BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ
HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

MAI THẾ HIỆP

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN CỦA THUỐC ĐẮP HV KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI -2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

MAI THẾ HIỆP

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN CỦA THUỐC ĐẮP HV KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS.Trần Anh Tuấn

HÀ NỘI - 2021

LỜI CẢM ƠN

Trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận văn này, tôi đã nhận được sự hướng dẫn, giúp đỡ quý báu của các thầy cô giáo, các anh chị, các em, các bạn bè đồng nghiệp và gia đình.

Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Ban Giám Đốc, phòng Đào tạo Sau đại học Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam; Ban Giám đốc - Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã tạo điều kiện cho tôi được học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Lời cảm ơn tiếp theo, với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới thầy TS.Trần Anh Tuấn là người thầy tâm huyết đã trực tiếp chỉ bảo, hướng dẫn tận tình, đóng góp nhiều ý kiến quý báu cũng như động viên tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Tôi cũng xin gửi lời cảm ơn tới tập thể các Thầy thuốc, nhân viên Y tế tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương Bệnh viện Tuệ Tĩnh và bạn bè, những người luôn ở cạnh tôi chia sẻ, động viên giúp đỡ tôi trong quá trình học tập.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới tất cả các Giáo sư, Phó giáo sư, Tiến sĩ trong Hội đồng: là những người Thầy, những Nhà Khoa học đã luôn hướng dẫn, chỉ bảo cho tôi suốt quá trình học tập và sẽ đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu để tôi hoàn thành và bảo vệ thành công luận văn này.

Cũng xin được gửi lời cảm ơn tới các nhà khoa học, các tác giả những công trình nghiên cứu mà tôi đã tham khảo và sử dụng các số liệu trong quá trình nghiên cứu và hoàn thiện luận văn.

Lời cảm ơn cuối cùng tôi muốn dành tặng cho những người thân trong gia đình và bè bạn xa gần đã luôn ở bên cạnh động viên, giúp đỡ và giành mọi thời gian để tôi học tập, làm việc và hoàn thành luận văn này.

Hà Nội, ngày 01 tháng 03 năm 2021

Mai Thế Hiệp

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Mai Thế Hiệp, học viên cao học khóa 11 của Học viện Y dược Học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy TS.Trần Anh Tuấn.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 01 tháng 03 năm 2021

Học viên

Mai Thế Hiệp

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ALT	Alanin Amino Transferase
AST	Aspartate Amino Transferase
BN	Bệnh nhân
ĐC	Đối chứng
NC	Nghiên cứu
SÂ	Siêu âm
SĐT	Sau điều trị
TĐT	Trước điều trị
VAS	Visual Analog Scales
XQ	X-quang
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ 1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3
1.1. Viêm quanh khớp vai theo y học hiện đại 3
1.1.1. Giải phẫu sinh lý khớp vai 3
1.1.2. Định nghĩa viêm quanh khớp vai 5
1.1.3. Các thể viêm quanh khớp vai 6
1.1.4. Cơ chế bệnh sinh 9
1.2. Viêm quanh khớp vai theo y học cổ truyền 11
1.2.1. Bệnh danh 11
1.2.2. Bệnh nguyên 12
1.2.3. Các thể bệnh và điều trị 12
1.3. Phương pháp điện châm 15
1.3.1. Khái niệm về châm 15
1.3.2. Phương pháp điện châm 15
1.3.3. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học hiện đại 16
1.3.4. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học cổ truyền 17
1.4. Tổng quan về cao dán giảm đau 19
1.4.1. Nguồn gốc 19
1.4.2.Thành phần: 19
1.4.3. Chỉ định, chống chỉ định, tác dụng phụ, liều dùng: 19
1.5. Giới thiệu Thuốc đắp HV 20
1.5.1. Nguồn gốc Thuốc đắp HV: 20
1.5.2. Thành phần Thuốc đắp HV: 20
1.5.3. Phân tích bài thuốc: 20
1.5.4. Chỉ định và cách dùng thuốc: 21
1.6. Các nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai 21

1.6.1. Trong nước 21
1.6.2. Ngoài nước 22
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 24
2.1. Chất liệu nghiên cứu 24
2.1.1. Công thức Thuốc đắp HV 24
2.1.2. Dạng bào chế 24
2.1.3. Phương tiện nghiên cứu 24
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu 25
2.3. Đối tượng nghiên cứu 25
2.3.1.Tiêu chuẩn lựa chọn 25
2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ ra khỏi nghiên cứu 26
2.3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu 26
2.4. Phương pháp nghiên cứu 27
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu 27
2.4.2. Trình tự tiến hành 28
2.4.3. Chỉ tiêu nghiên cứu 31
2.4.4. Phương pháp lượng giá kết quả 33
2.5. Xử lý số liệu 36
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu 36
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 38
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu 38
3.1.1.Đặc điểm dịch tễ 38
3.1.2. Đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân VQKV 41
3.2. Kết quả điều trị 45
3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS 45
3.2.2. Sự thay đổi tầm vận động khớp vai 47
3.2.3. Sự thay đổi chức năng khớp ai theo Constant C.R và Murley 53
3.2.4. Kết quả điều trị chung theo B.Amor 55

3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp 55
Chương 4 BÀN LUẬN 58
4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu **..... 58**
4.2. Bàn về hiệu quả điện châm kết hợp với Thuốc đắp HV **..... 63**
4.2.1. Sự thay đổi mức độ đau trước sau điều trị qua thang điểm VAS ... 63
4.2.2. Sự thay đổi tầm vận động 66
4.2.3. Sự thay đổi chức năng khớp vai theo thang điểm Constant C.R và Murley A.H.G 69
4.2.4. Bàn về kết quả điều trị 70
4.3. Bàn luận về các kết quả xét nghiệm và cận lâm sàng **..... 71**
4.4. **Bàn luận về tác** dụng không mong muốn trên lâm sàng **..... 72**
KẾT LUẬN 73
KHUYẾN NGHỊ 74
TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Thành phần Thuốc đắp HV:..... 20
Bảng 2.1. Công thức cho 50 g Thuốc đắp HV..... 24
Bảng 2.2. Các biến số nghiên cứu..... 31
Bảng 2.3. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS 34
Bảng 2.4. Phân loại kết quả điều trị chung theo Constant C.R và Murley A.H.G..... 34
Bảng 2.5. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI..... 35
Bảng 2.6. Đánh giá mức độ bệnh và hiệu quả điều trị..... 35
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi. 38
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới. 39
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh. 39
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương..... 40
Bảng 3.5. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị. 41
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhântheo động tác dạng trước điều trị. 42
Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo động tác xoay trong trước điều trị..... 42
Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo động tác xoay ngoài trước điều trị. 43
Bảng 3.9. Đặc điểm siêu âm khớp vai chung của bệnh nhân..... 44
Bảng 3.10. Đặc điểm thăm khám các gân cơ 44
Bảng 3.11. Biến đổi mức độ đau sau điều trị theo thang điểm VAS..... 45
Bảng 3.12. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác dạng theo McGill- McROMI. 48
Bảng 3.13. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay trong theo McGill- McROMI..... 50
Bảng 3.14. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay ngoài theo McGill- McROMI..... 52

Bảng 3.15. Biến đổi giá trị trung bình chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987. 53
Bảng 3.16. Kết quả điều trị theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987 54
Bảng 3.17. Bảng kết quả điều trị chung theo B.Amor 55
Bảng 3.18. Biến đổi của hình ảnh siêu âm khớp vai nhóm nghiên cứu sau điều trị. 55
Bảng 3.19. Biến đổi của điện cơ nhóm nghiên cứu sau điều trị..... 56
Bảng 3.20. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu nhóm 56
Bảng 3.21. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. 57

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Cấu tạo của khớp vai, phần xương khớp 3
Hình 1.2. Các khớp liên quan hoạt động khớp vai và hệ thống dây chằng 4
Hình 1.3. Cấu tạo gân mũ cơ quay và các cơ tham gia vào hoạt động của khớp vai..... 4
Hình 1.4. Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng..... 5
Hình 2.1. Máy điện châm M8 do bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất..... 25
Hình 2.2. Thước đo độ đau VAS 33

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Biến đổi giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS. 46
Biểu đồ 3.2. Biến đổi tầm vận động khớp vai động tác dạng trước và sau điều trị 47
Biểu đồ 3.3. Biến đổi tầm vận động khớp vai động tác xoay trong trước và sau điều trị 49
Biểu đồ 3.4. Biến đổi tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài trước và sau điều trị 51
Biểu đồ 3.5. Biến đổi giá trị trung bình tổng điểm trong quá trình điều trị .. 54

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là một thuật ngữ dùng để các bệnh viêm, đau khớp vai do tổn thương ở phần mềm quanh khớp (gân cơ, dây chằng, bao hoạt dịch, bao khớp) mà không có tổn thương ở sụn và xương khớp vai, không do nhiễm khuẩn. Đặc trưng lâm sàng là đau khớp vai, kèm theo có hoặc không có hạn chế vận động khớp vai. Định nghĩa này không bao gồm những bệnh có tổn thương đặc thù của đầu xương, sụn khớp, màng hoạt dịch, viêm khớp, chấn thương [1].

VQKV tuy không ảnh hưởng đến sinh mạng của người bệnh, nhưng lại ảnh hưởng rất lớn đến lao động và sinh hoạt của bệnh nhân. Nếu không được điều trị đúng và đầy đủ ngay từ đầu, VQKV có thể để lại di chứng như teo cơ, giảm trương lực cơ, hạn chế cử động của vai và bàn tay, đứt gân cơ, từ đó làm mất dần chức năng của tay bên đau, ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày, công việc và cả khi nghỉ ngơi [2].

Theo một số nghiên cứu có từ 3-5% những người có độ tuổi từ 40-60 bị viêm quanh khớp vai [1]. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Châu và Trần Ngọc Ân tại khoa Cơ xương khớp - bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm từ 1991- 2000 cho thấy tỷ lệ VQKV chiếm 13,24% tổng số bệnh nhân bị bệnh khớp [3].

Y học hiện đại điều trị VQKV thường bằng nội khoa, chủ yếu sử dụng thuốc kháng viêm, thuốc giãn cơ, giảm đau (non-steroid, corticoid hoặc các dẫn xuất…). Theo Y học cổ truyền (YHCT), VQKV thuộc phạm vi chứng kiên tý và cũng có nhiều phương pháp khác nhau để điều trị như điện châm, giác hơi, xoa bóp bấm huyệt, uống thuốc sắc [4], [5], [6].

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về điều trị VQKV, các tác giả nghiên cứu phương pháp điều trị VQKV bằng thuốc YHCT kết hợp với các phương pháp khác. Thực tế lâm sàng cho thấy phối hợp các phương pháp điều

trị thì hiệu quả sẽ khả quan hơn nhiều. Tuy nhiên việc chọn lựa một phương pháp tối ưu mang lại hiệu quả cao cho người bệnh cũng như thuận tiện, dễ thực hiện cho nhân viên y tế, đồng thời làm giảm bớt gánh nặng thời gian, kinh tế cho người bệnh và xã hội, việc tìm ra thêm một phương pháp kết hợp giúp bệnh nhân cũng như các nhà lâm sàng có thêm sự lựa chọn để điều trị là điều thật sự cần thiết.

Trên thực tế điều trị, chúng tôi nhận thấy Thuốc đắp HVlà bài thuốc nghiệm phương đã được sử dụng nhiều trên lâm sàng và đem lại hiệu quả tốt trong việc điều trị các chứng đau tại khớp và phần mềm quanh khớp. Tuy nhiên chưa có tác giả nào nghiên cứu phương pháp điều trị viêm quanh khớp vai bằng Thuốc đắp HV hoặc sử dụng Thuốc đắp HV kết hợp điện châm để điều trị VQKV. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "***Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm***" nhằm hai mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.*
2. *Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp trong quá trình nghiên cứu.*

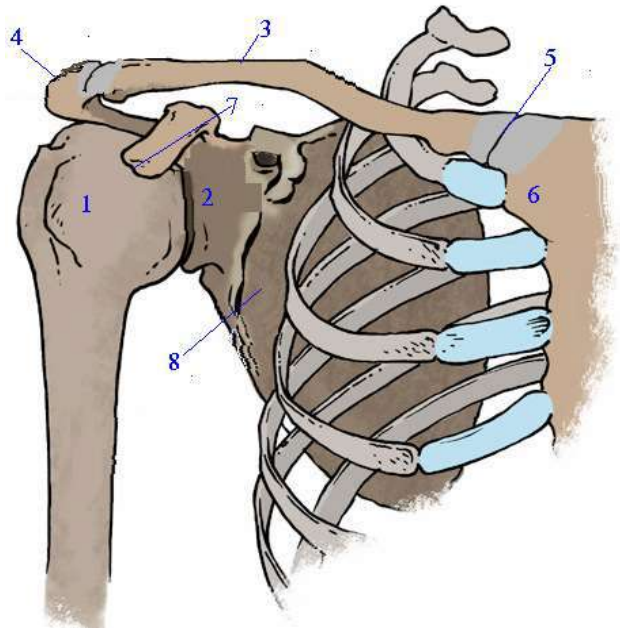
Chương 1
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Viêm quanh khớp vai theo y học hiện đại

1.1.1. Giải phẫu sinh lý khớp vai

Khớp vai là một khớp lớn có nhiều động tác với biên độ vận động rất lớn như ra trước, ra sau, lên trên, dạng tay, xoay trong, xoay ngoài. Khớp vai có cấu tạo rất phức tạp với sự tham gia của nhiều xương, khớp, gân, cơ, dây chằng.[7]

Phần xương khớp (hình 1.1)[8], [9].



1. Chỏm xương cánh tay
2. Ổ chảo
3. Xương đòn
4. Mỏm cùng vai
5. Khớp ức đòn
6. Xương ức
7. Mỏm quạ
8. Xương bả vai

Hình 1.1. Cấu tạo của khớp vai, phần xương khớp [8], [9].

Khớp vai được cấu tạo bởi 3 xương (Xương bả vai, xương đòn và chỏm xương cánh tay) và 5 khớp [2], [7], [9].

Phần mềm (hình 1.2)[8], [9]: gồm gân cơ và bao thanh mạc

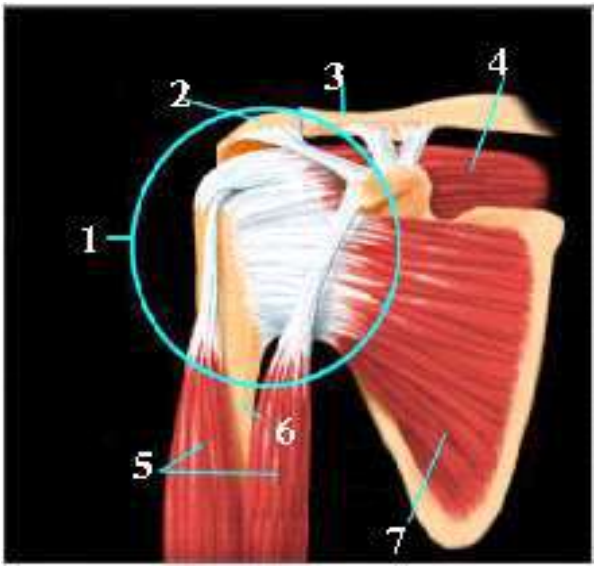
1. Khớp vai
2. Khớp cùng vai đòn
3. Khớp ức đòn

Hình 1.2. Các khớp liên quan hoạt động khớp vai và hệ thống dây chằng[8], [9].

Cơ, gân (hình 1.3) [8], [9]:

Các cơ quanh khớp như một tấm khăn bằng gân phủ chùm lên xương cánh tay, có chức năng cố định đầu trên xương cánh tay, hướng tâm chỏm xương cánh tay với ổ chảo.

Gân của 4 cơ này (cơ trên gai, cơ dưới gai, cơ tròn nhỏ, cơ dưới vai) hợp thành chụp của các cơ xoay (Rotator Cuff) bao bọc chỏm xương cánh tay, đây là phần hay bị tổn thương nhất.

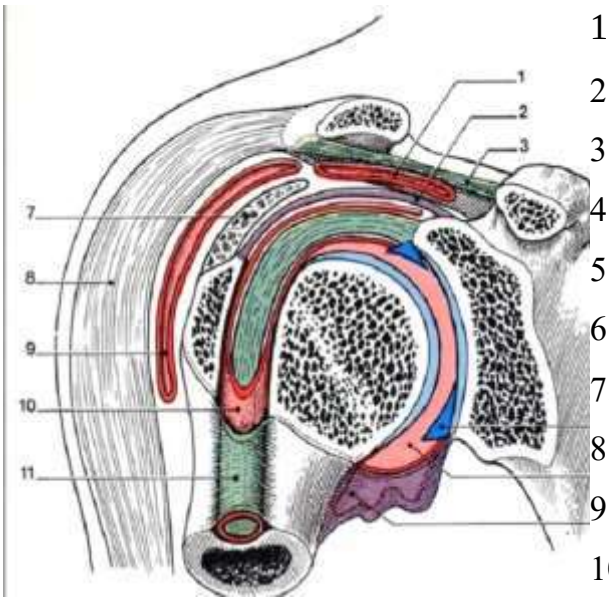


1.Nhóm gân mũ cơ quay
2. Mỏm cùng vai
3. Xương đòn
4. Cơ trên gai
5. Cơ nhị đầu cánh tay
6. Xương cánh tay
7. Cơ dưới vai

Hình 1.3. Cấu tạo gân mũ cơ quay và các cơ tham gia vào hoạt động của khớp vai [8], [9].

Hệ thống bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai (hình 1.4) [8], [9].

Gồm có bao thanh mạc dưới mỏm cùng và bao thanh mạc dưới cơ delta, nằm giữa cơ delta và chụp các cơ xoay, hệ thống này giúp cho sự vận động của các cơ xoay, trong khi đó ở phía trên nó dính lỏng lẻo vào cơ delta. Do đó, khi bao thanh mạc bị tổn thương sẽ làm hạn chế vận động của khớp vai. Vì thế bao thanh mạc này được gọi là "khớp phụ" dưới mỏm cùng [2], [9].



1. Bao thanh dịch dưới mỏm cùng
2. Bao khớp vai
3. Dây chằng mỏm quạ - cùng vai
4. Sụn viền ổ khớp
5. Khoang khớp
6. Bao khớp và nếp bao hoạt dịch
7. Cơ trên gai
8. Cơ delta
9. Bao thanh dịch dưới cơ delta
10. Gân nhị đầu
11. Dây chằng ngang cánh tay

Hình 1.4.Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng [8], [9].

1.1.2. Định nghĩa viêm quanh khớp vai

Năm 1872 lần đầu tiên Duplay dùng danh từ VQKV để chỉ các trường hợp đau và đông cứng khớp vai.

Từ 1981, Weling và các tác giả đều thống nhất: VQKV là một thuật ngữ để chỉ tất cả những trường hợp đau và hạn chế vận động của khớp vai mà tổn thương là ở phần mềm quanh khớp, chủ yếu là gân, cơ, dây chằng, bao khớp. VQKV không bao gồm những bệnh có tổn thương đặc thù của đầu xương, sụn khớp, màng hoạt dịch như viêm khớp, chấn thương [2], [7]. Thuật ngữ này mô tả một cách toàn thể chứ không phải chẩn đoán đặc hiệu và nó cũng không nói lên cụ thể vị trí tổn thương cũng như là mức độ của bệnh.

1.1.3. Các thể viêm quanh khớp vai

1.1.3.1. Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

*Nguyên nhân:

Tổn thương thường là viêm một trong các gân cơ xoay, trong đó 95% các trường hợp liên quan đến gân cơ trên gai, thường do sự cọ sát dưới mỏm cùng trước (dưới dây chằng cùng - quạ), viêm gân bó dài của cơ nhị đầu hiếm gặp hơn [7].

*Lâm sàng:

Những cơn đau thông thường là vừa phải, đau thường xuyên, đau tăng nếu cử động, kèm theo sự hạn chế vận động chủ động nhưng không hạn chế vận động thụ động.

Tùy vị trí gân tổn thương mà có các triệu chứng khác nhau:

+ Viêm gân cơ trên gai: Đau ở dưới mỏm cùng vai ngoài hoặc ngay phía trước mỏm cùng vai. Đau tăng khi làm động tác dạng đối kháng cánh tay. Phát hiện tổn thương bằng nghiệm pháp Jobe.

+ Viêm gân dưới gai: Đau dưới mỏm cùng phía sau ngoài, đau tăng khi quay ngoài có đối kháng. Phát hiện tổn thương bằng nghiệm pháp Pattes.

+ Tổn thương vùng dưới mỏm quạ: nghiệm pháp Neer.

+ Tổn thương dây chằng quạ - cùng vai: nghiệm pháp Hawkins.

+ Tổn thương vùng dưới mỏm cùng vai: nghiệm pháp Yocum.

+ Tổn thương cơ dưới vai: nghiệm pháp tay - gáy, tay - lưng và nghiệm pháp Gerber.

* Tiến triển:

Đau khớp vai đơn thuần có thể khỏi hoàn toàn sau điều trị hoặc khỏi tự nhiên sau vài tuần đến vài tháng hoặc có thể tái phát. Một số trường hợp chuyển thành đau vai cấp, thậm chí cứng khớp vai. Một số ít trường hợp dẫn tới đứt gân, bao gồm các thể sau:

+ Đứt mũ các gân cơ xoay.

+ Khớp vai tuổi già chảy máu.

+ Đứt gân bó dài cơ nhị đầu.

+ Sự lắng đọng của calci trong bao hoạt dịch dưới mỏm cùng - cơ Delta gây hội chứng chèn ép (hội chứng va chạm), đau rất nhiều, đau khi duỗi tay chủ động. Đó là sự cọ sát của cơ xoay, nhất là gân cơ trên gai với mỏm cùng - quạ.

* Chụp X-quang quy ước khớp vai:

Thông thường là bình thường, đôi khi có thể quan sát thấy sự đặc xương của mấu động lớn hoặc phát hiện thấy sự vôi hoá của gân.

* Siêu âm: hình ảnh viêm gân[7], [10], [11].

+ Viêm gân nhị đầu: gân nhị đầu có hình tròn, đường kính gân tăng, giảm âm, ranh giới bao gân không rõ, có thể có dịch ở xung quanh bao gân.

+ Trật gân nhị đầu: hố nhị đầu rỗng.

+ Viêm bao thanh dịch dưới mỏm cùng vai: bao thanh dịch dày lên, có dịch.

+ Tổn thương gân mũ các cơ xoay: tăng kích thước của gân, giảm đậm độ siêu âm, ranh giới bao gân không rõ. Có thể thấy calci hóa ở gân.

* Điều trị:

Nội khoa: Giảm đau, chống viêm non-steroid, giãn cơ. Tiêm Corticoid tại chỗ (tiêm vào dưới mỏm cùng vai ngoài đối với gân cơ trên gai), tối đa 3 lần, cách nhau 15 ngày [7],[12], [13].

Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng [7].

Đối với hội chứng chèn ép có thể thực hiện cắt dây chằng cùng - quạ đôi khi phối hợp phẫu thuật tạo hình mỏm quạ.

1.1.3.2. Viêm quanh khớp vai thể đông cứng

* Nguyên nhân:

Do co thắt bao khớp, có thể tiên phát hoặc thứ phát. Có thể tạo thành giai đoạn tiến triển của hội chứng vai - tay.

- Tiên phát: Do viêm gân kéo dài dẫn đến co thắt bao khớp.

- Thứ phát: Do các bệnh lý lồng ngực, trung thất, sau chấn thương đứt bao khớp, co thắt mạnh trong trường hợp trật khớp, gãy xương.

* Lâm sàng:

Đau ít hoặc không đau nhưng hạn chế vận động ngày càng tăng, cả chủ động và thụ động, vai cứng lại, chủ yếu hạn chế động tác dạng và xoay ngoài [7]. Cứng khớp vai đôi khi kết hợp với đau do loạn dưỡng bàn tay. Đau vai trầm trọng, phù, biến đổi da với tăng xuất tiết, cứng khớp và cơ, tạo nên hội chứng vai tay.

* Tiến triển và điều trị:

Tiến triển nói chung thuận lợi kèm theo việc giảm các dấu hiệu trong 6 - 20 tháng. Việc điều trị bao gồm việc loại hoàn toàn yếu tố thuận lợi nếu biết được và nếu có thể được.

+ Giai đoạn đầu điều trị phải kết hợp giảm đau với phục hồi chức năng từ từ. Có thể sử dụng calcitonine để điều trị cho bệnh nhân.

+ Giai đoạn vai đông cứng, vận động thoạt đầu là thụ động, tăng dần, không được phép gây ra những cơn đau. Sau đó tiến hành vận động chủ động có trợ giúp và phải từ từ tăng dần.

+ Ngoài ra có thể phẫu thuật và nội soi nong ổ khớp.

1.1.3.3. Viêm quanh khớp vai thể đau vai cấp

* Nguyên nhân: Sự calci hóa gân mũ cơ xoay và sự di chuyển của các tinh thể calci vào túi thanh mạc dưới mỏm cùng vai

* Lâm sàng: Đau vai dữ dội, lan từ mặt ngoài của mỏm vai xuống tay. BN mất vận động hoàn toàn. Vận động thụ động cánh tay không thực hiện được. Vai sưng to, nóng. Có thể thấy một khối sưng bùng nhùng ở mặt trước cánh tay.

* Điều trị: Bất động khớp vai, chườm đá lên vai đau, thuốc giảm đau chống viêm không steroid [13]. Tiêm corticoid tại chỗ khi đã loại trừ trường hợp nhiễm trùng. Nội soi rửa khớp loại bỏ calci hóa.

1.1.3.4. Viêm quanh khớp vai thể giả liệt khớp vai

* Nguyên nhân:

Do đứt gân hoàn toàn hoặc đứt gân không hoàn toàn xảy ra tức thời hoặc sau một chấn thương. Có thể xảy ra một trong hai trường hợp sau: ở người cao tuổi, xảy ra sau những chấn thương, thường ít đau. Ở người trẻ, sau chấn thương mạnh, đột nhiên đau dữ dội và có một vết bầm máu.

* Lâm sàng:

+ Đau cấp, sau giảm dần và hết đau, điểm đau không thấy.

+ Hạn chế vận động chủ động, việc duỗi ra một cách chủ động không thực hiện được hoặc hạn chế 40^o vận động thụ động trái lại là bình thường.

Có sự teo cơ tại chỗ.

* Tiến triển và điều trị: Hiếm khi tiến triển nhanh tới phục hồi hoàn toàn.

+ Điều trị: Giảm đau, chống viêm.

Đôi khi tiêm vào dưới mỏm cùng với mục đích giảm đau, luyện tập, cử động nhẹ nhàng, tập luyện các cơ vai có thể bù lại sự giảm sút chức năng.

Ở người cao tuổi, sự vận động còn lại cho phép thực hiện các cử chỉ trong đời sống hàng ngày, không giải quyết bằng phẫu thuật chỉ sử dụng việc phục hồi, để người bệnh có thể tự lập.

Ở người trẻ tuổi, việc điều trị bằng phẫu thuật khâu nối gân đứt có thể thực hiện nhờ soi khớp. Phương pháp điều trị này đối với những tổn thương sau chấn thương nặng kèm theo đứt mới ở những người trẻ.

+ Điều trị hội chứng cọ xát dưới mỏm cùng: Có thể thực hiện cắt dây chằng cùng quạ, đôi khi phối hợp phẫu thuật tạo hình mỏm cùng.

1.1.4. Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế gây đau trên bệnh nhân VQKV thường nằm ở gân của các cơ xoay, gân cơ nhị đầu dài, bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai [7], [12]. Đặc điểm của gân các tế bào xơ, sợi collagen được coi là tổ chức dinh dưỡng hoàn toàn bằng con đường thẩm thấu, chính vì thế cơ chế bệnh sinh gây ra của bệnh VQKV bao gồm:

1.1.4.1. Giảm lưu lượng máu tới gân

Vùng gân ít được cung cấp máu sinh lý là gần điểm bám tận do sự chật hẹp của khoang dưới mỏm cùng và sự bám rất chặt của gân vào xương. Sự giảm tưới máu do quá trình thoái hoá theo tuổi, do bệnh làm thay đổi cấu trúc và tính thẩm thấu của thành mạch (đái tháo đường, vữa xơ động mạch…)

1.1.4.2. Chấn thương cơ học

Gân bị tổn thương có thể do các chấn thương cấp tính, mạn tính, nhưng trong bệnh VQKV, phần lớn các thương tổn là do các vi chấn thương lặp đi lặp lại nhiều lần.

Ở tư thế dạng tay, đặc biệt là từ 70^o – 130^o, đưa tay lên cao quá đầu, mấu động lớn sẽ cọ xát vào mặt dưới mỏm cùng làm cho khoang dưới mỏm cùng vốn đã hẹp càng hẹp hơn và chụp của các cơ xoay bị kẹp giữa hai xương như hai gọng kìm.

Bó dài gân cơ nhị đầu phải chui qua rãnh nhị đầu của xương cánh tay do vậy nó phải chịu sự quá tải thường xuyên về cơ học ở vị trí chui vào và chui ra khỏi rãnh, kèm theo bề mặt thô ráp của rãnh nhị đầu gây nên những kích thích cơ học làm cho gân hay bị tổn thương ở vị trí này. Các tổn thương có thể làm viêm gân, trật gân nhị đầu do đứt sợi xơ ngang của rãnh và đứt gân.

1.1.4.3. Thuốc và hormone

Tiêm corticoid vào gân: Corticoid ức chế các tế bào và quá trình tổng hợp glycosaminoglycan.

Dùng steroid tăng đồng hoá kéo dài thì sau giai đoạn đồng hoá, giai đoạn dị hóa xảy ra với hoại tử tế bào và tiêu hủy tổ chức xơ có thể gây đứt gân [14], [15].

* Gân của các cơ xoay thường bị tổn thương ở:

- Nơi chuyển tiếp giữa tổ chức cơ và tổ chức gân.
- Gần điểm bám tận của gân vào xương (vùng vô mạch).

* Gân có thể bị đứt hoàn toàn hoặc đứt không hoàn toàn:

- Đứt hoàn toàn là đứt toàn bộ bề dày của gân cũng như bao khớp, do vậy có sự thông thương giữa bao thanh mạc dưới mỏm cùng và ổ khớp.

- Đứt không hoàn toàn (đứt bán phần) là chỉ đứt một phần bề dày của gân (mặt trên hoặc dưới) hoặc đứt ở trong gân.

1.1.4.4. Hiện tượng lắng đọng calci ở tổ chức gân quanh khớp vai

Quá trình này phụ thuộc vào lưu lượng máu tới gân. Calci lắng đọng ở những tổ chức được dinh dưỡng kém, thậm chí là những tổ chức chết, do đó gọi là calci hoá do loạn dưỡng. Trên thực tế có những bệnh nhân có lắng đọng calci ở gân thì rất đau nhưng có những người lại hoàn toàn không đau. Lý do để cắt nghĩa hiện tượng này còn chưa rõ ràng. Có tác giả cho rằng vị trí mà calci lắng đọng là yếu tố quyết định [15]. Nếu calci lắng đọng ở trong gân thì không gây đau, nhưng nếu calci lắng đọng ở bề mặt của gân thì gây những kích thích cơ học và gây đau với mọi động tác.

Có thể hiện tượng thiếu oxy trong tế bào giai đoạn đầu của quá trình lắng đọng calci thì không gây đau. Trong khi đó hiện tượng tăng cung cấp máu ở giai đoạn sau hay phối hợp với sự di chuyển của tinh thể calci từ gân vào bao thanh mạc gây tình trạng viêm bao thanh mạc cấp và gây đau nhiều.

1.2. Viêm quanh khớp vai theo y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

VQKV là bệnh thuộc phạm vi chứng tý theo quan niệm của YHCT.

Mặc khác tùy theo chứng trạng biểu hiện ra bên ngoài mà bệnh VQKV còn có phân ra các thể khác nhau như: Kiên thống, Kiên ngưng, Lậu kiên phong. Trong đó thể Kiên thống là tương đương với bệnh VQKV thể đơn thuần trong YHHĐ.

Theo y văn cổ, sách Linh khu – thiên kinh mạch còn gọi là “kiên bất cử” [16].

Theo sách Kim quỹ yếu lược gọi là “đãn tý bất toái”.

1.2.2. Bệnh nguyên

Theo YHCT, khớp vai là nơi qua lại của Thủ tam âm kinh và Thủ tam dương kinh. Đặc biệt có kinh Thủ Thiếu dương Tam tiêu đi qua. Kinh tam tiêu quan hệ mật thiết với thượng tiêu, trung tiêu, hạ tiêu nơi chứa đựng tinh hoa của lục phủ, ngũ tạng hoặc khi nhân ngoài có phong tà xâm nhập, bên trong lại có khí huyết hư, bì phu tấu lý sơ hở để ngoại tà xâm nhập gây ra tắc trệ, mà ở đây là tà khí như phong, hàn, thấp thừa cơ xâm phạm bì phu kinh lạc, làm cho sự vận hành của khí huyết bị bế tắc, khí huyết không hành "bất thông tắc thống" mà sinh ra đau khớp vai [6], [17], [18], [19].

Trong sách Tố vấn - Thiên Tý luận cũng ghi rõ: “Phong hàn thấp cùng vào cơ thể gây nên chứng tý. Về bệnh sinh thì dinh hành trong mạch, vệ hành ngoài mạch, dinh là tinh khí của thuỷ cốc, tưới khắp ngũ tạng lục phủ, vệ là khí của thủy cốc đi ngoài mạch trong da, giữa các thớ thịt. Khi phong hàn thấp xâm nhập lưu lại ở lạc mạch và bì phu, hoặc ở ngũ tạng làm cho sự vận hành của dinh vệ bị trở trệ, khí huyết không thông, sinh chứng tý”.

Ngoài ra còn do các nguyên nhân khác như chấn thương, hoặc do người cao tuổi Can Thận bị hư tổn, hoặc bệnh lâu ngày làm khí huyết hư, dẫn đến can thận hư. Thận hư không chủ được cốt tuỷ, can huyết hư không nuôi dưỡng cân, dẫn tới khớp xương đau nhức, vận động khó [17]…

1.2.3. Các thể bệnh và điều trị

1.2.3.1. Thể Kiên thống:

Triệu chứng: Đau là dấu hiệu chính, đau nhiều, đau cố định một chỗ, trời lạnh ẩm đau tăng, chườm nóng đỡ đau. Đau tăng khi vận động làm hạn chế một số động tác như chải đầu gãi lưng. Khớp vai không sưng, không nóng không đỏ cơ chưa teo. Ngủ kém, mất ngủ vì đau. Chất lưỡi hồng, rêu lưỡi trắng, mạch phù, khi đau nhiều mạch có thể huyền khẩn.

Pháp điều trị: khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc.

Điều trị:

+ Phương pháp dùng thuốc:

Cổ phương thường sử dụng bài thuốc "Quyên tý thang" (Tế sinh phương)

Khương hoạt 8g	Phòng phong 8g	Xích thược 12g
Khương hoàng 12g	Đương quy 12g	Trích Cam thảo 4g
Sinh khương 4 lát	Đại táo 3 quả	Hoàng kỳ 12g

Sắc uống ngày một thang.

+ Châm cứu [20], [21]:

Thủ thuật: châm tả.

Huyệt: Kiên tỉnh, Kiên ngung, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Tý nhu, Cự cốt, Vân môn, A thị.

Có thể hào châm, ôn châm, điện châm, nhĩ châm, trường châm… Nhưng điện châm có khả năng giảm đau tốt và dễ ứng dụng trong lâm sàng.

+ Xoa bóp:

Thủ thuật: xát, day, lăn, bóp, vờn, vận động, bấm huyệt (Huyệt châm cứu).

Động tác cần làm nhẹ nhàng, không gây đau tăng cho bệnh nhân.

+ Thuỷ châm:

Thuốc: Vitamin B1, B6, B12, thuốc giảm đau chống viêm nonsteroid.

Huyệt: Thiên tông, Kiên trinh, Tý nhu, Đại chùy...

Với thể này châm cứu là chính, xoa bóp là phụ, nếu xoa bóp phải làm nhẹ nhàng, điện châm rất tốt.

1.2.3.2. Thể Kiên ngưng:

Triệu chứng : Khớp ai đau ít hoặc không, chủ yếu là hạn chế vận động ở hầu hết các động tác. Khớp như đông cứng lại, bệnh nhân hầu như không làm được hầu hết các động tác chủ động như chải đầu, gãi lưng, lấy đồ vật ở trên cao, trời lạnh ẩm khớp vai nhức mỏi, cử động càng khó khăn. Toàn thân và khớp vai gần như bình thường. Nếu bệnh kéo dài các cơ quanh khớp teo nhẹ. Chất lưỡi hồng, rêu lưỡi trắng dính nhớt, mạch trầm hoạt.

Pháp điều trị: tán hàn, trừ thấp, ôn kinh chỉ thống, bổ dưỡng khí huyết.

Điều trị:

+ Phương pháp dùng thuốc:

Bài thuốc cổ phương thường sử dụng: "Ô đầu thang" (Kim quỹ yếu lược).

Ma hoàng 08g Chế Xuyên ô 08g Chích Cam thảo 12g

Xích thược 12g Hoàng kỳ 15g

Sắc uống ngày một thang.

+ Châm cứu [17], [20], [21]:

Châm các huyệt:Kiên tỉnh, Kiên ngung, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Tý nhu, Cự cốt, Vân môn, A thị.

+ Xoa bóp: rất có tác dụng với thể này.

Thủ thuật: xát, day, lăn, bóp, vờn, bấm huyệt, rung, vận động. Trong đó vận động để mở khớp vai là động tác quan trọng nhất. Tăng dần cường độ, biên độ vận động khớp vai phù hợp với sức chịu đựng tối đa của bệnh nhân.

Bệnh nhân cần phối hợp tập luyện tích cực, kiên trì, nhất là các động tác mở khớp, sẽ có kết quả tốt.

1.2.3.3. Thể Lậu kiên phong

Triệu chứng: Đây là một thể bệnh rất đặc biệt gồm viêm quanh khớp vai thể đông cứng và rối loạn thần kinh vận mạch ở tay. Khớp vai đau ít, hạn chế vận động rõ. Bàn tay phù có khi lan lên cẳng tay, phù to, cứng, bầm tím và lạnh. Toàn bộ bàn tay đau nhức suốt ngày đêm, cơ teo rõ, cơ lực giảm, vận động khớp bàn ngón hạn chế, móng tay mỏng dòn, dễ gãy. Chất lưỡi tím nhợt có điểm ứ huyết.

Pháp điều trị: bổ khí dưỡng huyết, hoạt huyết tiêu ứ.

Điều trị

+ Phương pháp dùng thuốc:

Bài thuốc cổ phương thường sử dụng: "Đào hồng tứ vật thang" (Y tông kim giám).

Thục địa	16g	Đào nhân	10g
Đương quy	12g	Hồng hoa	10g
Bạch thược	12g	Xuyên khung	08g

Sắc uống ngày một thang.

Bàn tay phù nề nhiều, đau nhức gia Khương hoạt 16g, Uy linh tiên 12g để tăng sức trừ phong thấp, chỉ thống.

Bàn tay bầm tím, lưỡi tím có điểm ứ huyết gia Tô mộc 10g, Nghệ vàng 08g để tăng sức hoạt huyết tiêu ứ.

+ Châm cứu: chỉ là biện pháp kết hợp, dùng khi đau nhiều.

Thủ thuật: châm bổ.

Huyệt: châm giống như thể Kiên Ngưng nhưng thêm các huyệt Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Dương trì, Hợp cốc bên đau.

Xoa bóp: là chủ yếu.

Thủ thuật: như thể Kiên Ngưng, có làm thêm ở bàn tay.

Chỉ nên làm sau khi bàn tay hết bầm tím, phù nề để tránh các tổn thương thứ phát như teo cơ, cứng khớp.

Bệnh nhân cần kết hợp tự xoa bóp, tập vận động bàn tay, khớp vai.

1.3. Phương pháp điện châm

1.3.1. Khái niệm về châm

Châm là dùng kim châm vào huyệt để gây kích thích đạt tới phản ứng của cơ thể nhằm mục đích chữa bệnh [17].

1.3.2. Phương pháp điện châm

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng chữa bệnh châm kim của châm cứu với kích thích điện của các dòng điện: một chiều, cảm ứng xung một pha hay hai pha, xung đều hay không đều…[17],[20],[22], [23].

Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu đau, ức chế cơn đau điển hình nhất là tác dụng để châm tê; kích thích hoạt động các cơ, các tổ chức và tăng cường dinh dưỡng các tổ chức, làm giảm viêm, sung huyết và phù nề tại chỗ.

Tác dụng của điện châm theo Y học cổ truyền là điều hòa khí huyết, phù chính khu tà, lập lại cân bằng âm dương từ đó tiêu trừ bệnh tật.

1.3.3. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học hiện đại

Cơ chế tác dụng của châm đã được nghiên cứu nhiều trong nước cũng như trên thế giới và được khẳng định qua những đề tài khoa học.

Trong đó, có những thuyết kích thích gây ra một cung phản xạ mới ưu thế vỏ não của Utomski, hay sự phân tiết đoạn thần kinh… được minh chứng có giá trị khoa học đến ngày nay.

1.3.3.1. Hiện tượng chiếm ưu thế võ não của Utomski [17]

Châm là kích thích cơ giới tạo nên những biến đổi: tổ chức tại nơi châm bị tổn thương sẽ tiết ra histamin, nhiệt đột da thay đổi, bạch cầu tập trung, phù nề tại chỗ, các phản xạ đột trục làm co giãn mạch máu...

Tất cả các kích thích trên tạo thành một kích thích chung của châm, các luồng xung động của kích thích được truyền vào tủy sống lên não, từ não xung động chuyển động tới cơ quan đáp ứng hình thành một cung phản xạ mới.

Theo nguyên lý của hiện tượng chiếm ưu thế vỏ não của Utomski thì trong cùng một thời gian, ở một nơi nào đó của hệ thần kinh trung ương (sọ não), nếu có hai luồng xung động của hai kích thích khác nhau cùng tới, thì kích thích nào có cường độ mạnh hơn và liên tục hơn, sẽ có tác dụng kéo các xung động của kích thích kia tới nó hoặc kìm hãm, tiến tới dập tắt luồng xung động của kích thích kia.

Như trên đã trình bày, châm hay cứu là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới, nơi đường đi kích thích được đầy đủ sự ức chế và hưng phấn do tổn thương bệnh lý gây ra, tiến tới làm mất hoặc phá vỡ cung phản xạ bệnh lý.

1.3.3.2. Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và sự liên quan giữa các tạng phủ đối với vùng cơ thể do tiết đoạn chi phối [17]

Thần kinh tủy sống có 31 đôi dây, mỗi đôi dây chia ra ngành trước và ngành sau chi phối vận động và cảm giác một vùng cơ thể gọi là tiết đoạn. Sự cấu tạo thần kinh này gọi là sự cấu tạo tiết đoạn.

Mỗi tiết đoạn thần kinh chi phối cảm giác ở một vùng da nhất định của cơ thể có thể liên quan đến hoạt động của nội tạng nằm tương ứng với nó. Khi nội tạng có bệnh, người ta thấy có sự tăng cường cảm giác vùng da cùng tiết đoạn với nó như cảm giác đau, thay đổi điện sinh vật.

Hiện tương này xảy ra do nhưng sợi thần kinh giao cảm bị kích thích xung động dẫn động truyền vào tủy lan tỏa vào các tế bào cảm giác sừng sau tủy sống gây ra nhưng thay đổi về cảm giác ở vùng da. Mặt khác những kích thích giao cảm làm co mạch, sự cung cấp máu ở vùng da ít đi và làm điện trở ở da giảm xuống gây ra những thay đổi về điện sinh vật.

1.3.3.3. Phản ứng toàn thân

Bất cứ một kích thích nào cũng liên quan tới hoạt động của vỏ não – có tính chất toàn thân. Sự phân chia ra phản ứng cục bộ, phản ứng tiết đoạn chỉ có giá trị về mặt vị trí cơ thể, về sự liên quan cục bộ từng vùng thông qua hoạt động của tủy với nội tạng.

Phản ứng toàn thân do hiện tượng chiếm ưu thế của vỏ não và tính nhậy cảm của vỏ não khi có một ổ hưng phấn do tính trạng bệnh lý gây nên.

Khi châm cứu còn gây những biến đổi về thể dịch và nội tiết, sự thay đổi các trung gian hóa học… như số lượng bạch cầu tăng, sự tiết ra các kích thích tố tuyến yên như ACTH, số lượng kháng thể tăng cao…

1.3.4. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học cổ truyền

Âm dương là thuộc tính của mọi sự vật, hai mặt âm dương luôn có quan hệ mâu thuẫn với nhau. Trong cơ thể tạng phủ khí huyết, tinh thần luôn luôn giữ được sự thăng bằng, nương tựa vào nhau để hoạt động. Nên trong YHCT đều lấy cốt lõi cân bằng âm dương để điều trị cho người bệnh là gốc. Châm cũng như thế, châm có tác dụng điều hòa lại âm dương, nâng cao chính khí thông qua các phương thức bổ hay tả để tạo lập cân bằng cho người bệnh.

Về nguyên nhân gây đau và làm cho hết đau, trong các y văn cổ đã ghi: "Khí tổn thương thì đau", "đau do khí huyết không lưu thông, khí huyết bị ứ

trệ", nghĩa là sự vận hành của "khí huyết" trong kinh mạch có trở ngại, không thông thì gây nên đau, do đó chữa bệnh cần "làm thông kinh mạch, điều hòa khí huyết" [24], [25], [26].

Châm có tác dụng thúc đẩy khả năng tự điều chỉnh của cơ thể đưa cơ thể trở về trạng thái hoạt động sinh lý bình thường và duy trì cho cơ thể luôn ở trạng thái bình thường đó. Các thầy thuốc cổ đại đều nhấn mạnh châm phải gây được "đắc khí" mới đạt hiệu quả chữa bệnh. Đắc khí là cảm giác kim bị mút chặt, cảm giác nặng chặt ở tay người châm và cảm giác tức, nặng trướng của người được châm. Trong các sách cổ có viết "Nếu thần khí đến, kim thấy chặt", nói lên cảm giác căng nặng sinh ra lúc châm vào huyệt có quan hệ với hoạt động của "thần khí"[27].

Mặt khác châm còn giúp điều hòa cơ năng hoạt động hệ kinh lạc. Mà bệnh tật là do tà khí bên ngoài xâm nhập hay do bên trong là chính khí hư suy gây ra sự bế tắc vận hành kinh khí. Việc châm thông qua hệ thống kinh lạc mạch giúp làm tăng kinh khí giúp đặt được mục đích điều trị [17].

Châm vào những huyệt trên đường kinh lạc mạch sẽ làm cho kinh mạch lưu thông, khí huyết điều hòa sẽ đạt đến "thông tắc bất thống" có nghĩa là thông thì không đau.

Tóm lại, theo lý luận YHCT, châm là dùng kim châm vào huyệt với mục đích điều khí, hoà huyết để duy trì sự hoạt động bình thường của cơ thể, tiêu trừ các hiện tượng mất thăng bằng. Cơ sở của châm chính là kinh lạc và huyệt vị. Tác động lên huyệt một lượng kích thích thích hợp ta có thể điều hòa được khí, khí hòa thì huyết hòa. Khi huyết hòa, tuần hoàn của khí huyết trong kinh mạch thuận lợi, khí huyết lưu thông, lập lại thăng bằng âm dương, đưa cơ thể trở về trạng thái sinh lý bình thường.

1.4. Tổng quan về cao dán giảm đau

1.4.1. Nguồn gốc

Cao dán giảm đau (Salonsip) là dược phẩm có chứa hoạt chất salicylate và một số chất phụ gia khácdùng ngoài da trị đau nhức, bán không cần toa bác sĩ do công ty bào chế dược phẩm Hisamitsu, Nhật Bản sản xuất.

1.4.2. Thành phần:

Hoạt chất:

Glycol salicylate 1.25g.

L-Menthol 1.00g.

DL-Camphor 0.30g.

Tocopherol acetate 1.00g.

Tá dược: Gelatin, Titanium oxide, Aluminium silicate, Isopropylmethyl phenol, Sodium polyacrylate, Polyglycerol polyglycidylether, Polyacrylic acid, Polyvinyl alcohol, Polyethylen glycol monostearate, Glycerin, nước, hương liệu, vải, màng phim.

Kích thước: 15 x 15 x 15 cm

Quy cách: hộp 10 gói

1.4.3. Chỉ định, chống chỉ định, tác dụng phụ, liều dùng:

Chỉ định:

Làm giảm đau nhức và đau gây mệt mỏi cơ bắp, cứng vai, đau lưng dạng nhẹ, bầm tím, bong gân và viêm khớp [28].

Chống chỉ định:

Không dán lên vùng da bị tổn thương hoặc vết thương hở.

Không sử dụng cho người có tiền sử dị ứng với Aspirin hay nhóm Salicylate.

Tác dụng phụ:

Nổi mụn nước, đỏ da, sưng phồng, ngứa, kích ứng da hiếm khi xảy ra.

Nếu các triệu chứng trên xảy ra quá mức, việc trị liệu phải dừng lại.

Liều dùng:

Người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên:

Rửa sạch, lau khô vùng da bị đau, gỡ cao dán ra khỏi tấm phim dán vào chỗ đau.

Gỡ miếng cao ra khỏi da sau 8 giờ dán.

Không dán quá 3-4 lần trong ngày.

1.5. Giới thiệu Thuốc đắp HV

1.5.1. Nguồn gốc Thuốc đắp HV:

Đây là bài thuốc kinh nghiệm được ứng dụng nhiều trong lâm sàng đem lại hiệu quả cao trong điều trị cách bệnh đau nhức xương khớp.

1.5.2. Thành phần Thuốc đắp HV:

Bảng 1.1. Thành phần Thuốc đắp HV:

Tên thuốc	**Tên khoa học của vị thuốc**[29]
Ngải cứu	Artemisia vulgaris L
Địa liền	Kaempferia galanga L
Quế chi	Ramulus cinnamoni
Tá dược	Bột kết dính

1.5.3. Phân tích bài thuốc:

Thuốc đắp HV có tác dụng khu phong, trừ thấp, tán hàn, thông kinh lạc. "Thống thì bất thông, thông thì bất thống". Hàn làm cho khí huyết ngưng trệ, kinh mạch không thông mà sinh đau nhức. Thuốc đắp HV cấu tạo bởi các vị thuốc có tác dụng trừ phong hàn thấp trị các chứng đau nhức ở cơ biểu, vai lưng, khớp chân tay đau nhức. Trong đó:

Củ địa liền tính ấm vị cay có tác dụng làm ấm tỳ vị, ôn trung tán hàn, tiêu thực, hành khí, chỉ thống. Chủ trị: tê thấp, đau nhức xương khớp, nhức đầu, đau răng, ngực bụng lạnh đau, tiêu hóa kém [29].

Ngải diệp vị đắng cay, tính hơi ấm, không độc tính hơi nồng là thuốc thuần dương. Chủ dụng ôn vị hành khí khai uất điều kinh, khu hàn, giải tán chứng ngoại cảm phong hàn.[29]

Quế chi vị cay, tính nóng nhẹ, đi lên đầu mặt, giải được chứng lạnh ngoài bì phu, điều hòa dinh vệ cơ biểu trị tê tay tê chân, giải tán phong hàn, đi ngang làm thuốc dẫn kinh cho tay chân.[29]

1.5.4. Chỉ định và cách dùng thuốc:

Công dụng: Khu phong, trừ thấp, tán hàn, thông kinh lạc.

Chủ trị: đau lưng, viêm khớp, viêm quanh khớp vai, đau vai gáy, thoái hóa khớp gối,…

Cách dùng: 50g bột thuốc chế thêm 90 ml nước 100^0C được một hỗn hợp mềm dẻo cán mỏng thành hình đĩa tròn đường kính 15cm dầy 0,5cm có nhiệt độ tương đương 40^0C, được đắp lên bộ phận bị bệnh 30 phút/lần/ngày.

1.6. Các nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai

1.6.1. Trong nước

Nghiên cứu của Trần Ngọc Ân từ tháng 1/1993 đến tháng 1/1995 đã ghi nhận số bệnh VQKVđến khám tại Khoa - Cơ - Xương khớp bệnh viện Bạch Mai là 794 người, chiếm 4% số người đến khám bệnh cơ xương khớp [3].

Năm 1987, Trần Thúy và cộng sự nghiên cứu kết quả điều trị VQKV bằng phương pháp châm loa tai. Kết quả tốt 67,07%, khá 31,6% [30].

Năm 1999, Đoàn Quang Huy nghiên cứu điều trị VQKV bằng Bạch hoa xà thấy kết quả điều trị tốt là 68,75%, khá là 20,83%, trung bình là 10,42%, không có trường hợp nào không đạt kết quả, tuy nhiên đối với thể đông cứng thì kết quả tốt, khá, trung bình là tương đương nhau 33,3% [18].

Năm 2018, Hoàng Huyền Châm và cộng sự thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt". Thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên 60 bệnh nhân chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm (n=30), nhóm nghiên cứu uống TK1 kết

hợp xoa bóp bấm huyệt, nhóm chứng xoa bóp bấm huyệt. Sau 21 ngày điều trị, các tiêu chuẩn đánh giá gồm điểm đau VAS, tầm vận động khớp và điểm vận động Costant & Murley, tính chất viêm trên siêu âm khớp vai đều cải thiện đáng kể và có ý nghĩa thống kê [31].

Năm 2019, Nguyễn Hữu Dũng và cộng sự nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả lâm sàng của bài thuốc KNC kết hợp điện châm trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần". Thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước sau có nhóm chứng. Nghiên cứu thực hiện trên 60 bệnh nhân chia thành 2 nhóm: 1 nhóm uống KNC kết hợp điện châm, 1 nhóm uống vitamin 3B kết hợp điện châm. Sau 21 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu cho thấy hiệu quả tốt 66,7%, khá 33,3% so với nhóm chứng hiệu quả tốt 50%, khá 23,3%, trung bình 26,7%, không hiệu quả 2,8% [32].

1.6.2. Ngoài nước

Năm 1994, Lin M. L. và cộng sự đã sử dụng điện châm cùng với gây tê vùng để điều trị VQKV. Các tác giả thấy nếu được điều trị kết hợp hai phương pháp trên thì hiệu quả giảm đau rất rõ, giúp đỡ tạo điều kiện cho việc tập luyện của bệnh nhân [33].

Năm 1995, Melzer và cộng sự nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp kết luận cho bệnh nhân uống thuốc giảm đau và hướng dẫn luyện tập là phương pháp tốt nhất [34].

Đặc biệt năm 1998, Lierz và cộng sự đã đã sử dụng Bupivacain để gây tê vùng trong 4 đến 5 ngày thì mới cho bệnh nhân luyện tập. Nghiên cứu đã đưa ra kết luận chỉ sử dụng các bài tập vận động sau khi bệnh nhân đã giảm đau, sẽ cho hiệu quả điều trị tốt nhất [35].

Năm 2014, Greenberg DL và cộng sự khẳng định điều trị đau vai bằng việc kiểm soát cơn đau kết hợp với các bài tập trị liệu đem lại hiệu quả lớn[36].

Năm 2014, Tessa Therkleson đã khẳng định điều trị bằng gừng tại chỗ bằng thuốc nén hoặc cao dán có khả năng làm giảm các triệu chứng, cải thiện sức khỏe tổng thể và tăng tính độc lập cho những người bị viêm xương khớp mãn tính.[37]

Năm 2020, Connie Chen và các cộng sự đã thực hiện một đánh giá có hệ thống về Tấm thạch cao giảm đau có nguồn gốc thảo dược Tây Tạng CheeZheng. Nghiên cứu tổng hợp kết quả từ 22 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (n = 2556 người tham gia) so sánh CheeZheng PRP với thuốc chống viêm không steroid, glucosamine, corticosteroid nội khớp, tiêm axit hyaluronic và acetaminophen. Mười nghiên cứu cho thấy hiệu quả cao hơn về mặt thống kê (được đánh giá bằng cách giảm ≥ 30% mức độ nghiêm trọng của triệu chứng) của CheeZheng PRP trong việc cải thiện đau viêm khớp (được đo bằng Thang điểm tương tự hình ảnh), độ cứng và chức năng so với nhóm đối chứng.[38]

Chương 2
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Công thức Thuốc đắp HV

Bảng 2.1. Công thức cho 50 g Thuốc đắp HV

Tên thuốc	**Tên khoa học của vị thuốc**[29]	**Khối lượng**
Ngải cứu	Artemisia vulgaris L	18g
Địa liền	Kaempferia galanga L	13g
Quế chi	Ramulus cinnamoni	9g
Tá dược	Bột kết dính	10g

Tiêu chuẩn thuốc: Nguyên liệu thuốc sử dụng trong bài thuốc được dùng dưới dạng nguyên liệu khô, đạt tiêu chuẩn trong Dược điển Việt Nam 5 [29], do khoa Dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh cung cấp. Thuốc được tán thành bột mịn tại khoa Dược được trộn đều với tá dược thành hỗn hợp màu vàng sậm.

2.1.2. Dạng bào chế

Bột thuốc được đóng thành gói mỗi gói nặng 50g. Thuốc trong gói có màu vàng sậm và có mùi thơm đặc trưng của các vị thuốc,.

Với mỗi 50g bột thuốc chế thêm 90 ml nước 100^0C được một hỗn hợp mềm dẻo cán mỏng thành hình đĩa tròn màu nâu sậm đường kính 15cm dầy 0,5cm có nhiệt độ khoảng 38^0C.

Ngày đắp 1 lần, mỗi lần 30 phút, mỗi ngày thay một lần.

2.1.3.Phương tiện nghiên cứu

Các máy móc, dụng cụ và trang thiết bị dùng trong nghiên cứu:

* Các máy móc dụng cụ dùng trong điện châm.

- Kim châm cứu: Sử dụng kim châm cứu dùng 1 lần của hãng Đông Á, kích thước 0.40x25mm, kim được tiệt trùng, mỗi hộp gồm 10 kim/vỉ x10 vỉ.

- Máy điện châm:Máy điện châm M8 do Bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất.

Hình 2.1.Máy điện châm M8 do bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất

- Kìm kẹp kim, bông cồn.
- Một hộp bông cồn, 1 hộp bông vô khuẩn.
- Khay quả đậu.
- Hộp chống sốc.

Tất cả các phương tiện và dụng cụ đưa vào nghiên cứu phải được kiểm tra trước với yêu cầu là được phép sử dụng và trong tình trạng đang hoạt động tốt.

2.2.Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 4/2020 cho đến tháng 11/2020, tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương và Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

2.3.1.Tiêu chuẩn lựa chọn

2.3.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh theo Y học hiện đại

* Tiêu chuẩn lâm sàng:

- Bệnh nhân được chẩn đoán VQKV thể đơn thuần của Boissier MC (1992) với các triệu chứng [2]:

+ Đau vai kiểu cơ học.

+ Hạn chế vận động chủ động.

+ Đau tăng khi vận động.

- Điểm đau VAS≤6

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị.

* Cận lâm sàng :

- XQ khớp vai quy ước không có tổn thương hoặc có thể có calci hóa dây chằng bao khớp, gai xương.

- Siêu âm: có thể có hình ảnh bình thường hoặc 1 trong các hình ảnh viêm, tụ dịch, canxi hóa gân dây chằng.

2.3.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền

Những bệnh nhân được chẩn đoán Kiên thống như sau[16]:

- Đau nhiều, đau không lan, trời lạnh ẩm đau tăng, chườm nóng đỡ đau, đau tăng khi vận động và về đêm.

- Chất lưỡi hồng, rêu trắng mỏng, mạch phù hoặc bình thường.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ ra khỏi nghiên cứu

- Bệnh nhân có kèm theo các bệnh: lao, viêm khớp vai do viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến.

- Phụ nữ có thai.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân không tuân thủ thời gian điều trị và phương pháp điều trị.

2.3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh giữa 2 tỉ lệ trong nghiên cứu y khoa[39]:

$$n = \frac{\left(Z_{\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}\right)^2}{\Delta^2}$$

n: cỡ mẫu cho mỗi nhóm

$\Delta = | p_1 - p_2 |$

$\bar{p} = (p_1 + p_2)/2$

$Z_{\alpha/2}$ là hằng số cho sai sót loại I

Z_{β} là hằng số cho sai sót loại II

P_1 là tỉ lệ khỏi của nhóm chứng

P_2 là tỉ lệ khỏi của nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Dũng (năm 2019) tỉ lệ khỏi tốt nhóm điều trị châm cứu kết hợp uống vitamin 3B là 50% ta có p_1= 50%, tỉ lệ khỏi tốt kỳ vọng của nghiên cứu p_2 = 93% thì

$\bar{p}$=(0,5+0,93)/2=0,715

Δ=|0,5-0,93| α=0,01 thì $Z_{\alpha/2}$=2,57 β=0,9 thì Z_{β}=1,28

$$n = \frac{\left(2{,}57\sqrt{2x0{,}715x0{,}285} + 1{,}28\sqrt{0{,}5x0{,}5 + 0{,}93x0{,}07}\right)^2}{0{,}43^2} = 30{,}1$$

Bệnh nhân lấy vào nghiên cứu: 35 + 35 = 70

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước sau điều trị có đối chứng. Tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và đồng thuận tham gia nghiên cứu được theo dõi bằng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Bệnh nhân được phân làm 2 nhóm sao cho có sự tương đồng về tuổi, giới, thời gian bị bệnh, số điểm VAS, thang điểm Constant & Murley, tầm vận động khớp vai. Cụ thể:

- Nhóm nghiên cứu(NC): được điều trị Thuốc đắp HV kết hợp điện châm.

- Nhóm đối chứng(ĐC): được điều trị bằng điện châm kết hợp dán cao

Tác dụng của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm được đánh giá thông qua các chỉ tiêu nghiên cứu tại:

+ Thời điểm trước nghiên cứu: D0

+ Ngày điều trị thứ 7: D7

+ Ngày điều trị thứ 14: D14

+ Ngày điều trị thứ 21: D21

2.4.2. Trình tự tiến hành

2.4.2.1. Thăm khám lâm sàng

Bước 1: Khám sàng lọc:

Bệnh nhân đau khớp vai đến khám tại bệnh viện Tuệ Tĩnh và bệnh viện Châm cứu TW được khám sàng lọc để loại trừ chấn thương khớp vai, rách đứt gân cơ dây chằng khớp vai, Viêm khớp dạng thấp, Thấp khớp...

Bước 2: Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân sau khi được khám sàng lọc được tiến hành chẩn đoán xác định là VQKV theo tiêu chuẩn của YHHĐ và YHCT.

Bước 3: Chọn bệnh nhân vào 2 nhóm nghiên cứu:

- Khám theo mẫu bệnh án nghiên cứu, chú ý tiền sử để loại trừ bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Giải thích cho bệnh nhân về nghiên cứu, nếu bệnh nhân đủ tiêu chuẩn và chấp thuận tham gia thì ghi nhận kết quả xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản: RBC, HGB, WBC, PLT, AST, ALT, Creatinin. Ghép cặp bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn vào nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

Nhóm nghiên cứu sẽ được điều trị bằng điện châm trước sau đó nghỉ 30 phút tiếp tục dùng Thuốc đắp HV.

Nhóm đối chứng sẽ được điều trị bằng điện châm trước sau đó được dán cao giảm đau.

2.4.2.2. Quy trình điện châm

Theo quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu của Bộ Y tế [21].

*Chuẩn bị:

+ Người thực hiện: bác sĩ, y sĩ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

+ Người bệnh: được tư vấn giải thích trước khi vào điều trị; được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định; tư thế người bệnh nằm ngửa. gối cao hoặc ngồi.

*Các bước tiến hành:

+ Tùy theo vị trí đau, châm các huyệt sau: (xem chi tiết ở phụ lục 2)

Hợp cốc (LI4), Khúc trì (LI11), Tý nhu (LI14), Kiên ngung (LI15), Kiên trinh (SI9), Thiên tông (SI11), Ngoại quan (TE5), Kiên liêu (TE14)

+ Thủ thuật:

- Xác định đúng vị trí huyệt và sát khuẩn da vùng huyệt.

-Châm kim vào huyệt theo các thì sau:

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn căng da vùng huyệt

Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

Thì 2: Đẩy kim từ từ theo huyệt đạo, kích thích kim cho đến khi đạt đắc khí (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc có cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt)

- Kích thích bằng máy điện châm:

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ- tả của máy điện châm:

+ Tần số (đặt tần số cố định): tần số tả từ 5 – 10Hz, tần số bổ từ 1- 3Hz

+ Cường độ: nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian: 20- 30 phút cho một lần điện châm.

- Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm

+ Liệu trình: 1 lần/ngày

2.4.2.3. Quy trình sử dụng Thuốc đắp HV

*Chuẩn bị:

+ Người thực hiện: bác sĩ, y sĩ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

+ Người bệnh: được tư vấn giải thích trước khi vào điều trị; được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định; tư thế người bệnh nằm ngửa, gối cao hoặc ngồi.

*Các bước tiến hành:

50g bột thuốc được trộn đều với 90 ml nước 100^0 C trong bát sứ.

Sau 5 phút thuốc có nhiệt độ khoảng 38^0C đắp vào vùng vai bị bệnh.

Phủ 1 lớp nilon mỏng bên ngoài để giữ nhiệt và tinh dầu.

Yêu cầu: bệnh nhân thấy nóng vừa phải, không đau ngứa, không rát da vùng đắp thuốc.

Trong thời gian đắp thầy thuốc quan sát biểu hiện bất thường.

Hết thời gian, thầy thuốc bỏ thuốc ra, làm sạch vùng da.

*Liệu trình: 30 phút/lần/ngày

2.4.2.4. Quy trình sử dụng dùng cao dán giảm đau:

*Chuẩn bị:

+ Người thực hiện: bác sĩ, y sĩ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

+ Người bệnh: được tư vấn giải thích trước khi vào điều trị; được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định; tư thế người bệnh nằm ngửa, gối cao hoặc ngồi.

*Các bước tiến hành:

Cao dán được dán lên vùng vai đau sau kết thúc liệu trình điện châm. Sau 8h gỡ cao.

Liệu trình: 1 lần/ngày

2.4.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (Thu thập tại thời điểm D0)

+ Tuổi, giới.

+ Thời gian mắc bệnh.

+ Vị trí khớp bị tổn thương (Phải, trái, 2 bên).

+ Các nghiệm pháp (Neer, Hawkins, Gerber, Jobe, Patte, Palm-up, Yocum)

- Chỉ tiêu lâm sàng (Thu thập tại D0, D7, D14, D21)

+ Mức độ đau theo thang điểm VAS.

+ Tầm vận động khớp (dạng, xoay trong, xoay ngoài)

+ Đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm Constant C.R và Murley

- Chỉ tiêu cận lâm sàng (thu thập tại D0, D21)

+ Công thức máu: RBC, WBC, HGB, PLT.

+ Sinh hóa máu: Creatinin, Ure, AST, ALT.

+ Siêu âm khớp vai (Có dịch, vôi hóa, viêm), điện cơ.

- Tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu ở cả 2 nhóm.

Bảng 2.2. Các biến số nghiên cứu

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị (đối với biến định tính)
Các biến số về lâm sàng		
Tuổi	Định lượng	
Giới	Định tính	Nam, nữ
Thời gian bị bệnh	Định lượng	
Vị trí khớp viêm	Định tính	Phải, trái, 2 bên
Các nghiệm pháp (Neer, Hawkins, Gerber, Jobe,	Định tính (nhị phân)	Dương tính, âm tính

Patte, Palm – up, Yocum)		
Điểm đau VAS	Định lượng	
Mức độ đau	Định tính	Nhẹ, vừa, nặng
Tầm vận động khớp (dạng, xoay trong, xoay ngoài)	Định lượng	
Thang điểm Constant & Murley (chỉ số đau, hoạt động hàng ngày, khả năng ận động khớp vai, lực của khớp vai)	Định lượng	
Hiệu quả điều trị	Định tính	Tốt, khá, trung bình, kém
Sẩn ngứa	Định tính	Có, không
Bỏng, rát da	Định tính	Có, không
Choáng ngất	Định tính	Có, không
Các biến số về xét nghiệm		
Số lượng HC máu	Định lượng	
Hemoglobin	Định lượng	
Số lượng BC máu	Định lượng	
Số lượng TC máu	Định lượng	
AST	Định lượng	
ALT	Định lượng	
Ure	Định lượng	
Creatinin	Định lượng	
Các biến số về siêu âm		
Có dịch	Định tính	Có, không
Vôi hóa	Định tính	Có, không
Viêm	Định tính	Có, không
Điện cơ	Định tính	Có, không

2.4.4. Phương pháp lượng giá kết quả

- **Tuổi**: tính theo năm dương lịch

- **Thời gian mắc bệnh**: thời gian từ lúc mắc bệnh đến lúc được đánh giá.

- **Mức độ đau**: đánh giá tình trạng đau khớp vai của bệnh nhân theo thang điểm VAS

Được tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân được điều trị và sau khi điều trị 7 ngày, 14 ngày, 21 ngày.

Hình 2.2. Thước đo độ đau VAS

Mức độ đau của bệnh nhânđược đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ của hãng Astra - Zeneca. Một thước có hai mặt đánh giá mức độ đau VAS là:

- Một mặt: chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm.

- Một mặt: có 5 hình tượng để mô tả ra các mức bệnh nhân tự lượng giá cho đồng nhất độ đau như sau:

+ Hình thứ nhất (tương ứng 0 - 1 điểm): bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào.

+ Hình thứ hai (tương ứng 2 - 3 điểm): bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường.

+ Hình thứ ba (tương ứng 4 - 5 điểm): bệnh nhân đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc có phản xạ kêu rên.

+ Hình thứ tư (tương ứng 6 - 7 điểm): đau nhiều, đau liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên.

+ Hình thứ năm (tương ứng 8 - 10 điểm): đau liên tục, toát mồ hôi. Có thể choáng ngất.

Bảng 2.3. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Thang điểm VAS	Mức độ đau	Cho điểm
0	Không đau	0
$0 < d \leq 3$	Đau ít	1
$3 < d \leq 6$	Đau vừa	2
$6 < d \leq 10$	Đau nhiều	3

- Đánh giá kết quả điều trị theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987 [41].

Đánh giá tình trạng bệnh dựa vào 4 triệu chứng chủ yếu là đau, hoạt động hàng ngày, tầm vận động, lực khớp vai với tổng số điểm là 100.

Sau khi cho điểm theo Constant C.R và Murley A.H.G, phân loại kết quả điều trị như sau:

Bảng 2.4. Phân loại kết quả điều trị chung theo Constant C.R và Murley A.H.G

Thang điểm	Phân loại	Cho điểm
85 – 100	Tốt	0
75 – 84	Khá	1
65 – 74	Trung bình	2
< 64	kém	3

Bảng đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987(phụ lục 2)

- Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill-McROMI [42].

Bảng 2.5. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI

Động tác	Tầm vận động khớp vai	Mức độ
Dạng	> 150° độ từ 101 -150° từ 51 – 100° 0 – 50°	Độ 0 Độ 1 Độ 2 Độ 3
Xoay trong	> 85° từ 61 – 85° từ 31 – 60° từ 0 – 30°	Độ 0 Độ 1 Độ 2 Độ 3
Xoay ngoài	> 85° từ 61 – 85° từ 31 – 60° từ 0 – 30°	Độ 0 Độ 1 Độ 2 Độ 3

Với sự phân độ trên cho ta thấy rằng: mức độ 0 bệnh nhân cử động bình thường, mức độ 1 bệnh nhân có giới hạn tầm vận động khớp vai nhẹ, mức độ 2 bệnh nhân có giới hạn tầm vận động khớp vai vừa, và mức độ 3 bệnh nhân giới hạn tầm vận động khớp vai nặng.

Khớp được tiến hành đánh giá theo các động tác tương ứng và quy ra mức độ sau mỗi lần đo cụ thể.

Đánh giá kết quả điều trị dựa vào tổng số điểm của 3 chỉ số nghiên cứu gồm mức độ đau theo thang điểm VAS, chức năng vận động khớp vaitheo Constant C.R và Murley A.H.G, tầm vận động khớp vai. Từ tổng điểm đó, quy đổi ra kết quả điều trị chung theo thang điểm B.Amor như sau:

$$\text{Hiệu quả điều trị} = \frac{\text{Tổng điểm trước điều trị} - \text{Tổng điểm sau điều trị}}{\text{Tổng điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

Bảng 2.6. Đánh giá mức độ bệnh và hiệu quả điều trị

Phân loại	Hiệu quả điều trị
Tốt	Giảm≥ 80% so với trước điều trị
Khá	Giảm≥ 60% đến 80% so với trước điều trị
Trung bình	Giảm≥ 40% đến 60 % so với trước điều trị
Kém	Giảm< 40% so với trước điều trị

- Các biến số về xét nghiệm:

Các xét nghiệm Công thức máu, ure, creatinin, AST, ALT được thực hiện tại khoa xét nghiệm – Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Bệnh viện Châm cứu TƯ.

- Các biến số về siêu âm:

- Viêm gân cơ nhị đầu, cơ trên gai, cơ dưới gai, cơ dưới vai: Gân giảm âm và phù nề, có dịch bao quanh.

- Viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai; bình thường bao hoạt dịch không có dịch, siêu âm không thấy được bao.

- Canxi hóa gân cơ trên gai.

- Tổn thương khớp cùng-đòn: hình ảnh phù nề giảm âm quanh ổ khớp, bờ ổ khớp không đều, dày bao hoạt dịch, có dịch tại ổ khớp.

2.5. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo chương trình SPSS 20.0 sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Các test thống kê được dùng:

χ^2 - test: so sánh sự khác nhau giữa các tỷ lệ %.

t - student test: so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc bảo vệ sức khoẻ cho người bệnh.

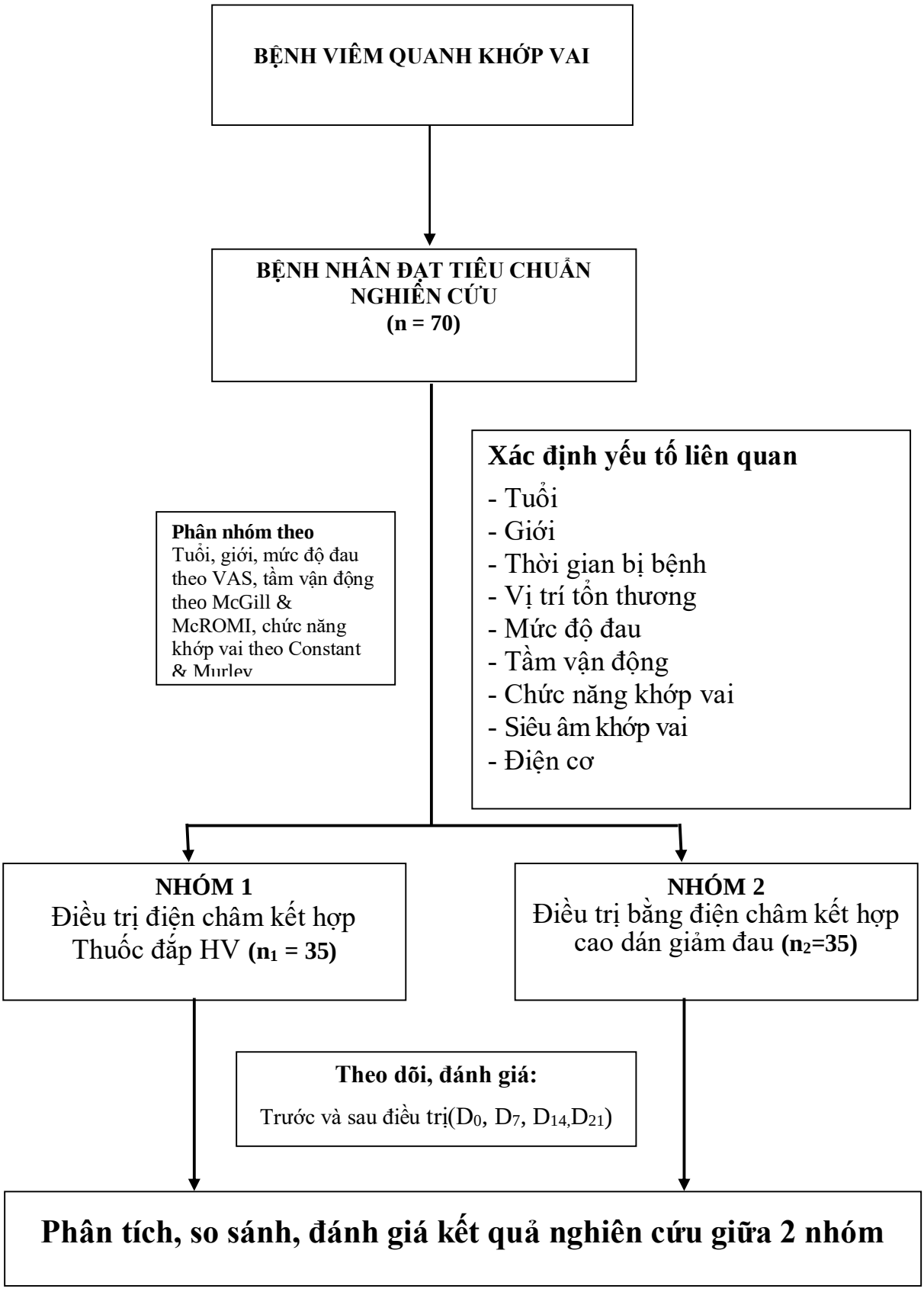
- Trước khi nghiên cứu các bệnh nhân được hỏi ý kiến và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Trong quá trình điều trị, bệnh không đỡ hoặc tăng lên thì bệnh nhân sẽ được ngừng nghiên cứu, đổi phương pháp điều trị, loại ra khỏi nhóm nghiên cứu, ghi nhận toàn bộ các biểu hiện khó chịu của người bệnh.

- Sự phân chia bệnh nhân vào 2 nhóm nghiên cứu đảm bảo tính ngẫu nhiên và công bằng.

- Kết quả của nghiên cứu được công bố cho mọi người và cho đối tượng nghiên cứu biết.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1.Đặc điểm dịch tễ

3.1.1.1.Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.

Tuổi	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
< 40	3	8,6	3	8,6	6	8,6
40 - 49	8	22,9	8	22,9	16	22,9
50 - 59	8	22,9	10	28,6	18	25,7
>60	16	45,7	14	40	30	42,9
Tổng	35	100	35	100	70	100
Tuổi trung bình ($\overline{X}$ ± SD)	55,34 ± 11,31		56,49 ± 14,06		56,33 ± 12,56	
p	> 0,05					

Nhận xét: Tuổi mắc VQKV trong nghiên cứu này chủ yếu là nhóm tuổi >50 tuổi chiếm tỷ lệ 68,6%, nhóm tuổi < 40 thấp nhất chiếm tỷ lệ 8,6%. Tuổi trung bình mắc VQKV của cả 2 nhóm là 56,33. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,34và tuổi trung bình của nhóm đối chứng là 56,49.Không có sự khác biệt về tỷ lệ tuổi giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng (p >0,05).

Bảng 3.2.Phân bố bệnh nhân theo giới.

Giới	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Nam	12	34,3	11	31,4	23	32,9
Nữ	23	65,7	24	68,6	47	67,1
Tổng	35	100	35	100	70	100
p	>0,05					

Nhận xét:Tỷ lệ mắc bệnh theo giới trong nghiên cứu này có sự khác biệt. Trong nghiên cứu, tỷ lệ nữ chiếm 67,1% và tỷ lệ nam chiếm 32,9%.Nữ nhiều gấp đôi nam ở cả 2 nhóm nghiên cứu (nhóm nghiên cứu nữ chiếm tỷ lệ 65,7% và nhóm đối chứng chiếm 68,6%). Tỷ lệ về giới giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu là tương đương nhau (p >0,05).

3.1.1.2. Thời gian mắc bệnh

Bảng 3.3.Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.

Thời gian	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Dưới 3 tháng	32	91,4	33	94,3	65	92,9
Trên 3 tháng	3	8,6	2	5,7	5	7,1
Thời gian trung bình(ngày)	51 ± 27,8		56 ± 29,18		53,58 ± 28,4	
p	> 0,05					

Nhận xét: Chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm BN mắc bệnh dưới 3 tháng (92,9%), nhóm mắc bệnh trên 3 tháng có tỷ lệ thấp hơn (7,1%). Ở cả 2 nhóm, số bệnh nhân mắc bệnh dưới 3 tháng đều chiếm đa số (>90%) so với số bệnh nhân mắc bệnh trên 3 tháng (< 10%).Sự phân bố bệnh nhân giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thời gian và tương đương nhau (p > 0,05).

3.1.1.3. Vị trí khớp vai mắc bệnh

Bảng 3.4.Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương.

Vị trí	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Vai trái	15	42,9	18	51,4	33	47,1
Vai phải	20	57,1	17	48,6	37	52,9
Cả hai bên	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	70	100
p	> 0,05					

Nhận xét: Không có sự khác biệt rõ ràng về số lượng vị trí tổn thương giữa vai bên trái và vai bên phải, có 33 bệnh nhân tổn thương vai bên trái trong nghiên cứu (47,1%), tổn thương vai bên phải với 37 bệnh nhân (52,9%), không có tổn thương cả 2 bên khớp vai.Trong mỗi nhóm, tỷ lệ bệnh nhân bị tổn thương 1 bên vai (vai trái hoặc vai phải) là tương đương nhau. Giữa 2 nhóm sự phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương khớp vai không có sự khác biệt đáng kể (p >0,05).

3.1.2. Đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân VQKV

3.1.2.1.Mức độ đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.5.Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị.

Nhóm / Mức độ	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	0	0	0	0
Đau ít	0	0	0	0	0	0
Đau vừa	35	100	35	100	35	100
Đau nhiều	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	70	100
Điểm trung bình ($\overline{X}$ ± SD)	5,71 ± 0,52		5,77 ± 0,49		5,74 ± 0,5	
p	> 0,05					

Nhận xét:Bệnh nhân đau vừa chiếm tỷ lệ lớn nhất chiếm 100%, không có bệnh nhân đau ít, không đau và đau nhiều trong trong nghiên cứu. Số điểm VAS trung bình trước điều trị là 5,74.Không có sự khác biệt về tỷ lệ mức độ đau cũng như điểm trung bình (nhóm nghiên cứu là 5,71 và nhóm đối chứng là 5,77) theo thang điểm VAS giữa 2 nhóm (p > 0,05).

3.1.2.2. Đặc điểm tầm vận động khớp vai trước điều trị:

Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát tầm vận động khớp vai bao gồm 3 động tác dạng, xoay trong và xoay ngoài.

Bảng 3.6.Phân bố bệnh nhântheo động tác dạng trước điều trị.

Tầm vận động khớp vai (động tác dạng)	**Nhóm NC**		**Nhóm ĐC**		**Tổng số**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Độ 0	0	0	0	0	0	0
Độ 1	4	11,4	4	11,4	8	11,4
Độ 2	29	82,9	28	80	57	81,4
Độ 3	2	5,7	3	8,6	5	7,1
Tổng	35	100	35	100	70	100
Góc trung bình($\overline{X}$ ±SD)	82,29 ± 17,5		80,29 ± 17,57		81,29 ± 17,44	
p	>0,05					

Nhận xét: Bệnh nhân có hạn chế vận động động tác dạng chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 81,4% (57 bệnh nhân), mức độ 3 với tỷ lệ 7,1% (5 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình của động tác dạng khớp vai là 81,29. Không có sự khác biệt về tỷ lệ hạn chế tầm vận động (động tác dạng) trước điều trị giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

Bảng 3.7.Phân bố bệnh nhân theo động tác xoay trong trước điều trị.

Tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong)	**Nhóm NC**		**Nhóm ĐC**		**Tổng**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Độ 0	0	0	0	0	0	0
Độ 1	7	20	5	14,3	12	17,1
Độ 2	25	71,4	27	77,1	52	74,3
Độ 3	3	8,6	3	8,6	6	8,6
Tổng	35	100	35	100	70	100
Góc trung bình($\overline{X}$ ±SD)	53,43 ± 14,54		52,29 ± 12,62		52,86 ± 13,53	
p	> 0,05					

Nhận xét: Bệnh nhân có hạn chế tầm vận động động tác xoay trong chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 74,3% (52 bệnh nhân), mức độ 1 với tỷ lệ 17,1% (12 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình động tác xoay trong khớp vai là 52,86. Tỷ lệ hạn chế tầm vận động động tác xoay trong giữa 2 nhóm là tương đương nhau và không có sự khác biệt về tỷ lệ tầm vận động (động tác xoay trong) trước điều trị giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo động tác xoay ngoài trước điều trị.

Tầm vận động khớp vai (động tác xoay ngoài)	**Nhóm NC**		**Nhóm ĐC**		**Tổng**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Độ 0	1	2,9	3	8,6	4	5,7
Độ 1	17	48,6	18	51,4	35	50
Độ 2	17	48,6	13	37,1	30	42,9
Độ 3	0	0	1	2,9	1	1,4
Tổng	35	100	35	100	70	100
Góc trung bình($\overline{X}$ ±SD)	63,71 ± 13,74		66 ± 16,49		64,86 ± 15,1	
p	> 0,05					

Nhận xét: Bệnh nhân có hạn chế vận động động tác xoay ngoài chủ yếu ở mức độ 1 và 2 chiếm tỷ lệ 92,9 % (65 bệnh nhân), mức độ 0 với tỷ lệ 5,7% (4 bệnh nhân). Góc trung bình động tác xoay ngoài khớp vai là 64,86. Tỷ lệ hạn chế tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài là tương đương nhau giữa 2 nhóm trong nghiên cứu. Không có sự khác biệt rõ ràng về sự phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế tầm vận động (động tác xoay ngoài) trước điều trị giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu (p >0,05).

3.1.2.3. Đặc điểm siêu âm

Bảng 3.9.Đặc điểm siêu âm khớp vai chung của bệnh nhân

Siêu âm khớp vai	NNC		NĐC		p
	n	%	n	%	
Có dịch/hình ảnh vôi hóa/viêm	27	77,1	25	71,4	>0,05
Siêu âm bình thường	8	22,9	10	28,6	

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có 77,1 % bệnh nhân có hình ảnh khớp vai có dịch, hình ảnh vôi hóa hoặc viêm trên siêu âm, tỷ lệ này là 71,4% ở nhóm đối chứng. Chỉ có 22,9% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có hình ảnh siêu âm khớp vai bình thường, nhóm đối chứng là 28,6 %. Kết quả ở 2 nhóm là tương đương nhau(p>0,05).

3.1.2.4. Đặc điểm thăm khám gân cơ

Bảng 3.10.Đặc điểm thăm khám các gân cơ (các nghiệm pháp dương tính)

Nghiệm pháp	NNC n = 35		NĐC n = 35		p
	n	%	n	%	
Neer	28	80	24	68,6	> 0,05
Hawkins	28	80	24	68,6	
Gerber	11	31,4	13	37,1	
Jobe	18	51,4	17	48,6	
Patte	13	37,1	17	48,6	
Palm-up	14	40	12	34,3	
Yocum	19	54,3	16	45,7	

Nhận xét: trong nghiên cứu này, nghiệm pháp Neer và Hawkins dương tính ở bệnh nhân có tỷ lệ cao 74,3% ở cả 2 nhóm, trong khi đó các nghiệm pháp khác chiếm tỷ lệ ít hơn (khoảng 30-50%).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS

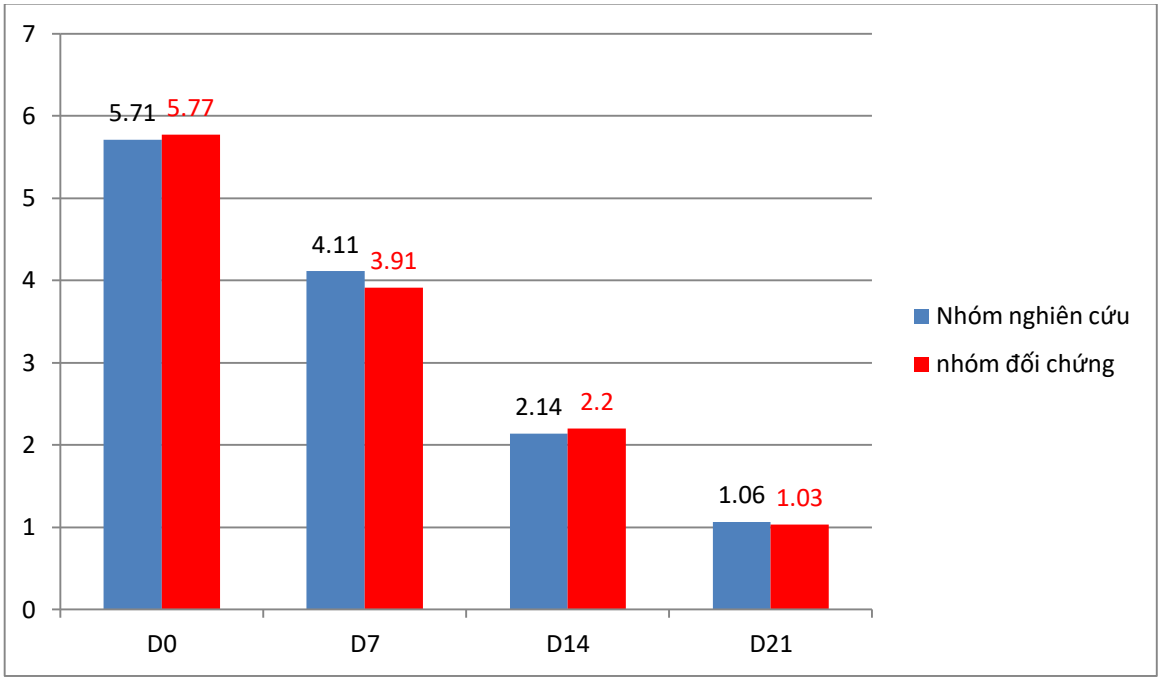
3.2.1.1. Phân loại mức độ đau trước và sau điều trị theo thang điểm VAS

Bảng 3.11.Biến đổi mức độ đau sau điều trị theo thang điểm VAS

Mức độ		Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC(2)		P
		n	%	n	%	
Không đau	D0	0	0	0	0	
	D7	0	0	0	0	
	D14	0	0	0	0	
	D21	3	8,6	5	14,3	>0,05
Đau ít	D0	0	0	0	0	
	D7	1	2,9	5	14,3	
	D14	35	100	35	100	>0,05
	D21	32	91,4	30	85,7	
Đau vừa	D0	35	100	35	100	
	D7	34	97,1	30	85,7	>0,05
	D14	0	0	0	0	
	D21	0	0	0	0	
Đau nhiều	D0	0	0	0	0	
	D7	0	0	0	0	
	D14	0	0	0	0	
	D21	0	0	0	0	
P D21-D0		< 0,05		< 0,05		

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, phân loại điểm đau VAS chưa có sự thay đổi rõ rệt ở 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu số bệnh nhân ở mức đau vừa giảm nhẹ từ 100% xuống 97,1% trong khi đó nhóm đối chứng giảm xuống 85,7%. Sau 14 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có số bệnh nhân giảm xuống mức đau ít là 100% bằng nhóm đối chứng là 100%. Sau 21 ngày điều trị, số bệnh nhân hết triệu chứng đau là tương đương nhau ở 2 nhóm (nhóm đối chứng 14,3 và nhóm nghiên cứu là 8,6%).

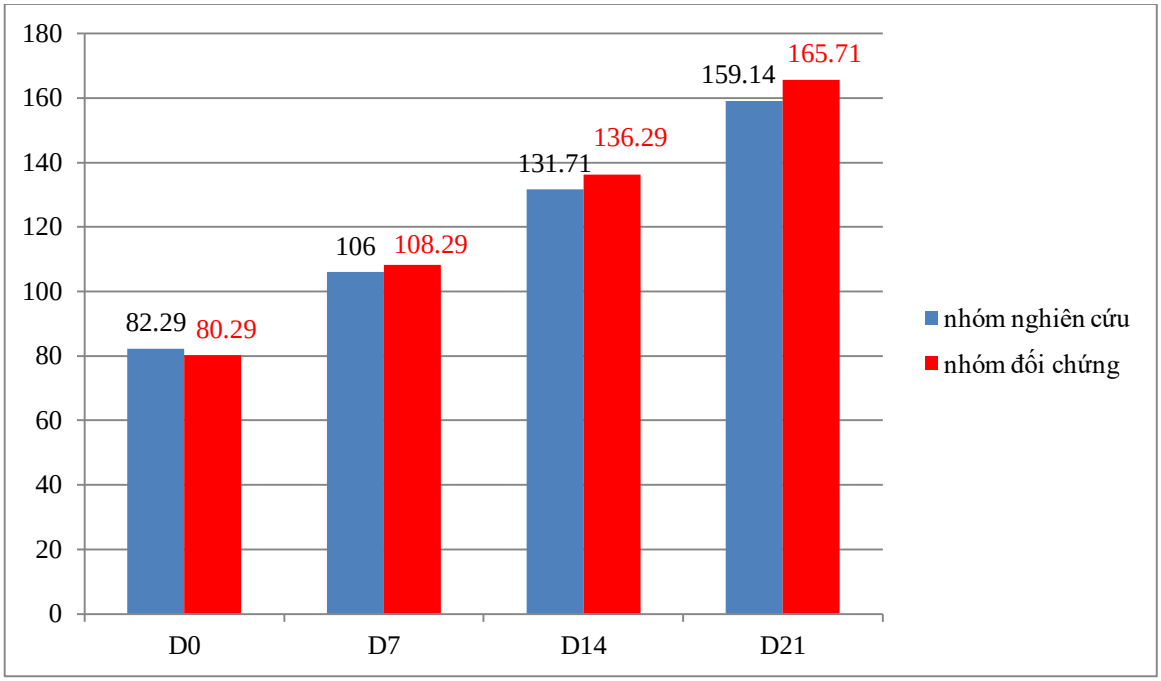
3.2.1.2. Sự thay đổi điểm đau VAS trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.1. Biến đổi giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS

Nhận xét: tại các thời điểm nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng có sự biến đổi giá trị trung bình theo VAS tương đương nhau trong cả quá trình điều trị. Sau 7 ngày điều trị điểm VAS trung bình nhóm đối chứng là 3,91 và ở nhóm nghiên cứu là 4,11. Sau 14 ngày điều trị triệu chứng đau theo VAS có sự cải thiện. Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là 2,14 và của nhóm đối chứng là 2,2. Sau 21 ngày điều trị triệu chứng đau theo VAS có sự cải thiện rõ rệt ở cả 2 nhóm ($p_{0-21} < 0,01$). Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu lúc này là 1,06 và của nhóm đối chứng là 1,03. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2.2. Sự thay đổi tầm vận động khớp vai



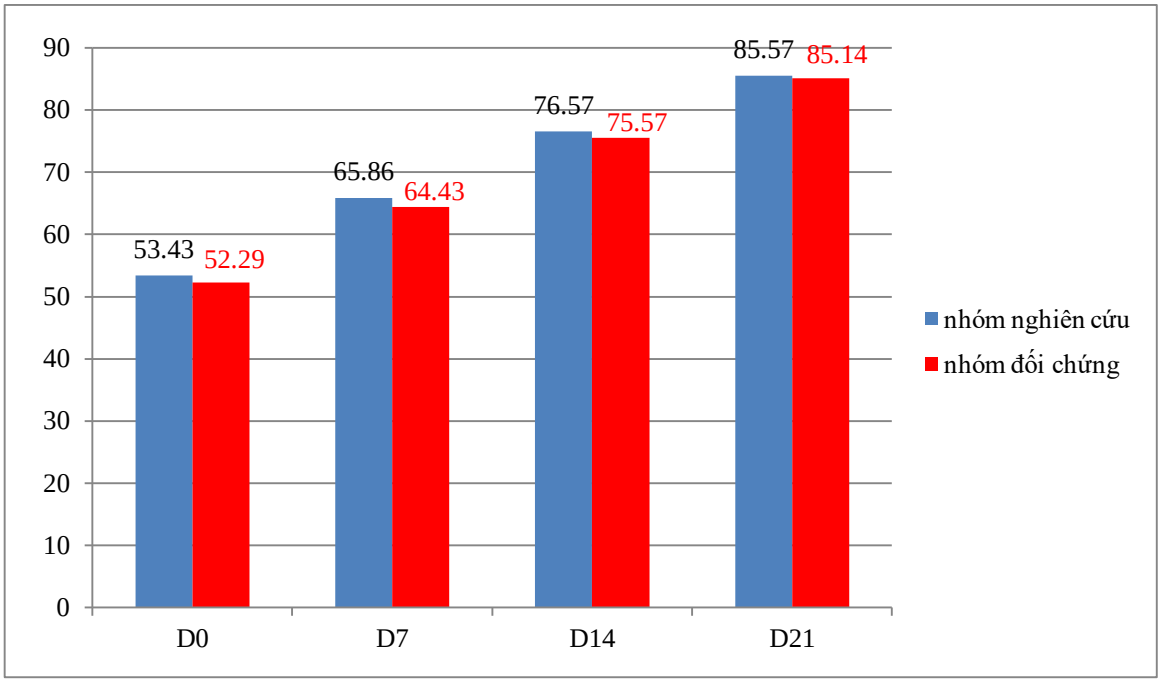
Biểu đồ 3.2. Biến đổi tầm vận động khớp vai động tác dạng trước và sau điều trị

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có sự biến đổi tầm vận động rõ rệt trong cả quá trình điều trị. Sau 7 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác dạng một cách rõ rệt ở cả 2 nhóm. Góc trung bình của nhóm nghiên cứu động tác dạng (106°) và của nhóm đối chứng động tác dạng (108,29°). Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê (p >0,05). Sau 14 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác dạng (p_{0-20}<0,01). Tầm mở góc trung bình động tác dạng của nhóm nghiên cứu(131,71°), nhóm đối chứng (136,29°). 2 nhóm không có sự khác biệt (p> 0,05). Sau 21 ngày điều trị, cả 2 nhóm đều có sự cải thiện về tầm vận động động tác dạng. Góc mở trung bình của nhóm nghiên cứu(159,14^0), nhóm đối chứng (165,71^0). Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm.

Bảng 3.12. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác dạng theo McGill- McROMI.

Mức độ vận động	**Nhóm NC*(1)***				**Nhóm ĐC*(2)***			
	Trước ĐT		***Sau ĐT***		***Trước ĐT***		***Sau ĐT***	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Độ 0	0	0	28	80	0	0	30	85,7
Độ 1	4	11,4	7	20	4	11,4	5	14,3
Độ 2	29	82,9	0	0	28	80	0	0
Độ 3	2	5,7	0	0	3	8,6	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$p_{trước\text{-}sau}$	<0,05				<0,05			
$p_{1\text{-}2}$	**>0,05**							

Nhận xét: Trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai (động tác dạng), chiếm chủ yếu ở mức độ 2 (trên 80% ở cả 2 nhóm). Sau 21 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai (động tác dạng) ở mỗi nhóm có sự tăng lên rõ rệt với độ 0 chiếm chủ yếu (80% ở nghiên cứu và 85,7% ở nhóm đối chứng). 2 nhóm có tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ 0 là tương đương nhau ($p_{1\text{-}2}$>0,05).



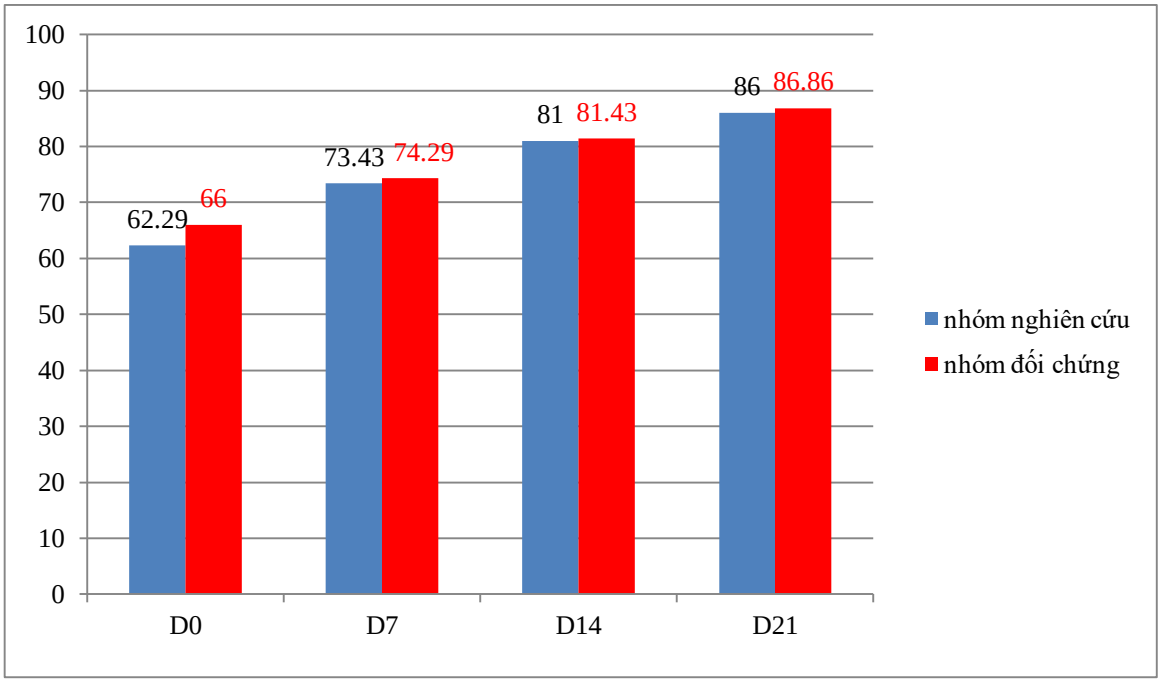
Biểu đồ 3.3. Biến đổi tầm vận động khớp vai động tác xoay trong trước và sau điều trị

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có sự biến đổi góc trung bình tương đương so với nhóm đối chứng trong 21 ngày điều trị. Sau 7 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác xoay trong một cách rõ rệt ở cả 2 nhóm. Góc trung bình của nhóm nghiên cứu động tác xoay trong (65,86°) và của nhóm đối chứng (64,43°), giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê (p >0,05). Sau 14 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay trong ở cả 2 nhóm (p<0,05). Góc trung bình động tác xoay trong của nhóm nghiên cứu (76,57°), nhóm đối chứng (75,57°). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05). Đến 21 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay trong ở cả 2 nhóm (p<0,05). Góc trung bình động tác xoay trong của nhóm nghiên cứu (85,57°), nhóm đối chứng (85,14°). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05).

Bảng 3.13. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay trong theo McGill- McROMI

Mức độ vận động	**Nhóm NC*(1)***				**Nhóm ĐC*(2)***			
	Trước ĐT		***Sau ĐT***		***Trước ĐT***		***Sau ĐT***	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Độ 0	0	0	22	62,9	0	0	17	48,6
Độ 1	7	20	13	37,1	5	14,3	17	48,6
Độ 2	25	71,4	0	0	27	77,1	1	2,9
Độ 3	3	8,6	0	0	3	8,6	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$p_{trước-sau}$	**<0,05**				**<0,05**			
p_{1-2}	**<0,05**							

Nhận xét: Trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai (động tác xoay trong) chiếm chủ yếu là mức độ 2 (trên 70% ở cả 2 nhóm). Sau 21 ngày điều trị tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong) thay đổi rõ rệt, độ 0 chiếm chủ yếu (62,9% ở nhóm nghiên cứu và 48,6% ở nhóm đối chứng). Trong đó nhóm nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ 0 cao hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p_{1-2}< 0,05).



Biểu đồ 3.4. Biến đổi tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài trước và sau điều trị

Nhận xét:

Sau 7 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động (động tác xoay ngoài) một cách rõ rệt ở 2 nhóm ($p<0,05$). Góc trung bình của nhóm nghiên cứu động tác xoay ngoài (73,43°) và của nhóm đối chứng động tác xoay ngoài (74,29°), giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê ($p >0,05$). Sau 14 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay ngoài ($p <0,01$). Điểm trung bình động tác xoay ngoài của nhóm nghiên cứu (81), nhóm đối chứng (81,43°). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p> 0,05$). Sau 21 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác xoay ngoài ở cả 2 nhóm. Điểm trung bình động tác xoay ngoài của nhóm nghiên cứu (86^0), nhóm đối chứng ($86,86^0$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm ($p>0,05$).

Bảng 3.14. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay ngoài theo McGill- McROMI.

Mức độ vận động	**Nhóm NC*(1)***				**Nhóm ĐC*(2)***			
	Trước ĐT		***Sau ĐT***		***Trước ĐT***		***Sau ĐT***	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Độ 0	0	0	23	65,7	3	8,6	24	68,6
Độ 1	17	48,6	12	34,3	18	51,4	11	31,4
Độ 2	18	51,4	0	0	13	37,1	0	0
Độ 3	0	0	0	0	1	2,9	0	0
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
$p_{trước\text{-}sau}$	< 0,05				< 0,05			
$p_{1\text{-}2}$	**>0,05**							

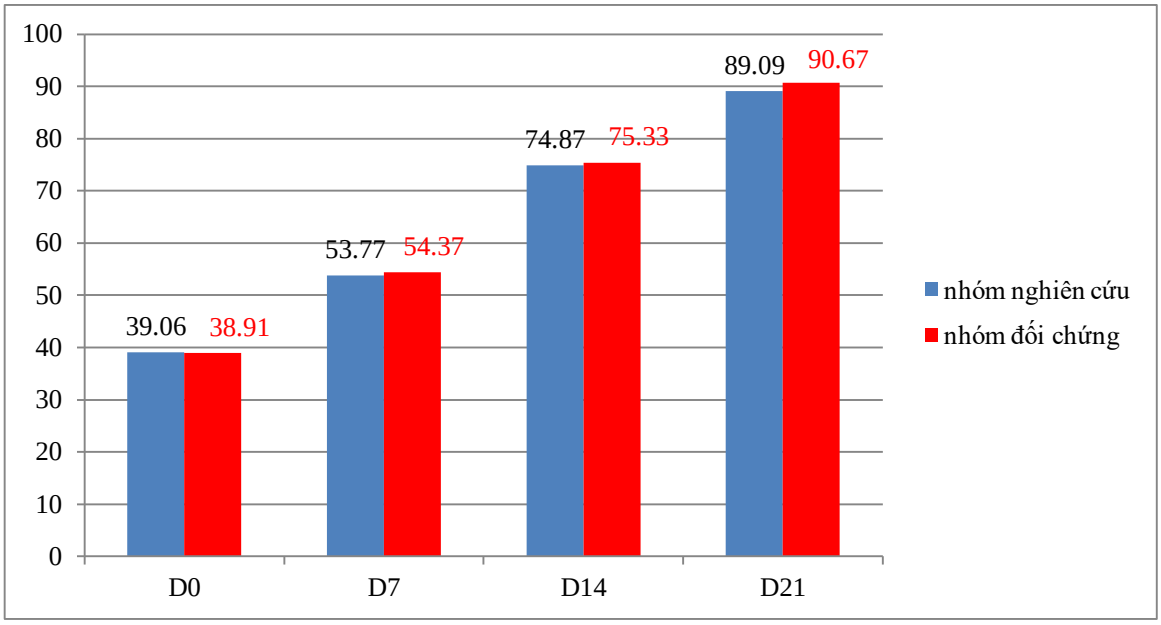
Nhận xét:

Trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai (động tác xoay ngoài), trong đó độ 1 và 2 chiếm chủ yếu ở cả 2 nhóm. Sau 21 ngày điều trị tầm vận động khớp vai (động tác xoay ngoài) tăng lên rõ rệt, mức độ 0 và 1 chiếm toàn bộ và không có mức độ 2 và mức độ 3 ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Giữa 2 nhóm, tỉ lệ bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu sau điều trị có động tác xoay ngoài khớp vai ở mức độ 0 tương đương so với nhóm đối chứng, sự khác biệt này giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p <0,05).

3.2.3. Sự thay đổi chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley

Bảng 3.15. Biến đổi giá trị trung bình chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987.

Chỉ số	**Nhóm**	**D_0 ($\overline{X}$ ± SD)**	**D_7 ($\overline{X}$ ± SD)**	**D_{14} ($\overline{X}$ ± SD)**	**D_{21} ($\overline{X}$ ± SD)**
Đau	Nghiên cứu(a)	5 ±0	5,14±0,85	10 ± 0	10,43 ± 1,42
	Đối chứng(b)	5 ± 0	5,71±1,78	10 ± 0	10,71±1,78
P_{a-b}		>0,05	< 0,05	>0,05	>0,05
Hoạt động Hàng ngày	Nghiên cứu (a)	5,31±1,09	8,34±1,24	14,21±1,79	17,83±1,55
	Đối chứng (b)	5,2±1,11	8,17±1,4	14,21±1,71	18,22±1,5
P_{a-b}		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Khả năng vận động	Nghiên cứu (a)	20,91±4,01	27,14±4,01	33,03±3,3	38,51±2,29
	Đối chứng (b)	21,14±3,23	27,37±2,86	33,09±2,1	38,97±1,84
P_{a-b}		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Lực khớp vai	Nghiên cứu (a)	7,83±2,27	13,14±2,19	17,63±1,94	22,31±1,97
	Đối chứng (b)	7,57±2,17	13,11±2,39	18,03±1,8	22,77±1,88
P_{a-b}		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Tổng điểm	Nghiên cứu (a)	39,06±5,6	53,77±6,54	74,87±5,66	89,09±4,73
	Đối chứng (b)	38,91±5,08	54,37±5,68	75,33±5,02	90,67±4,45
P_{a-b}		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05



Biểu đồ 3.5. Biến đổi giá trị trung bình tổng điểm trong quá trình điều trị

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, triệu chứng đau, khả năng vận động, hoạt động hàng ngày, năng lực khớp vai đều có sự cải thiện rõ rệt trước và sau điều trị ở cả hai nhóm (p < 0,01). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p > 0,05).

Bảng 3.16.Kết quả điều trị theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987

Kết quả	**Nhóm NC**		**Nhóm ĐC**	
	n	**%**	**n**	**%**
Tốt	29	82,86	32	91,43
Khá	6	17,14	3	8,57
Trung bình	0	0	0	0
Kém	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100
p	>0,05			

Nhận xét: Sau liệu trình 21ngày điều trị, hiệu quả điều trị theo Constant C.R và Murleyở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng có sự cải thiện đáng kể. Nhóm nghiên cứu có 29 BN (82,86%) điều trị ở mức tốt, nhóm đối chứng có 32 BN (91,43%). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê(p>0,05).

3.2.4. Kết quả điều trị chung theo B.Amor

Bảng 3.17. Bảng kết quả điều trị chung theo B.Amor

Kết quả	Nhóm NC		Nhóm ĐC	
	n	%	n	%
Tốt	24	68,57	25	71,43
Khá	11	31,43	10	28,57
Trung bình	0	0	0	0
Kém	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100
p	>0,05			

Nhận xét: Sau liệu trình 21 ngày điều trị, hiệu quả điều trị ở nhóm nghiên cứu so với nhóm đối chứng là tương đương nhau; Nhóm nghiên cứu có 24 BN (68,57%) điều trị ở mức tốt, nhóm đối chứng có 25 BN (71,43%). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.3. Biến đổi một số chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng

3.3.1. Tác dụng trên siêu âm

Bảng 3.18.Biến đổi của hình ảnh siêu âm khớp vai nhóm nghiên cứu sau điều trị.

Thời điểm nghiên cứu / Kết quả SA khớp vai	Nhóm nghiên cứu				Nhóm đối chứng			
	D_0		D_{21}		D_0		D_{21}	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Khớp vai bình thường	8	22,9	29	82,9	10	28,6	30	85,7
Có dịch/ viêm/ vôi hóa	27	77,1	6	17,1	25	71,4	5	14,3
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100
p	<0,05				<0,05			

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, hình ảnh siêu âm khớp vai có sự thay đổi ở cả 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu trước điều trị có 27 (77,1%) bệnh nhân siêu âm khớp vai có hình ảnh bất thường (có dịch/ viêm/ vôi hóa), sau điều trị chỉ còn 6 (17,1%) bệnh nhân có hình ảnh tổn thương. Nhóm đối chứng trước điều trị có 25(71,4%) bệnh nhân siêu âm có hình ảnh tổn thương, sau điều trị chỉ còn 5 (14,3%) bệnh nhân. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm (p>0,05).

3.3.2. Tác dụng trên điện cơ

Bảng 3.19. Biến đổi của điện cơ nhóm nghiên cứu sau điều trị

	D_0		D_{21}	
	n	**%**	**n**	**%**
Hình ảnh bình thường	35	100	35	100
Tổn thương thần kinh	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100

Nhận xét: trước điều trị, khả năng dẫn truyền điện thần kinh-cơ bình thường. Không có sự thay đổi sau 21 ngày điều trị ở cả 2 nhóm.

3.4. Tác dụng không mong muốn

3.4.1. Trên cận lâm sáng

Bảng 3.20.Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu nhóm

Thời điểm nghiên cứu / Chỉ số cận lâm sàng	**Trước ĐT ($\overline{X}$ ± SD)**	**Sau ĐT ($\overline{X}$ ± SD)**	**p**
Hồng cầu (T/l)	4,52±0,73	4,54±0,59	>0,05
Hemoglobin (g/l)	134,4±17,17	133,46±13,02	>0,05
Bạch cầu (G/l)	7,51±1,34	7,45±0,92	>0,05
Tiểu cầu (G/l)	219,14±48,32	220,97±44,75	>0,05
Ure (µmol/l)	5,83±1,1	5,89±0,83	>0,05
Creatinin (µmol/l)	79,78±10,75	79,69±8,77	>0,05
AST (UI)	29,43±7,43	29,8±5,41	>0,05
ALT (UI)	27,14±6,83	27,97±5,18	>0,05

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, các chỉ số hồng cầu, hemoglobin, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinin, AST, ALT đều nằm trong giới hạn bình thường, không có sự thay đổi đáng kể giữa trước và sau điều trị($p > 0,05$).

3.4.2. Trên lâm sàng

Bảng 3.21.Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

Triệu chứng	**Nhóm NC**	**Nhóm ĐC**	**Tổng số**
	n	**n**	
Đau tăng	0	0	
Ban sẩn	0	0	
Dát da	2	0	2
Vượng châm	0	0	
Ngứa	2	2	4
Tổng số	2	2	4

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị ghi nhận được có 4 bệnh nhân có trường hợp dị ứng. Nhóm đối chứng có2 bệnh nhân xuất hiện ngứa vùng dán cao vào ngày điều trị thứ 5, cho dừng sử dụng cao triệu chứng ngứa và mẩn đỏ tự hết sau 2 ngày. Nhóm nghiên cứu có 2 bệnh nhân có hiện tượng ngứa dát ngày thứ 4 dùng thuốc đắp HV, đã cho dừng dùng thuốc. Sau đó các triệu chứng giảm dần và tự hết sau 10 ngày.

Chương 4
BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm dịch tễ

4.1.1.1. Đặc điểm về tuổi

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình của bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng (p>0,05). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 56 tuổi. Trong đó nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 55,34, nhóm đối chứng là 56,49. Tuổi trên 60 chiếm đa số ở cả 2 nhóm (tỷ lệ trên 40%). Trong đó nhóm nghiên cứu số bệnh nhân trên 60 tuổi là 16 (tỷ lệ 45,7%), nhóm đối chứng có 14 bệnh nhân chiếm 40%.

Kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như: Hoàng Huyền Châm cũng nhận thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 55 tuổi và tuổi gặp nhiều nhất là trên 50 tuổi[31]. Võ Đại Quỳnh tổng kết được tuổi trung bình bị VQKV là 54 tuổi. Trong đó, nhóm nghiên cứu là 54,87 và 54,97 ở nhóm đối chứng[43].Nghiên cứu của Đoàn Quang Huy [18] cho thấy đa số bệnh nhân VQKV ở độ tuổi trên 50 tuổi chiếm 58,34%. Trần Hoàng Tuấn cũng nhận thấy phần lớn bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 với tỷ lệ là 68,4%[44].

Từ nhận xét trên cho thấy VQKV nói riêng cũng như các bệnh cơ xương khớp nói chung đều là bệnh của những người trung niên và những người lớn tuổi vì nó có liên quan tới các bệnh nội tiết, chuyển hóa, sự bền vững của thành mạch gây ảnh hưởng trực tiếp tới tuần hoàn và khả năng cấp máu cho vùng vai. Tuổi tác tăng dần quá trình lão hóa cũng tăng lên ảnh hưởng tới hệ vận động đặc biệt là hệ thống gân, cơ, dây chằng và bao khớp vốn là cơ quan ít có hệ thống mạch máu nuôi dưỡng.

4.1.1.2. Đặc điểm về giới

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.2 cho thấy giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính. Tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc VQKV lớn gấp đôi bệnh nhân nam (nữ chiếm 65,7% ở nhóm nghiên cứu, chiếm 68,6% ở nhóm đối chứng).

Kết quả trên là tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Huyền Châm với nhóm nghiên cứu tỷ lệ nữ mắc VQKV là 70% và nhóm đối chứng là 63%[31]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả đã công bố như Nguyễn Thị Nga [45], Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa [46] các tác giả khi nghiên cứu đã đưa ra nhận xét tỷ lệ mắc bệnh ở nữ là cao hơn nam trong bệnh VQKV.

Đến nay chưa có một tác giả nào đưa ra lý do giải thích cho sự khác biệt tỷ lệ mắc VQKV của 2 giới tính. Có thể do yếu tố nội tiết chi phối nên phụ nữ trung niên dễ mắc các bệnh về cơ xương khớp hơn nam giới. Ngoài ra, cũng do quá trình lão hóa của phụ nữ diễn ra sớm và tiến triển nhanh hơn gây tỷ lệ bệnh lý cao hơn so với nam giới.

4.1.1.3. Thời gian mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở biểu đồ 3.3 cho thấy số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (91,4% ở nhóm NC và 94,3% ở nhóm chứng), thời gian mắc bệnh trên 3 tháng ít hơn 9% ở cả 2 nhóm. Thời gian mắc bệnh trung bình là 53 ngày.

Nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân [47] trên 66 bệnh nhân VQKV thể viêm gân (viêm gân nhị đầu) cho thấy: thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1- 3 tháng chiếm 81,8%. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Huyền và Lê Thị Kiều Hoa [46] thì hầu hết bệnh nhân mắc bệnh kéo dài trên 1 tháng là 81,67%.

Từ những điều trên cho thấy có sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác và giữa các tác giả cũng không giống nhau. Nhưng có một điểm chung là các nghiên cứu đều cho thấy bệnh VQKV tiến

triển dai dẳng. Bệnh không được điều trị, đau khớp vai sẽ tiến triển kéo dài nhiều tháng, trung bình từ 6 tháng đến 1 năm rồi giảm dần triệu chứng, thường tự khỏi sau 1 năm, nhưng cũng có thể kéo dài tới 2 năm. VQKV thể đơn thuần, đau là triệu chứng nổi trội nhất, thường kéo dài 3 – 6 tuần, với các triệu chứng đau liên tục tăng dần, và sau đó tự khỏi. Quá trình này cứ lặp đi lặp lai nhiều lần cho đến khi bệnh nhân không còn khả năng vận động do hạn chế tầm vận động quá nhiều. Khớp vai hạn chế vận động ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, khả năng lao động và sinh hoạt hàng ngày.

Bệnh nhân VQKV đa số là người cao tuổi, ngại đi khám lại thêm đề tài nghiên cứu này được thực hiện trong giai đoạn dịch bệnh truyền nhiễm diễn biến phức tạp nên đa số bệnh nhân cố gắng chịu đựng 1 khoảng thời gian, đến khi không thể chịu đựng được nữa mới nhập viện để điều trị.

4.1.1.4. Vị trí khớp vai mắc bệnh

Theo Bảng 3.4 tỷ lệ phân bố khớp vai bên đau của bệnh nhân khá tương đồng giữa 2 nhóm. Tỷ lệ VQKV ở mỗi bên có sự chênh lệch nhưng không nhiều. Nhóm nghiên cứu có 57,1% bệnh nhân VQKV phải, tỷ lệ này là 52,9% ở nhóm đối chứng. Không có trường hợp bị VQKV cả 2 vai.

Nghiên cứu của Trần Hoàng Tuấn[44] trên 60 bệnh nhân VQKV thấy tỷ lệ tổn thương vai phải (55%) cao hơn vai trái (45%).Nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân [47] thì đa số tổn thương vai bên phải (68,2%), đau vai trái chiếm tỉ lệ thấp hơn (27,3%), đau cả 2 vai chiếm tỉ lệ rất thấp là 4,5%.

Nhiều tác giả cho rằng những tổn thương khớp vai thường xảy ra ở cánh tay thuận. Đối với người lao động với cánh tay phải đưa lên cao (dọn nhà, giao hàng, thợ nề, thợ sơn…) hoặc phải sách nặng,...gây tổn thương cho khớp vai ở tay thuận. Tay phải là cánh tay thuận nên chú trọng làm nhiều việc dẫn đến dễ bị tổn thương hơn. Còn tác giả Hà Hoàng Kiệm [1] thì cho rằng: khi ngồi làm việc nhiều người có thói quen chống khủy xuống bàn cũng gây hiện

tượng thoái hóa, điều này lý giải một phần tại sao tay không thuận vẫn có khả năng bị tổn thương.

Ngoài ra, do trình độ dân trí phát triển để đạt năng suất lao động cao người dân có xu hướng chuyển sang làm việc bằng tay thuận(có thể không là tay phải) như viết hoặc chơi thể thao nhiều hơn nên tỉ lệ tay mắc bệnh giữa vai trái và vai phải không có sự chênh lệch quá nhiều.

4.1.2. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

4.1.2.1. Phân loại bệnh nhân theo mức độ đau bằng thang điểm VAS

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.11) cho thấy 100% bệnh nhân VQKV có triệu chứng đau vai ở mức độ vừa. Điểm VAS trung bình của 2 nhóm là 5,74, trong đó nhóm nghiên cứu là 5,71, nhóm đối chứng là 5,77. Không có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm trong nghiên cứu ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi có khác biệt với kết quả nghiên cứu của:Nghiên cứu điều trị VQKV của Nguyễn Thị Nga bằng thuốc và vật lý trị liệu đã tổng kết tỷ lệ đau trung bình có tỷ lệ cao nhất (66,7%), đau nặng (33,3%), không có BN nào đau nhẹ[45].Đặng Ngọc Tân nghiên cứu tiêm corticoid dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong điều trị VQKV cho thấy kết quả đa số BN đau ở mức trung bình (78,8%), đau nhiều (21,2%) và không có BN nào đau nhẹ[47].

Sự khác biệt này là do cách phân chia mức độ đau theo thang điểm trong nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả trên có sự khác nhau. Nhưng nhìn chung thì các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có mức độ đau từ trung bình trở lên và không có bệnh nhân nào đau ở mức độ nhẹ. Điều này hoàn toàn phù hợp với thời gian mắc bệnh và tình hình dịch tễ tại thời điểm nghiên cứu. Bệnh nhân có tâm lý lo ngại khi đến các cơ sở y tế điều trị nên thường âm thầm tự chịu đau cho đến khi không thể chịu đựng được nữa, cơn đau ảnh hưởng nhiều đến giấc ngủ và các sinh hoạt lao động hàng ngày của bệnh

nhân. Vì vậy mà đa số các bệnh nhân chỉ đến với cơ sở y tế khi không chịu đựng được nữa.

4.1.2.2. Tầm vận động khớp vai trước điều trị

Khớp vai là khớp có tầm vận động rộng nhất so với các khớp khác trong cơ thể, nhờ đó hoạt động của tay được linh hoạt. Ngoài khớp ổ chảo cánh tay là khớp nối giữa đầu trên xương cánh tay với xương bả vai còn có sự tham gia của 4 khớp khác (khớp bả vai lồng ngực, khớp trên vai, khớp cùng đòn, khớp ức đòn). Hoạt động chức năng khớp vai là sự phối hợp của 5 khớp trên. Bất kì một tổn thương chức năng của khớp nào trong các khớp trên đều ảnh hưởng đến hoạt động chức năng của khớp vai. Đánh giá tầm vận động khớp là 1 trong những điều quan trọng nhất giúp xác định tổn thương của khớp để có hướng điều trị phù hợp.

Trước điều trị (bảng 3.6) hạn chế vận động khớp vai động tác dạng gặp ở tất cả bệnh nhân nghiên cứu và mức độ hạn chế chủ yếu là mức độ 2 (chiếm tỷ lệ cao nhất 81,4% ở cả 2 nhóm, trong nhóm nghiên cứu chiếm 82,9%, nhóm đối chứng chiếm 80%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tầm vận động trung bình cả 2 nhóm là 81,29°, trong đó nhóm nghiên cứu (82,29°), nhóm đối chứng (80,29°), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Ở Bảng 3.7 hạn chế vận động động tác xoay trong độ 2 chiếm đa số, trong đó 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng đều chiếm 74,3%, điểm trung bình 2 nhóm là 52,86°. Bảng 3.8 thể hiện mức vận động động tác xoay ngoài và cả 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng đều có số bệnh nhân ở độ 1 và độ 2 chiếm đa số (92,9%). Điểm trung bình 2 nhóm là $64,86^0$ trong đó nhóm nghiên cứu có góc xoay ngoài trung bình là $63,71^0$, nhóm đối chứng là 66^0.

Theo một số tác giả: đau dù là lần đầu tiên thường phối hợp với hạn chế vận động. Đầu tiên hạn chế vận động bắt đầu từ động tác dạng, tiến đến là hạn

chế động tác gấp ra trước và cuối cùng là động tác xoay. Các tác giả như Lương Thị Dung [48], Lê Thị Hoài Anh [40] cũng đồng ý và cho rằng tất cả các bệnh nhân đều có đau kèm hạn chế vận động khớp vai.

4.1.2.3.Đặc điểm siêu âm khớp vai trước điều trị

Nguyên nhân chủ yếu của VQKV thể đơn thuần là thoái hóa và viêm gân cơ chóp xoay ở các mức độ khác nhau(nhẹ thì thoái hóa, trung bình là viêm có hoặc không có lắng đọng calci, nặng là rách hoặc đứt gân cơ); viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai, viêm túi hoạt dịch gaanc ơ nhị đầu, viêm gân dài cơ nhị đầu cánh tay. Các tổn thương này đều có thể quan sát được trên hình ảnh siêu âm khớp vai.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.9 cho thấy siêu âm khớp vai đã phát hiện được đa số bệnh nhân có hình ảnh tổn thương trên cả 2 nhóm bệnh nhân, trong đó nhóm nghiên cứu là 27 trường hợp chiếm 77,1%, nhóm đối chứng là 25 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 71,4% . Các tổn thương được phát hiên chủ yếu là hình ảnh viêm điểm bám gân, có hình ảnh tụ dịch và vôi hóa điểm bám gân.

Lê Thị Hoài Anh [40], Đoàn Quang Huy [18]cũng cho rằng siêu âm khớp vai có giá trị chẩn đoán nguyên nhân trong VQKV.

4.2. Bàn về hiệu quả điện châm kết hợp với Thuốc đắp HV

4.2.1. Sự thay đổi mức độ đau trước sau điều trị qua thang điểm VAS

Thay đổi mức độ đau trước và sau điều trị là một trong những mục tiêu nghiên cứu chính của chúng tôi. Đau là sự đánh giá chủ quan của bệnh nhân nên để lượng giá mức độ đau theo điểm số, chúng tôi sử dụng thang điểm VAS[49].

Kết quả ở biểu đồ 3.1 cho thấy: sau 7 ngày điều trị, điểm trung bình của nhóm nghiên cứu là 4,11 và nhóm đối chứng là 3,91. Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa (p>0,05). Sau 14 ngày điều trị điểm trung bình của chỉ số đau của nhóm nghiên cứu giảm xuống còn 2,14, điểm trung bình của nhóm đối

chứng giảm xuống còn 2,2. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm giảm rõ rệt giá trị trung bình trước và sau 7 ngày ($p < 0,01$), giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê sau 14 ngày điều trị($p > 0,05$).

Đến ngày thứ 21 của điều trị, điểm trung bình của chỉ số đau VAS của nhóm nghiên cứu giảm từ 5,71 xuống 1,06, điểm trung bình của nhóm đối chứng giảm từ 5,77 xuống 1,03.

Kết quả bảng 3.11 cũng cho thấy sau 21 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu có 8,6% bệnh nhân hết đau và 91,4% bệnh nhân ở mức độ đau nhẹ. Ở nhóm đối chứng có 14,3% bệnh nhân hết đau, 85,7% bệnh nhân đau nhẹ và cả 2 nhóm đều không còn bệnh nhân đau vừa và nặng. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm giảm rõ rệt mức độ đau ($p < 0,05$). Đặc biệt mức độ giảm đau ở nhóm nghiên cứu có ít hơn so với nhóm đối chứng, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều dùng phương pháp điều trị nền là điện châm. Vì vậy, so sánh tác dụng giảm đau giữa hai nhóm là so sánh hiệu quả điều trị của Thuốc đắp HV với cao dán giảm đau chứa salicylate.

Ta đã biết: Theo cơ chế thần kinh cổ điển, châm có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Điện châm cũng như tác động khác lên huyệt sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ mức tuỷ sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các tạng phủ…Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hoá khi tác động vào huyệt có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này. Điện châm làm cắt đứt các cung phản xạ bệnh lý từ đó mà có tác dụng chống viêm giảm đau, giãn mạch tăng tuần hoàn giúp tăng cường trao đổi chất từ đó mà làm lành các tổn thương [17].

Nhóm đối chứng sử dụng phương pháp điện châm kết hợp với cao dán giảm đau chứa thành phần salicylate. Salicylate là hoạt chất có tác dụng hạ sốt, chống viêm giảm đau đã được chứng minh nhiều trên lâm sàng. Cao dán kết hợp với điện châm làm tăng tác dụng chống viêm giảm đau. Cao dán được dán lên vùng vai bị đau, hoạt chất trong cao ngấm trực tiếp qua da vào vị trí các gân cơ, bao hoạt dịch bị tổn thương tạo nên tác dụng điều trị.

Nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp điện châm kết hợp thêm với Thuốc đắp HV. Thành phần của thuốc bao gồm các vị thuốc địa liền, ngải diệp, quế chi. Trong mỗi vị thuốc có tinh dầu chứa nhiều thành phần hoạt chất khác nhau đều có công dụng làm giãn mạch tăng tính thấm, tăng cường tuần hoàn máu tại nơi mà bột thuốc đắp lên. Ngoài ra, trong địa liền còn chứa chất kaempferol là một aglycone flavonoid có một số đặc tính dược lý, trong số đó có các hoạt động kháng khuẩn, chống viêm, chống oxy hóa, kháng u,…[50] vì vậy cũng tương tự như cao dán giảm đau, Thuốc đắp HV cũng hiệp đồng với điện châm làm tăng tác dụng chống viêm giảm đau của phương pháp. Như số liệu ở trên thể hiện: sau 7, 14 và 21 ngày điều trị, hiệu quả giảm đau của Thuốc đắp HV không kém hơn cao dán có chứa salicylate. Giải thích cho hiện tượng này, chúng tôi cho rằng do các hoạt chất có trong bột thuốc HV có thể ngấm qua da giống như chất salicylate có trong cao dán. Thuốc ngấm đủ vào các tổ chức gân cơ khớp vai tạo nên tác dụng chống viêm giảm đau.

Bệnh VQKV thể đơn thuần tương ứng với thể Kiên thống trong YHCT do phong hàn thấp xâm nhập vào kinh lạc vùng vai làm cho khí huyết bị ứ trệ, kinh mạch không thông mà gây đau. Thuốc đắp HV là bài thuốc được tạo thành từ 3 vị thuốc địa liền, ngải diệp, quế chi. Trong đó, địa liền vị cay tính ấm, công dụng ôn trung tán hàn, hành khí chỉ thống trị vào gốc bệnh là chủ dược. Ngải diệp khu hàn, giải tán phong hàn hỗ trợ cho địa liền. Quế chi cay nhẹ cũng giả tán phong hàn, điều hòa dinh vệ, dẫn thuốc cho tay chân làm sứ

dược. Các vị thuốc hợp lại có tác dụng trừ phong hàn thấp thích hợp trị chứng bệnh Kiên thống.

Sự kết hợp giữa 2 phương pháp điều trị điện châm và đắp bột thuốc có sự cải thiện rõ rệt triệu chứng đau tương đương với điều trị điện châm kết hợp cao dán giảm đau chứa salicylate. Cameron M và Chrubasik S điều trị viêm xương khớp bằng liệu pháp thảo dược tại chỗ - gel Arnica cũng thấy rằng gel Arnica cải thiện tình trạng đau và chức năng khớp tốt như các loại thuốc chống viêm non-steroid (ibuprofen)[51]. Nguyễn Thị Nga[45] điều trị VQKV thể đơn thuần bằng thuốc chống viêm không steroid kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng cũng cho kết quả 73,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt.

4.2.2. Sự thay đổi tầm vận động

Sự biến đổi của tầm vận động khớp vai là mục tiêu quan trọng trong nghiên cứu của chúng tôi để đánh giá khách quan hiệu quả điều trị của 2 phương pháp điện châm kết hợp với Thuốc đắp HV và điện châm kết hợp với cao dán giảm đau trong điều trị VQKV. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tầm vận động khớp vai của các bệnh nhân thông qua động tác dạng vai, xoay trong, xoay ngoài. Hạn chế tầm vận động khớp vai do đau, do co cơ, xơ hóa gân, viêm bao hoạt dịch. Bệnh nhân VQKV trước điều trị có hạn chế vận động từ nhẹ đến nặng. Khi khớp vai giảm đau, gân và bao hoạt dịch hết hiện tượng viêm, đỡ vôi hóa,...tầm vận động khớp vai cũng được cải thiện theo.

Về tầm vận động, không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng.

Kết quả ở biểu đồ 3.2 và bảng 3.12 cho thấy sau điều trị 21 ngày, tầm vận động động tác dạng từ 82,29° tăng lên thành 159,14° ở nhóm nghiên cứu, còn ở nhóm chứng động tác dạng từ 80,29° tăng lên 165,71°.

Có sự cải thiện mức độ hạn chế động tác dạng ở nhóm nghiên cứu với 28 bệnh nhân độ 0 và ở nhóm đối chứng là 30 bệnh nhân. Trước điều trị, sự phân

bố bệnh nhân theo mức độ vận động động tác dạng vai của hai nhóm là tương đương (p > 0,05). Sau 7 và 14 ngày điều trị, mức độ vận động động tác dạng vai của cả hai nhóm đều cải thiện rõ (p < 0,05), không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Đến ngày thứ 21 của điều trị, động tác dạng vai của cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị (p < 0,05). Trong đó, mức độ vận động động tác dạng vai của nhóm nghiên cứu: độ 0 tăng từ 0% lên 80% và độ 1 tăng từ 11,4% lên 20%, nhóm đối chứng tăng từ 0% lên 85,7% và 11,4% lên 14,3%.

Như vậy, sự cải thiện mức độ vận động của động tác dạng vai của 2 nhóm sau 21ngày điều trị là rõ ràng (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01).

Ở biểu đồ 3.3 và bảng 3.13 cho thấy sau điều trị 21 ngày, tầm vận động trung bình động tác xoay trong từ 53,43° tăng lên 85,57° ở nhóm nghiên cứu, còn ở nhóm chứng động tác xoay trong từ 52,29° tăng lên 85,14°. 2 nhóm không có sự khác biệt với p>0,05.

Sự cải thiện mức độ hạn chế động tác xoay trong ở nhóm nghiên cứu với 22 bệnh nhân có tầm vận động gần như hoàn toàn bình thường (độ 0) và ở nhóm đối chứng là 17 bệnh nhân (độ 0).

Trước điều trị, mức độ vận động khớp vai động tác xoay trong của hai nhóm là tương đương nhau (p > 0,05). Sau 7 và 14 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai xoay trong ở cả hai nhóm tăng lên và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p >0,05). Sau 21 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai xoay trong ở cả hai nhóm tăng lên rõ rệt, trong đó: của nhóm nghiên cứu độ 0 tăng từ 0% lên 62,9%; nhóm đối chứng độ 0 tăng từ 0% lên 48,6%. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm tăng rõ rệt tầm vận động khớp vai xoay trong (p < 0,01). Sự cải thiện mức độ vận động khớp vai động tác xoay trong giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Còn ở biểu đồ 3.4 và bảng 3.14 cho thấy sau điều trị 21 ngày tầm vận động trung bình động tác xoay ngoài từ 62,29° tăng lên 86° ở nhóm nghiên cứu, còn ở nhóm đối chứng động tác xoay ngoài từ 66° tăng lên 86,86°.

Sự cải thiện mức độ hạn chế động tác xoay ngoài ở nhóm nghiên cứu với 23 bệnh nhân gần hoàn toàn (độ 0) và ở nhóm đối chứng là 24 bênh nhân(độ 0).

Cũng như trên, mức độ vận động khớp vai xoay ngoài của hai nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau 7 và 14 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai xoay ngoài ở cả hai nhóm tăng nhưng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Đồ thị ở thời điểm cho hình ảnh đi lên và 2 đường thẳng chưa có sự tách biệt rõ rệt. Sau 21 ngày điều trị, mức độ vận động khớp vai động tác xoay ngoài ở cả hai nhóm tăng lên rõ rệt ($p < 0,01$) trong đó: của nhóm nghiên cứu độ 0 tăng từ 0% lên 65,7%, nhóm đối chứng độ 0 tăng từ 8,6% lên 68,6%. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm tăng rõ rệt tầm vận động khớp vai xoay ngoài ($p < 0,05$) và mức độ tăng tầm vận động khớp vai xoay ngoài ở 2 nhóm không có sự khác biệt và không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả của chúng tôi cũng không khác biệt nhiều so với kết quả của Nguyễn Thị Nga [45] điều trị VQKV đạt kết quả ở động tác dạng vai tốt 40,0% (nhóm 2), động tác xoay trong 43,3%, động tác xoay ngoài 46,7%.

Tóm lại, sự cải thiện của tầm vận động khớp vai (động tác: dạng, xoay trong, xoay ngoài) sau 21 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu dùng điện châm kết hợp với Thuốc đắp HV so với nhóm đối chứng dùng điện châm kết hợp với cao dán chứa salicylate là tương đương nhau và không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Điện châm và đắp thuốc có tác dụng khu phong, trừ hàn, thông kinh lạc. Nhờ đó mà tình trạng viêm giảm đi giúp gân cơ và các bao hoạt dịch trở lại trạng thái bình thường. Khớp vai lấy lại chức năng vận động từ đó mà cải thiện tầm vận động khớp.

Từ kết quả này có thể thấy việc điều trị VQKV bằng bột thuốc có hiệu quả tương đương với cao dán giảm đau có chứa hoạt chất chống viêm của tân dược. Điều này đã chứng minh rõ hiệu quả điều trị của Thuốc đắp HV có tác dụng cải thiện điều trị tầm vận động.

4.2.3. Sự thay đổi chức năng khớp vai theo thang điểm Constant C.R và Murley A.H.G

Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi mới Constant C.R và Murley A.H.G 1987 để có sự đánh giá khách quan trên bệnh nhân bởi thang điểm không chỉ đánh giá mức độ đau và tầm vận động khớp mà còn khảo sát cả chức năng khớp vai trong một số hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.

Kết quả bảng 3.15 chỉ ra sự thay đổi sau 7 ngày, 14 ngày và 21ngày điều trị trong các chỉ số theo dõi như đau, hoạt động hàng ngày, khả năng hoạt động khớp vai, năng lực khớp vai giữa 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng, mà trong đó sau 21 ngày điều trị so với trước điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05 trong tất cả các mục.

Ở chỉ số đau, nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng trước điều trị đều có điểm trung bình là 5, nhưng sau 7 ngày ở mục đánh giá đau thì nhóm nghiên cứu có tăng lên là 5,14 ở nhóm nghiên cứu và 5,71 ở nhóm đối chứng, Đối chứng qua thang điểm VAS ở thời điểm này thì việc đánh giá giữa 2 nhóm này hoàn toàn chính xác, nhóm nghiên cứu ở giai đoạn này có sự cải thiện chậm hơn so với nhóm đối chứng. Đến thời điểm sau 21 ngày nhóm nghiên cứu có giá trị là 10,43 và nhóm đối chứng có giá trị 10,71. Hai nhóm là tương đương nhau (p>0,05).

Chỉ số hoạt động hàng ngày, cho chúng ta thấy trước điều trị và sau 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày điều trị có sự khác biệt nhau khá rõ ràng. Sau 7 ngày điều trị nhóm nghiên cứu từ 5,31 tăng lên 8,34 và nhóm đối chứng 5,2 lên 8,17. Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt quá đáng kể (p > 0,05). Sau 21 ngày điều trị thì chỉ số hoạt động hàng ngày của nhóm nghiên cứu là 17,83 và nhóm đối chứng là 18,22, giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Cũng tương tự ở các chỉ số trên, chỉ số khả năng vận động giữa 2 nhóm nghiên cứu có sự thay đổi lớn sau 21 ngày điều trị, điểm trung bình nhóm

nghiên cứu tăng lên từ 20,91 lên đến 38,51 và ở nhóm đối chứng là 21,14 tăng lên 38,97. Lực nâng khớp vai sau 21 ngày điều trị, 2 nhóm đều có sự thay đổi lớn từ 7,83 lên 22,31 của nhóm nghiên cứu và 7,57 lên 22,77 ở nhóm đối chứng.

Kết quả trình bày trên biểu đồ 3.5 cho thấy có sự khác biệt rõ rệt về mức độ hiệu quả điều trị của 2 nhóm nghiên cứu tại thời điểm trước điều trị và sau 21 ngày điều trị ($p< 0,01$).

Qua bảng 3.16, đánh giá mức độ hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng tôi thấy rằng nhóm nghiên cứu có hiệu quả điều trị tương đương so với nhóm đối chứng. Tại thời điểm sau 21 ngày điều trị, chức năng khớp vai hồi phục ở nhóm BN nghiên cứu là tốt (82,86%), khá (17,14%). Còn ở nhóm đối chứng có tốt (91,43%), khá (8,57%), sự khác biết giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p >0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như:

Lê Thị Hoài Anh[40]với 100 BN VQKV được điều trị theo hai phương pháp khác nhau cho kết quả: nhóm điều trị bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu cho kết quả rất tốt và tốt (62%), khá (32%), trung bình (6%); Nhóm điều trị bằng điện châm xoa bóp đạt kết quả tốt 38%, khá 48%, trung bình (14%).

Lương Thị Dung[48] nghiên cứu hiệu quả điều trị của bài thuốc "Quyên tý thang" kết hợp điện châm và vận động trị liệu ở nhóm nghiên cứu: mức độ rất tốt đạt 36,7%, tốt 33,3%, khá 23,3%. Ở nhóm đối chứng: mức độ rất tốt đạt 3,3%, tốt 30%, khá 33,3%.

4.2.4. Bàn về kết quả điều trị

Để đánh giá toàn diện nhất hiệu quả của phương pháp điều trị, chúng tôi sử dụng cách tính của B. Amor. Sau khi tổng hợp các chỉ số đau theo thang

điểm VAS, tầm vận động khớp vai theo thang điểm McGill and McROMI, chức năng khớp vai của Constant & Murley cho thấy không có sự khác nhau có ý nghĩa giữa kết quả của 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng với p> 0,05. Trong đó, nhóm nghiên cứu có 68,57% ở mức tốt, 31,43% mức khá. Nhóm đối chứng là 71,43%, 28,57% mức khá.

Kết quả này cho thấy phương pháp điều trị bằng Thuốc đắp HV có hiệu quả tương đương phương pháp dán cao giảm đau của YHHĐ. Điều trị bằng Thuốc đắp HV là một phương pháp điều trị YHCT giúp cho thầy thuốc có thêm một sự lựa chọn trong việc điều trị bệnh lý VQKV thể đơn thuần. Phương pháp này tạo điều kiện thuận lợi cho cả thầy thuốc và người bệnh khi thầy thuốc có thể dành thời gian điều trị nhiều bệnh nhân hơn do giải phóng được sức người và tiết kiệm thời gian điều trị mỗi bệnh nhân. Đồng thời cũng tạo sự thuận tiện cho người bệnh muốn điều trị bằng phương pháp YHCT nhưng không có thời gian để tới các cơ sở y tế.

4.3. Bàn luận về các kết quả xét nghiệm và cận lâm sàng

4.3.1. Bàn về kết quả siêu âm

Kết quả nghiên cứu được trình bày tại Bảng 3.14 cho thấy sau điều trị tỷ lệ bệnh nhân có SÂ khớp vai bình thường tăng từ 22,9% lên 82,9% ở nhóm nghiên cứu.

Điều này hoàn toàn phù hợp trên lâm sàng, tỉ lệ các đặc điểm siêu âm bất thường như hình ảnh viêm, tụ dịch hay vôi hóa điểm bám gân giảm xuống.

4.3.2. Sự thay đổi trong kết quả xét nghiệm máu

Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trên chỉ số công thức máu, chức năng gan thận của bệnh nhân nghiên cứu.

4.3.3. Sự thay đổi trong kết quả điện cơ

Trước và sau nghiên cứu đều không phát hiện hình ảnh tổn thương thần kinh cơ trong tất cả các trường hợp bệnh nhân nghiên cứu.

4.4. Bàn luận về tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Chúng tôi ghi nhận được có 4 bệnh nhân có trường hợp dị ứng trong quá trình điều trị. Nhóm đối chứng có 2 bệnh nhân xuất hiện ngứa vùng dán cao. Nhóm nghiên cứu có 2 bệnh nhân có hiện tượng mẩn ngứa ngày thứ 4 dùng thuốc đắp HV, đã cho dừng dùng thuốc. Sau đó các triệu chứng giảm dần và tự hết ở ngày thứ 6.

Trong nghiên cứu tổng hợp của Connie Chen về Tấm thạch cao giảm đau CheeZheng cũng ghi nhận có 10 nghiên cứu báo cáo tỷ lệ 4,8% số người tham gia sử dụng thuốc có phản ứng kích ứng da tại chỗ và tự hết sau dừng sử dụng thuốc.[38]

Hiện tượng dị ứng với thuốc xảy ra ở một vài trường hợp vẫn thường diễn ra trên lâm sàng ở những bệnh nhân có cơ địa dị ứng. Tỷ lệ dị ứng thấp không đáng lo ngại và các triệu chứng thường tự khỏi sau khi dừng sử dụng thuốc. Đối với thuốc đắp HV, hiện tượng mẩn ngứa, ban đỏ xảy ra nặng hơn. Chúng tôi cho rằng thành phần trong thuốc chứa các chất có tác dụng giãn mạch và tăng tính thấm mạnh nên gây phản ứng nặng hơn. Nhưng nhìn chung, các thuốc thảo dược đều rất lành và ít có tác dụng phụ cho cơ thể nên có kết quả như trên là không đáng lo ngại và nghiên cứu mới chỉ khảo sát trên một số lượng bệnh nhân nhỏ chưa có đủ điều kiện để đánh giá trên 1 quần thể lớn hơn. Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nữa mới đánh giá được hết tác dụng không mong muốn của thuốc.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Tác dụng điều trị của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm

Thuốc đắp HV kết hợp điện châm có tác dụng cải thiện một số triệu chứng của viêm quanh khớp vai thể đơn thuần:

-Tác dụng giảm đau: ở thời điểm D_7 giảm 28% điểm VAS so với D_0, thời điểm D_{14} giảm 62,5% và D_{21} giảm 81,43% so với thời điểm D_0 ($p<0,05$).

-Tác dụng tăng tầm vận động động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài có ý nghĩa sau 21 ngày điều trị($p<0,05$).

-Tác dụng cải thiện điểm đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G: tăng 56,16% số điểm sau 21 ngày điều trị ($p<0,05$)

-Hiệu quả chung đạt tốt là 68,57%; khá là 31,43%; không có trung bình và kém.

-Tác dụng giảm tỉ lệ các đặc điểm siêu âm bất thường và không gây ảnh hưởng đến khả năng dẫn truyền thần kinh trên điện cơ.

Tác dụng này tương đương với nhóm chứng sử dụng phương pháp điện châm kết hợp với dán cao giảm đau chứa salicylate ($p>0,05$).

2. Tác dụng không mong muốn của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm

- Ghi nhận có 2 trường hợp trong nghiên cứu có phản ứng kích ứng với da của Thuốc đắp HV trên lâm sàng. Triệu chứng tự hết sau vài ngày dừng điều trị.

- Không làm thay đổi các chỉ số công thức máu, chức năng gan thận của bệnh nhân nghiên cứu.

KHUYẾN NGHỊ

Dự trên kết quả thu được chúng tôi xin đề xuất những kiến nghị sau:

1.Nghiên cứu nên được triển khai tiếp với phạm vi rộng, số lượng lớn hơn và thời gian nghiên cứu dài hơn để đánh giá được rõ ràng hơn tác dụng của thuốc trên lâm sàng và khảo sát được tác dụng không mong muốn.

2.Nên tiếp tục nghiên cứu chế Thuốc đắp HV sang dạng dùng tiện lợi để bệnh nhân dễ sử dụng hơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Hoàng Kiệm** (2015), *Viêm quang khớp vai chẩn đoán và điều trị*, Nhà xuất bản Thể dục Thể thao, tr. 7, 35-36.
2. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2016), *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
3. **Nguyễn Thị Cẩm Châu, Trần Ngọc Ân** (1994), "Tìm hiểu tác dụng của Axit Tiaprofenic trong điều trị bệnh khớp". *Y học thực hành*, số 308, tr. 9-11.
4. **Bộ Y tế** (2013), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản y học, tr. 327-329.
5. **Học viện Trung y Nam Kinh** (1992), *Trung y học khái luận*, Hội y học cổ truyền dân tộc thành phố Hồ Chí Minh xuất bản.
6. **Đặng Văn Tám** (1996), *Góp phần nghiên cứu lâm sàng và điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm xoa bóp*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Bộ Y tế** (2016), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 165-176.
8. **Bộ môn Giải phẫu - Đại học Y Hà Nội** (2004), *Bài giảng giải phẫu học*, Nhà xuất bản Y học.
9. **Netter Frank H.** (2009), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, pp. 343 -418.
10. **Z. Jajic** (2003), "Painful shoulder syndrome". Reumatizam, Sindrom bolnog ramena., 50 (2), pp. 34-5.
11. **E. Naredo, A. Iagnocco, G. Valesini, J. Uson, P. Beneyto, M. Crespo** (2003), "Ultrasonographic study of painful shoulder", *Ann Rheum Dis*, 62 (10), pp. 1026-1033.

12. **Tôn Thất Minh Đạt** (2005), "Hội chứng cơ chụp xoay". Thời sự y học, số 10, tr. 23-25.
13. **D. Jandova, V. Beran** (1982), "Our experience with reflexotherapy in shoulder pain", *Cesk Neurol Neurochir,* 45 (6), pp. 403-9.
14. **B.D. Katthagen** (1990), *Ultrasonography of the shoulder: technique, anatomy, pathology,* pp. 235-287.
15. **J. J. Luime, B. W. Koes, I. J. M. Hendriksen, A. Burdorf, A. P. Verhagen, H. S. Miedema, J. A. N. Verhaar** (2004), "Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population, a systematic review", *Scandinavian Journal of Rheumatology,* 33 (2), pp. 73-81.
16. **Viện Nghiên cứu Trung y** (2013), *Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y*, Nhà xuất bản Văn hóa dân tộc, Hà nội, tr. 761-776.
17. **Bộ môn Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội** (2005), *Bài giảng y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
18. **Đoàn Quang Huy** (1999), *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai của cây Bạch hoa xà*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
19. **Đoàn Quốc Sỹ** (1998), *Đánh giá tác dụng của châm cứu, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai tắc nghẽn*, Đề tài nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền.
20. **Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội** (2005), *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học.
21. **Bộ Y tế** (2013), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản y học.
22. **Nguyễn Tài Thu** (2012), *Mãng châm chữa bệnh*, Nhà xuất bản Từ Điển Bách Khoa.
23. **Nguyễn Tài Thu**(2012), *Tân châm*, Nhà xuất bản Từ Điển Bách Khoa.

24. **Hoàng Bảo Châu** (2010), *Châm cứu học trong Nội kinh, Nạn kinh và sự tương đồng với Y học hiện đại*, Nhà xuất bản Y học.
25. **Dật Danh** (2017), *Hoàng Đế Nội kinh Tố Vấn*, Nhà xuất bản Hồng Đức.
26. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2005), *Chuyên đề về nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
27. **Dật Danh** (2017), *Hoàng Đế Nội kinh Linh khu*, Nhà xuất bản Hồng Đức.
28. **Bộ Y tế** (2018), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.137-138.
29. **Bộ Y tế** (2017), *Dược điển Việt Nam*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 1165, 1262, 1295.
30. **Trần Thúy** (1987), "Kết quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng châm ở loa tai". Thông tin Y học cổ truyền dân tộc, tr. 57, 40.
31. **Hoàng Huyền Châm** (2018), *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt,* Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
32. **Nguyễn Hữu Dũng** (2019), *Đánh giá hiệu quả lâm sàng của bài thuốc KNC kết hợp điện châm trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
33. **M. L. Lin, C. T. Huang, J. G. Lin, S. K. Tsai** (1994), "A comparison between the pain relief effect of electroacupuncture, regional never block and electroacupuncture plus regional never block in frozen shoulder", *Acta Anaesthesiol Sin*, 32 (4), pp. 237-42.
34. **C. Melzer, T. Wallny, C. J. Wirth, S. Hoffmann** (1995), "Frozen shoulder-treatment and results", *Arch Orthop Trauma Surg,* 114 (2), pp. 87-91.

35. **P. Lierz, P. Hoffmann, P. Felleiter, K. Horauf** (1998), "Interscalene plexus block for mobilizing chronic shoulder stiffness". Wien Klin Wochenschr, 110 (21), pp. 766-9.
36. **Greenberg DL** (2014)," Evaluation and treatment of shoulder pain",Med Clin N Am 98, pp. 487–504
37. **Tessa Therkleson** (2014), "Topical Ginger Treatment With a Compress or Patch for Osteoarthritis Symptoms", *Journal of Holistic Nursing,* Volume 32 Number 3, pp. 173-182.
38. **Connie Chen** (2020), "A Systematic Review of CheeZheng Pain Relieving Plaster for Musculoskeletal Pain: Implications for Oncology Research and Practice", *Integrative Cancer Therapies,* Vol 19, p.p 1-9.
39. **Trần Văn Tuấn** (2006), *Phân tích số liệu và tạo biểu đồ bằng R – Hướng dẫn thực hành*, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, tr.112.
40. **Lê Thị Hoài Anh** (2001), *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
41. **C. R. Constant, A. H. Murley** (1987), "A clinical method of functional assessment of the shoulder",Clin Orthop Relat Res, (214), pp. 160-166.
42. **M. Baron, R. Steele** (2007), "Development of the McGill Range of Motion Index",Clin Orthop Relat Res, 456, pp. 42-50.
43. **Võ Đại Quỳnh** (2017), *Đánh giá hiệu quả của điện châm kết hợp với sóng xung kích trong điều trị Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
44. **Trần Hoàng Tuấn** (2019), "Đánh giá kết quả điều trị của sóng xung kích kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần", *Tạp chí Châm cứu Việt Nam,* số 1/2021, tr.13-20.
45. **Nguyễn Thị Nga** (2006), *Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng thuốc kết hợp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

46. **Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa** (2011), "Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng nghẽn tắc bằng vật lý trị liệu kết hợp tập vận động", *Tạp chí y học thực hành,* số 772, tr. 128-131.
47. **Đặng Ngọc Tân** (2009), *Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
48. **Lương Thị Dung** (2014), *Đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng bài thuốc "Quyên tý thang" kết hợp điện châm và vận động trị liệu*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà nội.
49. **E. C. Huskisson** (1974), "Measurement of pain", Lancet, 2 (7889), pp. 1127-1158.
50. **Ajay Kumar** (2020), "Phytochemistry, pharmacological activities and uses of traditional medicinal plant Kaempferia galanga L. – An overview". *Journal of Ethnopharmacology,* 253.
51. **Cameron M, Chrubasik S** (2013), "Topical herbal therapies for treating osteoarthritis (Review)", The Cochrane Library 2013, Issue 6.
52. **Nguyễn Tịnh Tiến** (2017), "Nhận xét hiệu quả giảm đau của sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai tại bệnh viện 175", *Tạp chí phục hồi chức năng,* số 1, tr. 6.
53. **Vũ Thị Duyên Trang** (2013), *Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
54. **Nguyễn Hoàng Trung** (2019), *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng sóng xung kích kết hợp châm cứu và dùng bài thuốc Quyên tý thang*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

PHỤ LỤC 1

Số bệnh án: Mã số:…….

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

ĐỀ TÀI: "Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của Thuốc đắp HV kết hợp điện châm"

1. Thông tin chung

Họ và tên: Tuổi: Giới: □1 Nam □2 Nữ

Nghề nghiệp: □1 LĐ chân tay □2 LĐ trí óc □3 Khác

Tiền sử chấn thương: □1 Có □2 Không

Bệnh kèm theo: □1 Đái tháo đường □2 Tăng huyết áp

□3 RL lipid máu □4 Khác……

2. Đặc điểm lâm sàng

Thời gian mắc bệnh:

Vị trí khớp đau: □1 Phải □2 Trái □3 Hai bên

Các nghiệm pháp: □1 Neer □2 Hawkins □3 Patte

□4 Gerber □5 Jobe □6 Palm-up □7 Yocum

Điểm theo VAS:

Thời điểm		D_0	D_7	D_{14}	D_{21}
Điểm đạt	Trái				
	Phải				

Điểm theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987: *(theo phụ lục 2)*

Thời điểm		D_0	D_7	D_{14}	D_{21}
Điểm đạt	Trái				
	Phải				

Tầm vận động:

Thời điểm		D_0	D_7	D_{14}	D_{21}
Vai trái	Dạng				
	Xoay trong				
	Xoay ngoài				
Vai phải	Dạng				
	Xoay trong				
	Xoay ngoài				

3. Đặc điểm cận lâm sàng

Siêu âm:

D_0 □1Códịch □2 viêm □3 Vôi hóa □4 Khác…….

D_{21} □1Có dịch □2 viêm □3 Vôi hóa □4 Khác…….

Điện cơ:

D_0:……..

D_{21}:…….

Chỉ số	D_0	D_{21}
Hồng cầu (T/l)		
Hemoglobin (g/l)		
Bạch cầu (G/l)		
Tiểu cầu (G/l)		
Ure (micromol/l)		
Creatinin (micromol/l)		
AST (UI/L)		
ALT(UI/L)		

4. Tác dụng không mong muốn:

□1 Ban sẩn □2 Bỏng rát da □3 Choáng ngất □4 Khác……..

5. Hiệu quả điều trị:

□1 Tốt □2 Khá □3 Trung bình □4 Kém

Hà Nội, ngày tháng năm 20

Nghiên cứu viên

PHỤ LỤC 2

Mã số:…….

Bảng đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987

Tình trạng bệnh nhân	Điểm	
Mức độ đau		
- Không đau	15	
- Đau nhẹ	10	
- Đau vừa phải	5	
- Đau nặng	0	
- Số điểm tối đa đánh giá đau	15/100	
Hoạt động trong cuộc sống hàng ngày:		
A. Mức độ hoạt động:		
- Làm việc	4	
- Giải trí (thể thao)	4	
- Ngủ sâu	2	
B. Vị trí		
- Hướng về hông	2	
- Hướng về lưng	4	
- Hướng về cổ	6	
- Hướng về đỉnh đầu	8	
- Trên đầu	10	
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động trong cuộc sống hàng ngày	20/100	
Nâng vai ra trước, lên trên (0), dùng thước đo độ:		
- Từ $0 \rightarrow 30^0$	0	
- Từ $31 \rightarrow 60^0$	2	
- Từ $61 \rightarrow 90^0$	4	
- Từ $91 \rightarrow 120^0$	6	

Tình trạng bệnh nhân	Điểm	
- Từ 121→150^0	8	
- Từ 151→180^0	10	
Số điểm tối đa đánh giá nâng vai lên trước	10/100	
Dạng vai sang bên, lên trên(0)		
(cho điểm như nâng vai ra trước)	10/100	
Quay ngoài (vị trí)		
- Để tay dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2	
- Tay để dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2	
- Tay để trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2	
- Tay để trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2	
- Tay để quá đỉnh đầu	2	
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay ngoài	10/100	
Quay trong (vị trí)		
- Bàn tay đặt ở đùi	0	
- Bàn tay đặt ở mông	2	
- Bàn tay đặt ở điểm nối của đốt sống lưng và xương chậu	4	
- Bàn tay đặt ở xương sống thắt lưng (L5)	6	
- Bàn tay đặt ở điểm xương sống ngực thứ 12 (D12)	8	
- Bàn tay đặt được ở vùng xương bả vai	10	
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay trong	10/100	
Năng lực của vai:		
Theo phương pháp của Moseley, bệnh nhân nâng tay ở một góc 90° bình thường nâng được 25 pound Anh (1 pound Anh = 0,4536kg).	25 điểm	
Tổng số điểm:	100	

PHỤ LỤC 3

NGHIÊN CỨU KHẢ NĂNG GÂY KÍCH ỨNG DA CỦA BỘT THUỐC ĐẮP HV 50g

I. NGUYÊN LIỆU, ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

1.1. Nguyên liệu nghiên cứu

Mẫu BỘT THUỐC ĐẮP HV 50g gồm Địa liền 13g, Ngải cứu 18g, Quế chi 9g, tá dược vừa và đủ do học viên cao học 11 Mai Thế Hiệp và Nguyễn Thị Ngọc Ánh mang đến Viện nghiên cứu y dược cổ truyền Tuệ Tĩnh lúc 10h ngày 29/5/2020.

1.2. Đối tượng nghiên cứu

Thỏ chủng *New Zealand White,* lông trắng, trưởng thành, khỏe mạnh, cân nặng 2,0 – 2,2 kg. Thỏ được nuôi từ 1 tuần trước khi tiến hành nghiên cứu và trong suốt thời gian nghiên cứu tại phòng thí nghiệm của Viện nghiên cứu, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

1.3. Hóa chất, máy móc, dụng cụ phục vụ nghiên cứu

- Gạc vô khuẩn cắt miếng hình vuông diện tích 2,5 cm x 2,5 cm.
- Gạc băng
- Kính lúp
- Nước sạch để rửa vùng bôi thuốc

1.4. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Phòng thí nghiệm của Viện nghiên cứu, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khả năng gây kích ứng da tiến hành dựa trên hướng dẫn của OECD và ISO 10993-10 về việc đánh giá kích ứng da dành cho các sản phẩm dùng ngoài da [1], [2].

Số lượng thỏ nghiên cứu: 03.

Quy trình nghiên cứu

- Mỗi thỏ được nuôi trong chuồng riêng, cho ăn bằng chế độ ăn riêng, giữ ở nhiệt độ phòng trong vòng 5-7 ngày trước khi tiến hành nghiên cứu.

- Trước ngày nghiên cứu 24 giờ, thỏ được cạo lông ở phần lưng và hông trên diện tích 10 cm x 15 cm ở cả 2 bên cột sống để bôi thuốc và quan sát các vị trí thử nghiệm.

- Trước khi tiến hành nghiên cứu, kiểm tra tình trạng da thỏ.

Chia phần da cạo lông làm 2 phần, chọn mỗi phần có diện tích 2,5 cm x 2,5 cm. Thỏ ở các lô được bôi thuốc như sau:

- Một bên thuốc thử: bôi 0,5 ml mẫu nghiên cứu.

- Mộtbên để làm chứng: bôi 0,5 ml dung môi.

- Đắp gạc (kích thước 2,5 cm x 2,5 cm) lên cả hai phần bôi thuốc và phần dùng làm chứng.

- Lưng thỏ được băng (không băng quá chặt) lại bằng băng gạc.

Sau 4 giờ, tháo bỏ tất cả băng gạc ra khỏi lưng thỏ và rửa sạch mẫu thử đã bôi trên da thỏ bằng nước sạch.

Đánh giá và tính điểm các chỉ số về ban đỏ (erythema), phù nề (oedema) tại thời điểm 1 giờ, 24, 48, 72 giờ sau khi loại bỏ mẫu thử. Nếu có tổn thương, theo dõi thỏ 14 ngày để đánh giá khả năng phục hồi. Khi tổn thương đã hồi phục thì ngừng theo dõi.

Bảng 2.1. Bảng đánh giá tính điểm kích ứng da cho hai triệu chứng ban đỏ và phù nề

Ban đỏ	**Điểm**
- Không có ban	0
- Ban rất nhẹ (khó nhận thấy)	1
- Dễ nhận thấy	2
- Nhẹ đến nặng	3
- Nặng đến hình thành vảy trên da	4
Phù nề	
- Không có	0
- Rất nhẹ (khó nhận thấy)	1
- Dễ nhận thấy (da dày lên)	2
- Trung bình (dày lên 1mm)	3
- Nặng (dày hơn 1mm hoặc ra ngoài vùng bôi)	4

- Đánh giá kết quả: Tính chỉ số kích ứng (PII: primary irritation index) như sau:

Bảng 2.2. Bảng xếp loại kích ứng da dựa vào PII

Xếp loại	**PII trung bình**
Không kích ứng	0 – 0,4
Kích ứng nhẹ	0,5 – 1,9
Kích ứng vừa	2 – 4,9
Kích ứng nặng	5 - 8

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các triệu chứng ban đỏ, phù nề được đánh giá trên 3 thỏ tại các thời điểm 1h, 24h, 48h và 72h sau khi loại bỏ mẫu thuốc thử bôi trên da và đánh giá điểm theo bảng 2.1. Kết quả được mô tả trong bảng 3.1.

Bảng 3.1. Bảng đánh giá ban đỏ, phù nề trên các thỏ đánh giá kích ứng da của …

Thỏ	BAN ĐỎ								PHÙ NỀ							
	1h		24h		48h		72h		1h		24h		48h		72h	
	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch
Thỏ 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thỏ 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thỏ 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TH: vùng da bôi mẫu nghiên cứu

Ch: vùng da bôi dung môi

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy:

- Trên cả 3 thỏ, trên vùng da đối chứng đều không có hiện tượng ban đỏ hay phù nề ở tất cả các thời điểm nghiên cứu.

- Trên cả 3 thỏ, trên vùng da dùng mẫu nghiên cứu không có hiện tượng phù nề tại tất cả các thời điểm nghiên cứu.

- Ở thỏ1,2 và thỏ 3 không có ban đỏ ở thời điểm 1 giờ, thời điểm 24h, 48h và thời điểm 72 giờ.

Bảng 3.2. Chỉ số kích ứng (PII) trên thỏ đánh giá kích ứng da của…

Thỏ	PII
Thỏ số 1	0
Thỏ số 2	0
Thỏ số 3	0

Từ kết quả ở bảng 3.2, tính được chỉ số kích ứng (PII) của mẫu thử là: PII = 0. Dựa vào bảng phân loại kích ứng da theo PII, mẫu thử không gây kích ứng trên da thỏ.

Hình ảnh kích ứng da thỏ số 1 tại các thời điểm trước dùng thuốc, sau 1h, 24h, 48h, 72h sau khi loại bỏ thuốc

Thời điểm	**Chứng**	**Thuốc**
Trước bôi thuốc		
Sau 1h		
Sau 24h		

Sau 48h		
Sau 72h		

4. KẾT LUẬN

Từ kết quả đánh giá khả năng gây kích ứng da của BỘT THUỐC ĐẮP HV 50g trên thỏ thực nghiệm, rút ra kết luận như sau:

Mẫu thử không gây kích ứng da trên thỏ thực nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (2002), "Guideline for testing of chemicals: Acute Demal Irritation/Corrotion", *OECD* 404.

2. International Organisation of Standardization (2010), "Biological evaluation of medical devices – Part 10: Tests for irritation and skin sensitization", ISO 10993-10.

PHỤ LỤC 4

CÁC VỊ THUỐC DÙNG TRONG NGHIÊN CỨU

I.Ngải cứu

+ Tên khác: Cỏ linh ti (Thái), quá sú (H'mông), nhả ngải (tiếng Tày), ngải diệp, thuốc cứu

+ Tên khoa học: Artemisia vulgaris

+ Họ: Cúc (Asteraceae)

1. Mô tả cây ngải cứu

+ Đặc điểm sinh thái của cây ngải cứu

Cây ngải cứu có chiều cao khoảng 0,4 – 1m. Cây có nhiều cành non, có lông. Lá mọc so le với phiến lá xẻ lông chim. Hai bên mặt lá đều có lông, mặt trên có màu xanh sẫm và dưới có màu trắng. Cụm hoa hình đầu nhỏ có màu lục nhạt, mọc thành từng chùm kép ở đầu cành. Quả bế không có túm lông.

+ Phân bố

Cây ngải cứu được tìm thấy chủ yếu ở các nước của khu vực Châu Á, Bắc Mỹ, Châu Âu, Bắc Phi, Alaska

+ Bộ phận dùng, thu hái, chế biến và bảo quản

Bộ phận dùng: Lá tươi

Thu hái và chế biến: Lá và cành ngải cứu thường được thu hoạch vào tháng 6, khoảng đầu hoặc giữa tháng 5 âm lịch. Sau khi thu hái, lá được rửa sạch, thái nhỏ và phơi khô trong bóng râm.

Bảo quản: Nhiệt độ phòng, nơi khô ráo

+ Thành phần hóa học

Lá cây ngải cứu chứa nhiều tinh dầu, bao gồm các hoạt chất chính như acid amin, cholin, flavonoid, adenin

2. Vị thuốc

+ Tính vị: Tính ấm, vị đắng

+ Quy kinh: Can, Tỳ và Thận

+ Tác dụng :Giúp cầm máu, điều hòa kinh nguyệt và giảm đau bụng kinh, phòng ngừa ung thư, giúp sơ cứu vết thương, giảm đau nhức xương khớp, đau do thần kinh tọa, viêm khớp, điều trị đau đầu, ho, cảm cúm, chữa viêm họng, điều trị suy nhược cơ thể, giảm cân, giảm mỡ bụng, làm sáng da, trị mụn, chữa mẩn ngứa, rôm sảy, hỗ trợ lưu thông máu não, cây ngải cứu có tác dụng làm giảm mỡ bụng.

+ Cách dùng và liều lượng

Ngải cứu dùng dưới dạng thuốc sắc hoặc đắp. Liều dùng ở mỗi người thường không giống nhau. Điều này còn phụ thuộc vào độ tuổi cũng như tình trạng sức khỏe. Tốt nhất, bệnh nhân nên thảo luận với bác sĩ trước để tìm ra liều sử dụng thích hợp. Bởi lẽ ngải cứu không an toàn nếu dùng không đúng liều.

+ Tác dụng phụ: dị ứng là một trong những tác dụng phụ đặc trưng ở người bệnh khi sử dụng ngải cứu.

II. Địa liền(rễ củ)

+ Tên khác: Tam nại, sơn nại, thiền liền hoặc sa khương

+ Tên khoa học: Kaempferia galanga L

+ Họ: Gừng (Zingiberaceae)

1. Mô tả cây địa liền

+ Đặc điểm sinh thái của cây địa liền

Là loại cây thân thảo sống lâu năm và không có thân. Lá có 2 – 3 cái, có bẹ và mọc xòe ra trên mặt đất. Phiến lá rộng 6 – 7 cm và dài 8 – 10 cm, có hình bầu dục, thót hẹp lại thành cuống. Mép lá nguyên và mặt dưới hơi có

lông. Hoa mọc ở nách lá, không có cuống, có màu trắng pha tím. Thân rễ có nhiều rễ cũ, mọc nối tiếp nhau và có hình trứng với nhiều vân ngang.

+ Phân bố: Cây địa liền mọc hoang nhiều nơi ở nước ta và các nước Châu Á như Thái Lan, Lào, Campuchia, Nam Trung Quốc, Ấn Độ, Malaysia và Indonesia,… Bên cạnh đó, cây còn được trồng ở các cơ quan thuốc nam hoặc các bệnh viện.

Bộ phận dùng làm thuốc: Củ

Thu hái: Thời gian thu hoạch để củ địa liền đạt chất lượng và nhiều dược tính nhất là từ tháng 11 đến hết tháng 3 hàng năm.

Chế biến: Sau khi thu hoạch, đem phần củ rửa sạch và thái mỏng rồi phơi khô.

Bảo quản: Tránh ánh sáng trực tiếp, đặt ở nơi khô ráo.

+ Thành phần hóa học: Trong củ địa liền có chứa tinh dầu với các hợp chất chính như xinamic axit etyl, bocneola metyl và xineola.

2. Vị thuốc

+ Tính vị: Tính ấm và vị cay

+ Quy kinh: Tỳ và Vị

+ Tác dụng dược lý

Theo Đông y, cây địa liền có tính ấm và vị cay có tác dụng làm ấm tỳ vị, giảm đau, hành khí, trừ uế khí, tán hàn, tiêu thực và trừ thấp. Nước chiết của cây có công dụng lợi trung tiện và hạ đờm.

Tác dụng chống viêm, giảm đau và hạ sốt .

Củ cây địa liền có tác dụng giảm đau nhức xương khớp

Điều trị thực trệ khí trướng, viêm dạ dày, loét dạ dày, sưng mang thai, đau răng, phong thấp đau xương và một số bệnh lý khác, chữa sốt rét, ăn uống khó tiêu. Lá rửa sạch, giã nát, xào nóng và đắp lên khớp xương bị tê thấp.

Rễ thân cây địa liền chữa lở loét, cao huyết áp và bệnh hen suyễn. Hoặc dùng phần thân rễ và lá đem rửa sạch và nhai chậm chữa đau họng, ho. Riêng

phần thân rễ có thể dùng thân rễ chữa cảm lạnh. Ngoài ra, ở một số nơi khác dùng rễ cây địa liền làm rau sống ăn hoặc dùng nước chiết từ cũ chữa chứng hôi miệng, làm cao dán trị nhức mỏi. Đồng thời dùng tinh dầu từ củ thoa tóc để tạo mùi thơm.

+ Cách dùng và liều lượng: Có thể dùng cây địa liền dưới dạng thuốc sắc, ngâm rượu, tán bột hay hoàn viên. Liều lượng dùng tối đa mỗi ngày là 3 – 6 gram.

+ Tác dụng phụ: Cây địa liền có thể gây một vài tác dụng phụ ảnh hưởng đến sức khỏe. Do đó, bệnh nhân không nên lạm dụng với liều lượng lớn trong thời gian dài. Bên cạnh đó, những đối tượng âm hư, dạ dày nóng rát hoặc thiếu máu không nên dùng cây địa liền để chữa bệnh.

III. Quế chi

1. Tên gọi, phân nhóm

Tên gọi khác: Quế, Quế đơn, Nhục quế, Quế thanh, Mạy quẻ, Ngọc thụ,…

Tên khoa học: Cinnamomum cassia Presl

Tên dược: Ramulus cinnamoni.

Họ: Long não (danh pháp khoa học: Lauraceae)

2. Đặc điểm sinh thái

Mô tả:Quế chi là cây thân gỗ lớn, có chiều cao trung bình từ 10 – 20cm. Thân có vỏ nhẵn, màu nâu nhạt. Lá mọc so le, cuống ngắn, lá cứng và giòn, không có răng cưa. Lá hình thuôn dài, màu xanh sẫm, mặt bóng. Mỗi lá có 3 gân, gân lá màu vàng và hiện rõ.

Hoa quế chi có màu trắng hoặc vàng nhạt, xuất hiện từ tháng 6 – 9 hằng năm

Hoa mọc thành cụm ở nách lá hoặc ở ngọn của cành. Hoa quế chi có màu trắng hoặc vàng nhạt. Hoa nhỏ, mỗi hoa có 4 cánh, nhị màu vàng đậm. Quả hạch, hình trứng, khi chín có bề mặt nhẵn và có màu nâu tím.

Mùa hoa thường bắt đầu từ tháng 6 – 8, quả mọc vào tháng 10 – 12 đến tháng 2 – 3 năm sau.

Phân bố:Quế chi mọc nhiều ở các địa phương của nước ta, bao gồm Cao Bằng, Bắc Kạn, Bắc Giang, Yên Bái, Tuyên Quang, Thanh Hóa, Quảng Ninh, Nghệ An, Hà Tĩnh, Quảng Nam, Khánh hòa,…

3. Bộ phận dùng, thu hái, chế biến, bảo quản

Bộ phận dùng: Bộ phận được dùng làm dược liệu của cây quế chi là cành con. Đối với cây trên 10 năm, có thể thu hoạch vỏ.

Thu hái: Thu hái vào mùa xuân.

Chế biến: Đem phơi khô trong râm hoặc phơi ngoài nắng. Sau đó đem cắt thành lát mỏng.

Bảo quản: Nơi khô thoáng.

4. Thành phần hóa học

Cây quế chi có chứa tinh dầu từ 1 – 3%, một số cây có thể chứa đến 6%, các hợp chất diterpenoid, flavonoid, tannin, phenylglycosid, coumarin, aldehyd cinnamic, bazylacetat, banzaldehyd, cinnamylacetat, aldehyd cinnamic,…

5. Tác dụng dược lý

+Theo nghiên cứu dược lý hiện đại:

Kích thích tiêu hóa, tăng tuần hoàn, trợ hô hấp và thúc đẩy bài tiết.

Tác dụng co mạch, co bóp tử cung và tăng nhu động ruột.

Chống xơ vữa động mạch, tiêu diệt gốc tự do và hạn chế hình thành khối u.

Kích thích vị giác và đường tiêu hóa nên có thể được sử dụng như một loại gia vị. Ngoài ra, thành phần trong cây quế chi còn có khả năng ức chế vi nấm giúp thức ăn bảo quản được lâu hơn.

+Theo y học cổ truyền:

Công năng: Giảm hội chứng ngoại sinh, tăng tiết mồ hôi, hoạt huyết, trừ hàn, làm ấm kinh lạc.

Chỉ định: Dùng cho thể phong hàn của hội chứng ngoại cảnh, thể phong hạn của hội chứng hư, dương hư ở tâm và tỳ, dương suy ở ngực, đau khớp do nhiễm phong,…

6. Tính vị: Quế chi có vị ngọt, đắng, thơm và tính ấm.

7. Qui kinh: Qui vào kinh Bàng quang, Tâm và Phế.

8. Cách dùng, liều dùng

Có thể sử dụng quế chi dạng bột, phơi khô hoặc ở dạng cồn, tinh dầu. Liều dùng thông thường từ 3 – 10g mỗi ngày.

PHỤ LỤC 5
VỊ TRÍ, TÁC DỤNG CÁC HUYỆT SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU

I. KINH THỦ DƯƠNG MINH ĐẠI TRƯỜNG:

1. Hợp cốc (LI.4):

- Huyệt nguyên của đường kinh dương minh Đại trường.

- Vị trí: nằm ở kẽ xương đốt bàn tay 1 và 2 ở trên cơ liên đốt mu tay 1, phía dưới trong xương đốt bàn tay 2.

- Đặt nếp gấp đốt 2 ngón tay cái của bàn tay bên này lên kẽ ngón cái và ngón trỏ (hổ khẩu) bàn tay bên kia của bệnh nhân, đầu ngón cái tới đâu là huyệt ở đó hơi lệch về phía ngón trỏ.

- Tác dụng: đau mu bàn tay, đau khớp bàn ngón 1 và 2, đau vai cánh tay, nhức đầu, liệt dây thần kinh VII, đau dây thần kinh V, ù tai, điếc tai cơ năng, chảy máu cam, viêm mũi dị ứng, ho, hen, đau răng, viêm miệng, viêm tuyến nước bọt mang tai, sốt cao không ra mồ hôi, trẻ em co giật, đau bụng, táo bón, kiết lị, cảm cúm, viêm màng tiết hợp.

2.Khúc trì (LI.11)

-Huyệt hợp, thuộc thổ (ngũ du huyệt).

- Vị trí: tận cùng đầu ngoài nếp gấp khuỷu tay, giữa khối cơ trên lồi cầu.

- Tác dụng: đau họng, sốt cao, cảm cúm, đau khớp khuỷu tay, liệt chi trên, mụn nhọt, kinh nguyệt không đều, loa dịch, đau bụng, ỉa chảy, lỵ.

3. Tý nhu (LI.14)

- Huyệt hợp của kinh dương minh Đại trường với mạch dương duy, với kinh thái dương Tiểu trường, thái dương Bàng quang.

- Vị trí: huyệt ở trên khuỷu tay 7 tấc, ngang trước chỗ bám của cơ delta cánh tay.

- Tác dụng: chữa đau nhức cánh tay, đau khuỷu, lao hạch.

4.Kiên ngung (LI.15)

- Vị trí: ở giữa mỏm cùng vai và mấu chuyển lớn xương cánh tay ngay chính giữa phần trên cơ delta. Khi lấy huyệt bảo bệnh nhân giơ ngang cánh tay (cánh tay vuông góc với thân) xuất hiện chỗ lõm ở mé dưới bờ trước mỏm cùng vai, huyệt ở chính giữa chỗ lõm đó.

- Tác dụng: đau nhức cánh tay, khuỷu tay, không giơ được cánh tay, liệt chi trên, viêm quanh khớp vai, lao hạch…

II. KINH THỦ THIẾU DƯƠNG TAM TIÊU

1. Ngoại quan (TE.5)

- Huyệt lạc thiếu dương Tam tiêu nối kinh Tâm bào.

- Huyệt hội của thiếu dương Tam tiêu với Dương duy.

- Vị trí:phía trên chỗ lõm trên cổ tay, phía mu tay (trên nếp gấp giữa gân cơ duỗi chung ngón tay và gân cơ duỗi riêng ngón út) 2 tấc giữa khe 2 xương.

- Tác dụng: chữa đau bàn cánh tay, khó nắm bàn tay, đau run tay khó gấp duỗi, chữa cảm lạnh, lao hạch.

2. Kiên liêu (TE.14)

- Vị trí: ở khoảng dưới sau đỉnh vai, chỗ lõm sau huyệt Kiên ngung (TR13) 1 thốn.

- Tác dụng: vai - cánh tay đau, có cảm giác nặng nề.

III. KINH THỦ THÁI DƯƠNG TIỂU TRƯỜNG

1. Kiên trinh (SI.9)

- Vị trí: ở đầu dưới sau khớp vai, khi quay cánh tay vào trong thì huyệt ở cách đầu trên nếp gấp nách 1 thốn.

- Tác dụng: viêm, đau quanh khớp vai, cánh tay bàn tay đau không nhấc lên được, liệt chi trên.

2. Thiên tông (SI.11)

- Vị trí: ở giữa hố dưới xương bả vai.

- Tác dụng: bả vai đau nhức, viêm quanh khớp vai, liệt chi trên.

PHỤ LỤC 6

Các nghiệm pháp giúp phát hiện gân tổn thương

+Nghiệm pháp Palm-up: phát hiện tổn thương đầu dài gân cơ nhị đầu: bệnh nhân ngửa bàn tay tư thế 90^0 bàn tay xoay ngoài, nâng dần cánh tay lên trên kháng lại lực giữ của người khám, bệnh nhân đau khi có tổn thương gân cơ nhị đầu, trường hợp có đứt gân nhị đầu để cánh tay dọc theo thân, cẳng tay gấp vuông góc với cánh tay, lên phần sẽ thấy nổi cục vùng cơ cánh tay.

+Nghiệm pháp Jobe: phát hiện tổn thương cơ trên gai: bệnh nhân dạng tay 90^0, ngón cái hướng xuống dưới, đưa cánh tay về trước 30^0 và hạ thấp dần xuống. Bệnh nhân đau khi gân cơ tổn thương.

+Nghiệm pháp Pattes: phát hiện tổn thương cơ dưới gai và cơ tròn bé: khuỷu gấp vào cánh tay 90^0, cánh tay ở tư thế dạng 90^0, hạ thấp cẳng tay và xoay vào trong làm bệnh nhân đau.

+Nghiệm pháp Neer: phát hiện tổn thương vùng dưới mỏm quạ: người khám đứng phía sau bệnh nhân, một tay giữ vùng vai, tay còn lại nâng dần cánh tay cùng bên sẽ gây lực ép vùng mỏm cùng vai. Bệnh nhân đau vung tổn thương.

+Nghiệm pháp Gerber: đánh giá tổn thương cơ dưới vai: đưa tay bệnh nhân ra sau, mu tay tiếp xúc với lưng, đưa tay bệnh nhân tách dần khỏi lưng (xoay khớp vào trong tối đa), cơ dưới vai tổn thương sẽ không làm được động tác này.

+Nghiệm pháp Hawkins: phát hiện tổn thương dây chằng quạ-cùng vai: nâng tay bệnh nhân lên 90^0 và làm động tác xoay trong bằng cách hạ thấp cẳng tay và đưa ra phía ngoài. Bệnh nhân đau dưới mỏm cùng vai.

+Nghiệm pháp Yocum: đặt lòng bàn tay lên mỏm khớp vai của bên đối diện và nâng dần khuỷu tay trong khi vẫn cố định khớp vai đang làm nghiệm pháp. Bệnh nhân đau khi có hẹp khoang dưới mỏm cùng của bên làm nghiệm pháp.

HÌNH ẢNH MINH HỌA NGHIÊN CỨU