

- patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(43): e12943. doi:10.1097/MD.00000000000012943
3. **Charbit B, Samain E, Merckx P, Funck-Brentano C.** QT interval measurement: evaluation of automatic QTc measurement and new simple method to calculate and interpret corrected QT interval. *Anesthesiology*. 2006; 104(2):255-260. doi:10.1097/00000542-200602000-00009
 4. Nguyễn Quang Tuấn. **Chẩn Đoán và Điều Trị Nhồi Máu Cơ Tim Có ST Chênh Lên. Nhà xuất bản Y học; 2019.**
 5. **H. C. Bazett HCB.** An Analysis of the Time-relations of Electrocardiograms. Vol 2. History of Electrocardiology. Oxford University Medical School; 1997.
 6. **Pg P, Aa W.** The measurement of the QT interval. *Curr Cardiol Rev*. 2014;10(3). doi:10.2174/1573403x10666140514103612
 7. **Özbek SC, Sökmen E.** Usefulness of Tp-Te interval and Tp-Te/QT ratio in the prediction of ventricular arrhythmias and mortality in acute STEMI patients undergoing fibrinolytic therapy. *J Electrocardiol*. 2019;56: 100-105. doi:10.1016/j.jelectrocard.2019.07.004
 8. **Podolecki T, Lenarczyk R, Kowalczyk J, et al.** Prognostic Significance of Complex Ventricular Arrhythmias Complicating ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Am J Cardiol*. 2018;121(7): 805-809. doi:10.1016/j.amjcard.2017.12.036
 9. **Kassem M, E Tamam AB, Attia WM, Sarhan M.** T Peak-to-T End/QT is an Independent Predictor of Early Ventricular Arrhythmias and Arrhythmic Death in Patients with ST Segment Elevation Myocardial Infarction. *J Clin Exp Cardiol*. 2018;09(09). doi:10.4172/2155-9880.1000607

CHỈ SỐ THANG ĐÁNH GIÁ ĐAU THEO SỐ (NPRS) TRÊN ĐỐI TƯỢNG CAN THIỆP LIỆU PHÁP SÓNG XUNG KÍCH NGOÀI CƠ THỂ TRÊN ĐIỂM ĐAU CỦA CƠ THANG BÓ TRÊN

Phạm Xuân Hiệp¹, Trần Thị Diệp¹, Lê Thị Huỳnh Như¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Cột sống cổ là một trong những vùng có cấu tạo khá phức tạp với nhiều thành phần nhỏ tạo nên một phức hợp và thực hiện nhiều chức năng quan trọng trên cơ thể người. Đau cổ mãn tính có thể góp phần gây ra các vấn đề tâm lý như lo lắng và trầm cảm, làm phức tạp thêm việc quản lý và điều trị tình trạng này. Hơn nữa, những người có các vấn đề vùng cổ có thể gặp những hạn chế về khả năng làm việc, dẫn đến giảm năng suất và tiềm ẩn căng thẳng về tài chính. Điều trị các vấn đề vùng cổ thường liên quan đến cách tiếp cận liên ngành, bao gồm kiểm soát cơn đau, vật lý trị liệu, nội khoa, chăm sóc chỉnh hình và trong trường hợp nghiêm trọng là can thiệp phẫu thuật. Can thiệp sớm và chăm sóc y tế kịp thời đối với bất kỳ cảm giác khó chịu hoặc đau đớn nào liên quan đến cổ có thể giúp ngăn ngừa sự tiến triển của các vấn đề nhỏ thành các khiếm khuyết nghiêm trọng hơn. Có thể nói, đau là một vấn đề cấp thiết cần được cải thiện trên các đối tượng có các khiếm khuyết vùng cổ. Đau là một vấn đề chủ quan đến từ chính người bệnh nhưng đó cũng sẽ là nền tảng cung cấp cho người điều trị tìm thấy các dấu hiệu của bệnh hay các vấn đề của người bệnh từ đó có thể đưa ra hướng can thiệp phù hợp. Tại Việt Nam, sóng xung kích trong Vật lý trị liệu đã được sử dụng rộng rãi tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá tính hiệu quả của nó trên các đối tượng trong nước chủ yếu dựa vào

các chứng cứ y học của nước ngoài. **Mục tiêu:** So sánh sự thay đổi trước sau can thiệp về thang đánh giá đau theo số (NPRS) ở các đối tượng can thiệp liệu pháp sóng xung kích ngoài da cũng như so sánh sự khác biệt về thay đổi chỉ số NPRS giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp mô tả trên 45 đối tượng được chẩn đoán đau vùng cổ gáy (M54.2) hoặc thoái hóa cột sống cổ (M47) có điểm đau tại cơ thang bó trên đến khám và điều trị tại bệnh viện YHCT TP.HCM. Nhóm điều trị được can thiệp sóng xung kích 1500 xung, tần số 10 Hz, mức năng lượng 120 J và nhóm chứng can thiệp sóng xung kích 500 xung, tần số 5 Hz, mức năng lượng 60 J trong vòng 5 tuần. Chỉ số NPRS được thu thập ở các đối tượng trước và sau can thiệp. **Kết quả:** Thang đo NPRS trong nghiên cứu chúng tôi đã ghi nhận sự thay đổi đáng kể trên nhóm can thiệp tiêu chuẩn trước và sau điều trị lần lượt là 6.04 ± 1.6 và 2.37 ± 1.43 ($p < 0.0001$) với mức độ giảm khoảng 2,54 lần so với sự thay đổi gần 2 lần ở nhóm can thiệp tối thiểu. **Kết luận:** Nghiên cứu đánh giá được tính hiệu quả cải thiện tình trạng đau của các đối tượng có điểm đau trên cơ thang bó trên một cách rõ rệt qua can thiệp của sóng xung kích với thời gian khuyến cáo là 5 lần điều trị liên tiếp trong 5 tuần, cường độ cho phép là 120J với 1500 shocks và tần số 16Hz. Có thể tiếp tục ứng dụng sóng xung kích với liều lượng khuyến cáo tương tự cho các điểm đau trên các vị trí cơ khác nhau trên cơ thể và nghiên cứu làm tiền đề cho một số các hướng ứng dụng tiếp theo trong tương lai có liên quan đến các vị trí đau trên cơ và cả trên gân cơ. Đây cũng có thể là cơ sở so sánh với các phương thức trị liệu khác như sóng siêu âm hay Laser hoặc một số các can thiệp khác.

Từ khóa: Đau cổ vai, Đau cổ, Thang đánh giá đau theo số, NPRS.

¹Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Hiệp

Email: hieppx@hiu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

SUMMARY**NUMERICAL PAIN RATING SCALE (NPRS) INDEX ON SUBJECTS OF EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE THERAPY INTERVENTION ON THE TRIGGER POINT OF THE UPPER TRAPEZIUS MUSCLE**

Backgrounds: The cervical spine is a complex region with many small components that make up a complex and perform many important functions in the human body. Chronic neck pain can contribute to psychological problems such as anxiety and depression, which further complicate the management and treatment of this condition. Furthermore, people with neck problems may experience limitations in their ability to work, leading to reduced productivity and potential financial stress. Treatment of neck problems often involves an multidisciplinary approach, including pain management, physiotherapy, internal medicine, chiropractic care, and in severe cases, surgery. Early intervention and prompt medical care for any discomfort or pain associated with the neck can help prevent the progression of minor problems into more serious impairments. It can be said that pain is an urgent problem that needs to be improved in subjects with neck impairments. Pain is a subjective issue from the patient himself, but it will also be the foundation for the therapist to find signs of the disease or the patient's problems, from which appropriate intervention can be given. In Vietnam, shock waves in Physical Therapy have been widely used, but there have not been many studies in Vietnam to evaluate its effectiveness on domestic subjects, mainly based on foreign medical evidence. **Objectives:** To compare the changes before and after the intervention in the Numerical Pain Rating Scale (NPRS) in the subjects who received external shockwave therapy as well as to compare the differences in the changes in the NPRS index between the intervention group and the control group. **Methods:** The intervention study was described on 45 subjects diagnosed with neck pain (M54.2) or cervical spondylosis (M47) with pain points in the upper trapezius muscle who came to the Hospital of Traditional Medicine Ho Chi Minh City for examination and treatment. The treatment group received 1500 shockwave pulses, 10 Hz frequency, 120 J energy level and the control group received 500 shockwave pulses, 5 Hz frequency, 60 J energy level within 5 weeks. The NPRS index was collected in the subjects before and after the intervention. **Results:** The NPRS scale in our study recorded a significant change in the standard intervention group before and after treatment, respectively 6.04 ± 1.6 and 2.37 ± 1.43 ($p < 0.0001$) with a reduction of about 2.54 times compared to a change of nearly 2 times in the minimal intervention group. **Conclusions:** The study evaluated the effectiveness of improving the pain of subjects with pain points on the upper trapezius muscle significantly through shock wave intervention with the recommended time of 5 consecutive treatments in 5 weeks, the allowable intensity is 120J with 1500 shocks and frequency 16Hz. It is possible to continue to apply shock waves with the same recommended dose for pain points on different muscle

locations on the body and the study is the premise for some future application directions related to pain locations on muscles and tendons. This can also be a basis for comparison with other treatment modalities such as ultrasound or laser or some other interventions. **Keywords:** Shoulder-neck pain, Neck pain, Numeric Pain Rating Scale, NPRS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ thang là một cơ được tạo thành từ các sợi cơ đặc biệt dài và rộng ở vùng lưng trên. Về mặt chức năng, điều này cho phép cơ thang hỗ trợ cơ thể chủ yếu trong các hoạt động duy trì tư thế. Cơ thang đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát nhịp chuyển động của bả vai – cánh tay thông qua khớp cùng vai đòn, và kiểm soát thăng bằng của cổ thông qua kiểm soát cơ của cột sống cổ. Đau cơ thang là những than phiền về cảm giác đau, cứng và căng của cơ thang. Nguyên nhân có thể đến từ các công việc đơn điệu với tần suất lặp đi lặp lại cao, gắng sức nhiều, mức độ cơ cơ cao, liên tục với tải trọng kéo dài, tư thế làm việc bị hạn chế hoặc kết hợp các yếu tố này.[1] Vật lý trị liệu được xem là một phần rất quan trọng trong việc điều trị các đối tượng này bao gồm các phương thức trị liệu (chườm nóng, lạnh, kéo cổ, siêu âm trị liệu) và chương trình tập luyện để giảm đau, ổn định và cải thiện sức mạnh cơ, duy trì ROM cổ cũng như giáo dục bệnh nhân thay đổi lối sống, điều chỉnh các hoạt động liên quan đến sức khỏe và vùng cổ vai gáy.[2] Phương pháp điều trị sóng xung kích ngoài da là một phương pháp không xâm lấn và an toàn cho bệnh nhân có vấn đề về cơ xương khớp. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy sóng xung kích ngoài da có thể được áp dụng điều trị cho bệnh cơ xương khớp. Sóng xung kích hỗ trợ tái tạo mạch máu bằng cách gây ra những thay đổi về vi cấu trúc và vi chức năng giúp sửa chữa và tái tạo mô, ngoài ra còn giúp ức chế substance P và peptit liên quan đến gen Calcitonin (CGRP) vì thế giúp giảm đau và thư giãn cơ. [3]

Hiện tại với những yêu cầu về y học chứng ngày càng phát triển thì các nhà Vật lý trị liệu cần sử dụng các thước đo có tính giá trị và độ tin cậy cao nhằm mang lại kết quả lâm sàng được phản ánh một cách chính xác nhất. Thang đánh giá đau theo số (NPRS) là thang đánh giá mức độ đau đo bằng mắt với 10 mức độ từ 0 – 10 để đánh giá đau có tính chất chủ quan trên bệnh nhân. NPRS là một thang đo đã được nhiều nghiên cứu sử dụng để đánh giá các mức độ đau mà bệnh nhân cảm nhận được một cách chủ quan.[4] Nghiên cứu mong muốn tìm kiếm tính hiệu quả của sóng xung kích trong việc cải thiện

điểm số đau theo thang NPRS tại các điểm đau trên cơ mà cụ thể ở đây là điểm đau trên cơ thang bó trên ở các đối tượng có các vấn đề tại vùng cổ vai. Từ kết quả thu được có thể bổ sung thêm các chứng cứ khoa học để có thể giúp củng cố các lý luận lâm sàng từ đó có các quyết định lâm sàng phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp chọn mẫu: Các đối tượng đến khám tại bệnh viện YHCT TP. HCM từ tháng 11/2023 đến tháng 03/2024 đã được chẩn đoán bệnh M54.2 hoặc M47, có điểm đau tại cơ thang bó trên tiêu chí chọn vào và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Mẫu được lựa chọn theo hình thức chọn mẫu toàn bộ tất cả các đối tượng sau khi được chẩn đoán đau vùng cổ gáy (M54.2) hoặc thoái hóa cột sống cổ (M47) có điểm đau tại cơ thang bó trên và có chỉ định sử dụng sóng xung kích trong điều trị. Các đối tượng sau đó sẽ được thu thập chỉ số NPRS trước và sau khi can thiệp.

Tiêu chí chọn vào: Đối tượng được chẩn đoán đau vùng cổ gáy (M54.2) hoặc thoái hóa cột sống cổ (M47), đối tượng có điểm đau xác định tại cơ thang bó trên, thời gian đau lớn hơn 3 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: Đối tượng có phản ứng quá mức với những lần điều trị sóng xung kích trước đó, đối tượng sử dụng corticoid trước đó trong khoảng thời gian 6 tuần, đối tượng bị mất cảm giác vùng da trên cơ thang bó trên, đối tượng không thể nghe, đọc và hiểu tiếng Việt.

Quy trình can thiệp: Ngay sau phỏng vấn, chia nhóm ngẫu nhiên các đối tượng. Có 2 nhóm đối tượng: nhóm can thiệp tiêu chuẩn và nhóm chứng. Nhóm can thiệp tiến hành can thiệp bằng sóng xung kích tại điểm đau lần 01 với số xung 1500, tần số 10 Hz và áp lực 2,5 Bar; người bệnh tiếp tục được can thiệp 4 lần tiếp theo, mỗi tuần 1 lần, đánh giá lại ngưỡng áp suất đau và

thang điểm NRS sau lần điều trị cuối cùng (lần 05) một tuần. Nhóm chứng tiến hành can thiệp bằng sóng xung kích tại điểm đau lần 01 với số xung 500, tần số 5 Hz và áp lực 1 Bar; người bệnh tiếp tục được can thiệp 4 lần tiếp theo, mỗi tuần 1 lần, đánh giá lại ngưỡng áp suất đau và thang điểm NRS sau lần điều trị cuối cùng (lần 05) một tuần.

Kiểm soát sai lệch số liệu: Khi tiến hành nghiên cứu, các bệnh nhân được sàng lọc để đảm bảo đối tượng chọn vào nghiên cứu phải đúng tiêu chí chọn vào và loại ra. Việc lựa chọn đối tượng dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh lý đau vùng cổ gáy hay thoái hóa cột sống cổ, thang đánh giá đau theo số (NPRS). Đồng thời giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu cho đối tượng, tránh trường hợp ngại chia sẻ thông tin hoặc thông tin không chính xác.

Phương pháp phân tích thống kê: Đối với biến định tính, mô tả tần số và tỉ lệ phần trăm các biến số như giới, nghề nghiệp, thời gian làm việc, thời lượng hoạt động thể chất. Đối với biến định lượng, mô tả trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến số như tuổi, BMI, thời gian bị bệnh, chỉ số NPRS. Sử dụng kiểm định t, Mann-Whitney để so sánh đặc điểm và kết quả của 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng. Sử dụng kiểm định Wilcoxon so sánh hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng Stata 14.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu từ 1/11/2023 đến 30/3/2024, chúng tôi ghi nhận có 47 đối tượng tham gia vào nghiên cứu, trong quá trình thực hiện có 02 đối tượng không tiếp tục tham gia. Kết quả nghiên cứu báo cáo trên tổng số 45 đối tượng trong đó có 24 trường hợp ở nhóm can thiệp và 21 trường hợp ở nhóm chứng trước và sau quá trình can thiệp 05 tuần.

Bảng 1. Đặc điểm dân số của mẫu nghiên cứu (n=45)

Đặc điểm dân số	Nhóm can thiệp (n=24)		Nhóm chứng (n=21)		p
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)	
Tuổi					
<40t	15	62.5	9	42.86	0.36
40t-60t	7	29.17	8	38.1	
>60t	2	8.33	4	19.05	
Giới tính					
Nam	8	33.33	5	23.81	0.48
Nữ	16	66.67	16	76.19	
Thời gian làm việc trong ngày					
Không làm việc	3	12.5	5	23.81	0.87
4 – 6 tiếng	2	8.33	2	9.52	
6 – 8 tiếng	7	29.17	5	23.81	

8 – 10 tiếng	7	29.17	6	28.57	
>10 tiếng	5	20.83	3	14.29	
Nghề nghiệp					
Công việc chân tay	6	25	6	28.57	0.89
Công việc trí óc	6	25	6	28.57	
Nghỉ hưu	12	50	9	42.86	
Chỉ số BMI					
Thiếu cân	3	12.5	2	9.52	0.72
Bình thường	11	45.83	13	61.9	
Thừa cân	4	16.67	3	14.29	
Béo phì	6	25	3	14.29	

Kết quả bảng 1 cho thấy phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu là nữ chiếm 71.1%, tập trung ở nhóm dưới 40 tuổi chiếm 53.3%. Cả hai nhóm đối tượng có thời gian làm việc trung bình tập trung ở mức 6 – 10 tiếng/ngày và phân bố

đều trong các công việc trí óc và tay chân. Nhóm nghiên cứu có chỉ số BMI tương đối tốt khi tập trung 53,3% có chỉ số BMI bình thường bên cạnh 35.5% bị thừa cân – béo phì.

Bảng 2. Các yếu tố liên quan về đặc điểm bệnh của đối tượng nghiên cứu (n=24 và n=21)

Đặc điểm bệnh	Nhóm can thiệp (n=24)		Nhóm chứng (n=21)		p
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)	
Thời gian phát hiện đau (tháng)	19.9 ± 24.7		14.1±13.9		0.34
Tay thuận					
Tay trái	3	12.5	0	0	0.09
Tay phải	21	87.5	21	100	
Thời gian hoạt động thể lực					
Tập luyện thể chất đầy đủ	4	16.67	5	23.81	0.55
Tập luyện thể chất không đầy đủ	20	83.33	16	76.19	

Kết quả bảng 2 cho thấy các đối tượng nghiên cứu có thời gian bị đau vùng cơ thang dao động trung bình từ 14.1 tháng ở nhóm chứng và 19.9 tháng ở nhóm can thiệp. Thêm vào đó, hoạt động thể chất của các đối tượng cho thấy tỷ lệ không hoạt động đầy đủ chiếm tỷ lệ 80% so với 20% có hoạt động thể chất đầy đủ.

Bảng 3. Đặc điểm dân số của mẫu nghiên cứu và NPRS trước can thiệp

Đặc điểm dân số	NPRS						
	Trước can thiệp						
	Nhóm can thiệp (n=24)		P1	Nhóm chứng (n=21)		P2	P 2 nhóm
n	TB ± ĐLC	n		TB ± ĐLC			
Giới tính							
Nam	8	5.25 ± 1.66	0.08*	5	6 ± 1.58	0.74*	0.314
Nữ	16	6.43 ± 1.45		16	6.25 ± 1.43		
Thời gian làm việc trong ngày							
Không làm việc	3	7.33 ± 0.57	0.049	5	6.8 ± 1.09	0.016	0.314
4 – 6 tiếng	2	3.5 ± 2.12		2	4 ± 0		
6 – 8 tiếng	7	6.14 ± 1.06		5	7 ± 1		
8 – 10 tiếng	7	5.57 ± 1.61		6	5.33 ± 1.36		
>10 tiếng	5	6.8 ± 1.48		3	7 ± 0		
Nghề nghiệp							
Công việc chân tay	6	6.5 ± 1.64	0.73	6	7 ± 1.09	0.26	0.314
Công việc văn phòng	6	5.83 ± 2.63		6	6 ± 1.67		
Công việc hỗn hợp	12	5.91 ± 0.9		9	5.77 ± 1.39		
Chỉ số BMI							
Thiếu cân	3	4.66 ± 2.51	0.38	2	7.5 ± 0.7	0.5	0.314
Bình thường	11	6 ± 1.26		13	5.92 ± 1.55		
Thừa cân	4	6.75 ± 1.89		3	6.66 ± 1.52		
Béo phì	6	6.33 ± 1.5		3	6 ± 1		

Bảng 4. Đặc điểm dân số của mẫu nghiên cứu và NPRS sau can thiệp

Đặc điểm dân số	NRS						
	Sau can thiệp						P 2 nhóm
	Nhóm can thiệp (n=24)		P1	Nhóm chứng (n=21)		P2	
	n	TB ± ĐLC		n	TB ± ĐLC		
Giới tính							
Nam	8	2.75 ± 1.48	0.37	5	3.4 ± 2.4	0.67	0.247
Nữ	16	2.18 ± 1.42		16	3.87 ± 2.15		
Thời gian làm việc trong ngày							
Không làm việc	3	1.33 ± 1.15	0.07	5	4.2 ± 2.68	0.75	0.247
4 – 6 tiếng	2	1.5 ± 0.7		2	3.5 ± 2.12		
6 – 8 tiếng	7	1.85 ± 1.57		5	4.6 ± 1.34		
8 – 10 tiếng	7	3.57 ± 1.39		6	2.83 ± 1.94		
>10 tiếng	5	2.4 ± 0.54		3	3.66 ± 3.51		
Nghề nghiệp							
Công việc chân tay	6	2.5 ± 1.64	0.77	6	4.5 ± 2.5	0.62	0.247
Công việc văn phòng	6	2 ± 0.63		6	3.33 ± 1.96		
Công việc hỗn hợp	12	2.5 ± 1.67		9	3.55 ± 2.18		
Chỉ số BMI							
Thiếu cân	3	1.66 ± 0.57	0.22	2	5 ± 1.41	0.18	0.247

Bảng 5. Điểm trung bình NPRS theo nhóm (n=24 và n=21)

Biến số	Nhóm can thiệp		P value	Nhóm chứng		P value
	Trước điều trị	Sau điều trị		Trước điều trị	Sau điều trị	
NPRS	6.04±1.6	2.37 ± 1.43	<0.0001*	6.2 ± 1.4	3.76 ± 2.16	<0.0001*

IV. BÀN LUẬN

Thang đo NPRS trong nghiên cứu chúng tôi đã ghi nhận sự thay đổi đáng kể trên nhóm can thiệp tiêu chuẩn trước và sau điều trị lần lượt là 6.04±1.6 và 2.37 ± 1.43 ($p<0.0001$) với mức độ giảm khoảng 2,54 lần so với sự thay đổi gần 2 lần ở nhóm can thiệp tối thiểu. Sự thay đổi này có thể so với nghiên cứu của tác giả Hye Min Ji trong nghiên cứu về hiệu quả can thiệp của sóng xung kích trên điểm đau của cơ thang bó trên ghi nhận ở nhóm can thiệp tiêu chuẩn 4.91±1.76 ở trước can thiệp và sau can thiệp 2.27±1.27, mức thay đổi ở mức 2 lần so sánh trước sau ($p<0.05$).[5] Điều này cho thấy sự hiệu quả trong can thiệp sóng xung kích trên nhóm can thiệp tiêu chuẩn là rất rõ rệt. Lượng giá của tác giả Hye Min Ji về thang đo NPRS thực hiện sau mỗi lần điều trị trong khi chúng tôi chỉ thực hiện khi kết thúc cả quá trình điều trị. Một nghiên cứu khác của Dina Al-Amir Mohamed và cộng sự thực hiện năm 2021 về can thiệp sóng xung kích cũng như các tập luyện thần kinh cơ khác trên các đối tượng có điểm đau tại cơ thang bó trên ghi nhận mức NPRS cao ở các nhóm đối tượng tham gia dao động ở mức 6.7 ± 1.3 ở giai đoạn trước can thiệp và sau khi can thiệp điểm số NPRS đã giảm ở mức 5.05 ± 0.82 ở nhóm can thiệp tiêu chuẩn sóng xung kích đơn thuần ($p=0.03$).[6] Có thể thấy được sự tương đồng về chỉ số NPRS so với nghiên cứu của chúng tôi ở

giai đoạn trước can thiệp tuy nhiên số đo sau đó lại có sự khác biệt đáng kể, tác giả Dina ghi nhận sự thay đổi nhiều hơn ở nhóm có các can thiệp phối hợp nhiều hơn ở nhóm chỉ có can thiệp sóng xung kích đơn thuần.

Thông số NPRS cũng được đề cập như là một kết quả đầu ra quan trọng trong các nghiên cứu đánh giá đau như tác giả Ömer Gezginaslan và cộng sự đề cập năm 2020 trong một nghiên cứu so sánh giữa sóng xung kích và liệu pháp can thiệp truyền thống trên các đối tượng có điểm đau trigger points.[7] Tác giả Omer ghi nhận các đối tượng nhận vào có giá trị NPRS khá cao ở mức 8.3 ± 1.2 ở giai đoạn trước can thiệp và thay đổi đáng kể sau khi được can thiệp sóng xung kích 3.7 ± 1.7 với giá trị $p<0.001$ và kết quả này khác biệt so với nhóm can thiệp tối thiểu mặc dù đầu vào cả hai nhóm có sự tương đồng về giá trị NPRS khi nhóm này có mức là 8.1 ± 1.3. Sự giảm NPRS ở mức 2.34 lần cũng có thể so sánh với nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận với mức 2.54. Điều này một lần nữa khẳng định ý nghĩa giá trị NPRS ứng dụng trong đánh giá mức độ đau của các điểm Trigger point hay các vấn đề liên quan đến đau cân cơ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá được tính hiệu quả cải thiện tình trạng đau của các đối tượng có điểm đau trên cơ thang bó trên một cách rõ rệt qua can thiệp của sóng xung kích với thời gian

khuyến cáo là 5 lần điều trị liên tiếp trong 5 tuần, cường độ cho phép là 120J với 1500 shocks và tần số 16Hz. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho thấy việc can thiệp sóng xung kích có thể giúp các đối tượng có thể cải thiện tình trạng đau và các hoạt động chức năng của vùng cổ vai qua việc cải thiện chỉ số NPRS. Nghiên cứu cũng chưa phân biệt rõ được tính chất đau tại điểm đau trên cơ thang bó trên dẫn đến việc can thiệp sóng xung kích có thể thiếu chứng cứ khoa học. Tuy nhiên, tính chất chung của những vấn đề đau mạn tính trên cơ vẫn được nhiều tác giả đề cập về sự đau theo kiểu nociplastic trên vấn đề đau mạn của hệ cơ xương. Nghiên cứu có thể làm tiền đề cho các nghiên cứu tiếp theo trong việc so sánh với các phương pháp điều trị khác nhau để có thể khẳng định hơn nữa hiệu quả can thiệp của một liệu pháp điều trị từ đó có thể gia tăng việc ứng dụng sóng xung kích trong điều trị giảm đau trên cơ trong nhiều bệnh lý trong chuyên môn Vật lý trị liệu có thể được áp dụng mạnh mẽ trên thực tế lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Joshi**, "extracorporeal shockwave therapy for myofascial pain syndrome of the upper trapezius: a systematic review," *International Journal of Medical Science and Public Health Research*, vol. 4, no. 06, pp. 09-12, 2023.
2. **Ishaq, P. Mehta, I. W. Skinner, M. K. Bagg, J. Bier, and A. P. J. J. o. C. E. Verhagen**,

- "Treatment classifications and interventions for neck pain: a scoping review," vol. 159, pp. 1-9, 2023.
3. **M. Király, T. Bender, and K. Hodosi**, "Comparative study of shockwave therapy and low-level laser therapy effects in patients with myofascial pain syndrome of the trapezius," *Rheumatology international*, vol. 38, no. 11, pp. 2045-2052, 2018.
4. **G. A. Hawker, S. Mian, T. Kendzerska, and M. French**, "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 & research*, vol. 63, no. S11, pp. S240-S252, 2011.
5. **H. M. Ji, H. J. Kim, and S. J. Han**, "Extracorporeal shock wave therapy in myofascial pain syndrome of upper trapezius," *Annals of rehabilitation medicine*, vol. 36, no. 5, pp. 675-680, 2012.
6. **D. A. Mohamed, R. M. Kamal, M. M. Gaber, and Y. M. Aneis**, "Combined Effects of Extracorporeal Shockwave Therapy and Integrated Neuromuscular Inhibition on Myofascial Trigger Points of Upper Trapezius: A Randomized Controlled Trial," (in eng), *Ann Rehabil Med*, vol. 45, no. 4, pp. 284-293, Aug 2021.
7. **Ö. Gezgİnaslan and S. G. Atalay**, "High-energy flux density extracorporeal shock wave therapy versus traditional physical therapy modalities in myofascial pain syndrome: A randomized-controlled, single-blind trial," *Archives of Rheumatology*, vol. 35, no. 1, p. 78, 2019.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC TRONG BỆNH LÝ TÂN SẢN TẾ BÀO VÂY BỀ MẶT NHÃN CẦU

Hồ Công Thủy Thanh¹, Vũ Thị Việt Thu²,
Trần Kế Tổ³, Nguyễn Thị Diễm Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm bệnh tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu và mối liên quan giữa lâm sàng và mô bệnh học. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, từ 01/2018 - 12/2022 trên 180 bệnh nhân tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu được chẩn đoán xác định tại Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** 180 bệnh nhân bao gồm 115 (63,9%) nam với độ tuổi trung bình là $52,5 \pm 14,9$

được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ người lao động ngoài trời chiếm 55%. Mắt phải gặp ở 97 (54,4%) bệnh nhân, không ghi nhận ở hai mắt. Vị trí vùng rìa kết giác mạc gặp 119 (66,11%) trường hợp. Tỷ lệ mô bệnh học ghi nhận lần lượt CIN I 8,3%; CIN II 68,3%; CIN III 6,7% và CSC là 16,7%. Kích thước trung bình u là $5,2 \pm 1,9$ mm. Tổn thương dạng nhú chiếm tỷ lệ 51,7%, dạng thạch là 36,6%, dạng bạch sản là 11,7%. Trong chẩn đoán nguy cơ ác tính: nhóm > 60 tuổi cao hơn so với nhóm 18 – 40 tuổi gấp 6,1 lần. Dạng bạch sản cao gấp 3,8 lần. Vị trí rìa kết giác mạc nguy cơ ác tính cao gấp 3 lần vị trí khác. Kích thước u từ 5 - 10mm có nguy cơ cao hơn nhóm u <5mm gấp 3 lần, u >10 mm cao hơn nhóm u <5mm gấp 6,7 lần. U kèm tân mạch nguy cơ ác tính cao hơn gấp 4 lần. Tiên lượng tái phát: tổn thương dạng u nhú nguy cơ cao hơn vị trí khác 6,8 lần, u > 5mm có nguy cơ cao hơn 3,1 lần. **Kết luận:** Có thể dựa vào đặc điểm lâm sàng giúp chẩn đoán sớm nguy cơ ác tính và tiên lượng tái phát trên bệnh nhân tân sản tế bào vảy bề

¹Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm: Hồ Công Thủy Thanh

Email: thuythanh1795@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025