3.9 - 8.5) SCV: 25.1±7.77 (0 - 43) MCV:54.1±4.32 (39 - 57) | |

3.2. Hiệu quả của VLTL trong việc cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Cải thiện mức độ đau: Tổng cộng có 7 nghiên cứu cho kết quả VLTL giúp giảm cường độ đau theo thang đo cường độ đau VAS và NPRS so với tiêm cục bộ, giả dược, phẫu thuật. Trong đó, có một nghiên cứu sử dụng VLTL là di động mô mềm và bài tập trượt gân/ thần kinh so

sánh với nhóm trị liệu bằng phẫu thuật cho thấy không có sự khác biệt về khả năng cải thiện cơn đau giữa 2 nhóm.

Giảm mức độ nghiêm trọng của triệu chứng: Có 9 nghiên cứu cho thấy VLTL có hiệu quả tốt trong việc giảm mức độ nghiêm trọng của triệu chứng. Trong đó, 5 nghiên cứu cho thấy VLTL có hiệu quả vượt trội hơn và 4 nghiên cứu cho kết quả tương đồng về khả năng làm

giảm mức độ nghiêm trọng của triệu chứng so với phương pháp khác.

Cải thiện tình trạng chức năng: Có 5 nghiên cứu cho thấy VLTL có khả năng cải thiện đáng kể chức năng bàn tay của người bệnh mắc HC OCT và cải thiện hơn so với liệu pháp khác như tiêm và phẫu thuật. Và 2 nghiên cứu cho thấy hiệu quả của VLTL tương đương với nhóm sử dụng nẹp và dược thực phẩm.

Cải thiện các chỉ số sinh lý thần kinh: Tổng có 5 nghiên cứu cho thấy VLTL có hiệu quả tốt trong việc cải thiện các chỉ số sinh lý thần kinh như thời gian tiềm vận động thần kinh giữa (DML), tốc độ dẫn truyền cảm giác (SCV), tốc độ dẫn truyền vận động (MCV). Trong đó có 3 nghiên cứu cho thấy VLTL (động thần kinh, phân tách sợi qua da) cải thiện rõ rệt so với nhóm chứng, giả dược, và 2 nghiên cứu cho kết quả tương đồng với dược thực phẩm và tiêm cục bộ.

IV. BÀN LUẬN

Ở các trường hợp mắc HC OCT cường độ nhẹ hoặc trung bình, có 5 phương pháp điều trị trong tổng quan của chúng tôi là tiêm, nẹp, dược thực phẩm, các liệu pháp VLTL (động thần kinh, sóng xung kích, bài tập vận động bằng tay, tự kéo dẫn dây chằng, phân tách sợi qua da) và giả dược. VLTL có thể có hiệu quả đối với những người bệnh mắc HC OCT trong thời gian ngắn, nhanh hơn các phương pháp khác.

Khi so sánh với phẫu thuật, VLTL cũng có hiệu quả trong việc giảm cường độ đau, giảm các triệu chứng và cải thiện chức năng tương tự nhau sau 6 đến 12 tháng nhưng VLTL cho kết quả chỉ sau 1 đến 3 tháng, nhanh hơn so với phẫu thuật⁵⁻⁷. Do đó, việc điều trị bảo tồn có thể cân nhắc là một phương pháp điều trị ban đầu trong các trường hợp HC OCT nhẹ đến trung bình và đôi khi nặng trước khi xem xét phẫu thuật sau đó.

Trong điều trị dược lý, sử dụng corticosteroid cục bộ là phương pháp điều trị phổ biến. Tuy nhiên, tiêm cục bộ không hiệu quả hơn phương pháp sóng xung kích ở 12 tuần và sau 24 tuần trong việc cải thiện mức độ triệu chứng và chức năng bàn tay ở người bệnh mắc HC OCT. Điều này là do tác dụng chống phù nề của steroid được tiêm vào chỉ là tạm thời, không làm thay đổi cơ chế bệnh sinh của HC OCT. Còn sóng xung kích có thể tăng cường hoạt động tổng hợp oxit nitric trong mô mềm xung quanh dây thần kinh giữa từ đó có thể ngăn chặn quá trình viêm và giảm đau⁸. Bên cạnh đó, sóng xung kích còn giúp cải thiện tốt hơn sinh lý thần kinh cụ thể là thời gian tiềm vận động.

Nẹp là biện pháp kiểm soát hoặc can thiệp bổ sung được sử dụng nhiều để phối hợp với các phương pháp khác. Thêm nẹp cổ tay vào tất cả các phương pháp điều trị can thiệp dường như có lợi hơn là không sử dụng. Khi so sánh với liệu pháp bảo tồn bằng VLTL, nghiên cứu của Schmid cho thấy kết quả tương đồng giữa phương pháp nẹp và bài tập trượt gân/thần kinh.

Chức năng ở chi trên được cải thiện sau khi sử dụng kỹ thuật phân tách sợi qua da để trị liệu và sau một tháng, các chỉ số lâm sàng về triệu chứng và chức năng trên người bệnh HC OCT đã đạt được sự khác biệt tối thiểu so với ban đầu. Một nghiên cứu sử dụng phương pháp VLTL đã được thực hiện kết hợp với các kỹ thuật điều trị khác nhau tập trung vào nẹp và paraffin cục bộ, phân tách sợi qua da cho kết quả vượt trội hơn so với kỹ thuật trượt thần kinh. Điều này có ý nghĩa lâm sàng rất quan trọng, vì nếu phương pháp này được thực hiện ở giai đoạn đầu, nó có thể tránh được sự tiến triển của HC OCT và do đó làm giảm tỷ lệ phải can thiệp phẫu thuật.

Cùng với VLTL, sử dụng dược thực phẩm sẽ bổ sung chất dinh dưỡng và đưa ra chế độ ăn uống hợp lý cho những người bệnh mắc HC OCT. Kết quả nghiên cứu của Notarnicola cho thấy cả hai phương pháp điều trị đều được chứng minh là có hiệu quả, làm giảm mức độ triệu chứng và cải thiện chức năng trong lần đầu tiên. Tuy nhiên, nhóm sử dụng sóng xung kích có xu hướng cải thiện chức năng và lâm sàng sớm hơn trong tháng đầu tiên. Và sau 6 tháng, cả 2 phương pháp đều cải thiện thời gian tiềm vận động và thời gian tiềm cảm giác thần kinh giữa. Điều này cho phép các nhà trị liệu đều chỉnh phác đồ điều trị dựa trên nhu cầu của người bệnh. Mặt khác sóng xung kích mất ít thời gian hơn nhưng một số người bệnh có thể không chịu được cơn đau do liệu pháp này gây ra. Trong trường hợp này, sử dụng dược thực phẩm sẽ là một phương pháp thay thế hiệu quả.

Ngoài ra, VLTL cũng có thể được kết hợp hiệu quả với các phương pháp không xâm lấn khác. Ví dụ, nẹp kết hợp với động thần kinh dường như hiệu quả hơn so với điều trị VLTL đơn thuần. Hai nghiên cứu khác đã thực hiện đánh giá hiệu quả của sự kết hợp các bài tập động thần kinh và băng kinesio cho thấy việc giảm mức độ nghiêm trọng của triệu chứng và cải thiện chức năng đã đạt được sau thời gian điều trị tối thiểu là 4 tuần so với chỉ với động thần kinh hoặc nẹp đơn thuần.

V. KẾT LUẬN

Các nghiên cứu cho thấy người bệnh mắc HC

OCT từ nhẹ đến nặng có các lựa chọn điều trị không phẫu thuật khác nhau để giảm cường độ đau, mức độ các triệu chứng và cải thiện chức năng bàn tay cũng như sinh lý thần kinh. Hiệu quả của các can thiệp VLTL có thể đạt được sớm hơn và hiệu quả có thể kéo dài như phương pháp phẫu thuật. Việc phối hợp các phương pháp điều trị cũng cho thấy mang lại hiệu quả cao hơn. Cần có nhiều hơn các nghiên cứu ngẫu nhiên, có nhóm chứng với thời gian theo dõi lâu hơn để có thể đưa ra một khuyến nghị rõ ràng cho việc lựa chọn phương pháp trị liệu cho người bệnh mắc HC OCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aroori S, Spence RA.** Carpal tunnel syndrome. The Ulster medical journal. Jan 2008;77(1):6-17.
2. **Rempel D, Gerr F, Harris-Adamson C, et al.** Personal and workplace factors and median nerve function in a pooled study of 2396 US workers. Journal of occupational and environmental medicine. Jan 2015;57(1):98-104. doi:10.1097/jom.0000000000000312
3. **Huisstede BM, Hoogvliet P, Franke TP, Randsdorp MS, Koes BW.** Carpal Tunnel Syndrome: Effectiveness of Physical Therapy and Electrophysical Modalities. An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Archives of physical medicine and rehabilitation. Aug 2018; 99(8): 1623-1634.e23. doi:10.1016/j.apmr. 2017.08.482
4. **Turner A, Kimble F, Gulyás K, Ball J.** Can the outcome of open carpal tunnel release be predicted?: a review of the literature. ANZ journal of surgery. Jan 2010;80(1-2):50-4. doi:10.1111/j.1445-2197.2009.05175.x
5. **Fernández-de-Las Peñas C, Ortega-Santiago R, de la Llave-Rincón AI, et al.** Manual Physical Therapy Versus Surgery for Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Parallel-Group Trial. The journal of pain. Nov 2015;16(11):1087-94. doi:10.1016/j.jpain.2015.07.012
6. **Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland J, Palacios-Ceña M, et al.** Effectiveness of manual therapy versus surgery in pain processing due to carpal tunnel syndrome: A randomized clinical trial. European journal of pain (London, England). Aug 2017;21(7):1266-1276. doi:10.1002/ejp.1026
7. **Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland J, Palacios-Ceña M, Fuensalida-Novo S, Pareja JA, Alonso-Blanco C.** The Effectiveness of Manual Therapy Versus Surgery on Self-reported Function, Cervical Range of Motion, and Pinch Grip Force in Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Clinical Trial. The Journal of orthopaedic and sports physical therapy. Mar 2017;47(3):151-161.doi:10.2519/jospt.2017.7090
8. **Xu D, Ma W, Jiang W, et al.** A randomized controlled trial: comparing extracorporeal shock wave therapy versus local corticosteroid injection for the treatment of carpal tunnel syndrome. International orthopaedics. Jan 2020;44(1):141-146. doi:10.1007/s00264-019-04432-9.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA

Nguyễn Thị Thu Phương¹, Đoàn Thanh Loan¹, Trần Thị Tuyết Hồng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Để người bệnh phẫu thuật VFM ruột thừa hồi phục nhanh chóng ngoài việc áp dụng phương pháp phẫu thuật hiện đại thì việc chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật đóng vai trò hết sức quan trọng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật VFM ruột thừa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 40 người bệnh được phẫu thuật nội soi điều trị VFM ruột thừa tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện 19-8 từ tháng 1/2023 đến 9/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình $36,73 \pm 14,78$. Nam/nữ 24/16. Dịch ổ bụng 45%. Mủ lần phân 55%. Tình trạng ruột thừa 100% đã thủng. Số lượng dẫn lưu: 01 DL 87,5%. 02 DL 12,5%. Thời gian rút dẫn lưu $3,23 \pm 0,536$ ngày. Thời gian nằm viện: $6,54 \pm 1,745$ ngày. Kết quả chăm sóc:

Tốt 97,5%. TB 2,5%. Xấu 0%. **Kết luận:** Việc thực hiện chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật VFM ruột thừa đúng kế hoạch, nhanh chóng và chính xác sẽ góp phần làm giảm biến chứng giúp người bệnh hồi phục nhanh sau phẫu thuật. **Từ khóa:** VFM ruột thừa, phẫu thuật nội soi ruột thừa

SUMMARY

EVALUATION OF PATIENT CARE RESULTS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY FOR APPENDIX PERITONI

Background: Patients undergoing surgery for appendicitis peritonitis recover quickly in addition to applying modern surgical methods. Postoperative patient care plays a very important role. **Objective:** Evaluate the results of postoperative care in patients undergoing peritonitis surgery. **Research subjects and methods:** Prospective, cross-sectional study of 40 patients undergoing laparoscopic surgery to treat appendicitis peritonitis in the Department of General Surgery, 19-8 Hospital from 1/2023 to 9/2023. **Results:** Average age 36.73 ± 14.78 , Male/female 24/16, Abdominal fluid 45%, Pus mixed with feces 55%, Appendicitis condition 100% perforated, Number

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương

Email: thuphuong198bca@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 18.7.2024