

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ MINH THÚY

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA VIÊN
KHỚP VINTONG KẾT HỢP XOA BÓP
BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH
KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI, NĂM 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ MINH THÚY

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA VIÊN
KHỚP VINTONG KẾT HỢP XOA BÓP
BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH
KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 87 20 115

Người hướng dẫn khoa học: TS. Trần Đức Hữu

HÀ NỘI, NĂM 2021

LỜI CẢM ƠN

Em xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Quản lý đào tạo Sau Đại học - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện tốt nhất cho em trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất em xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới TS. Trần Đức Hữu 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 em trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Lời cảm ơn tiếp theo, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới các thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn Thạc sỹ - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy, người cô đã đóng góp cho em nhiều ý kiến quý báu để em hoàn thành nghiên cứu.

Em cũng xin gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, Lãnh đạo khoa cùng toàn thể nhân viên Khoa Châm cứu - Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã tạo điều kiện cho em học tập, thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

Cuối cùng, em muốn bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, những người thân trong gia đình đã luôn giúp đỡ, động viên trong quá trình học tập và nghiên cứu. Cảm ơn các anh chị, các bạn, những người luôn đồng hành cùng em, động viên và chia sẻ trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu đã qua.

Em xin chân thành cảm ơn!

Hà Nội, ngày tháng năm 2021

Nguyễn Thị Minh Thúy

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thị Minh Thúy, học viên Cao học khóa 11, 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 TS. Trần Đức Hữu.

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 tháng năm 2021

Người viết cam đoan

Nguyễn Thị Minh Thúy

MỤC LỤC

LỜI CẢM ƠN	
LỜI CAM ĐOAN	
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.....	3
1.1. Sơ lược về chức năng khớp vai.....	3
1.2. Viêm quanh khớp vai theo Y học hiện đại.....	3
1.2.1. Định nghĩa.....	3
1.2.2. Cơ chế bệnh sinh viêm quanh khớp vai.	3
1.2.3. Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai theo Y học hiện đại.	5
1.2.4. Điều trị viêm quanh khớp vai theo Y học hiện đại	10
1.3. Viêm quanh khớp vai theo Y học cổ truyền	11
1.3.1. Quan niệm Y học cổ truyền về viêm quanh khớp vai.....	11
1.3.2. Các thể bệnh và điều trị.....	12
1.4. Tổng quan về viên khớp VINTONG	14
1.4.1. Xuất xứ.....	14
1.4.2. Dạng thuốc	15
1.4.3. Thành phần.....	15
1.4.4. Phân tích bài thuốc.....	16
1.4.5. Chỉ định và cách dùng, liều lượng	18
1.4.6. Các nghiên cứu về Viên khớp VINTONG.....	19
1.5. Tổng quan xoa bóp bấm huyệt.....	20
1.5.1. Sinh lý xoa bóp bấm huyệt.....	21
1.5.2. Chỉ định xoa bóp bấm huyệt	23
1.5.3. Chống chỉ định xoa bóp bấm huyệt	23
1.6. Tình hình nghiên cứu điều trị Viêm quanh khớp vai.....	23
1.6.1. Trên thế giới	23
1.6.2. Tại Việt Nam.....	25

CHƯƠNG 2: CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	28
2.1. Chất liệu nghiên cứu	28
2.1.1. Viên khớp VINTONG	28
2.1.2. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt	29
2.2. Đối tượng nghiên cứu	30
2.2.1. Đối tượng	30
2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại	30
2.2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền	31
2.2.4. Tiêu chuẩn loại trừ	31
2.3. Địa điểm nghiên cứu	32
2.4. Thời gian nghiên cứu	32
2.5. Phương pháp nghiên cứu	32
2.5.1. Thiết kế nghiên cứu	32
2.5.2. Cỡ mẫu	32
2.5.3. Chọn mẫu	32
2.5.4. Chỉ tiêu nghiên cứu	32
2.5.5. Sai số nghiên cứu	37
2.6. Các bước tiến hành	38
2.6.1. Thăm khám lâm sàng	38
2.6.2. Cận lâm sàng	38
2.6.3. Tiến hành điều trị	39
2.6.4. Đánh giá sau điều trị	39
2.7. Xử lý số liệu	40
2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	40
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	42
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	42
3.1.1. Đặc điểm về tuổi và nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu	42
3.1.2. Đặc điểm về giới bệnh nhân nghiên cứu	42
3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu	43
3.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu	44

3.1.5. Vị trí khớp vai mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu.....	44
3.1.6. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị	45
3.1.7. Đặc điểm tầm vận động khớp vai trước điều trị	45
3.1.8. Đặc điểm siêu âm khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu.....	47
3.1.9. Đặc điểm phim X-quang khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu	48
3.2. Kết quả điều trị của Viên khớp Vintong kết hợp xoa bóp bấm huyệt	49
3.2.1. Sự thay đổi điểm đau VAS trước và sau điều trị	49
3.2.2. Sự thay đổi tầm vận động khớp vai trước và sau điều trị	50
3.2.3. Sự thay đổi thang điểm Costant & Murley trước và sau điều trị	56
3.2.4. Kết quả điều trị chung.....	57
3.3. Tác dụng không mong muốn.....	58
3.3.1. Biến đổi một số chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng	58
3.3.2. Một số triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng	59
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	60
4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	60
4.1.1. Đặc điểm về tuổi và nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu.....	60
4.1.2. Đặc điểm về giới bệnh nhân nghiên cứu	61
4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu.....	62
4.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu	62
4.1.5. Vị trí khớp vai mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu.....	63
4.1.6. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị	64
4.1.7. Đặc điểm tầm vận động khớp vai trước điều trị	65
4.1.8. Đặc điểm siêu âm khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu.....	66
4.1.9. Đặc điểm phim X-quang khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu	67
4.2. Kết quả điều trị của Viên khớp Vintong kết hợp xoa bóp bấm huyệt	68
4.2.1. Sự thay đổi điểm đau VAS trước và sau điều trị	68
4.2.2. Sự thay đổi tầm vận động khớp vai trước và sau điều trị	70
4.2.3. Sự thay đổi thang điểm Costant & Murley trước và sau điều trị	74
4.2.4. Kết quả điều trị chung.....	75

4.3. Tác dụng không mong muốn.....	78
4.3.1. Biến đổi một số chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng	78
4.3.2. Một số triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng	78
KẾT LUẬN	79
KIẾN NGHỊ.....	80
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
ALT		Alanin Amino Transferase
AST		Aspartate Amino Transferase
BN	Bệnh nhân	
D0	Ngày 0	Day 0
D10	Ngày 10	Day 10
D20	Ngày 20	Day 20
NĐC	Nhóm đối chứng	
NNC	Nhóm nghiên cứu	
VAS	Thang điểm đau	Visual Analog Scales
VQKV	Viêm quanh khớp vai	
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt	
YHCT	Y học cổ truyền	
YHHĐ	Y học hiện đại	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS	33
Bảng 2.2. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI	34
Bảng 2.3. Bảng đánh giá chức năng khớp vai theo Constant CR và Murley AHG	35
Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu	42
Bảng 3.2. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu	44
Bảng 3.3. Vị trí khớp vai mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu.	44
Bảng 3.4. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị.....	45
Bảng 3.5. Đặc điểm tầm vận động khớp vai (động tác dạng) trước điều trị.....	45
Bảng 3.6. Đặc điểm tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong) trước điều trị ...	46
Bảng 3.7. Đặc điểm tầm vận động khớp vai (động tác xoay ngoài) trước điều trị ...	47
Bảng 3.8. Đặc điểm siêu âm khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu	47
Bảng 3.9. Đặc điểm phim X-quang khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu	48
Bảng 3.10. Phân loại điểm đau VAS trước và sau điều trị.	49
Bảng 3.11. Phân loại tầm vận động khớp vai trước và sau 10 ngày điều trị	50
Bảng 3.12. Phân loại tầm vận động khớp vai trước và sau 20 ngày điều trị	52
Bảng 3.13. Sự thay đổi thang điểm Costant & Murley trước và sau điều trị.....	56
Bảng 3.14. Kết quả điều trị chung.....	57
Bảng 3.15. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu trước và sau điều trị	58
Bảng 3.16. Tác dụng không mong muốn của viên khớp Vintong	59
Bảng 3.17. Tác dụng không mong muốn của phương pháp XBBH	59

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về giới bệnh nhân nghiên cứu	42
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu	43
Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi giá trị trung bình điểm đau VAS trước và sau điều trị.....	50
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác dạng trước và sau điều trị.....	53
Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay trong trước và sau điều trị.	54
Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài trước và sau điều trị.....	55

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Hình ảnh viên khớp VINTONG.....	15
Hình 2.1. Thang điểm đánh giá đau VAS	33

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu.....	41
----------------------------------	----

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai là thuật ngữ dùng để chỉ tất cả những trường hợp đau và hạn chế vận động khớp vai do tổn thương ở phần mềm quanh khớp mà chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp. Do đó, viêm quanh khớp vai không bao gồm những bệnh có tổn thương đặc thù của đầu xương, sụn khớp, màng hoạt dịch, viêm khớp, chấn thương... [1], [2].

Viêm quanh khớp vai là bệnh khá phổ biến trong số các bệnh khớp thường gặp tại các Phòng khám Khoa khớp, Khoa Đông y và Khoa Phục hồi chức năng. Tuy bệnh không ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng, nhưng nó thường kéo dài nhiều tháng, thậm chí hàng năm, gây đau đớn và hạn chế vận động, ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày và khả năng làm việc của người bệnh [1], [2].

Trong 10 năm (1991 – 2000) số bệnh nhân VQKV điều trị ngoại trú tại Khoa cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai chiếm 13,24% tổng số bệnh nhân điều trị ngoại trú [3]. Theo một số nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh VQKV vào khoảng 2% đến 5% dân số [4]. Kết quả từ một nghiên cứu dân số dọc ở Na Uy trong vòng 14 năm từ 1990 đến 2004, tỷ lệ đau vai trong 1 năm là 46,7% vào năm 1990, 48,7% vào năm 1994 và 55,2% vào năm 2004 [5].

Trong thực tế lâm sàng việc điều trị viêm quanh khớp vai bằng nội khoa Y học hiện đại chủ yếu thường sử dụng thuốc kháng viêm, giãn cơ, giảm đau (nonsteroid, steroid và các dẫn xuất ...). Các thuốc này thường không thể sử dụng dài ngày được [6]. Do đó việc tìm ra phương pháp điều trị không cần dùng thuốc đơn giản, hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân là vấn đề cấp thiết cần được đặt ra.

Theo Y học cổ truyền bệnh viêm quanh khớp vai thuộc phạm vi Chứng kiên tý. Dựa vào triệu chứng lâm sàng và nguyên nhân gây bệnh, bệnh được phân làm 3 thể: kiên thống, kiên ngưng và lậu kiên phong. Để điều trị bệnh này người xưa đã có nhiều phương pháp như châm cứu, giác lửa, xoa bóp bấm huyệt, dùng thuốc sắc uống... [7], [8]. Thực tế cho thấy việc phối hợp các phương pháp điều trị cho kết quả khả quan hơn nhiều.

Viên khớp VINTONG xuất xứ từ bài thuốc KNC là bài thuốc chữa xương khớp nghiệm phương của PGS.TS. Đậu Xuân Cảnh dựa vào lý luận y học cổ truyền trong điều trị chứng thoái hóa, đau nhức xương khớp cũng như việc phối ngũ các vị thuốc theo pháp phương hài hòa với các vị dược liệu để nâng cao tác dụng điều trị đã được nghiên cứu thử nghiệm độc tính và ứng dụng điều trị trên lâm sàng cho thấy tác dụng chống viêm giảm đau hiệu quả [9], [10], [11].

Trong giai đoạn phát triển về khoa học kỹ thuật hiện nay, việc kết hợp giữa y học hiện đại và cổ truyền là xu thế tất yếu của thời đại. Việc sử dụng bài thuốc YHCT kết hợp phương pháp xoa bóp bấm huyệt đã được thực hiện từ rất lâu tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh mang lại hiệu quả rõ rệt cho bệnh nhân. Trên thực tế điều trị, chúng tôi thấy viên khớp VINTONG có hiệu quả chống viêm giảm đau rất tốt và ứng dụng điều trị VQKV có hiệu quả rất cao. Tuy nhiên, chưa có tác giả nào nghiên cứu phương pháp điều trị viêm quanh khớp vai bằng viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt mang tính hệ thống. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “***Đánh giá tác dụng của viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần***”.

Nhằm mục tiêu sau:

1. Đánh giá tác dụng của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.
2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp trong quá trình điều trị.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1. Sơ lược về chức năng khớp vai

Khớp vai là khớp linh hoạt của cơ thể, nhưng cũng dễ tổn thương nhất vì bao khớp mỏng, lỏng lẻo, dây chằng không đủ chắc và cũng do động tác của khớp đa dạng, biên độ lớn gồm các động tác của cánh tay (ra trước, ra sau, lên trên, vào trong, ra ngoài, xoay tròn) và động tác của riêng vai (lên trên, ra trước, ra sau) [2],[12], [13].

Có được nhiều động tác như vậy là do khớp vai có cấu tạo rất phức tạp với sự tham gia của nhiều xương, khớp, gân, cơ, dây chằng [14].

1.2. Viêm quanh khớp vai theo Y học hiện đại

1.2.1. Định nghĩa

Viêm quanh khớp vai là một bệnh bao gồm những trường hợp đau và hạn chế vận động khớp vai mà tổn thương chủ yếu là phần mềm quanh khớp như gân, cơ, dây chằng và bao khớp. Không bao gồm những bệnh có tổn thương đặc thù của đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch [2], [12].

1.2.2. Cơ chế bệnh sinh viêm quanh khớp vai.

Tổn thương hay gặp nhất trong viêm quanh khớp vai là tổn thương gân của các cơ xoay, bó dài gân cơ nhị đầu, bao thanh mạc dưới mỏm cùng [3], [12]. Gân là tổ chức có tính chất đặc biệt về quá trình dinh dưỡng và chuyển hóa. Những mạch máu đi từ cơ, xương, tổ chức quanh gân chỉ đi tới lớp ngoài cùng của bó gân thứ hai. Do vậy bó gân thứ nhất, các tế bào xơ, sợi collagen được coi là tổ chức dinh dưỡng hoàn toàn bằng con đường thẩm thấu. Vì thế gân được coi là tổ chức dinh dưỡng chậm. Các gân xung quanh khớp vai có thể bị tổn thương do những nguyên nhân:

- 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 hóa theo tuổi, do bệnh làm thay đổi cấu trúc và tính thẩm thấu của thành mạch (đái tháo đường, xơ vữa động mạch ...) [2], [12].

- Chấn thương cơ học.

Gân bị tổn thương có thể do các chấn thương cấp tính, mạn tính, nhưng trong bệnh viêm quanh khớp vai phần lớn các thương tổn là do các vi chấn thương lặp đi lặp lại nhiều lần [2], [12].

Ở tư thế dang tay, đặc biệt là từ $70^\circ - 130^\circ$, 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 lại càng hẹp hơn và chụp của các cơ xoay bị kẹp giữa hai xương như hai gọng kìm.

Ở tư thế khép tay, mặt tiếp xúc của ổ chụp với các xương xoay bị ép chặt bởi chỏm xương cánh tay. Sự ép chặt này không những tạo ra những kích thích về cơ học mà còn giảm lưu lượng máu cung cấp cho gân [2], [12].

Bó dài gân cơ nhị đầu phải chui qua rãnh cơ xương 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 [2], [13].

- Thuốc và hormone .

Tiêm corticoid vào gân: corticoid ức chế tế bào và quá trình tổng hợp Glycosaminoglycan [2], [12].

Dùng steroid tăng đồng hóa kéo dài thì sau đó là giai đoạn dị hóa gây ra hoại tử tế bào và tiêu hủy tổ chức xơ có thể gây đứt gân [4],[15]. Gân của các cơ xoay thường bị tổn thương ở:

- Nơi chuyển tiếp giữ 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.

- Hiện tượng lắng đọng calci ở tổ chức gân xung quanh vai.

Quá trình phụ thuộc vào lưu lượng máu tới gân. Calci được lắng đọng ở những tổ chức dinh dưỡng kém, thậm chí là những tổ chức chết, do đó gọi là calci hóa do loạn dưỡng. Trên thực tế có những bệnh nhân có lắng đọng calci ở gân thì đau nhưng có những người lại hoàn toàn không đau. Lí 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 [4]. Nếu calci lắng đọng ở trong gân thì không 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 [2], [13].

1.2.3. Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai theo Y học hiện đại.

Có 4 thể bệnh khác nhau của viêm quanh khớp vai [2], [12], [13], [16].

1.2.3.1. Thể viêm gân đơn thuần.

- Nguyên nhân:

Do viêm một trong các gân cơ xoay, viêm gân cơ trên gai, viêm gân bó dài của cơ nhị đầu hiếm gặp hơn.

Do thoái hóa và vôi hóa phần mềm quanh khớp vai.

Do thời tiết lạnh ẩm.

Do thói quen nghề nghiệp, thể thao.

Một số ít không tìm được nguyên nhân [12], [15].

- Triệu chứng lâm sàng:

- Cơ năng: những cơn đau thông thường là vừa phải, đau thường xuyên, đau tăng khi vận động kèm theo sự hạn chế vận động chủ động nhưng không hạn chế vận động thụ động.

- Thực thể: tùy vị trí gân tổn thương mà có các triệu chứng khác nhau:

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

Tổn thương cơ dưới gai và cơ tròn bé: đau dưới móm cùng phía sau ngoài, đau tăng khi quay ngoài có đối kháng. Phát hiện tổn thương bằng nghiệm pháp Pattes.

Tổn thương vùng dưới móm quạ: nghiệm pháp Neer.

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

Tổn thương hẹp khoang dưới móm cùng vai: nghiệm pháp Yocum.

Tổn thương đầu dài gân cơ nhị đầu: Nghiệm pháp Palm-up.

Tổn thương cơ dưới vai: nghiệm pháp tay – gáy, tay – lưng, nghiệm pháp Gerber [17].

- Cận lâm sàng:

Chụp X - quang quy ước khớp vai:

Phim chụp khớp vai trong viêm khớp vai thể đơn thuần không có tổn thương xương và khớp vai. Một số trường hợp có thể thấy hình ảnh bào mòn máu động lớn (hình ảnh gián tiếp của thoái hóa do thiếu dưỡng gân cơ trên gai), hoặc lắng đọng calci ở gân trên gai.

Siêu âm: hình ảnh viêm gân [12], [18], [19].

Siêu âm khớp vai là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm nhập rất có giá trị trong phát hiện các tổn thương ở khớp vai. Có thể thăm dò hình ảnh của các gân chóp xoay, gân cơ nhị đầu, bao hoạt dịch dưới móm cùng vai, bao khớp và bao hoạt dịch khớp ổ chảo - cánh tay. Có thể làm siêu âm nhiều lần để đánh giá tiến triển của tổn thương. Trong thường hợp tổn thương chỉ ở mức độ nhẹ, hình ảnh siêu âm khớp vai có thể bình thường.

+ Siêu âm khớp vai được thực hiện với đầu dò phẳng, tần số 5 - 12 MHz, các hình ảnh phải thấy được khi siêu âm khớp vai đó là: gân nhị đầu diện cắt ngang và cắt dọc gân, gân dưới vai diện cắt ngang và cắt dọc gân, gân trên gai diện cắt ngang và cắt dọc gân, gân dưới gai diện cắt ngang và cắt dọc gân.

+ Kỹ thuật siêu âm:

Khảo sát mặt trước của khớp vai: quan sát hình ảnh của gân nhị đầu và gân dưới vai, có dịch trong hoặc ngoài ổ khớp.

Khảo sát mặt trên: quan sát gân cơ trên gai.

Khảo sát mặt bên: quan sát cơ delta và gân cơ trên gai.

Khảo sát mặt sau: quan sát gân cơ dưới gai.

Một số tổn thương trên siêu âm hay gặp trong viêm quanh khớp vai đơn thuần:

Gân nhị đầu giảm âm và phù nề to lên lấp kín rãnh nhị đầu (cắt ngang).

Xuất tiết dịch trong bao thanh mạc gân nhị đầu (cắt dọc).

- Viêm gân nhị đầu: bình thường gân nhị đầu hình oval nằm sát đáy rãnh nhị đầu, cấu trúc gân đồng âm, không có dịch trong bao gân. Trường hợp viêm gân nhị đầu thấy gân nhị đầu to lên hình tròn lấp kín rãnh nhị đầu, cấu trúc gân giảm âm không đều, ranh giới bao gân không rõ ràng, có dịch ở xung quanh gân. Nếu có trật gân nhị đầu thấy rãnh nhị đầu rộng. Có thể thấy hình ảnh đứt gân bán phần hoặc đứt toàn phần.

- Viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai: bình thường trong bao hoạt dịch không có dịch, chỉ có chất hoạt hoạt dịch lỏng trên mặt nên hai mặt bao sát nhau, siêu âm không nhìn thấy được bao.

Đứt bán phần gân cơ trên gai. Đứt hoàn toàn gân cơ trên gai. Calci hóa gân cơ trên gai.

Khi có viêm thấy vỏ bao dày lên, có dịch trong bao nên làm hai vỏ bao tách xa nhau, có thể thấy tinh thể calci ở trong bao do calci từ gân cơ trên gai tràn vào. Có thể thấy viêm bao hoạt dịch đơn thuần mà không kèm theo tổn thương gân cơ chóp xoay, nhưng có thể thấy viêm bao hoạt dịch cùng với calci hóa gân trên gai hoặc đứt bán phần hoặc đứt hoàn toàn gân cơ chóp xoay.

- Tổn thương gân các cơ chóp xoay: thấy gân dày lên, tăng đậm độ siêu âm, ranh giới bao gân không rõ, có thể thấy lắng đọng calci ở gân hoặc đứt bán phần hoặc đứt hoàn toàn.

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

• Tiên triển:

- Thuận lợi: 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.

- Không thuận lợi: một số trường hợp có thể 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 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 xát của cơ xoay, nhất là gân cơ trên gai với mỏm cùng - quạ. Đau khi duỗi tay chủ động từ 60° - 120° và khi chuyển tư thế duỗi tay về tư thế nghỉ.

• Điều trị:

- Nội khoa: giảm đau, chống viêm không steroid, giãn cơ. Tiêm corticoid tại chỗ (tiêm dưới mỏm cùng vai ngoài đối với gân cơ trên gai), tối đa 3 lần, cách nhau 15 ngày [12], [20], [21].

- Vật lý trị liệu - phục hồi chức năng [12].

- Ngoại khoa: đối với hội chứng chèn ép có thể thực hiện cắt dây chằng cùng - quạ đôi khi phối hợp tạo hình mỏm quạ.

1.2.3.2. 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 mỏm vai xuống tay. Bệnh nhân 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.

- X - quang: khoảng cùng vai - máu chuyển rộng ra. Thường thấy hình calci hóa ở khoảng cùng vai – máu động.

- Siêu âm: hình calci hóa gân [12], [13].

- Điều trị: bất động khớp vai, chườm đá lên vai đau, thuốc giảm đau chống viêm không steroid. Tiêm corticoid tại chỗ khi đã loại trừ trường hợp nhiễm trùng. Nội soi rửa khớp loại bỏ calci hóa [12].

1.2.3.3. 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 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.

- Triệu chứng lâm sàng:

- Cơ năng: đau cấp sau giảm dần và hết đau, điềm đau không thấy.

- Thực thể: hạn chế vận động chủ động, không thực hiện được hoặc hạn chế <math><40^\circ</math> động tác duỗi ra, trong khi vận động thụ động bình thường. Có sự teo cơ tại chỗ.

- Cận lâm sàng:

X - quang quy ước:

- Chỉ ra những dấu hiệu gián tiếp của đứt chụp các cơ xoay.

- Có thể có trường hợp x - quang quy ước bình thường.

Chụp khớp vai cản quang: Xác định chấn đoán do có hình ảnh bề rộng vết đứt của chụp các cơ xoay.

Siêu âm: Trên siêu âm không thấy hình ảnh của chụp các cơ xoay, gián đoạn của các thớ gân thay thế bằng một vùng giảm âm hoặc tăng âm hoàn toàn.

- Tiến triển: hiếm khi tiến triển nhanh đến phục hồi hoàn toàn.

- Điều trị:

- Nội khoa: giảm đau, chống viêm.

- Ngoại khoa: phẫu thuật.

1.2.3.4. Thể đông cứng khớp vai

- 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 mạch do trật khớp, gãy xương.

- Triệu chứng lâm sàng:

- Cơ năng: đau ít hoặc không đau nhưng hạn chế vận động ngày càng tăng (cả chủ động và thụ động).

- Thực thể: vai cứng lại, chủ yếu hạn chế động tác vận động dạng và xoay ngoài [12], 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.

- Cận lâm sàng

- X quang quy ước: Lúc đầu bình thường, sau đó có thể xuất hiện những dấu hiệu loãng đầu xương cánh tay, đường giao khớp bình thường.

- Siêu âm: không thấy co thắt bao khớp.

- Chụp bao khớp cản quang: Thấy hình ảnh co thắt bao khớp.

- Chụp cộng hưởng từ khớp vai: Có giá trị tốt để chẩn đoán, có thể thấy hình ảnh dây chằng quạ - cánh tay, bao khớp ở vùng gân mũ cơ xoay và dấu hiệu tam giác dưới mỏm quạ.

- Tiến triển: thuận lợi kèm theo việc giảm các dấu hiệu trong 6 – 20 tháng.

- Điều trị:

- Nội khoa: Loại hoàn toàn yếu tố thuận lợi nếu biết được và nếu có thể.

- Ngoại khoa: Phẫu thuật nội soi nong ổ khớp.

1.2.4. Điều trị viêm quanh khớp vai theo Y học hiện đại

Các phương pháp điều trị viêm quanh khớp vai thường được áp dụng:

- Điều trị không dùng thuốc: vật lý trị liệu phục hồi chức năng như: nhiệt trị liệu, điện trị liệu, xoa bóp, kéo giãn, vận động ...[14], [21].

- Điều trị dùng thuốc: Dùng các thuốc giảm đau, chống viêm, chống co thắt như: Meloxicam, Celecoxib, Diclofenac, Mydocalm, Myonal...[2], [12].

- Điều trị tại chỗ: Phong bế và tiêm thuốc tại chỗ bằng Novocain, Hydrocortison. Cắt đứt phản xạ bằng phong bế giao cảm cổ [2], [12].

- Điều trị can thiệp: Chỉ định phẫu thuật ở những bệnh nhân không cải thiện sau 6 tháng điều trị bảo tồn hay ở bệnh nhân dưới 60 tuổi rách cơ chụp xoay nặng ảnh

hưởng đến chức năng, với điều kiện tầm vận động thụ động của khớp vai còn tốt. Với bệnh nhân trên 60 tuổi lời khuyên chung là điều trị bảo tồn [2], [12].

1.3. Viêm quanh khớp vai theo Y học cổ truyền

1.3.1. Quan niệm Y học cổ truyền về viêm quanh khớp vai

Theo YHCT viêm quanh khớp vai là một bệnh thuộc Chứng tý. Bệnh xuất hiện do vệ khí của cơ thể không đầy đủ, các tà khí như phong, hàn, thấp thừa cơ xâm nhập bì phu, kinh lạc làm cho sự vận hành khí huyết bị bế tắc, gây nên chứng đau khớp vai. Ngoài ra còn do các nguyên nhân khác như chấn thương hoặc do người cao tuổi can thận hư tổn, hoặc bệnh lâu ngày làm khí huyết hư, dẫn đến can thận hư [22]. Thận hư không chủ được cốt tủy, can huyết hư không nuôi dưỡng được gân, dẫn tới khớp xương đau nhức, vận động khó khăn...

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, trong có khí huyết hư, bì phu tấu lý sơ hở để ngoại tà xâm nhập gây tắc trệ, khí huyết không hành “bất thông tắc thống” mà sinh ra đau khớp vai [10], [15], [22].

Theo lý luận YHCT, chứng bệnh này nằm trong phạm vi Chứng tý (Kiên tý, Kiên thống) do hàn thấp xâm nhập gây bên khí trệ, huyết ứ, kinh mạch không lưu thông “bất thông tắc thống”, cân cơ không được nuôi dưỡng lại kết hợp với hàn ngưng, huyết ứ vì vậy hạn chế vận động [22].

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 thủy 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” [22].

Bệnh thuộc phạm vi chứng Kiên tý. Gồm 3 thể là Kiên thống, Kiên ngưng và Lộ kiên phong tương ứng với 3 thể của YHHĐ [22].

Do chứng này thuộc Chứng tý, nên nguyên nhân cũng do Phong, Hàn, Thấp kết hợp với nhau, làm bế tắc kinh lạc gây ra. Giai đoạn đầu Phong hàn thắng, bệnh nhân đau là chủ yếu (Kiên thông), giai đoạn sau Hàn thấp thắng, hạn chế vận động là chủ yếu (Kiên ngưng). Lâu ngày các tà khí này làm tắc đường lưu thông khí huyết, khí huyết không đủ nuôi dưỡng cân cơ gây ra teo cơ, cứng khớp (Lậu kiên phong).

1.3.2. Các thể bệnh và điều trị

1.3.2.1. Thể kiên thông (tương ứng với Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần)

- Triệu chứng: Đau là dấu hiệu chính, đau nhiều, đau cố định một chỗ, trời lạnh ẩm đau tăng, chườm ấm đỡ đau. Đau tăng khi vận động, làm hạn chế một số động tác như chải đầu, gội lưng. Khớp vai không sưng, không nóng, không đỏ, cơ chưa teo. Ngủ kém, mất ngủ vì đau. Chất lưỡi hồng, rêu 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 cụ thể: Bài thuốc cổ phương thường sử dụng bài thuốc “Quyên tý thang” (Tế sinh phương).

Khương hoàng	12g	Phòng phong	08g
Khương hoạt	08g	Xích thược	12g
Đương quy	12g	Chích cam thảo	04g
Chích hoàng kỳ	12g	Gừng tươi	04 lát
Đại táo	03 quả		

Sắc uống ngày 1 thang.

- Phương pháp không dùng thuốc:

+ Châm cứu:

Châm tả: Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Kiên ngoại du, Kiên liêu, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Vân môn, Hợp cốc, Khúc trì, A thị.

Có thể hào châm, ôn châm, điện châm... nhưng điện châm có khả năng giảm đau tốt và dễ ứng dụng trong lâm sàng [7], [22], [23].

+ XBBH: Thủ thuật: xát, day, lăn, bóp, vòn, vận động, bấm huyết (các huyết châm cứu). Động tác nhẹ nhàng không làm đau tăng cho bệnh nhân [10], [22].

+ Thủy châm: Vitamin B1, B6, B12, thuốc giảm đau chống viêm NSAIDs các huyết: Thiên tông, Kiên trinh, Kiên liêu, Kiên ngoại du, A thị.

1.3.2.2. Thể kiên ngưng (tương ứng với viêm quanh khớp vai thể đông cứng)

- Triệu chứng: Khớp vai 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 các động tác chủ động, như chải đầu, gội lưng, lấy đồ vật ở trên cao... Trời lạnh ẩm, nhất là 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 trắng dính nhớt, mạch trầm hoát.

- Pháp điều trị: Tán hàn, trừ thấp, ôn kinh chi thông, bổ dưỡng khí huyết.

- Điều trị cụ thể: Bài thuốc cổ phương thường sử dụng “Ô đầu thang”.

Ma hoàng	08g	Bạch thược	12g
Xuyên ô chế	12g	Hoàng kỳ	16g
Chích cam thảo	12g	Mật ong	80g

Sắc với mật ong uống ngày 1 thang.

- Phương pháp không dùng thuốc:

+ Châm cứu: châm bổ các huyết như thể kiên thông.

+ Xoa bóp bấm huyết:

Thủ thuật: xát, day, lăn, bóp vờn, bấm huyết, 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 [7], [22], [23].

1.3.2.3. Thể lậu kiên phong (tương ứng với viêm quanh khớp vai thể giả liệt)

- 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 bàn tay. Khớp vai đau ít, hạn chế vận động rõ. Bàn tay phù có khi lan lên cẳng tay, phù to và cứng, bầm tím lạnh. Toàn bộ bàn tay đau nhức suốt ngày đêm, cơ teo rõ rệt, cơ lực giảm, vận động khớp bàn ngón hạn chế, móng tay mỏng tròn dễ gãy. Chất lưỡi tím nhợt, có điểm ứ huyết.

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

- Điều trị cụ thể: Bài thuốc cổ phương thường sử dụng “Tứ vật đào hồng”.

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

Sắc uống ngày 1 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, Khương hoàng 08g để tăng sức hoạt huyết tiêu ứ.

- Phương pháp không dùng thuốc.

+ Châm cứu:

Châm tả các huyết như thể Kiên ngưng thêm Khúc trì, thủ tam lý, ngoại quan, dương trì, hợp cốc bên đau.

+ Xoa bóp bấm huyết:

Thủ thuật như thể Kiên ngưng và 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 [7], [22], [23].

1.4. Tổng quan về viên khớp VINTONG

1.4.1. Xuất xứ

Viên khớp VINTONG xuất xứ từ bài thuốc KNC là bài thuốc chữa xương khớp nghiệm phương của PGS.TS. Đậu Xuân Cảnh dựa vào lý luận y học cổ truyền trong điều trị chứng thoái hóa, đau nhức xương khớp cũng như việc phối ngũ các vị thuốc theo pháp phương hài hòa với các vị dược liệu để nâng cao tác dụng điều trị đã được nghiên cứu thử nghiệm độc tính và ứng dụng điều trị trên lâm sàng cho thấy tác dụng chống viêm giảm đau hiệu quả.

1.4.2. Dạng thuốc



Hình 1.1. Hình ảnh viên khớp VINTONG

Viên hoàn cứng, màu nâu, hình tròn đồng nhất, mùi thơm dược liệu đặc trưng.

1.4.3. Thành phần

Mỗi gói 5g hoạt chất có chứa:

Hoạt chất: Dịch chiết tương đương với các dược liệu sống.

Độc hoạt (Radix Angelicae Pubescentis)	05g
Phòng phong (Radix Saposhnikoviae divaricatae)	05g
Tần giao (Radix Gentianae)	05g
Tang ký sinh (Herba Lorathi Gracifilolii)	03g
Ngưu tất (Radix Achyranthis bidentatae)	05g
Bạch thược (Radix Paeoniae lactiflorae)	05g
Thục địa (Radix Remanniae glutinosae praeparata)	2,5g
Khương hoạt (Rhizoma et radix Notopterygii)	2,5g
Tế tân (Radix et Rhizoma Asari)	2,5g
Đẳng sâm (Radix Codonopsis)	05g
Đương quy (Radix Angelicae sinensis)	2,5g
Đỗ trọng (Eucommia ulmoides)	2,5g
Xuyên khung (Ligusticum wallichii Franch)	2,5g
Cam thảo (Radix Glycyrrhizae)	01g
Tá dược vừa đủ	05g

1.4.4. Phân tích bài thuốc

1.4.4.1. Theo Y học hiện đại

Độc hoạt có tác dụng giảm đau, an thần và kháng viêm rõ rệt. Thuốc có thành phần chống loét dạ dày. Đối với hội tràng thô, thuốc có tác dụng co thắt [24].

Tần giao có tác dụng kháng viêm rõ rệt, do thành phần Gentianine A tác động lên hệ thần kinh làm hưng phần chức năng tuyến yên - vỏ thượng thận. Thuốc còn có tác dụng an thần, giảm đau, giải nhiệt, kháng histamin, chống choáng do dị ứng [25].

Ngưu tất có tác dụng thúc đẩy quá trình tổng hợp protein. Glucozit Bạch thực ức chế trung khu thần kinh nên có tác dụng an thần, giảm đau, ức chế cơ trơn của tử cung và dạ dày, ruột, ức chế tiết vị toan phòng được loét ở chuột cống thực nghiệm, chống viêm và hạ nhiệt, có tác dụng bảo vệ gan, làm hạ men Transaminaza [26].

Thực địa có tác dụng kháng viêm. Đối với chuột cống, thực nghiệm gây sưng tấy bằng Formalin vùng chân đùi, thuốc làm giảm sưng rõ; không ảnh hưởng đến đường huyết bình thường của thô, cường tim, hạ áp, cầm máu, bảo vệ gan, lợi tiểu, chống chất phóng xạ, chống nấm. Thuốc có tác dụng ức chế miễn dịch kiểu corticoid nhưng không làm ức chế hoặc teo vỏ thượng thận [27].

Thực nghiệm trên súc vật chứng minh Đẳng sâm có tác dụng trên cả mặt hưng phần và ức chế của vỏ não đồng thời làm tăng khả năng miễn dịch của cơ thể [28].

Đương quy có tác dụng làm giãn huyết quản ngoại vi, làm dịu co thắt cơ trơn của huyết quản ngoại vi, tăng lưu lượng máu; vì thế mà Đương quy có tác dụng giảm đau [24].

Đỗ trọng có tác dụng chống viêm, tăng cường chức năng vỏ tuyến thượng thận, tác dụng hưng phần hệ thống tuyến yên, vỏ tuyến thượng thận, an thần giảm đau (trần kinh, chỉ thông), tăng tính miễn dịch của cơ thể [27].

1.4.4.2. Theo phối ngũ lập phương Y học cổ truyền

Khương hoạt, độc hoạt khu phong trừ thấp, dưỡng huyết hòa vinh, hoạt lạc thông tỳ là chủ dược. Khương hoạt chủ phần trên, độc hoạt chủ trị phần dưới.

Tế tân vị cay tính ấm có tác dụng tán hàn trừ thấp, ôn kinh lạc giảm đau, cùng tần giao phòng phong khu phong thắng thấp làm thần.

Tang ký sinh, ngưi tất, đở trọng bổ ích can thận, cường gân cốt. Đởng sâm, cam thảo ích khí kiện tỳ, bổ khí huyết.

Thực địa, xuyên khung, đương quy, bạch thược bổ huyết điều huyết, huyết hành phong tất diệt. Tất cả đều là tá dược bổ can thận khí huyết trừ phong thấp.

Cam thảo là tá, sứ điều hòa bài thuốc.

Sự phối hợp các vị thuốc tạo thành 1 tổng thể vừa phù chính khu tà, kiên cố cả gốc cả ngọn, vừa bổ can thận, bổ khí huyết lại khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc.

1.4.4.3. Theo tính vị quy kinh

Độc hoạt vị cay, đởng, ôn, quy kinh Can, Thận, Bàng quang có tác dụng trừ phong thấp chỉ thống, giải biểu. Chủ trị chứng phong thấp tý thống, thiếu âm đầu thống, phong hàn biểu chứng kiêm thấp [29].

Phòng phong vị cay ngọt, tính ấm, quy kinh Bàng Quang, Can, có tác dụng tán hàn giải biểu, trừ phong thấp, giải kinh phong [24].

Tần giao vị đởng cay, hơi hàn, qui kinh Vị Can Đởm, có tác dụng trừ phong thấp thư cân hoạt lạc, thanh hư nhiệt, trị các chứng phong thấp tý thống, cốt chung triều nhiệt [25].

Tang kí sinh vị đởng tính bình quy kinh Can Thận, có tác dụng chữa đau xương khớp, đau dây thần kinh ngoại biên, đau lưng ở người già [30].

Ngưi tất đởng, chua, bình, quy kinh Can Thận, có tác dụng hoạt huyết khu ứ, bổ can thận dưỡng gân cốt, lợi niệu thông lâm, làm sứ dược dẫn huyết và hòa xuống phần dưới cơ thể, chủ trị các chứng lưng gối nhức mỏi [31].

Bạch thược vị đởng, chua, hơi hàn, quy kinh Can Tỳ, có tác dụng dưỡng huyết, liễm âm, hòa can chỉ thống, chủ trị các chứng can huyết hư, cơ thể hư nhược, nhiều mồ hôi, các chứng âm huyết hư, can dương thịnh, can phong động, các chứng đau do bệnh của can [26].

Thực địa ngọt hơi ôn, quy kinh Can thận, có tác dụng dưỡng huyết tư âm, bổ tinh ích tỳ, chủ trị các can thận âm hư, tinh huyết hư.

Tế tân vị cay tính ấm, quy kinh Tâm, Phế, Thận, có tác dụng phát hãn, tán hàn, trán thống, khu đàm, chỉ khái [26].

Đẳng sâm vị ngọt bình, quy kinh Tỳ Phế, có tác dụng bổ trung ích khí, sinh tân, dưỡng huyết, chủ trị chứng trung khí bất túc, phế khí hư nhược, huyết hư hoặc khí huyết lưỡng hư [28].

Đương quy vị ngọt cay ôn, quy kinh Can Tâm Tỳ, có tác dụng bổ huyết, hoạt huyết, chỉ huyết. Chủ trị chứng tâm can huyết hư, kinh nguyệt không đều, đau kinh, tắt kinh, các bệnh thai tiền sản hậu, tổn thương do té ngã, đau tê chân tay (tý thống ma mộc), nhọt lở loét (ung thư sang thương), chứng huyết hư trường táo kiêm trị khái suyễn [24].

Xuyên khung vị cay tính ôn, quy kinh Can Đờm, Tâm bào, có tác dụng hoạt huyết hành khí, khu phong chỉ thống. Chủ trị các chứng chân tay tê dại, chứng phong thấp tý [24].

Đỗ trọng ngọt, ôn, quy kinh Can thận, có tác dụng bổ can thận, cường gân cốt, chủ trị chứng thận hư, đau lưng, liệt dương, thai động, thai lậu, trụ thai [24].

Cam thảo vị ngọt, tính bình, quy kinh Tỳ Vị Phế Tâm, có tác dụng bổ trung ích khí, nhuận phế chỉ khát, hoãn cấp chỉ thống, thanh nhiệt giải độc, chủ trị các chứng tỳ vị hư nhược [25].

1.4.5. Chỉ định và cách dùng, liều lượng

- Chỉ định:

Dùng điều trị các chứng bệnh đau nhức xương khớp, tê bì tay chân, đau mỏi cơ, thoái hóa khớp gối, thoái hóa cột sống cổ, cột sống thắt lưng, thoát vị đĩa đệm, viêm quanh khớp vai, hạn chế vận động khớp, đi lại khó khăn; viêm đa khớp, đau dây thần kinh tọa, phòng ngừa và làm chậm quá trình thoái hóa xương khớp, phục hồi chức năng xương, khớp sau chấn thương.

- Cách dùng và liều lượng:

Mỗi lần uống 1 gói sau ăn 30 phút. Bệnh cấp tính và nặng uống 3 gói/ngày, bệnh mạn tính duy trì uống 2 gói/ngày.

1.4.6. Các nghiên cứu về Viên khớp VINTONG

- Nghiên cứu độc tính cấp của “Viên khớp VINTONG” theo đường uống trên chuột nhắt trắng: Chưa tìm thấy LD50 của “Viên khớp VINTONG” theo đường uống trên chuột nhắt trắng với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong vòng 24 giờ là 36,0g/kg thể trọng [9].

- Nghiên cứu độc tính bán trường diễn của “Viên khớp VINTONG” trên chuột cống trắng: Trên các lô chuột dùng “Viên khớp VINTONG” liều 1,4g/kg/ngày và liều 7,0g/kg/ngày trong 90 ngày liên tục cho thấy:

- + Chuột khỏe mạnh, tăng trọng đều, tốt.
- + Chưa thấy ảnh hưởng các sóng điện tim ở đạo trình DII của chuột ($p > 0,05$).
- + Không làm thay đổi các chỉ số huyết học (hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, thể tích trung bình hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu).

- + Không làm thay đổi các chỉ số sinh hóa máu đánh giá chức năng gan, thận (hoạt độ các enzym AST, ALT, Albumin huyết tương, Cholesterol toàn phần, Bilirubin toàn phần, Creatinin).

- + Không gây tổn thương mô bệnh học gan, lách, thận [9].

- Nghiên cứu tác dụng chống viêm giảm đau của “Viên khớp VINTONG” trên động vật thực nghiệm:

“Viên khớp VINTONG” ở cả 2 mức liều dùng (2,4g/kg/ngày và 4,8g/kg/ngày) có tác dụng chống viêm tốt trên các mô hình thực nghiệm:

- + Tác dụng chống viêm khớp gây ra bởi tá chất Freund trên chuột cống trắng.
- + Tác dụng chống viêm cấp trên mô hình gây phù chân chuột cống trắng bằng Carrageenin.

- + Tác dụng chống viêm mạn theo mô hình gây u hạt trên chuột cống trắng.

- + Tác dụng giảm đau trên mô hình gây đau bởi phiến nóng (Hotplate).

- + Tác dụng giảm đau theo phương pháp gây đau quặn bằng acid acetic (Phương pháp Koster) [10].

- Tác dụng chống thoái hóa khớp của “Viên khớp VINTONG” trên mô hình thực nghiệm.

“Viên khớp VINTONG” liều 2,4g/kg/ngày và 4,8g/kg/ngày dùng đường uống trong 7 tuần trên chuột cống trắng gây thoái hóa khớp gối bằng Monosodium iodoacetate (MIA) có tác dụng chống viêm, giảm đau, chống thoái hóa khớp gối, thể hiện qua các chỉ tiêu:

+ Làm giảm đau do viêm, thoái hóa khớp gối thông qua làm tăng tỷ lệ phân phối chịu đựng trọng lượng của chân sau chuột ($p < 0,001$ và $p < 0,01$ so với lô mô hình ; $p < 0,001$ so với trước dùng thuốc). Khi chuột bị viêm, thoái hóa khớp gối 1 bên, chịu đựng trọng lượng bên đau sẽ giảm so với bên đối diện, tỷ lệ phân phối chịu đựng trọng lượng giảm.

+ Làm giảm viêm thông qua làm giảm chất trung gian gây viêm PGE2 và các cytokines tiền viêm TNF- α , IL-1 β , và IL-6 trong huyết thanh chuột ($p < 0,001$ so với lô mô hình).

+ Làm giảm viêm, giảm thoái hóa khớp gối được chứng minh thông qua hình ảnh mô bệnh học khớp gối nhuộm HE. Làm giảm số điểm đánh giá tổn thương mô bệnh học sụn xương khớp và tình trạng viêm khoang mỡ Hoffa của khớp gối ($p < 0,01$ so với lô mô hình) [11].

1.5. Tổng quan xoa bóp bấm huyệt

Từ lâu con người đã biết chữa bệnh bằng chính sự tác động của đôi bàn tay mình. Lúc đầu có tính tự phát như gãi, cầu, xoa, bóp, ấn, vê, nắn vài chỗ đau nhức. Sau đó qua thực tế đã đúc rút kinh nghiệm và tìm ra được phương pháp chữa bệnh có hiệu quả hơn bằng bấm huyệt.

Chỉ bằng sự tác động chủ yếu của bàn tay thầy thuốc hoặc của chính người bệnh, trong nhiều trường hợp, bấm huyệt đỡ nhanh chóng, giảm bớt đau nhức, mang lại sự dễ chịu, thoải mái cho người bệnh. Do đặc điểm của phương pháp này là đơn giản, tiện lợi, có hiệu quả mà lại ít gây hại nhất cho cơ thể người bệnh, nên phương pháp bấm huyệt được nhiều người bệnh và thầy thuốc yêu thích. Nó đã phát triển mạnh mẽ ở nhiều nước trên thế giới, đặc biệt là ở các nước phương Đông, nơi có nền y học cổ truyền phát triển.

Từ năm 722 TCN (thời Xuân Thu Chiến Quốc), trong “Hooàng Đế Nội Kinh” đã ghi lại những chứng bệnh có thể chữa bằng bấm huyệt như: tý chứng, nuy chứng, khẩu nhãn oa tà, vị quản thông,...

Ở Việt Nam, nhiều danh y nổi tiếng như Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV) trong “Hồng nghĩa giác tư y thư”, Hoàng Đôn Hòa (thế kỷ XVI) trong “Hoạt nhân toát yếu”, Hải Thượng Lãn Ông – Lê Hữu Trác (thế kỷ XVIII) trong “Vệ sinh yếu quyết” đã đề cập đến bấm huyệt như một y thuật chữa bệnh có hiệu quả.

Cũng trên cơ sở là dùng tay tác động trực tiếp lên các huyệt vị hoặc điểm đau, ngày nay ở Việt Nam, nhiều lương y, thầy thuốc đã bấm huyệt có hiệu quả nhiều chứng bệnh bằng những thủ pháp riêng của mình. Trong kỹ thuật bấm huyệt, ngoài việc phải xác định chính xác huyệt, việc sử dụng bấm cho phù hợp với tình trạng bệnh và sức khỏe người bệnh là hết sức quan trọng. Bấm huyệt cũng như châm cứu, khi tác động vào huyệt là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới, có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Hiện nay có nhiều giả thiết về cơ chế tác động của lực lên huyệt, nhưng tập chung lại thành hai nhóm sau:

- **Phản ứng tại chỗ:** Bấm huyệt là kích thích bằng lực với cường độ nhất định vào một hay nhiều huyệt tại một vùng cơ thể, tương ứng với tiết đoạn thần kinh tùy sống chi phối lên tạo ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế hoặc phá vỡ cung phản xạ bệnh lý đã hình thành trước đó, nên có tác dụng làm giảm cơn đau, giảm sự co cơ... Sự thay đổi của vận mạch, phản xạ thực vật, nhiệt độ, phù nề tại huyệt làm thay đổi dần tính chất của tổn thương giúp cho mô tổn thương dần hồi phục.

- **Phản ứng toàn thân:** Khi có bệnh, tổn thương tại các cơ quan là một kích thích tạo cung phản xạ bệnh lý, châm cứu hay bấm huyệt cũng là kích thích tạo ra một cung phản xạ mới, nếu đủ mạnh sẽ ức chế cung phản xạ bệnh lý, có tác dụng giảm đau. Khi tác động lên huyệt vỏ não chuyển sang trạng thái hưng phấn hay ức chế tùy thuộc vào thời gian tác động, cường độ và nhịp độ [32].

1.5.1. Sinh lý xoa bóp bấm huyệt

- **Tác dụng đối với hệ thần kinh:** cơ thể thông qua hệ thần kinh có những phản ứng đáp lại tích cực đối với những kích thích của xoa bóp. Rất nhiều tác giả cho rằng xoa bóp có ảnh hưởng rất lớn đối với hệ thần kinh thực vật, nhất là đối với hệ thần

kinh giao cảm, qua đó gây nên những thay đổi trong một số hoạt động của nội tạng và mạch máu. Ví dụ: Xoa bóp gáy, lưng, vai có thể gây nên thay đổi ở cơ quan do thần kinh thực vật ở cổ chi phổi và các cơ quan do trung khu thực vật cao cấp ở chất xám não thất III chi phổi, do đó có thể dùng để chữa bệnh ở mũi họng. Phát C7 có thể gây phản xạ cơ tim (co lại). Xoa bóp có thể gây nên thay đổi điện não: Kích thích nhẹ nhàng gây hưng phấn, kích thích mạnh thường gây ức chế.

- **Tác dụng đối với da:** Có ảnh hưởng trực tiếp đến da và thông qua da ảnh hưởng đến toàn thân. Ảnh hưởng đến toàn thân: các chất nội tiết được bài tiết ra khi xoa bóp da thấm vào máu và có thể tăng cường hoạt động của mạch máu và thần kinh ở da. Mặt khác, thông qua phản xạ thần kinh, xoa bóp có tác động đến toàn cơ thể.

- **Tác dụng đối với gân, cơ, khớp:** Xoa bóp có tác dụng làm tăng năng lực làm việc, sức bền bỉ của cơ và phục hồi sức khoẻ nhanh hơn khi không xoa bóp. Khi cơ làm việc quá căng, gây phù nề cơ cứng và đau, xoa bóp có thể giải quyết tốt các chứng này. Nó có khả năng chữa teo cơ rất tốt. Ngoài ra, nó có thể có tác dụng tăng dinh dưỡng. Xoa bóp có khả năng tăng tính co giãn, tính hoạt động của gân, dây chằng, thúc đẩy việc tiết dịch ở khớp và tuần hoàn quanh khớp. Nó còn có thể dùng để chữa bệnh khớp.

- **Tác dụng đối với tuần hoàn:** Một mặt xoa bóp làm giãn mạch, trở lực trong mạch giảm đi, mặt khác xoa bóp trực tiếp đẩy máu về tim, do đó xoa bóp vừa giảm gánh nặng cho tim vừa giúp máu trở về tim tốt hơn. Đối với người cao huyết áp ít luyện tập, xoa bóp có thể làm hạ huyết áp.

- **Tác dụng đối với hô hấp tiêu hoá và quá trình trao đổi chất:**

+ Đối với hô hấp: Khi xoa bóp, thở sâu lên, có thể do trực tiếp kích thích vào thành ngực và phản xạ thần kinh gây nên, do đó có tác giả dùng xoa bóp để chữa các bệnh phế khí thũng, hen phế quản, xơ cứng phổi để nâng cao chức năng thở và ngăn chặn sự suy sụp của chức năng thở.

+ Đối với tiêu hoá: Có tác dụng tăng cường nhu động của dạ dày, của ruột và cải thiện chức năng tiêu hoá. Khi chức năng tiết dịch của tiêu hoá kém, dùng kích thích vừa hoặc nhẹ để giảm tiết dịch.

+ Đối với quá trình trao đổi chất: Xoa bóp làm tăng lượng nước tiểu bài tiết ra, nhưng không thay đổi độ acid trong máu. Có tác giả nêu lên, xoa bóp 2 – 3 ngày sau, chất nitơ trong nước tiểu tăng lên và kéo dài vài ngày, do tác dụng phân giải protid của xoa bóp gây nên. Xoa bóp toàn thân có thể tăng nhu cầu về đường khí 10 –15 %, đồng thời cũng tăng lượng bài tiết [32].

1.5.2. Chỉ định xoa bóp bấm huyệt

- Chống đau: đau đầu, đau vai gáy, đau lưng mạn tính, đau cơ, viêm đau dây, rễ thần kinh.

- Các trường hợp liệt cứng, co cứng cơ do kích thích rễ, dây thần kinh.

- Tăng cường tuần hoàn và dinh dưỡng cho da, dưới da, cơ, thần kinh trong các bệnh bại, liệt, teo cơ. Kích thích phục hồi dẫn truyền thần kinh trong tổn thương dây thần kinh ngoại vi hoặc tổn thương các đám rối thần kinh do các nguyên nhân khác nhau.

- Thư giãn, chống mệt mỏi căng thẳng thần kinh, giảm stress. Phục hồi cơ bắp sau tập luyện thể thao hay lao động nặng [32].

1.5.3. Chống chỉ định xoa bóp bấm huyệt

- Bệnh ác tính, các khối u, lao tiến triển.

- Suy tim, suy gan, suy thận nặng, suy dinh dưỡng.

- Các bệnh ưa chảy máu, các vùng đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu, các bệnh da liễu.

- Không xoa bóp vào vùng hạch bạch huyết gây tổn thương và làm giảm sức đề kháng của cơ thể như: đám hạch quanh tai và thái dương, hạch khuỷu, hạch bẹn...

- Phụ nữ có thai hoặc đang có kinh nguyệt tránh xoa bóp vào vùng thắt lưng và vùng bụng [32].

1.6. Tình hình nghiên cứu điều trị Viêm quanh khớp vai

1.6.1. Trên thế giới

Trên thế giới hiện có khá nhiều đề tài nghiên cứu về điều trị bệnh Viêm quanh khớp vai. Các tác giả sử dụng nhiều phương pháp điều trị khác nhau, song nhìn chung tất cả đều đi sâu vào hai vấn đề: một là giảm đau, hai là tập luyện.

Năm 1998, Xiao Minghui và cộng sự quan sát 269 bệnh nhân VQKV được điều trị bằng thuốc bắc kết hợp xoa bóp với kết quả khả quan. Nhóm này có 269 trường hợp, 102 nam và 167 nữ. Số tuổi từ 38 đến 79 tuổi, số tuổi trung bình là 53 tuổi. Có 101 trường hợp ở bên trái và 168 trường hợp ở bên phải [33].

Năm 1999, Klein G và cộng sự sử dụng Enzym (Phlogenzym) và Diclofenac cho kết quả tốt [34].

Năm 2000, Huang Lieying quan sát lâm sàng về 120 trường hợp VQKV, gồm 58 nam và 62 nữ, thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 2 tháng, dài nhất là 1 năm biểu hiện lâm sàng chủ yếu là đau mỗi khớp vai, đại đa số bệnh nhân có kèm theo rối loạn chức năng vai - tay, đặc biệt là hạn chế vận động khớp vai dạng và xoay trong, được điều trị bằng châm cứu và xoa bóp cho kết quả NNC 80% tốt khá, 17,8% trung bình, 2,2% kém; NĐC 51,8% tốt khá, 37,6% trung bình, 10,6% kém [35].

Năm 2006, Yang Guojing quan sát hiệu quả lâm sàng của phương pháp chiếu tia laser bán dẫn trong điều trị viêm quanh khớp vai. Phương pháp: 98 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, NNC là 49 trường hợp được điều trị bằng phương pháp chiếu laser bán dẫn và xoa bóp, NĐC là 49 trường hợp chỉ được điều trị bằng xoa bóp. Kết quả: Tỷ lệ hữu hiệu của NNC là 91,8%; tỷ lệ hữu hiệu của NĐC là 81,6%. Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm ($P < 0,05$) [36].

Năm 2008, Wang Jiewei và Cao Yujuan từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 1 năm 2008 đã sử dụng phương pháp phong bế và xoa bóp tại chỗ để điều trị cho 108 bệnh nhân VQKV, kết quả tốt. Có 108 bệnh nhân, gồm 42 nam và 66 nữ, 6 bệnh nhân dưới 40 tuổi, 64 bệnh nhân 41 - 50 tuổi, 38 bệnh nhân trên 51 tuổi; 63 bệnh nhân đau vai trái và 45 bệnh nhân đau vai phải; thời gian mắc bệnh 17 bệnh nhân dưới 6 tháng, 80 bệnh nhân từ 6 tháng đến 1 năm, 11 bệnh nhân trên 1 năm [37].

Năm 2009, Luo Zhengyuan và cộng sự quan sát 30 trường hợp VQKV được điều trị bằng châm cứu, xoa bóp kết hợp bài thuốc Đông y bổ sung bằng các bài tập chức năng. Kết quả: khỏi 26 ca, cải thiện 4 ca, tỷ lệ hiệu quả đạt 100%. Kết luận: Sự kết hợp giữa châm cứu và xoa bóp để điều trị VQKV bổ sung bằng các bài tập chức năng đạt được kết quả tốt [38].

Năm 2010, Wei Hanju và cộng sự quan sát tác dụng của phong bế và xoa bóp tại chỗ đối với VQKV. 56 bệnh nhân mắc VQKV được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm A và B, với 28 trường hợp trong mỗi nhóm và tất cả đều được điều trị bằng phong bế cục bộ. Nhóm A được kết hợp dùng XBBH. Kết quả: Sau 1 tháng điều trị điểm đau (VAS) ở 2 nhóm giảm rõ rệt, nhóm A thấp hơn nhóm B; tầm vận động khớp vai (ROM) ở 2 nhóm được cải thiện rõ rệt, nhóm A cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm B (tất cả $P < 0,05$). Sau khi điều trị, tỷ lệ khỏi bệnh và tổng tỷ lệ hiệu quả của nhóm A tốt hơn đáng kể so với nhóm B ($P < 0,05$) [39].

Năm 2017, Jiangmen và cộng sự quan sát hiệu quả lâm sàng của phương pháp châm cứu kết hợp xoa bóp trong điều trị VQKV, 92 trường hợp được chia ngẫu nhiên thành NNC và NĐC, mỗi nhóm 46 trường hợp, NĐC được điều trị bằng châm cứu và NNC được điều trị bằng phương pháp châm cứu và xoa bóp. Kết quả: Tổng tỷ lệ có hiệu quả là 92,1% ở nhóm quan sát và 81,2% ở NĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Tác dụng của châm cứu kết hợp xoa bóp tốt hơn hẳn so với châm cứu đơn thuần trong điều trị viêm quanh khớp vai [40].

Năm 2018, Wang Qian quan sát hiệu quả điều trị của châm cứu kết hợp xoa bóp trên bệnh nhân VQKV. Tổng số 84 bệnh nhân VQKV chia ngẫu nhiên thành NNC và NĐC, NĐC được điều trị bằng châm cứu đơn thuần và NNC được điều trị bằng châm cứu kết hợp xoa bóp. Kết quả tỷ lệ có hiệu quả của NNC điều trị kết hợp cao hơn so với NĐC điều trị bằng châm cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [41].

1.6.2. Tại Việt Nam

Năm 1987, Trần Thúy và cộng sự nghiên cứu kết quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng phương pháp châm loa tai cho kết quả tốt 67,07%, khá 31,6% [42].

Năm 1992, Dương Trọng Hiếu nghiên cứu điều trị VQKV bằng day bấm huyệt kết hợp điện châm. Kết quả tốt 66,07%, khá 21,95%, không kết quả 10,97% [43].

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% [44].

Năm 2001, Lê Thị Hoài Anh nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm xoa bóp phối hợp với vận động trị liệu trên 100 bệnh nhân thu được kết quả 62% tốt và rất tốt, 32% khá và 6% trung bình [45].

Năm 2005, Lê Quang Đạo nghiên cứu hiệu quả điều trị 82 bệnh nhân viêm quanh khớp vai ở bệnh xá Bộ Quốc Phòng bằng vật lý và tập vận động, nhận thấy hiệu quả điều trị tốt và khá đạt 85,3% [46].

Năm 2005, Phạm Việt Hoàng đánh giá tác dụng của phương pháp XBBH YHCT trong điều trị VQKV thể đơn thuần đạt kết quả tốt 53,5%, khá 33,4% [47].

Năm 2005, Nguyễn Thị Thu Hiền, Phạm Quốc Toàn đánh giá hiệu quả phương pháp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại Khoa y học cổ truyền - Bệnh viện Xanh-pôn Hà Nội trước điều trị có 100% bệnh nhân có triệu chứng đau ở nhiều mức độ. Sau điều trị 100% không còn triệu chứng đau. Khôi phục vận động: Góc vận động ra trước, sang ngang: Tốt 97%, Khá 6,1%, Trung bình 3,0%. Góc vận động ra sau: Tốt 81,8%, Khá 3,0%, Trung bình 12,1%, Kém 3,0%. Trong quá trình điều trị không thấy xảy ra tác dụng không mong muốn nào [48].

Năm 2006, Nguyễn Thị Nga đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng thuốc chống viêm Nonsteroid kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng đạt kết quả tốt và khá 90% [49].

Năm 2009, Đặng Ngọc Tân đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm Corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị VQKV đạt kết quả tốt và khá là 92,7% [50].

Năm 2011, Nguyễn Hữu Huyền và Lê Thị Kiều Hoa, nghiên cứu hiệu quả điều trị 60 bệnh nhân viêm quanh khớp vai tại khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng - Bệnh viện 103 bằng vật lý trị liệu (parafin + điện xung) kết hợp tập vận động cho thấy 100% bệnh nhân giảm đau và đạt tốt 63,33% với động tác dạng, 13,33% với động tác xoay trong và 10% với động tác xoay ngoài [51].

Năm 2014, Lương Thị Dung nghiên cứu tác dụng điều trị VQKV thể đơn thuần bằng bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp điện châm và vận động trị liệu tại Bệnh viện YHCT Bộ Công an đạt kết quả tốt và khá là 93,33% trung bình 6,7% [52].

Năm 2017, Võ Đại Quỳnh, đánh giá hiệu quả của điện châm kết hợp với sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần cho kết quả điều trị NNC

có 90% bệnh nhân tốt và khá, 10% trung bình; NĐC có 56,7% tốt và khá, 43,3% trung bình, cả 2 nhóm không có bệnh nhân có kết quả điều trị kém [53].

Năm 2018, Phạm Văn Minh đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị bệnh nhân viêm khớp vai thể đơn thuần tại Bệnh viện 108. Sau 30 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu đạt kết quả tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,01$). Nhóm chứng chỉ có 2 BN đạt kết quả rất tốt (6,2%), 4 BN đạt kết quả tốt (12,5%). Nhóm nghiên cứu có 4 BN đạt kết quả rất tốt (12,5%), 16 BN đạt kết quả tốt (50%) [54].

Năm 2019, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Thị Lệ Viên, Nguyễn Văn Hưng đánh giá hiệu quả điều trị VQKV thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp bài thuốc quyên tý thang cho kết quả chỉ số VAS trung bình trước điều trị là 5,67, sau điều trị là 0,53, tỷ lệ sau điều trị không đau là 73,3%, đau ít là 20,0%, đau vừa là 6,7% và không có đau nhiều. Tỷ lệ kết quả từ loại khá trở lên sau điều trị chiếm 93,3%, trong đó loại rất tốt là 36,6%, tốt là 30,0%, khá là 26,7% và không có trường hợp nào loại kém [55].

CHƯƠNG 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Viên khớp VINTONG

- Thành phần:

Mỗi gói 5g hoạt chất có chứa:

Hoạt chất: Dịch chiết tương đương với các dược liệu sống.

Độc hoạt (Radix Angelicae Pubescentis)	05g
Phòng phong (Radix Saposhnikoviae divaricatae)	05g
Tần giao (Radix Gentianae)	05g
Tang ký sinh (Herba Lorathi Gracifilolii)	03g
Ngưu tất (Radix Achyranthis bidentatae)	05g
Bạch thược (Radix Paeoniae lactiflorae)	05g
Thục địa (Radix Remanniae glutinosae praeparata)	2,5g
Khương hoạt (Rhizoma et radix Notopterygii)	2,5g
Tế tân (Radix et Rhizoma Asari)	2,5g
Đẳng sâm (Radix Codonopsis)	05g
Đương quy (Radix Angelicae sinensis)	2,5g
Đỗ trọng (Eucommia ulmoides)	2,5g
Xuyên khung (Ligusticum wallichii Franch)	2,5g
Cam thảo (Radix Glycyrrhizae)	01g
Tá dược vừa đủ	05g

- Các vị thuốc sử dụng trong nghiên cứu được bào chế theo đúng tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V và tiêu chuẩn cơ sở [27]. Thuốc được bào chế dưới dạng viên nang cứng, hình tròn, màu nâu, đồng nhất, mùi thơm dược liệu đặc trưng.

- Liều dùng: Uống 1 gói sau ăn x 2 lần/ngày.

2.1.2. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt

Phác đồ xoa bóp bấm huyệt sử dụng trong nghiên cứu là phác đồ của Bộ y tế được ban hành trong cuốn “Quy trình kỹ thuật chuyên ngành châm cứu” (Kèm theo quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế) [56].

- Xoa, day, lăn vùng vai.

- Vờn, bóp cơ cánh tay.

- Ấn các huyệt:

+ Hợp cốc + Khúc trì + Kiên ngưng

+ Tý nhu + Kiên trình + Thiên tông

+ Cự cốt + Thiên tuyền

- Vận động cánh tay theo các tư thế, tăng dần biên độ để đạt được biên độ vận động sinh lý, cần tăng dần biên độ trong nhiều ngày.

- Phát vùng trên và sau vai.

- Rung toàn bộ cánh tay với tần số tăng dần.

- Thủ thuật:

+ Day: day từ đầu chót cơ Delta qua mỏm cùng vai lên huyệt Kiên tỉnh. Dùng gốc bàn tay, mô ngón tay út, mô ngón tay cái hoặc ngón tay cái ấn xuống da thịt của người bệnh và di động chậm theo đường tròn.

+ Lăn: vùng như trên. Dùng khớp ngón tay, bàn tay của các ngón út, ngón nhẫn, ngón giữa với một sức ép nhất định vận động khớp cổ tay để làm ba khớp ngón tay, bàn tay lần lượt lăn trên bộ phận cần xoay bóp (nhất là chỗ đau).

+ Bóp: vùng như trên. Dùng ngón tay cái và các ngón tay kia bóp vào da thịt nơi bị bệnh. Có thể bóp bằng hai ngón tay, ba ngón tay, bốn ngón tay hoặc năm ngón tay. Lúc đó vừa bóp vừa hơi kéo thịt lên, không được để thịt hoặc gân trượt dưới tay vì sẽ gây đau.

+ Bấm: các huyệt Kiên ngưng, Trung phủ, Nhu du. Nếu đau lan xuống dưới cánh tay bấm huyệt Tý nhu. Nếu đau ra phía xương bả vai bấm huyệt Thiên tông. Nếu đau trên khớp vai bấm huyệt Kiên tỉnh, Cự cốt. Dùng ngón tay cái ấn vào huyệt.

+ Vận động khớp vai: Một tay giữ vai, một tay cầm cổ tay bệnh nhân quay tròn 2 – 3 lần để chuẩn bị vận động cũng như xem phạm vi hoạt động của khớp đến

đầu. Kéo giãn cánh tay ra ngang, rồi đưa lên cao, ra trước, qua sát ngực, rồi vòng xuống dưới, từ 3 – 5 lần khi đưa lên cao chú ý phạm vi hoạt động hiện tại của vai, đưa lên đến mức người bệnh vừa đau là đủ, không nên đưa lên cao quá. Hai bàn tay thầy thuốc gài với nhau để lên vai người bệnh, tay người bệnh để trên khuỷu tay thầy thuốc. Sau đó, thầy thuốc vừa ấn vai người bệnh xuống vừa từ từ đưa tay người bệnh lên trên cao rồi hạ xuống 3 – 4 lần. Nắm ngón tay cái người bệnh, vòng cánh tay từ dưới lên trên từ sau ra trước rồi kéo xuôi tay người bệnh ra phía sau lưng 2 – 3 lần.

+ Rung: Người bệnh ngồi thẳng nghiêng về phía đối diện với tay đau như để kéo co với thầy thuốc. Thầy thuốc đứng bên cạnh phía tay đau, hai tay cùng nắm cổ tay người bệnh từ từ kéo giãn các khớp cánh tay (người bệnh ngả người về phía đối diện), hít một hơi dài lấy sức rồi dùng sức rung tay mình làm tay người bệnh rung như làn sóng.

+ Phát: vùng như trên. Bàn tay hơi khum, các ngón tay khít vào nhau, giữa lòng bàn tay hơi lõm, phát từ nhẹ đến nặng vào chỗ bị bệnh. Khi phát do áp lực không khí trong bàn tay thay đổi da bị đỏ đều lên [32].

- Thời gian: Xoa bóp bấm huyệt 20 phút/lần/ngày.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán xác định Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân 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:

+ Đau vai kiểu cơ học.

+ Hạn chế vận động chủ động.

+ Đau tăng khi vận động [57].

- Bệnh nhân có điểm đau VAS ≤ 6 .

- Cận lâm sàng :

- X - quang 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 ở dưới đây:

- + Hình ảnh gân nhị đầu đường kính gân tăng giảm âm thanh, ranh giới bao khớp không rõ ràng.

- + Hình ảnh bao thanh dịch dày lên, có dịch tại vùng bao thanh dịch có thể phối hợp với hình ảnh đứt gân mũ cơ quay.

- + Hình ảnh tăng hoặc giảm âm trong các gân khớp vai.

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

Những bệnh nhân được chẩn đoán là VQKV thể đơn thuần theo YHHĐ có kèm theo những triệu chứng đau khớp vai thể Kiên thống như sau:

- 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 đôi khi huyền [7], [22].

2.2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- VQKV thể giả liệt, thể đông cứng, thể đau vai cấp.

- VQKV thể kiên ngưng, thể lậu kiên phong.

- VQKV do các nguyên nhân: do lao, thoái hóa cột sống cổ, viêm khớp vai do viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến, gout, chấn thương hay do các tổn thương lồng ngực (can thiệp mạch vành, bệnh lý vùng trung thất, tổn thương đỉnh phổi).

- VQKV có kèm theo:

- + Tổn thương rễ thần kinh thuộc cột sống cổ C5.

- + Bệnh Paget.

- + Hoại tử vô khuẩn đầu xương cánh tay.

- + Đau thần kinh teo cơ của Parsonage và Turner.

- Phụ nữ có thai.

- Bệnh nhân có điểm đau VAS > 6.

- Bệnh nhân loãng xương.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân không tuân thủ thời gian điều trị và phương pháp điều trị.
- Bệnh nhân bỏ điều trị.
- Bệnh nhân đau tăng nặng.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

2.4. Thời gian nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 02/2020 đến tháng 10/2020.

2.5. Phương pháp nghiên cứu

2.5.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng.

2.5.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu chủ đích 60 bệnh nhân (là cỡ mẫu tối thiểu theo phương pháp chọn cỡ mẫu có chủ đích).

2.5.3. Chọn mẫu

Đối tượng nghiên cứu được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm:

- Nhóm 1 (Nhóm nghiên cứu): điều trị VQKV bằng Viên khớp VINTONG kết hợp XBBH.
- Nhóm 2 (Nhóm đối chứng): điều trị VQKV bằng XBBH.

Theo dõi lượng giá và so sánh kết quả điều trị ở 2 nhóm này, từ đó thấy được hiệu quả của viên khớp VINTONG trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

2.5.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

2.5.4.1. Chỉ tiêu đặc điểm chung

Tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân điều trị.

- Phân bố theo nhóm tuổi.
- Phân bố theo giới tính.
- Phân bố theo nghề nghiệp.
- Phân bố theo thời gian mắc bệnh.
- Phân bố theo vị trí tổn thương.

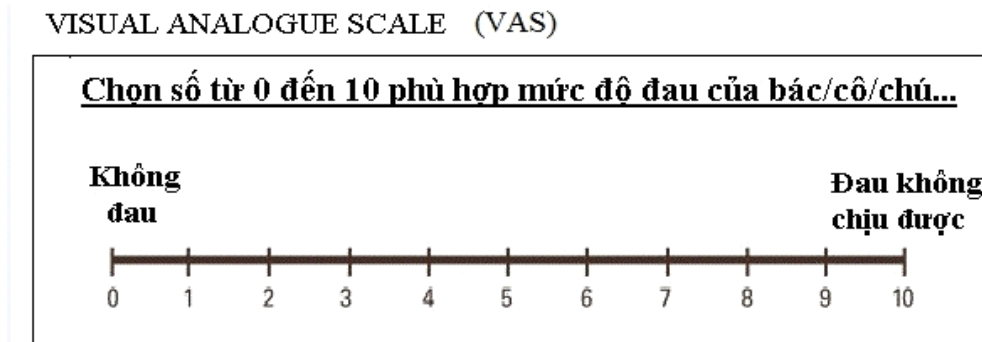
- Đặc điểm X-quang khớp vai.
- Đặc điểm siêu âm khớp vai.

2.5.4.2. Chỉ tiêu đánh giá tác dụng của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

Được tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân được điều trị và sau khi điều trị 10 ngày, 20 ngày gồm:

- Đánh giá tình trạng đau khớp vai theo thang điểm VAS.

Mức độ đau chủ quan của bệnh nhân được lượng giá bằng thang VAS (Visual Analogue Scale). Thang VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 (hoàn toàn không đau) đến 10 (đau nghiêm trọng, không thể chịu được, có thể choáng ngất)[58]. Thang VAS được chia thành 6 mức độ sau:



Hình 2.1. Thang điểm đánh giá đau VAS.

Bảng 2.1. Phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS

Điểm VAS	Mức độ
VAS = 0 điểm	Hoàn toàn không đau
$0 < VAS \leq 2$ điểm	Đau nhẹ
$2 < VAS \leq 4$ điểm	Đau vừa
$4 < VAS \leq 6$ điểm	Đau nặng
$6 < VAS \leq 8$ điểm	Đau rất nặng
$8 < VAS \leq 10$ điểm	Đau nghiêm trọng không chịu được

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

Phương pháp đo tầm vận động khớp vai dựa trên phương pháp đo tầm vận động khớp do Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình của Mỹ đề ra. Phương pháp này quy định mọi cử động khớp đều được đo từ vị trí khởi đầu Zero, trong đó vị trí Zero là tư thế thẳng của người được khám, gồm đầu thẳng, mắt nhìn ra phía trước, hai chân thẳng, đầu gối không gập, hai bàn chân song song với nhau, bờ trong hai bàn chân áp sát vào nhau. Vị trí giải phẫu duỗi của chi và thân thể được quy ước là 0° .

Tầm vận động khớp được đo chủ động hoặc thụ động. Vận động chủ động là chuyển động khớp của bệnh nhân qua tầm vận động góc quy định của khớp. Vận động thụ động là chuyển động khớp qua tầm vận động quy định của khớp.

Tầm vận động khớp được đo bằng thước có góc là mặt phẳng hình tròn, chia độ từ 0° - 360° , một cạnh di động và một cạnh cố định, dài 30cm [59].

Bảng 2.2. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI

Động tác	Tầm vận động khớp vai	Mức độ
Dạng	$> 150^{\circ}$ độ	Độ 0
	từ $101 - 150^{\circ}$	Độ 1
	từ $51 - 100^{\circ}$	Độ 2
	$0 - 50^{\circ}$	Độ 3
Xoay trong	$> 85^{\circ}$	Độ 0
	từ $61 - 85^{\circ}$	Độ 1
	từ $31 - 60^{\circ}$	Độ 2
	từ $0 - 30^{\circ}$	Độ 3
Xoay ngoài	$> 85^{\circ}$	Độ 0
	từ $61 - 85^{\circ}$	Độ 1
	từ $31 - 60^{\circ}$	Độ 2
	từ $0 - 30^{\circ}$	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 theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987.

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 [60].

Bảng 2.3. Bảng đánh giá chức năng khớp vai theo Constant và Murley

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 điểm
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 điểm
Nâng vai ra trước, lên trên (⁰), dùng thước đo độ:	
- Từ 0 → 30 ⁰	0

Tình trạng bệnh nhân	Điểm
- Từ 31 → 36 ⁰	2
- Từ 61 → 90 ⁰	4
- Từ 91 → 120 ⁰	6
- Từ 121 → 150 ⁰	8
- Từ 151 → 180 ⁰	10
Số điểm tối đa đánh giá nâng vai lên trước	10/100 điểm
<i>Dạng vai sang bên, lên trên (°)</i>	
(cho điểm như nâng vai ra trước)	10/100 điểm
<i>Quay ngoài (vị trí)</i>	
- Đỡ tay dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
- Tay đỡ dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
- Tay đỡ trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
- Tay đỡ trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
- Tay đỡ quá đỉnh đầu	2
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay ngoài	10/100 điểm
<i>Quay trong (vị trí)</i>	
- Bàn tay đặt ở đùi	0
- Bàn tay đặt ở hông	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 điểm
<i>Năng lực của vai:</i>	
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

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

- Tốt: 85 - 100 điểm
- Khá: 75 - 84 điểm
- Trung bình: 60 - 74 điểm
- Kém: < 60 điểm

2.5.4.3. Chỉ tiêu theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp trong quá trình điều trị.

- Xét nghiệm:
 - + Công thức máu: Hồng cầu, Hemoglobin, Bạch cầu, Tiểu cầu.
 - + Sinh hóa máu: Ure, Creatinin, AST, ALT.
- Tác dụng không mong muốn của viên khớp Vintong: đau đầu, hoa mắt chóng mặt, nôn, buồn nôn, đau bụng, đi ngoài.
- Tác dụng không mong muốn của phương pháp XBBH: bầm tím, sản ngứa, đau tăng.

2.5.5. Sai số nghiên cứu

- Có những loại sai số sau:
 - + Sai số chọn: Sai số chẩn đoán, sai số không trả lời.
 - + Sai số quan sát (sai số thu thập thông tin): sai số nhớ lại, sai số thu thập thông tin, sai số phỏng vấn, sai số ghi chép thông tin, sai số phiên giải thông tin.
 - + Sai số bỏ cuộc.
 - + Sai số phân loại.
- Các biện pháp khống chế sai số:
 - + Chọn quần thể nghiên cứu phù hợp: để giảm tỷ lệ bỏ cuộc chọn quần thể dễ xác định về nghề nghiệp, nơi làm việc, nơi thường trú và những tính chất tương tự khác để thu thập nhanh chóng được thông tin, quan tâm tham gia nghiên cứu, tuân thủ nghiên cứu hơn, chọn nghiên cứu ở bệnh viện giảm tỷ lệ không trả lời, sai số chọn và sai số nhớ lại.
 - + Xây dựng phương pháp và công cụ thu thập thông tin chuẩn mực: bộ câu hỏi, phương pháp thăm khám, cách phỏng vấn, các biểu diễn tổng hợp các sổ sách...

+ Huấn luyện các điều tra viên về thực hiện các phương pháp và sử dụng các công cụ thu thập thông tin.

+ Phương pháp và công cụ thu thập thông tin phải được sử dụng như nhau ở các nhóm nghiên cứu.

+ Tất cả các thông tin về bệnh đều phải được định nghĩa thống nhất, chuẩn mực và rõ ràng.

2.6. Các bước tiến hành

2.6.1. Thăm khám lâm sàng

- Hỏi bệnh: Lưu ý những điểm sau:

- Vị trí, mức độ đau, tính chất đau.

- Mức độ hạn chế vận động.

- Thời gian mắc bệnh, diễn biến của bệnh.

- Các triệu chứng liên quan.

- Tiền sử chấn thương.

- Khám thực thể:

- Khám toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ, da niêm mạc.

- Khám khớp vai: So sánh 2 bên.

- + Nhìn: Sung nề? Teo cơ?

- + Sờ: Tìm điểm đau khu trú.

+ Đo góc vận động của khớp vai khi thực hiện các động tác thụ động và chủ động (đưa ra trước, ra sau, khép, dạng, xoay trong, xoay ngoài, đưa lên trên) bằng phương pháp Zero [61], [62].

- Đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R & Murley A.H.G 1987.

Đánh giá tình trạng bệnh dựa vào 4 dấu hiệu chủ yếu là đau, hoạt động hàng ngày, tầm vận động, lực của vai với tổng số điểm là 100 [60].

2.6.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm:

- + Công thức máu.

- + Hóa sinh máu: Ure, creatinin, AST, ALT.

- Siêu âm khớp vai.
- X-quang khớp vai tư thế thẳng nghiêng.

2.6.3. Tiến hành điều trị

- Nhóm 1 (NNC): điều trị VQKV bằng viên khớp VINTONG kết hợp XBBH.
- Nhóm 2 (NĐC): điều trị VQKV bằng XBBH.
- Nhóm nghiên cứu.
- Viên khớp VINTONG uống 1 gói sau ăn x 2 lần/ngày x 20 ngày.
- + Viên khớp VINTONG được bào chế từ bài thuốc KNC tiêu chuẩn chọn được liệu theo tiêu chuẩn của dược điển Việt Nam V [27].

- Xoa bóp bấm huyệt:
- + Xoa, day, lăn vùng vai.
- + Vòn, bóp cơ cánh tay.
- + Ấn các huyệt:

Hợp cốc	Khúc trì	Kiên ngưng
Tý nhu	Kiên trình	Thiên tông
Cự cốt	Thiên tuyền	

- + Vận động cánh tay theo các tư thế, tăng dần biên độ để đạt được biên độ vận động sinh lý, cần tăng dần biên độ trong nhiều ngày.
- + Phát vùng trên và sau vai.
- + Rung toàn bộ cánh tay với tần số tăng dần.
- Liệu trình: 20 phút/lần/ngày x 20 ngày [56].

- Nhóm đối chứng:
- Điều trị VQKV bằng xoa bóp bấm huyệt đơn thuần như NNC.

2.6.4. Đánh giá sau điều trị

- Thời điểm đánh giá: ngày thứ 10 và 20 sau điều trị.
- Các chỉ tiêu đánh giá.
- + Sự thay đổi điểm đau VAS.
- + Sự thay đổi tầm vận động khớp vai.
- + Sự thay đổi thang điểm Constant & Murley.
- + Kết quả điều trị chung.

- Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng (mẩn ngứa, ban đỏ...).

2.7. 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.

2.8. 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 khỏe cho người bệnh.

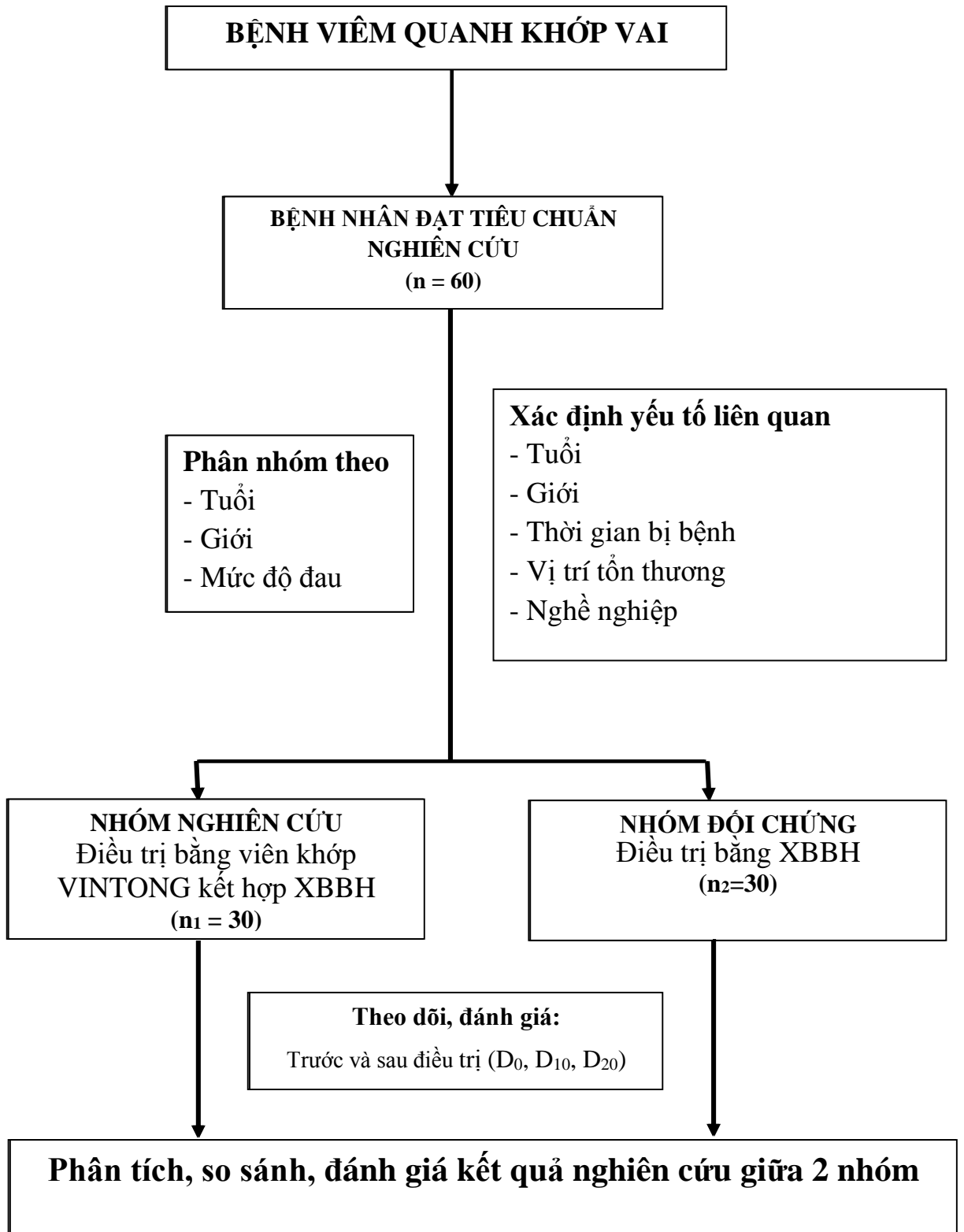
- Trước khi nghiên cứu các bệnh nhân được hỏi ý kiến và đồng ý tham gia.

- Trong quá trình điều trị, bệnh không đỡ hoặc tăng lên thì bệnh nhân sẽ được ngừng nghiên cứu, đổi phương pháp điều trị và loại ra khỏi NNC.

- 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.

- Đề cương nghiên cứu được hội đồng xét đề tài nghiên cứu của cao học chuyên ngành YHCT Học viện Y Dược cổ truyền Việt Nam thông qua.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu

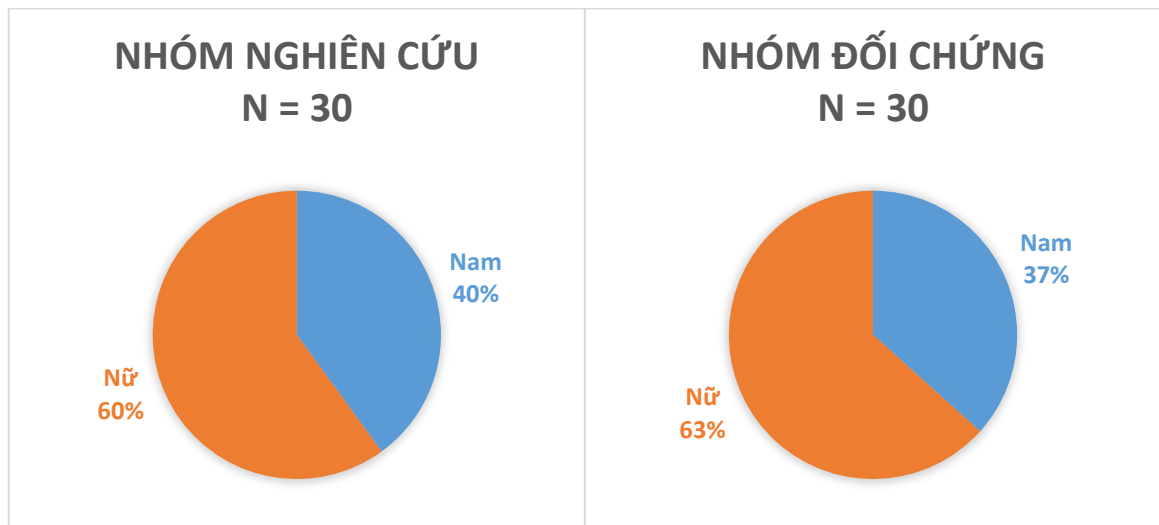
Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		p
	n	%	n	%	
< 40	0	0	1	3,33	> 0,05
40 - 49	9	30	6	20	
50 - 59	9	30	9	30	
≥ 60	12	40	14	46,67	
Tổng	30	100	30	100	
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	56,14 ± 9,28		58,36 ± 9,73		> 0,05

Nhận xét:

Tuổi mắc VQKV chủ yếu là nhóm tuổi ≥ 50 tuổi chiếm tỷ lệ 73,33 %, nhóm tuổi < 50 thấp nhất chiếm tỷ lệ 16,67%. Tuổi trung bình mắc VQKV của nghiên cứu là 57,25. Tuổi trung bình của NNC là 56,14 và tuổi trung bình của NĐC là 58,36. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tuổi giữa NĐC và NNC ($p > 0,05$).

3.1.2. Đặc điểm về giới bệnh nhân nghiên cứu



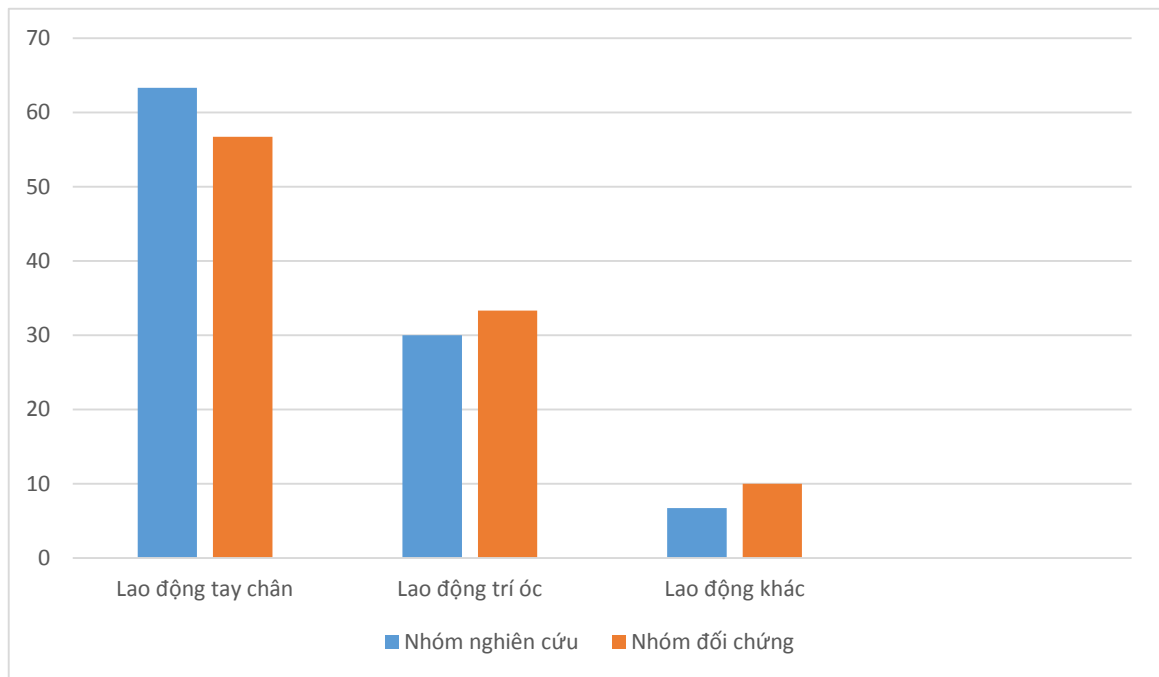
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về giới bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét:

Có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh theo giới trong nghiên cứu, với nữ chiếm 61,67% và nam chiếm tỷ lệ 38,33%. Nữ nhiều hơn nam ở cả 2 nhóm (NNC nữ chiếm 60% và NĐC chiếm 63,33%).

Không có sự khác biệt tỷ lệ về giới tính giữa NĐC và NNC ($p > 0,05$).

3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét:

Biểu đồ phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu cho thấy nhóm lao động tay chân chiếm đa số trong số bệnh nhân nghiên cứu chiếm 60%, nhóm lao động trí óc chiếm 31,67%; trong đó NNC có 63,33% bệnh nhân là lao động tay chân; 30% bệnh nhân là lao động trí óc; NĐC có 56,67% là lao động tay chân; 33,33% là lao động trí óc. Không có sự khác biệt tỷ lệ về nghề nghiệp giữa NĐC và NNC ($p > 0,05$).

3.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Thời gian	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Dưới 3 tháng	22	73,33	24	80	46	76,67
Trên 3 tháng	8	26,67	6	20	14	23,33
Tổng	30	100	30	100	60	100
p	> 0,05					

Nhận xét:

Chiếm tỷ lệ cao nhất tổng số bệnh nhân nghiên cứu là nhóm bệnh nhân mắc bệnh dưới 3 tháng (76,67%). Ở cả 2 NNC và NĐC, số bệnh nhân mắc bệnh dưới 3 tháng đều chiếm đa số với 73,33% ở NNC và 80% ở NĐC, trong đó số bệnh nhân mắc bệnh dưới 3 tháng ở NNC và NĐC lần lượt là 26,67% và 20%.

Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa NNC và NĐC không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.5. Vị trí khớp vai mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3. Vị trí khớp vai mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu.

Vị trí	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Vai trái	12	40	10	33,33	22	36,67
Vai phải	18	60	20	66,67	38	63,33
Cả hai bên	0	0	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100	60	100
p	$p > 0,05$					

Nhận xét:

Đa số bệnh nhân nghiên cứu vị trí mắc bệnh là vai phải (63,33%), tiếp đến là vai trái 36,67% và không có trường hợp nào mắc bệnh cả 2 bên. Không có sự khác biệt thống kê về tỷ lệ vị trí khớp vai mắc bệnh giữa 2 NNC và NĐC với $p > 0,05$.

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

Bảng 3.4. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị.

Mức độ	Nhóm	NNC (n = 30)		NDC (n = 30)		Tổng số	
		n	%	n	%	n	%
Không đau		0	0	0	0	0	0
Đau nhẹ		0	0	0	0	0	0
Đau vừa		9	30	7	23,33	16	26,67
Đau nặng		21	70	23	76,67	44	73,33
Điểm trung bình ($\bar{x} \pm SD$)		5,02 \pm 0,8		4,97 \pm 0,72		4,99 \pm 0,76	
p		p > 0,05					

Nhận xét:

Bệnh nhân đau ở mức độ nặng chiếm tỷ lệ lớn nhất tổng số bệnh nhân nghiên cứu chiếm 73,33%, bệnh nhân đau vừa chiếm 26,67%, không có bệnh nhân đau nhẹ và không đau trong nghiên cứu. Số điểm VAS trung bình trước điều trị là 4,99 điểm.

Điểm VAS trung bình NNC là 5,02 và NDC là 4,97. Sự khác biệt về tỷ lệ mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3.1.7. Đặc điểm tầm vận động khớp vai trước điều trị

Bảng 3.5. Đặc điểm tầm vận động khớp vai (động tác dạng) trước điều trị.

Tầm vận động khớp vai (động tác dạng)	NNC (n = 30)		NDC (n = 30)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0	0	0	0	0
Độ 1	2	6,67	2	6,67	4	6,67
Độ 2	25	83,33	24	80,0	49	81,67
Độ 3	3	10,0	4	13,33	7	11,67
Tổng	30	100	30	100	60	100
Góc trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	79,87 \pm 18,18		80,67 \pm 18,46		80,27 \pm 18,21	
p	> 0,05					

Nhận xét:

Trước điều trị bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai động tác dạng chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 81,67% (49 bệnh nhân) và mức độ 3 với tỷ lệ 11,67% (7 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình động tác dạng khớp vai của NNC và NĐC lần lượt là 79,87° và 80,67°.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đặc điểm tầm vận động khớp vai (động tác dạng) trước điều trị giữa NNC và NĐC ($p > 0,05$).

Bảng 3.6. Đặc điểm tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong) trước điều trị

Tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong)	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Độ 1	9	30	8	26,67	17	28,33
Độ 2	20	66,67	21	70	41	68,33
Độ 3	1	3,33	1	3,33	2	3,33
Tổng	30	100	30	100	60	100
Góc trung bình($\bar{x} \pm SD$)	57,36 \pm 12,74		55,87 \pm 13,48		56,63 \pm 13,12	
p	> 0,05					

Nhận xét:

Trước điều trị bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai động tác xoay trong chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 68,33% (41 bệnh nhân) và mức độ 1 với tỷ lệ 28,33% (17 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình động tác xoay trong khớp vai của NNC và NĐC lần lượt là 57,36° và 55,87°.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đặc điểm tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong) trước điều trị giữa NNC và NĐC ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Đặc điểm tầm vận động khớp vai (động tác xoay ngoài) trước điều trị

Tầm vận động khớp vai (động tác xoay ngoài)	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Độ 1	10	33,33	9	30	19	31,67
Độ 2	19	63,33	20	66,67	39	65
Độ 3	1	3,33	1	3,33	2	3,33
Tổng	30	100	30	100	60	100
Góc trung bình($\bar{x} \pm SD$)	54,27 \pm 12,09		56,76 \pm 13,07		55,52 \pm 12,61	
p	> 0,05					

Nhận xét:

Trước điều trị bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai động tác xoay ngoài chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 65% (39 bệnh nhân) và mức độ 1 với tỷ lệ 31,67% (19 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình động tác xoay ngoài khớp vai của NNC và NĐC lần lượt là 54,27° và 56,76°.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đặc điểm tầm vận động khớp vai (động tác xoay ngoài) trước điều trị giữa NNC và NĐC ($p > 0,05$).

3.1.8. Đặc điểm siêu âm khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.8. Đặc điểm siêu âm khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả siêu âm	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Không có gì bất thường	6	20	7	23,33	13	21,67
Có vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu	15	50	16	43,33	31	51,67
Có bao thanh mạc giãn to	4	13,33	3	10	7	11,67
Có dải tăng âm trong gân	5	16,67	4	13,33	9	15
Có vùng giảm âm trong gân	0	0,0	0	0,0	0	0,0
p	$p > 0,05$					

Nhận xét:

Qua siêu âm khớp vai đã phát hiện được 47 bệnh nhân (78,33%) có tổn thương trên hình ảnh siêu âm khớp vai. Các tổn thương có thể phát hiện được qua siêu âm bao gồm vùng trống âm bao quanh gân nhị đầu (51,67%), bao thanh mạc giãn to (11,67%), có dải tăng âm trong gân (15%).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm của siêu âm khớp vai bệnh nhân nghiên cứu trước điều trị giữa 2 NNC và NĐC ($p > 0,05$).

3.1.9. Đặc điểm phim X-quang khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.9. Đặc điểm phim X-quang khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả X-quang	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Không có gì bất thường	21	70	22	73,33	43	71,67
Calci hóa dây chằng	5	16,67	4	13,33	9	15
Gai xương	4	13,33	4	13,33	8	13,33
p	$p > 0,05$					

Nhận xét:

Qua chụp phim X-quang khớp vai phát hiện được 17 bệnh nhân có tổn thương trên phim chiếm 28,33%. Các tổn thương có thể phát hiện được qua X-quang bao gồm calci hóa dây chằng (15%) và gai xương (13,33%).

Giữa 2 NNC và NĐC không có sự khác biệt thống kê về đặc điểm phim chụp X-quang khớp vai ($p > 0,05$).

3.2. Kết quả điều trị của Viên khớp Vintong kết hợp xoa bóp bấm huyệt

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

Bảng 3.10. Phân loại điểm đau VAS trước và sau điều trị.

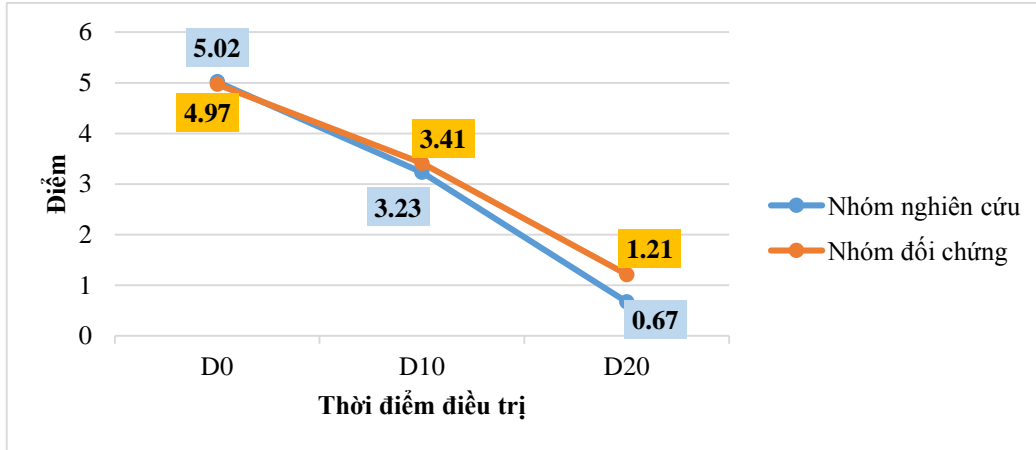
Phân loại điểm đau VAS		NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		P _{NNC-NĐC}
		n	%	n	%	
Không đau	D0	0	0	0	0	> 0,05
	D10	0	0	0	0	> 0,05
	D20	13	43,33	8	26,67	< 0,05
Đau nhẹ	D0	0	0	0	0	> 0,05
	D10	5	16,67	5	16,67	> 0,05
	D20	16	53,33	21	70	< 0,05
Đau vừa	D0	9	30	7	23,33	> 0,05
	D10	15	50	16	53,33	> 0,05
	D20	1	3,33	1	3,33	> 0,05
Đau nặng	D0	21	70	23	76,67	> 0,05
	D10	10	33,33	9	30	> 0,05
	D20	0	0	0	0	> 0,05
P _{D0-D10}		< 0,05		< 0,05		
P _{D0-D20}		< 0,05		< 0,05		

Nhận xét:

Trước điều trị 100% bệnh nhân có đau là ở mức độ vừa và nặng.

Sau khi điều trị 10 ngày, triệu chứng đau có sự cải thiện, NNC có 16,67% bệnh nhân đau nhẹ, 50% bệnh nhân đau vừa, 33,33% đau nặng. Tỷ lệ này tương đương ở NĐC có 16,67% bệnh nhân đau nhẹ, 53,33% bệnh nhân đau vừa, 30% đau nặng. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC ở D10 ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị, điểm đau VAS của cả NNC và NĐC đều tập trung ở mức không đau và đau nhẹ. Ở NNC bệnh nhân không đau nhiều hơn NĐC là 43,33% so với 26,67%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC tại D20. ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi giá trị trung bình điểm đau VAS trước và sau điều trị

Nhận xét:

Sau 10 ngày điều trị điểm VAS trung bình của NNC là 3,23 và của NĐC là 3,41. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị triệu chứng đau theo VAS có sự cải thiện rõ rệt ở cả 2 nhóm ($P_{D0-D20} < 0,05$). Điểm VAS trung bình của NNC lúc này là 0,67 và của NĐC là 1,35. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.2. Sự thay đổi tầm vận động khớp vai trước và sau điều trị.

Bảng 3.11. Phân loại tầm vận động khớp vai trước và sau 10 ngày điều trị

Tầm vận động khớp vai		NNC (n = 30)				NĐC (n = 30)				$P_{NNC-NĐC}$
		D ₀		D ₁₀		D ₀		D ₁₀		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Dạng	Độ 0	0	0	0	0	0	0	0	0	$P_{D0} > 0,05$
	Độ 1	2	6,67	10	33,33	2	6,67	12	40	
	Độ 2	25	83,33	19	63,33	24	80,0	17	56,67	$P_{D10} > 0,05$
	Độ 3	3	10,0	1	3,33	4	13,33	1	3,33	
Xoay trong	Độ 0	0	0	0	0	0	0	0	0	$P_{D0} > 0,05$
	Độ 1	9	30	18	60	8	26,67	16	53,33	
	Độ 2	20	66,67	12	40	21	70	14	46,67	$P_{D10} > 0,05$
	Độ 3	1	3,33	0	0	1	3,33	0	0	

Tầm vận động khớp vai		NNC (n = 30)				NĐC (n = 30)				P _{NNC-NĐC}
		D ₀		D ₁₀		D ₀		D ₁₀		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Xoay ngoài	Độ 0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	P _{D0} > 0,05
	Độ 1	10	33,33	20	66,67	9	30	19	63,33	
	Độ 2	19	63,33	10	33,33	20	66,67	11	36,67	P _{D10} > 0,05
	Độ 3	1	3,33	0	0	1	3,33	0	0	
P _{D0-D10}	Dạng	< 0,05				< 0,05				
	Xoay trong	< 0,05				< 0,05				
	Xoay ngoài	< 0,05				< 0,05				

Nhận xét:

Sau 10 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai có sự cải thiện ở cả 3 động tác dạng, xoay trong và xoay ngoài. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P_{D0-D10} < 0,05$.

Ở cả NNC và NĐC:

- Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác dạng độ 2 và 3 giảm từ 93,33% xuống 40% ở NNC và 60% lần lượt ở NNC và NĐC.

- Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay trong độ 2 và 3 giảm từ 70% xuống 66,67% ở NNC và 73,33% xuống 46,67% ở NĐC.

- Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài độ 2 và 3 giảm từ 66,67% xuống 33,33% ở NNC và 70% xuống 36,67% ở NĐC.

Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ phân loại tầm vận động khớp vai các động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài giữa NNC và NĐC ở D10 ($p > 0,05$)

Bảng 3.12. Phân loại tầm vận động khớp vai trước và sau 20 ngày điều trị

Tầm vận động khớp vai		NNC (n = 30)				NĐC (n = 30)				P _{NNC-NĐC}
		D ₀		D ₂₀		D ₀		D ₂₀		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Dạng	Độ 0	0	0,0	19	63,33	0	0,0	13	43,33	P _{D0>}
	Độ 1	2	6,67	9	30	2	6,67	14	46,67	0,05
	Độ 2	25	83,33	2	6,67	24	80,0	3	10	P _{D20<}
	Độ 3	3	10,0	0	0	4	13,33	0	0	0,05
Xoay trong	Độ 0	0	0,0	5	16,67	0	0,0	1	3,33	P _{D0>}
	Độ 1	9	30	23	76,67	8	26,67	27	90	0,05
	Độ 2	20	66,67	2	6,67	21	70	2	6,67	P _{D20<}
	Độ 3	1	3,33	0	0	1	3,33	0	0	0,05
Xoay ngoài	Độ 0	0	0,0	7	23,33	0	0,0	2	6,67	P _{D0>}
	Độ 1	10	33,33	21	70	9	30	26	86,67	0,05
	Độ 2	19	63,33	2	6,67	20	66,67	2	6,67	P _{D20<}
	Độ 3	1	3,33	0	0	1	3,33	0	0	0,05
P _{D0-D20}	Dạng	< 0,05				< 0,05				
	Xoay trong	< 0,05				< 0,05				
	Xoay ngoài	< 0,05				< 0,05				

Nhận xét:

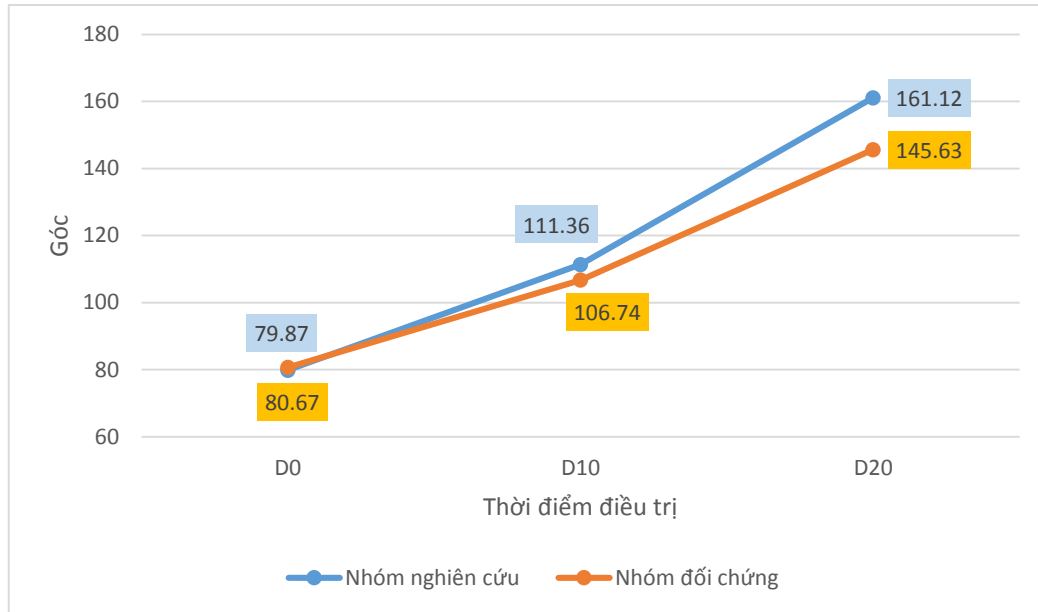
Sau 20 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai có sự cải thiện rõ rệt ở cả 3 động tác dạng, xoay trong và xoay ngoài. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P_{D0-D20} < 0,05$. Ở cả NNC và NĐC:

- Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác dạng độ 0 và 1 ở cả NNC và NĐC chiếm 93,33% và 90%, tỷ lệ độ 0 ở NNC nhiều hơn NĐC 63,33% so với 43,33%.

- Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay trong độ 0 và 1 ở cả NNC và NĐC đều chiếm 93,33%, tỷ lệ độ 0 ở NNC nhiều hơn NĐC 16,67% so với 3,33%.

- Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài độ 0 và 1 ở cả NNC và NĐC đều chiếm 93,33%, tỷ lệ độ 0 ở NNC nhiều hơn NĐC 23,33% so với 6,67%.

Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ phân loại tầm vận động khớp vai các động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài giữa NNC và NĐC ở D20 ($p < 0,05$).



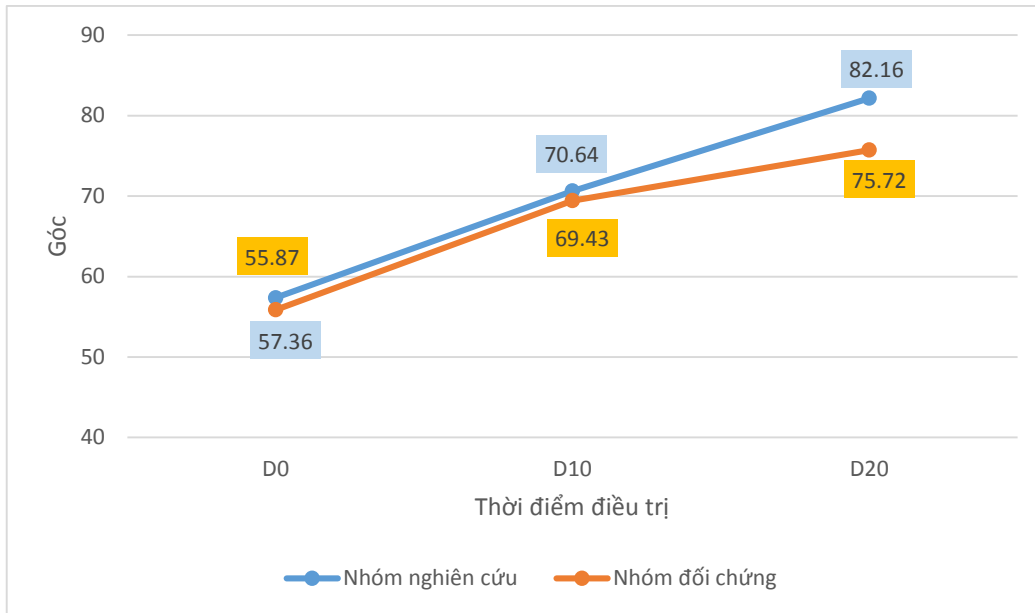
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác dạng trước và sau điều trị.

Nhận xét:

NNC có sự biến đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác dạng tốt hơn so với NĐC trong 20 ngày điều trị.

Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác dạng một cách rõ rệt ở cả NNC và NĐC ($P_{D0-D10} < 0,05$). Góc trung bình của NNC động tác dạng tăng từ $79,87^\circ$ lên $111,36^\circ$ và của NĐC tăng từ $80,67^\circ$ lên $106,74^\circ$, giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác dạng ở cả 2 nhóm ($P_{D0-D20} < 0,05$). Góc trung bình động tác dạng của NNC là $161,12^\circ$ cao hơn của NĐC là $145,63^\circ$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).



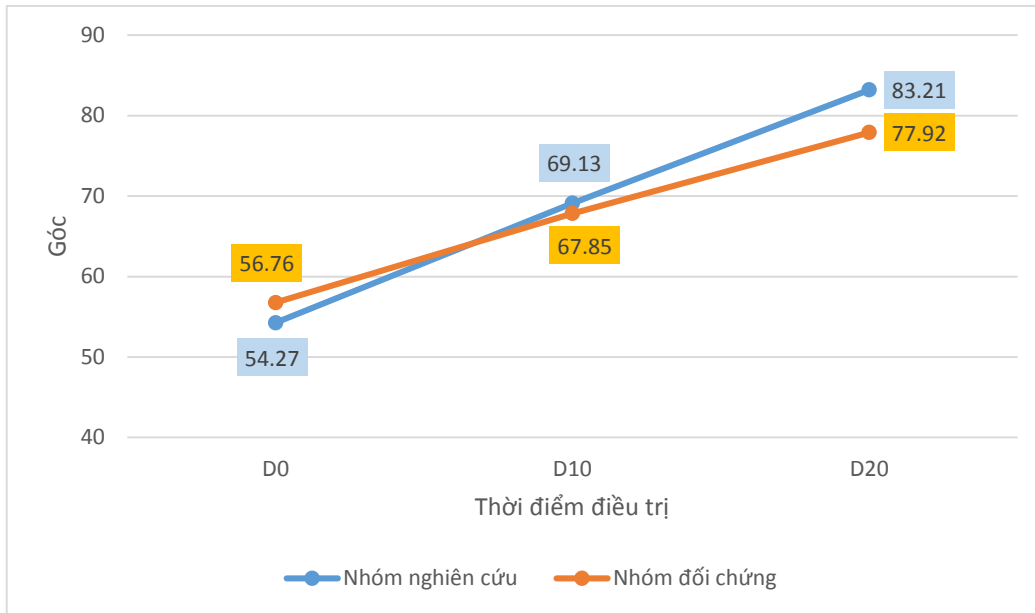
Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi giá trị trung bình tâm vận động khớp vai động tác xoay trong trước và sau điều trị.

Nhận xét:

NNC có sự biến đổi giá trị trung bình tâm vận động khớp vai động tác xoay trong tốt hơn so với NĐC trong 20 ngày điều trị.

Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tâm vận động động tác xoay trong một cách rõ rệt ở cả NNC và NĐC ($P_{D0-D10} < 0,05$). Góc trung bình của NNC động tác xoay trong tăng từ $57,36^\circ$ lên $70,64^\circ$ và của NĐC tăng từ $55,87^\circ$ lên $69,43^\circ$, giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tâm vận động động tác xoay trong ở cả 2 nhóm ($P_{D0-D20} < 0,05$). Góc trung bình động tác xoay trong của NNC là $82,16^\circ$ cao hơn của NĐC là $75,72^\circ$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).



Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài trước và sau điều trị.

Nhận xét:

NNC có sự biến đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài tốt hơn so với NĐC trong 20 ngày điều trị.

Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác xoay ngoài một cách rõ rệt ở cả NNC và NĐC ($P_{D0-D10} < 0,05$). Góc trung bình của NNC động tác xoay ngoài tăng từ $54,27^\circ$ lên $69,13^\circ$ và của NĐC tăng từ $56,76^\circ$ lên $67,85^\circ$, giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay ngoài ở cả 2 nhóm ($P_{D0-D20} < 0,05$). Góc trung bình động tác xoay ngoài của NNC là $83,21^\circ$ cao hơn của NĐC là $77,92^\circ$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

3.2.3. Sự thay đổi thang điểm Costant & Murley trước và sau điều trị

Bảng 3.13. Sự thay đổi thang điểm Costant & Murley trước và sau điều trị

Nhóm		D ₀ ($\bar{x} \pm SD$)	D ₁₀ ($\bar{x} \pm SD$)	D ₂₀ ($\bar{x} \pm SD$)	P _{D0-D10}	P _{D0-D20}
NNC	Chỉ số đau	3,23 ± 2,94	8,76 ± 3,47	13,41 ± 3,76	< 0,01	< 0,01
	Hoạt động hàng ngày	6,79 ± 2,78	11,06 ± 3,84	18,02 ± 3,58	< 0,01	< 0,01
	Khả năng vận động khớp vai	16,34 ± 4,21	24,75 ± 4,86	36,93 ± 4,01	< 0,01	< 0,01
	Lực khớp vai	8,34 ± 3,27	14,73 ± 4,54	22,16 ± 4,02	< 0,01	< 0,01
NDC	Chỉ số đau	3,76 ± 3,01	7,82 ± 3,83	11,04 ± 3,68	< 0,01	< 0,01
	Hoạt động hàng ngày	7,02 ± 1,83	11,75 ± 2,97	15,26 ± 3,74	< 0,01	< 0,01
	Khả năng vận động khớp vai	17,02 ± 3,71	23,21 ± 4,58	32,31 ± 4,72	< 0,01	< 0,01
	Lực khớp vai	9,01 ± 3,56	13,38 ± 4,07	19,07 ± 4,63	< 0,01	< 0,01
P _{NNC-NDC}	Chỉ số đau	> 0,05	> 0,05	< 0,05		
	Hoạt động hàng ngày	> 0,05	> 0,05	< 0,05		
	Khả năng vận động khớp vai	> 0,05	> 0,05	< 0,05		
	Lực khớp vai	> 0,05	> 0,05	< 0,05		

Nhận xét:

Sau 10 và 20 ngày điều trị các triệu chứng đau, khả năng vận động khớp vai, hoạt động hàng ngày và lực khớp vai đều có sự cải thiện rõ rệt trước và sau điều trị ở cả hai nhóm

ngiên cứu và đối chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Sau 20 ngày điều trị chỉ số đau ở NNC tăng từ 3,23 lên 13,41 còn ở NĐC là 3,76 lên 11,04. Sự khác biệt về chỉ số đau ở D20 giữa NNC và NĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị số điểm hoạt động hàng ngày ở NNC tăng từ 6,79 lên 18,02 còn ở NĐC là 7,02 lên 15,26. Sự khác biệt về số điểm hoạt động hàng ngày ở D20 giữa NNC và NĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị số điểm khả năng vận động khớp vai ở NNC tăng từ 16,34 lên 36,93 còn ở NĐC là 17,02 lên 32,31. Sự khác biệt về số điểm khả năng vận động khớp vai ở D20 giữa NNC và NĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị số điểm lực khớp vai ở NNC tăng từ 8,34 lên 22,16 còn ở NĐC là 9,01 lên 19,07. Sự khác biệt về số điểm lực khớp vai ở D20 giữa NNC và NĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.4. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.14. Kết quả điều trị chung

Kết quả	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		p
	n	%	n	%	
Tốt	20	66,67	13	43,33	< 0,05
Khá	6	20	10	33,33	
Trung bình	4	13,33	7	23,33	
Kém	0	0	0	0	
Tổng	30	100	30	100	
Điểm ($\bar{x} \pm SD$)	89,52 \pm 3,78		77,68 \pm 4,27		

Nhận xét:

Sau 20 ngày điều trị, kết quả điều trị cả 2 nhóm chủ yếu ở kết quả tốt và khá 93,33% ở NNC và 83,33% ở NĐC. Cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào có kết quả điều trị kém.

Hiệu quả điều trị ở NNC cao hơn hẳn so với NĐC; Nhóm nghiên cứu có 20 bệnh nhân (66,67%) điều trị ở mức tốt nhiều hơn so với nhóm đối chứng chỉ có 14 bệnh nhân (46,67%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn

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

Bảng 3.15. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu trước và sau điều trị.

Thời điểm nghiên cứu		D ₀	D ₂₀	P
Chỉ số cận lâm sàng		($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)	
NNC n = 30	Hồng cầu (T/L)	3,97 ± 1,02	4,01 ± 0,56	> 0,05
	Hemoglobin (G/L)	137,45 ± 34,86	136,56 ± 25,63	> 0,05
	Bạch cầu (G/L)	5,61 ± 1,28	5,23 ± 0,98	> 0,05
	Tiểu cầu (G/L)	264,96 ± 35,87	276,39 ± 45,47	> 0,05
	Ure (mmol/L)	3,56 ± 0,12	3,67 ± 0,45	> 0,05
	Creatinin (μmol/L)	88,79 ± 2,34	86,78 ± 3,11	> 0,05
	AST (U/L)	24,16 ± 4,01	25,97 ± 3,67	> 0,05
	ALT (U/L)	26,89 ± 2,67	27,73 ± 3,00	> 0,05
NĐC n = 30	Hồng cầu (T/L)	4,01 ± 1,89	3,99 ± 1,32	> 0,05
	Hemoglobin (G/L)	139,00 ± 23,44	140,01 ± 21,11	> 0,05
	Bạch cầu (G/L)	5,68 ± 2,11	6,78 ± 2,67	> 0,05
	Tiểu cầu (G/L)	200,98 ± 34,77	203,45 ± 25,69	> 0,05
	Ure (mmol/L)	4,65 ± 0,21	5,01 ± 0,78	> 0,05
	Creatinin (μmol/L)	78,32 ± 2,33	80,29 ± 4,52	> 0,05
	AST (U/L)	21,87 ± 3,76	22,09 ± 2,79	> 0,05
	ALT (U/L)	25,89 ± 4,35	26,76 ± 3,57	> 0,05

Nhận xét:

Sau 20 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 ở cả NNC và NĐC.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC ($p > 0,05$).

3.3.2. Một số triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.16. Tác dụng không mong muốn của viên khớp Vintong

Tác dụng không mong muốn	NNC		NĐC	
	n	%	n	%
Đau đầu	0	0	0	0
Hoa mắt chóng mặt	0	0	0	0
Sẩn ngứa	0	0	0	0
Đau bụng	0	0	0	0
Đi ngoài phân lỏng/nát	0	0	0	0
Buồn nôn	0	0	0	0
Nôn	0	0	0	0

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị không ghi nhận triệu chứng không mong muốn của viên khớp VINTONG trên lâm sàng ở cả NNC và NĐC

Bảng 3.17. Tác dụng không mong muốn của phương pháp XBBH

Tác dụng không mong muốn	NNC		NĐC	
	n	%	n	%
Bầm tím	0	0	0	0
Sẩn ngứa	0	0	0	0
Đau tăng	0	0	0	0

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị không ghi nhận triệu chứng không mong muốn của phương pháp XBBH trên lâm sàng ở cả NNC và NĐC

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi và nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1 cho thấy đa số bệnh nhân mắc bệnh ở nhóm tuổi trên 50 tuổi (chiếm 70% ở NNC và 76,67% ở NĐC), tiếp đến là lứa tuổi 40 đến 49 (30% ở NNC và 20% ở NĐC). Lứa tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất chiếm tỷ lệ 3,33% ở NĐC, NNC không có bệnh nhân nào. Tuổi cao nhất là 82 tuổi và thấp nhất là 36 tuổi. Tuổi trung bình của 2 nhóm là 57,25 tuổi, trong đó NNC là 56,14 và 58,36 ở NĐC. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự phân chia tuổi, nhóm tuổi giữa 2 nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều với các tác giả khác: Đoàn Quốc Sỹ (1998) nhận thấy rằng tổng số bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (88,7%) [63]; Theo Đoàn Quang Huy (1999) đa số bệnh nhân VQKV ở độ tuổi trên 50 tuổi (58,34%) [44]; Nghiên cứu của Chung Khánh Bằng (2001) cũng cho thấy hầu hết bệnh nhân VQKV có độ tuổi > 50 tuổi (67,16%) [64]; Phạm Việt Hoàng (2005) cũng thấy đa số bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi (90%) [47]; Nguyễn Thị Nga (2006) thấy số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ (76,3%) [49]; Nghiên cứu của Vũ Thị Duyên Trang (2013) cũng thấy đa số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao (71,8%) [65]; Nghiên cứu Lương Thị Dung (2014) [52] cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân > 50 tuổi chiếm tỉ lệ cao 60%; Nguyễn Thị Tân (2019) thấy tỉ lệ bệnh nhân > 50 tuổi chiếm 86,7%, độ tuổi trung bình là 61,87 tuổi, cao nhất là 83 tuổi, thấp nhất là 43 tuổi [55].

Theo YHCT, nữ ứng với số (7) 7x7 bằng 49, người nam ứng với số (8), 8x8 bằng 64. Đến 49 tuổi ở nữ và 64 tuổi ở nam, thiên quý suy. Thận hư không dưỡng được cốt tủy gây đau mỏi xương khớp, can huyết hư không dưỡng được cân gây co cứng cơ, chính khí suy giảm, tà khí xâm phạm gây chứng tý.

Từ những nhận xét và kết quả trên cho thấy VQKV cũng như các bệnh cơ xương khớp khác là bệnh của những người trung niên và lớn tuổi vì nó liên quan nhiều tới các bệnh chuyển hóa, nội tiết và quá trình cấp máu nuôi dưỡng khớp vai.

Cùng với tuổi tác thì quá trình lão hóa cũng tăng dần và ảnh hưởng không nhỏ tới hệ vận động đặc biệt là hệ thống gân cơ, dây chằng, bao khớp. Bệnh nhân trên 50 tuổi, do sự thoái hóa của các nhóm cơ xoay do hoạt động lâu dài và quá nhiều, đồng thời các vi chấn thương liên tiếp được tạo ra bởi sự tồn tại vùng cọ xát của mỏm cùng - qua là yếu tố thuận lợi gây VQKV thể đơn thuần.

4.1.2. Đặc điểm về giới bệnh nhân nghiên cứu

Một số tác giả nhận thấy VQKV tỉ lệ thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn nam giới trong mô hình dịch tễ học, phần nhiều là do phụ nữ đặc biệt là phụ nữ Việt Nam thường phải làm nhiều công việc, trong đó có công việc nội trợ khiến khớp vai phải thường xuyên vận động làm cho các cấu trúc phần mềm tại khớp dễ bị tổn thương, đồng thời quá trình lão hóa của phụ nữ tiến triển nhanh hơn nam giới, ở tuổi trung niên đây là giai đoạn phụ nữ mãn kinh, do thay đổi nội tiết tố nên bắt đầu loãng xương gây nên tỉ lệ bệnh lý cao hơn.

Theo YHHĐ, sau 50 tuổi, phụ nữ bước vào thời kỳ mãn kinh, các hormon sinh dục nữ giảm sút gây tăng nguy cơ mắc bệnh cơ xương khớp. Do phụ nữ phải sinh đẻ và giảm lượng estrogen ở thời kỳ sau mãn kinh làm giảm khả năng hấp thu canxi. Ngoài ra chế độ ăn thiếu canxi, chất khoáng, ít tập luyện, sợ nắng... gây nên loãng xương nói chung và thoái hóa xương khớp nói riêng. Vì vậy, nữ giới mắc thoái hóa xương khớp nói chung và viêm quanh khớp vai nói riêng nhiều hơn và sớm hơn so với nam giới.

Theo YHCT, tuổi thiên quý suy của nữ là 49 sớm hơn nam là 64 tuổi lí giải tỉ lệ nữ mắc các chứng bệnh xương khớp cao hơn nam giới.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi qua biểu đồ 3.1 cho thấy tỉ lệ mắc VQKV ở nữ/nam giới xấp xỉ 1,5/1, nữ giới là 61,67%, nam là 38,33%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả trước đó Đặng Ngọc Tân (2009) đa số bệnh nhân là nữ (66,7%), nam (33,3%) [50]; Nguyễn Thị Tân (2019) tỷ lệ nữ giới mắc bệnh là 63,3%, nam giới là 36,7% [55].

Các tác giả như Trương Văn Chúc (2016) [66]; Nguyễn Thị Lụa (1999) [13], Vũ Thị Duyên Trang (2013) [65], Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa (2001) [51] khi nghiên cứu cũng đã đưa ra nhận xét tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam trong VQKV.

4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi quá biểu đồ 3.2 cho thấy tỉ lệ nhóm bệnh nhân lao động chân tay chiếm đa số với 60%, lao động trí óc chiếm 31,67%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Hoàng Huyền Châm (2018) 63,3% lao động chân tay, 30% lao động trí óc [67]; Nguyễn Thị Tân (2019) 70% lao động chân tay, 10% lao động trí óc [55].

Lao động chân tay như các nghề: làm nông, thợ xây, thợ dệt, các công việc phải gánh nặng, bung bê, khuôn vác... gây ra các chấn thương cơ học, đặc biệt là các vi chấn thương tái diễn sẽ làm tổn thương các cấu trúc phần mềm quanh khớp vai.

4.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2) cho thấy đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 3 tháng là 76,67%; > 3 tháng là 23,33%. Tỷ lệ thời gian mắc bệnh giữa NNC và NĐC không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả: Theo Đặng Ngọc Tân (2009) qua 66 bệnh nhân VQKV thể viêm gân nhận thấy thời gian mắc bệnh < 1 tháng chiếm (18,2%), từ 1 - 3 tháng chiếm (81,8%) [50]; Theo nghiên cứu của Lương Thị Dung (2014) đã tổng kết thời gian mắc bệnh từ 1 - 3 tháng là (73,3%), > 3 tháng là (10%) [52]. Nguyễn Hữu Huyền và Lê Thị Kiều Hoa (2011), hầu hết bệnh nhân mắc bệnh kéo dài trên 1 tháng là 81,67% [51].

Chúng tôi còn nhận thấy rằng, bệnh nhân VQKV đa số là người cao tuổi, ở thành phố lớn thường rất ngại di chuyển đường xa nên bệnh nhân thường cố gắng chịu đựng 1 khoảng thời gian, đến khi không thể chịu đựng được nữa mới nhập viện để điều trị.

Đối với 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 lại nhiều lần cho đến khi bệnh nhân không còn khả năng vận động do hạn chế tầm vận động quá nhiều, kèm theo bệnh nhau đau quá mức chịu đựng của cơ thể nên cũng ngừng cử động tay bên đau [68]. Nhiều tác giả cho rằng việc ngừng hoạt động tay bên đau làm hình thành vòng xoắn bệnh tật ở bệnh nhân VQKV ngày càng tăng nặng.

4.1.5. Vị trí khớp vai mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.3) cho thấy tỷ lệ mắc bệnh của vai phải (63,33%) cao hơn vai trái (36,67%) và không có trường hợp nào bị VQKV cả hai vai (0%).

Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả: Theo Xiao Minghui (1998) phân tích 269 trường hợp viêm quanh khớp vai được điều trị bằng phương pháp xoa bóp và Trung dược thấy có 101 trường hợp bệnh ở bên trái (37,55%) và 168 trường hợp ở bên phải (62,45%) [33]; Theo Lê Thị Hoài Anh (2001) tỷ lệ mắc bệnh của vai phải là (56%), vai trái (44%) [45]; Phạm Việt Hoàng (2005) nghiên cứu trên 60 bệnh nhân VQKV thấy tỷ lệ tổn thương vai phải (53,3%), vai trái (35%) [47]; Trương Văn Chúc (2016), cho thấy tỷ lệ viêm quanh khớp vai phải (56,7%), vai trái (40%) [66]; Nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân (2009) 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% [50].

Theo nhiều tác giả, những tổn thương đứt chụm của các cơ xoay thường xảy ra ở cánh tay thuận, đối với nam giới khoảng 50 tuổi, lao động với cánh tay phải đưa lên cao (dọn nhà, giao hàng, thợ nề, thợ sơn...).

Với tác giả Hà Hoàng Kiệt thì cho rằng, khi ngồi làm việc có thói quen chống khuỷu 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 [69].

Mặt khác, do trình độ dân trí phát triển nên khả năng nhận thức của người dân có xu hướng làm việc bằng tay phải (dù là không phải tay thuận) đang chuyển sang xu hướng sử dụng tay thuận của mình (có thể là tay trái hoặc tay phải) như viết hoặc làm việc nội trợ trong gia đình, chơi thể thao nhiều hơn mà tỉ lệ tay mắc bệnh giữa vai trái và vai phải có sự thay đổi cân bằng hơn so với những nghiên cứu trước đây.

Mặc dù chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào tìm hiểu mối liên quan giữa tay thuận với bên vai bị bệnh VQKV thể đơn thuần, nên các nghiên cứu cho kết quả như trên chỉ mang tính chất tham khảo, giúp hỗ trợ trong quá trình tìm nguyên nhân, xác định tình trạng tổn thương, hỗ trợ quá trình điều trị của thầy thuốc trong khi điều trị và cảnh báo phòng bệnh cho cộng đồng.

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

Trong YHHĐ, các triệu chứng khởi phát chủ quan của bệnh nhân là một trong những yếu tố để tìm kiếm và phát hiện nguyên nhân cũng như vị trí mắc bệnh. Sự xuất hiện và mất đi cảm giác đau chủ quan của người bệnh VQKV có liên quan chặt chẽ với chức năng khớp vai, điều này có tác dụng quan trọng trong việc đánh giá sự phục hồi khớp vai qua quá trình điều trị trên lâm sàng.

Trong YHCT nói chung, “đau” là triệu chứng ban đầu của mọi loại bệnh mà đặc biệt trong bệnh VQKV nguyên nhân là do phong, hàn thấp xâm phạm gây nên khí trệ, huyết ứ. Kinh mạch không lưu thông, cân cơ không được nuôi dưỡng, lại kết hợp với đặc điểm hàn ngưng, huyết ứ gây ra triệu chứng đau ở vùng ngưng trệ, ngoài ra nó còn ảnh hưởng đến khí. Khí trệ, huyết ứ làm cho cơ nhục không được nuôi dưỡng vì vậy hạn chế vận động. Như vậy, quan niệm của YHCT cũng cho rằng đau là triệu chứng quan trọng để tiên lượng được khả năng điều trị với sự phục hồi khớp vai như YHHĐ [70].

Đau là cảm giác phức tạp có sự tham gia của nhiều hệ thống các cơ quan chức năng khác nhau như ý thức, cảm giác, trí nhớ, động lực, phản ứng thực vật. Đối với bệnh nhân VQKV, cơn đau ảnh hưởng đến sinh hoạt và chất lượng cuộc sống khiến người bệnh đến gặp thầy thuốc với mong muốn được giải phóng khỏi đau đớn để trở lại sinh hoạt bình thường. Điều trị đau luôn được các nhà lâm sàng quan tâm nghiên cứu. Một trong những khó khăn của việc nghiên cứu về đau là vấn đề định lượng đau bởi ngưỡng cảm giác đau, khả năng chịu đau cũng như đáp ứng của từng cá thể đối với đau là rất khác nhau. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang điểm đau VAS để đánh giá tình trạng đau của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.4) cho thấy 100% bệnh nhân nghiên cứu có triệu chứng đau vai ở mức độ từ vừa đến nặng, trong đó đau nặng 73,33%; tiếp đến đau vừa 26,67%, không có bệnh nhân đau nhẹ và không đau trong nghiên cứu. Số điểm VAS trung bình trước điều trị là 4,99 điểm, điểm VAS trung bình của NNC là 5,02 và NĐC là 4,97.

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Theo Chung Khánh Bằng (2001), tỷ lệ BN đau vừa và nặng như nhau đều (41,8%), đau nhẹ

chỉ chiếm (16,4%) [64]; Nguyễn Thị Nga (2006), đau trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%), đau nặng (33,3%), không có BN nào đau nhẹ [49]; Theo Đặng Ngọc Tân (2009), đa số BN đau ở mức trung bình (78,8%), đau nhiều (21,2%) và không có BN nào đau nhẹ [50]; Theo Nguyễn Hữu Huyền (2011), tất cả 60 BN đau ở mức độ vừa và nặng (43,33% và 56,67%) [32]; Lương Thị Dung (2014), 100% bệnh nhân VQKV đều có triệu chứng đau ở mức độ từ nhẹ đến nặng, trong đó tỷ lệ đau nặng và đau vừa chiếm (96,7%) [52]; Theo Trương Văn Chúc năm 2016, cho thấy tỷ lệ 100% bệnh nhân VQKV có triệu chứng đau vai ở mức độ từ vừa đến nặng trong đó đau vừa chiếm tỷ lệ là (66,7%), đau nặng chiếm tỷ lệ là (33,3%) [66]; Theo Nguyễn Thị Tân (2019) tỷ lệ bệnh nhân đau nặng chiếm 36,7%, đau vừa chiếm 53,3% [55].

Điều này hoàn toàn phù hợp với thời gian mắc bệnh và mức độ đau của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu, đa phần bệnh nhân thường dễ tổn thương nặng hơn đến ngưỡng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt cũng như đến ngưỡng đau khó chịu mới đi khám, nên tỉ lệ bệnh nhân đau nặng và vừa chiếm đa số còn tỉ lệ đau nhẹ và không đau là không nhiều.

4.1.7. Đặc điểm tầm vận động khớp vai trước điều trị

Khớp vai có các động tác rất phong phú: Vai có thể đưa ra trước 180° , ra sau 50° , dạng 180° và khép tay 50° , xoay vào trong 90° , xoay ra ngoài 90° . Các động tác này phối hợp với nhau 1 cách nhuần nhuyễn, liên tục ở điều kiện bình thường. Khi có tổn thương xảy ra, người bệnh có thể bị hạn chế vận động ở 1 số động tác nhất định, điều này làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân rất nhiều [2], [12].

Khi vận động khớp vai ở tư thế dạng tay (đặc biệt là từ $70^\circ - 130^\circ$) và đưa tay lên cao quá đầu, mấu động lớn sẽ cọ xát vào mặt dưới mỏm cùng vai làm cho chụm của các cơ xoay bị kẹt lại giữa 2 xương, điều này làm cho khoang dưới mỏm cùng vốn đã hẹp càng hẹp hơn và lâu dần cùng với thời gian sẽ gây nên bệnh lý tổn thương gân cơ [2], [12].

Ở tư thế khép tay, mặt tiếp xúc với ổ khớp của chụm của các cơ xoay bị ép chặt bởi chỏm xương cánh tay. Sự ép chặt này không những tạo ra những kích thích về cơ học mà còn giảm lưu lượng máu cung cấp cho gân [2], [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi từ bảng 3.5 thấy 100% số bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai động tác dạng chủ yếu ở mức độ 2 chiếm 81,67% và mức

độ 3 với tỷ lệ 11,67%, không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình của động tác dạng khớp vai là 80,27 độ.

Từ bảng 3.6 thấy trước điều trị 100% bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai động tác xoay trong chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 68,33% và mức độ 1 với tỷ lệ 28,33%, không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình của động tác xoay trong khớp vai là 56,63°.

Từ bảng 3.7 thấy trước điều trị 100% bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai động tác xoay ngoài chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 65% và mức độ 1 với tỷ lệ 31,67% không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình của động tác xoay ngoài khớp vai là 55,52°.

Tỷ lệ này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Theo Cailliet. R (1998), đau dù là lần đầu tiên thường phối hợp với hạn chế vận động nếu không hoàn toàn để ý trong động tác. Đầu tiên hạn chế vận động bắt đầu từ động tác dạng, tiến đến là hạn chế động tác gấp và cuối cùng là động tác xoay. Hạn chế vận động trong mọi động tác chủ động hay bị động đều là nguyên nhân gây đau tăng [71].

Nguyễn Thị Lực (1999), 100% bệnh nhân nghiên cứu đều có hạn chế vận động khớp vai, trong đó mức độ nặng là (24%), mức độ vừa là (31%) và mức độ nhẹ là 45% [13]. Theo Lương Thị Dung (2014), 100% bệnh nhân nghiên cứu đều có hạn chế vận động khớp vai từ mức độ vừa đến nặng, trong đó mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao (83,3%) [52]. Theo Trương Văn Chúc năm 2016, cho thấy tỷ lệ hạn chế vận động khớp vai gấp ở 100% bệnh nhân nghiên cứu, trong đó mức độ nặng chiếm (80 – 86,7%), mức độ vừa chiếm (13,3 - 20%) [66].

4.1.8. Đặc điểm siêu âm khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.8 cho thấy siêu âm khớp vai đã phát hiện được 78,33% trường hợp tổn thương trên 60 bệnh nhân, chỉ có 21,67% trường hợp không phát hiện tổn thương. Các tổn thương được phát hiện bao gồm vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu (51,67%) bao thanh mạc giãn to (11,67%), có dải tăng âm trong gân (15%).

Kết quả này chúng tôi thấy phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Lực (1999) [13], Đoàn Quang Huy (1999) [44], Lê Thị Hoài Anh (2001) [45], Chung

Khánh Bằng (2001) [64], Vũ Thị Duyên Trang (2013) [65] cho rằng siêu âm khớp vai có giá trị chẩn đoán nguyên nhân trong VQKV.

Viêm quanh khớp vai thường biểu hiện viêm các gân do quá trình thoái hóa với tăng bạch cầu ái toan, thoái hóa chất nhầy... Theo Codman sự thoái hóa của gân được đánh dấu bằng sự tổn thương bao thanh mạc dưới mòm cùng, bao thanh mạc dưới cơ delta, viêm gân mũ các cơ xoay và viêm gân cơ nhị đầu là nguyên nhân chủ yếu của VQKV [65].

Vôi hóa thường xuất hiện nhóm cơ chóp xoay. Có thể do giảm oxy tại gân. Khoảng 7% trường hợp vôi hóa trong gân không phát hiện. Hình ảnh X quang có thể bình thường nếu vôi hóa không tăng quang hoặc dạng bùn. Vôi hóa không có tăng quang thường liên quan đến các trường hợp viêm cấp tính. Trong khi đó, vôi hóa với hình ảnh tăng quang liên quan với viêm bán cấp hoặc mãn tính. Khảo sát trên siêu âm có thể phát hiện tốt các thể vôi hóa này [72], [73].

Khi siêu âm, ổ tổn thương viêm giảm âm khu trú đặc trưng không đồng nhất. Siêu âm giúp phân biệt tổn thương viêm và rách gân cơ. Viêm gân cơ nhị đầu thường biểu hiện bằng hình ảnh tụ dịch dưới bao. Tụ dịch khớp vai phát hiện tốt trên hình ảnh siêu âm và triệu chứng có thể gặp trong VQKV [72].

4.1.9. Đặc điểm phim X-quang khớp vai của bệnh nhân nghiên cứu

Nhiều tác giả cho rằng chụp phim X - quang quy ước có thể chẩn đoán các trường hợp viêm gân calci hóa: phát hiện calci hóa gân cơ trên gai, gân cơ dưới gai và gân cơ dưới vai.

Còn trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.9 cho thấy đa phần không thấy tổn thương khớp vai (chiếm 71,67%) tổng số bệnh nhân nghiên cứu, tổn thương calci hóa dây chằng khớp vai chiếm 15% còn lại là gai xương chiếm 13,33%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Quang Huy (1999), chụp Xquang cho 48 bệnh nhân chỉ phát hiện được tổn thương là (20,83%) còn (79,17%) không phát hiện được tổn thương [44]. Phạm Việt Hoàng (2005) cũng cho rằng trên phim chụp khớp vai thường quy phát hiện được tổn thương với tỷ lệ rất thấp (16,7%) [47]. Lương Thị Dung (2014), trong nghiên cứu 60 bệnh nhân VQKV thể đơn thuần cũng thấy rằng (13,3%) là phát hiện được tổn thương còn (86,7%) là không phát

hiện được tổn thương [52]. Theo Trương Văn Chúc (2016), cho thấy chụp Xquang thường quy khớp vai đa số không phát hiện tổn thương (90%) [66].

4.2. Kết quả điều trị của Viên khớp Vintong kết hợp xoa bóp bấm huyệt

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

Đau là triệu chứng chủ quan, và cũng là triệu chứng chỉ điểm cho những tổn thương nói chung và đối với VQKV thì nó là triệu chứng chính để quan sát sự tiến triển trong quá trình điều trị. Việc thay đổi mức độ đau trước và sau điều trị là một trong những mục tiêu chính của nghiên cứu chúng tôi, và để đánh giá hiệu quả quá trình điều trị, chúng tôi sử dụng thang điểm VAS để lượng giá mức độ đau.

Kết quả ở biểu đồ 3.3 cho thấy: VAS trung bình có sự dịch chuyển giảm dần theo thời gian điều trị, mức độ giảm đau đồng đều giữa các thời điểm đánh giá, tại các thời điểm nghiên cứu D10 và D20 NNC đều có sự biến đổi giá trị trung bình điểm VAS giảm mạnh hơn so với NĐC trong cả quá trình điều trị. Sau 10 ngày điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ 5,02 điểm xuống 3,23 và nhóm đối chứng giảm từ 4,97 điểm xuống 3,41. Sau 10 ngày điều trị phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm giảm rõ rệt giá trị trung bình điểm VAS trước và sau 10 ngày ($p < 0,05$).

Trên biểu đồ 3.3 cho thấy giữa 2 nhóm đối chứng và nghiên cứu có sự khác biệt nhau không rõ ràng sau 10 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có mức độ giảm đau hơn so với nhóm đối chứng tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đến ngày thứ 20 của điều trị, điểm trung bình của chỉ số đau VAS của nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt từ 5,02 điểm xuống 0,67, điểm trung bình của nhóm đối chứng giảm từ 4,97 điểm xuống 1,21. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Điều này cho thấy kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện tình trạng giảm đau tốt hơn so với nhóm đối chứng.

Kết quả bảng 3.10 cũng cho thấy sau khi điều trị 10 ngày, các triệu chứng đau có sự cải thiện, NNC có 16,67% bệnh nhân đau nhẹ, 50% bệnh nhân đau vừa, 33,33% đau nặng. Tỷ lệ này tương đương với NĐC có 16,67% bệnh nhân đau nhẹ, 53,33% bệnh nhân đau vừa, 30% đau nặng, cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào ở mức độ không đau. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê phân loại điểm VAS giữa NNC và NĐC ở D10 ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, điểm đau VAS của cả NNC và

NĐC đều tập trung ở mức không đau và đau nhẹ với 96,67%. Triệu chứng đau có sự cải thiện rõ rệt, ở NNC số bệnh nhân không đau nhiều hơn NĐC là 43,33% so với 26,67%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC tại D20. ($p < 0,05$).

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả:

Theo nghiên cứu của Lê Thị Hoài Anh (2001) điều trị VQKV bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu thấy triệu chứng đau được cải thiện đáng kể ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu (độ chênh lệch mức độ đau trung bình trước và sau điều trị là 7,8 so với 5,6) [45]; Nguyễn Thị Nga (2006) điều trị VQKV thể đơn thuần bằng thuốc chống viêm non-steroid kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng cho kết quả 73,3% bệnh nhân hết đau [49]; Ngoài ra, Paternostro - Sluga T nghiên cứu điều trị VQKV bằng siêu âm điều trị, xung điện tần số thấp kết hợp tập vận động (vận động thụ động, chủ động theo tầm vận động khớp vai, tập có kháng trở hay tập với dụng cụ như dây chun, ròng rọc) thì thấy các BN đều đạt được kết quả tốt (giảm đau và tầm vận động khớp vai phục hồi trên 70%) [74]; Nguyễn Thị Tân (2019) đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp bài thuốc quyên tý thang cho kết quả tỷ lệ sau điều trị không đau là 73,3%, đau ít là 20,0%, đau vừa là 6,7% và không có đau nhiều [55]; Nguyễn Thị Thu Hiền, Phạm Quốc Toàn (2005) Đánh giá hiệu quả phương pháp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại Khoa y học cổ truyền Bệnh viện Xanh-pôn Hà Nội sau điều trị có 100% bệnh nhân không còn triệu chứng đau; Wei Hanju (2010) Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng xoa bóp và phong bế cục bộ cho kết quả 76% hết đau, 20% đau ít [39].

Như vậy, có thể thấy được hiệu quả giảm đau của viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

Xoa bóp bấm huyệt dưới góc nhìn Y học hiện đại tác động trực tiếp lên các thụ thể thần kinh dày đặc ở dưới da tạo ra các cung phản xạ thần kinh đáp ứng từ đó gây nên tác dụng điều hòa quá trình hưng phấn hay ức chế thần kinh trung ương, gây thư giãn thần kinh, giảm căng thẳng, tăng khả năng tập trung, giảm đau, giãn cơ và điều hòa chức năng nội tạng. Một số công trình nghiên cứu cho thấy, XBBH còn có tác dụng kích thích thần kinh trung ương tiết ra endorphin (có tác dụng mạnh gấp hơn

200 lần morphin) gây cảm giác dễ chịu, khoan khoái, giảm căng thẳng [32].

Theo sách Hoàng Đế Nội Kinh Linh khu, "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". Theo y học cổ truyền, xoa bóp thông qua tác động vào các huyết, kinh lạc (kinh cân) có thể đuổi được ngoại tà, điều hòa được dinh vệ, thông kinh hoạt lạc và điều hòa chức năng tạng phủ, giảm đau [75].

Viên khớp VINTONG xuất xứ từ bài thuốc KNC là bài thuốc chữa xương khớp nghiệm phương của PGS.TS. Đậu Xuân Cảnh dựa vào lý luận y học cổ truyền trong điều trị chứng thoái hóa, đau nhức xương khớp cũng như việc phối ngũ các vị thuốc theo pháp phương hài hòa với các vị dược liệu để nâng cao tác dụng điều trị đã được nghiên cứu thử nghiệm độc tính và ứng dụng điều trị trên lâm sàng cho thấy tác dụng chống viêm giảm đau hiệu quả [9], [10].

Như vậy, sự kết hợp giữa 2 phương pháp điều trị sử dụng viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyết có sự cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm đối chứng ở triệu chứng đau.

4.2.2. Sự thay đổi tầm vận động khớp vai trước và sau điều trị.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tầm vận động khớp vai của các bệnh nhân thông qua động tác dạng vai, động tác xoay trong, động tác xoay ngoài. Hạn chế tầm vận động khớp vai do đau, co cơ, xơ hóa gân, bệnh nhân VQKV trước điều trị có hạn chế vận động từ nhẹ đến nặng. Khi khớp vai giảm đau, tầm vận động khớp vai cũng được cải thiện nhưng không hết tầm vận động. Nếu chúng ta chỉ chú trọng đến điều trị giảm đau cho bệnh nhân và tập luyện nhẹ nhàng, không sử dụng các phương pháp điều trị cải thiện tầm vận động thì kéo theo các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng khó khăn, ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân. Dẫn đến bệnh nhân khả năng có xu hướng tâm lý ngại làm việc, giao tiếp cũng như hoạt động sẽ dẫn đến vòng xoắn bệnh lý nhóm khớp vai tăng lên, các triệu chứng đau và cứng khớp sẽ tái xuất hiện sau một thời gian dài nếu tiếp diễn liên tục.

Kết quả bảng 3.14 cho thấy sau 10 ngày điều trị tầm vận động khớp vai có sự cải thiện ở cả 3 động tác dạng, xoay trong và xoay ngoài. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

với $P_{D0-D10} < 0,05$. Ở cả NNC và NĐC: Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác dạng độ 2 và 3 giảm từ 93,33% xuống 40% ở NNC và 60% lần lượt ở NNC và NĐC. Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay trong độ 2 và 3 giảm từ 70% xuống 66,67% ở NNC và 73,33% xuống 46,67% ở NĐC. Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài độ 2 và 3 giảm từ 66,67% xuống 33,33% ở NNC và 70% xuống 36,67% ở NĐC. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ phân loại tầm vận động khớp vai các động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài giữa NNC và NĐC ở D10 ($p > 0,05$).

Kết quả bảng 3.15 cho thấy sau 20 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai có sự cải thiện rõ rệt ở cả 3 động tác dạng, xoay trong và xoay ngoài. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P_{D0-D20} < 0,05$. Ở cả NNC và NĐC: Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác dạng độ 0 và 1 ở cả NNC và NĐC chiếm 93,33% và 90%, tỷ lệ độ 0 ở NNC nhiều hơn NĐC 63,33% so với 43,33%. Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay trong độ 0 và 1 ở cả NNC và NĐC đều chiếm 93,33%, tỷ lệ độ 0 ở NNC nhiều hơn NĐC 16,67% so với 3,33%. Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài độ 0 và 1 ở cả NNC và NĐC đều chiếm 93,33%, tỷ lệ độ 0 ở NNC nhiều hơn NĐC 23,33% so với 6,67%. Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ phân loại tầm vận động khớp vai các động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài giữa NNC và NĐC ở D20 ($p < 0,05$).

Biểu đồ 3.4 cho thấy NNC có sự biến đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác dạng tốt hơn so với NĐC trong 20 ngày điều trị. Ở thời điểm D0 tầm vận động động tác dạng cả 2 nhóm là tương đương nhau. Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác dạng một cách rõ rệt ở cả NNC và NĐC ($P_{D0-D10} < 0,05$). Góc trung bình của NNC động tác dạng tăng từ $79,87^\circ$ lên $111,36^\circ$ và của NĐC tăng từ $80,67^\circ$ lên $106,74^\circ$, đồ thị ở thời điểm D10 cho hình ảnh đi lên nhưng 2 đường thẳng chưa có sự tách biệt rõ rệt, giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác dạng ở cả 2 nhóm ($P_{D0-D20} < 0,05$). Góc trung bình động tác dạng của NNC là $161,12^\circ$ cao hơn của NĐC là $145,63^\circ$. Lúc này thì đồ thị có sự thay đổi rõ rệt so với thời điểm 10 ngày, nhóm nghiên cứu có đường biểu diễn cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Biểu đồ 3.5 cũng thấy NNC có sự biến đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp

vai động tác xoay trong tốt hơn so với NĐC trong 20 ngày điều trị. Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác xoay trong một cách rõ rệt ở cả NNC và NĐC ($P_{D0-D10} < 0,05$). Góc trung bình của NNC động tác xoay trong tăng từ $57,36^\circ$ lên $70,64^\circ$ và của NĐC tăng từ $55,87^\circ$ lên $69,43^\circ$, đồ thị ở thời điểm D10 cho hình ảnh đi lên nhưng 2 đường thẳng chưa có sự tách biệt rõ rệt giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay trong ở cả 2 nhóm ($P_{D0-D20} < 0,05$). Góc trung bình động tác xoay trong của NNC là $82,16^\circ$ cao hơn của NĐC là $75,72^\circ$. Lúc này thì đồ thị có sự thay đổi rõ rệt so với thời điểm 10 ngày, nhóm nghiên cứu có đường biểu diễn cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Tương tự với biểu đồ 3.6 NNC có sự biến đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài tốt hơn so với NĐC trong 20 ngày điều trị. Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác xoay ngoài một cách rõ rệt ở cả NNC và NĐC ($P_{D0-D10} < 0,05$). Góc trung bình của NNC động tác xoay ngoài tăng từ $54,27^\circ$ lên $69,13^\circ$ và của NĐC tăng từ $56,76^\circ$ lên $67,85^\circ$, đồ thị ở thời điểm D10 cho hình ảnh đi lên nhưng 2 đường thẳng chưa có sự tách biệt rõ rệt giữa 2 nhóm giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay ngoài ở cả 2 nhóm ($P_{D0-D20} < 0,05$). Góc trung bình động tác xoay ngoài của NNC là $83,21^\circ$ cao hơn của NĐC là $77,92^\circ$. Lúc này thì đồ thị có sự thay đổi rõ rệt so với thời điểm 10 ngày, nhóm nghiên cứu có đường biểu diễn cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Lý giải điều này, chúng tôi cho rằng thời gian (10 ngày) bệnh nhân có sự giảm đau nhất định giữa 2 nhóm, tuy nhiên vì đây là tổn thương đã lâu ngày nên hạn chế cử động chủ động lẫn bị động chỉ giảm đi khi các tổn thương được cải thiện ở một mức độ nhất định. Mà trong đó cả 2 nhóm đều được sử dụng điều trị nền là xoa bóp bấm huyệt nên ở giai đoạn này tầm vận động còn cải thiện rất chậm, chỉ sau 10 ngày điều trị, tổn thương tại khớp vai được cải thiện, lúc đấy nhóm nghiên cứu có được sự tiến triển mạnh hơn dưới tác dụng hỗ trợ chống viêm, giảm đau cũng như giãn cơ của viên khớp VINTONG. Mặt khác sự cải thiện động tác xoay trong là động tác khó,

nên sự cải thiện của nó khá chậm so với động tác dạng.

Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả:

Nguyễn Thị Cẩm Châu (2000) điều trị VQKV bằng châm cứu kết hợp vận động khớp vai đạt kết quả tốt với động tác dạng là 71,8%, động tác gấp là 65,6% và động tác duỗi là 56,2% [76]; Nguyễn Thị Thu Hiền, Phạm Quốc Toàn (2005) đánh giá hiệu quả phương pháp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại Khoa y học cổ truyền Bệnh viện Xanh-pôn Hà Nội cho kết quả tốt với động tác dạng 97%, xoay trong, xoay ngoài 81,8% [48]; Võ Đại Quỳnh (2017) điều trị VQKV bằng điện châm kết hợp sóng xung kích cho kết quả tốt với động tác dạng 100%, xoay trong, xoay ngoài 80% [53].

Tóm lại, sự cải thiện của tầm vận động khớp vai (động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài) sau 20 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu dùng viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt cao hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Có được sự cải thiện theo chiều hướng tốt này là do xoa bóp bấm huyệt tác động trực tiếp lên các thụ thể thần kinh dày đặc ở dưới da tạo ra các phản xạ thần kinh đáp ứng từ đó gây nên tác dụng điều hòa quá trình hưng phấn hay ức chế thần kinh trung ương, gây thư giãn thần kinh, giảm căng thẳng, tăng khả năng tập trung, giảm đau, giãn cơ và điều hòa chức năng nội tạng [32].

Theo tác giả Trần Ngọc Ân, một khớp bình thường nếu không vận động chỉ sau vài tuần đã gây nên tình trạng thiếu máu tổ chức trong sụn, giảm lưu thông dịch gây phù nề, giảm chuyển hóa của tổ chức gây teo cơ, thoái hóa mỡ, mất tính đàn hồi của gân, cơ, dây chằng, bao khớp, loãng xương, cuối cùng là tình trạng cứng khớp [2]. Đặc biệt trong tình trạng viêm các tổ chức phần mềm như gân, cơ, dây chằng và bao khớp thì tình trạng xơ dính diễn ra rất nhanh. Xoa bóp bấm huyệt làm tăng tuần hoàn tại chỗ nên có tác dụng tăng cường dinh dưỡng, giảm đau, hạn chế quá trình thoái hóa của xương khớp. Đối với khớp hạn chế vận động, xoa bóp bấm huyệt kết hợp với tập vận động giúp phục hồi khả năng vận động của khớp [32].

“Viên khớp VINTONG” đã được nghiên cứu chứng minh trên động vật thực nghiệm có tác dụng chống viêm, giảm đau, chống thoái hóa khớp thể hiện qua các

chỉ tiêu: Làm giảm đau do viêm, thoái hóa khớp thông qua làm tăng tỷ lệ phân phối chịu đựng trọng lượng. Làm giảm viêm thông qua làm giảm chất trung gian gây viêm PGE2 và các cytokines tiền viêm TNF- α , IL-1 β , và IL-6 trong huyết thanh chuột. Làm giảm viêm, giảm thoái hóa khớp được chứng minh thông qua hình ảnh mô bệnh học nhuộm HE. Làm giảm số điểm đánh giá tổn thương mô bệnh học sụn xương khớp và tình trạng viêm khoang mỡ Hoffa ($p < 0,01$ so với lô mô hình) [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều dùng phương pháp điều trị nền xoa bóp bấm huyệt. Vì vậy, sự chênh lệch về kết quả cải thiện tầm vận động khớp vai giữa hai nhóm là do hiệu quả điều trị của viên khớp VINTONG mang lại. Điều này đã chứng minh rõ hiệu quả điều trị của viên khớp VINTONG có tác dụng cải thiện điều trị tầm vận động.

4.2.3. Sự thay đổi thang điểm Costant & Murley trước và sau điều trị.

Kết quả bảng 3.17 chỉ ra sự thay đổi rõ rệt sau 10 ngày, 20 ngày 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, sau 20 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 lần lượt có điểm trung bình là 3,23 và 3,76, nhưng sau 10 ngày số điểm chỉ số đau của nhóm nghiên cứu có tăng lên là 8,76 ở nhóm nghiên cứu và 7,82 ở nhóm đối chứng, nếu 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 tốt hơn 1 chút so với nhóm đối chứng, nhưng sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đến thời điểm sau 20 ngày nhóm nghiên cứu có điểm trung bình là 13,41 và nhóm đối chứng có giá trị 11,04, thấp hơn so với nhóm nghiên cứu.

Ở chỉ số hoạt động hàng ngày cho chúng ta thấy trước điều trị và sau 10 ngày điều trị, 20 ngày điều trị có sự khác biệt nhau khá rõ ràng. Sau 10 ngày điều trị nhóm nghiên cứu tăng từ 6,79 lên 11,06 và nhóm đối chứng tăng từ 7,02 lên 11,75 tuy nhiên giữa 2 nhóm không có sự khác biệt quá đáng kể ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị thì chỉ số hoạt động hàng ngày của nhóm nghiên cứu là 18,02 lớn hơn nhóm đối chứng là 15,26, giữa 2 nhóm 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 20 ngày điều trị, điểm trung bình nhóm nghiên cứu tăng lên từ 16,34 lên đến 36,93 và ở nhóm đối chứng là 17,02 tăng lên 32,31. Lực nâng khớp vai sau 20 ngày điều trị, 2 nhóm đều có sự thay đổi lớn từ 8,34 lên 22,16 ở nhóm nghiên cứu và 9,01 lên 19,07 ở nhóm đối chứng.

Do sau quá trình điều trị bằng viên khớp VINTONG kết hợp XBBH, tình trạng đau của khớp vai được giảm bớt, tầm vận động của khớp vai được gia tăng, các cơ và tổ chức phần mềm quanh khớp được thư giãn nhiều, dẫn đến năng lực của khớp vai cũng được tăng lên.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với kết quả của tác giả: Phạm Văn Minh (2018) đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị bệnh nhân VQKV thể đơn thuần cho kết quả chỉ số đau trung bình NNC tăng từ 3,4 lên 14,2, khả năng vận động khớp vai tăng từ 20,5 lên 38,6 điểm, mức độ sinh hoạt hàng ngày tăng từ 7,4 lên 18,5 điểm, lực khớp vai tăng từ 3,4 lên 13 điểm [54].

Sự khác biệt giữa 2 nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi với kết quả nghiên cứu trên có thể là do nhiều yếu tố trong đó đặc điểm của bệnh nhân, cỡ mẫu, thời điểm nghiên cứu cũng như cách phân loại kết quả điều trị cũng khác nhau.

4.2.4. Kết quả điều trị chung

Việc đánh giá tác dụng điều trị VQKV của bất kỳ một phương pháp nào không chỉ dựa vào một khía cạnh đơn thuần nào như: mức độ giảm đau, tầm vận động... mà bao gồm tổng hòa của nhiều khía cạnh ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Chính vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thực hiện đánh giá kết quả điều trị dựa trên các chỉ số: mức độ đau, hoạt động hàng ngày của bệnh nhân, tầm vận động khớp vai và năng lực khớp vai.

Theo kết quả ở bảng 3.19 cho thấy: Sau 20 ngày điều trị, kết quả điều trị cả 2 nhóm chủ yếu ở kết quả tốt và khá 93,33% ở NNC và 83,33% ở NĐC. Cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào có kết quả điều trị kém. Hiệu quả điều trị ở NNC cao hơn hẳn so với NĐC; NNC có 20 bệnh nhân (66,67%) điều trị ở mức tốt nhiều hơn so với NĐC chỉ có 14 bệnh nhân (46,67%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả điều trị của chúng tôi tương đồng với các tác giả trong nước: Dương Trọng

Hiếu (1992) nghiên cứu hiệu quả điều trị VQKV bằng châm cứu và xoa bóp bấm huyệt, cho kết quả tốt và khá là 89,02% [43]; Hoàng Văn Lý (1998) điều trị cho 50 bệnh nhân viêm quanh khớp vai bằng xoa bóp bấm huyệt trong 3 tuần tại bệnh viện Hữu nghị thu được hiệu quả điều trị tốt và khá đạt 80% [77]; Lê Quang Đạo (2005) nghiên cứu hiệu quả điều trị 82 bệnh nhân viêm quanh khớp vai ở bệnh xá Bộ Quốc Phòng bằng vật lý và tập vận động, nhận thấy hiệu quả điều trị tốt và khá đạt 85,3% [46]; Nguyễn Thị Thu Hiền, Phạm Quốc Toàn (2005) đánh giá hiệu quả phương pháp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại Khoa y học cổ truyền Bệnh viện Xanh-pôn Hà Nội cho kết quả tốt và khá đạt 90%; [48]; Phạm Việt Hoàng (2005) nghiên cứu hiệu quả điều trị VQKV bằng xoa bóp bấm huyệt, cho kết quả tốt và khá là 86,7% [47]; Nguyễn Thị Nga (2006) đánh giá hiệu quả điều trị VQKV thể đơn thuần bằng thuốc chống viêm nonsteroid kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng đạt kết quả tốt khá 90%, trung bình 10% [49]; Vũ Thị Duyên Trang (2013), điều trị VQKV thể đơn thuần bằng vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu đạt kết quả tốt, khá đạt 90,6% và trung bình 9,4% [65]; Phạm Văn Minh (2018) đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị bệnh nhân viêm khớp vai thể đơn thuần cho kết quả tốt và khá 90,6% [54]; Nguyễn Thị Tân (2019) đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp bài thuốc xuyên tý thang cho kết quả tốt và khá là 93,3% không có loại kém [55].

Kết quả điều trị của chúng tôi tương đương với các tác giả nước ngoài: Huang Lieying (2000) quan sát lâm sàng về 120 trường hợp VQKV được điều trị bằng châm cứu và xoa bóp cho kết quả NNC 80% tốt khá, 17,8% trung bình, 2,2% kém[35]; Yang Guojing (2006) chiếu laser bán dẫn và xoa bóp điều trị 98 VQKV tỷ lệ hữu hiệu của nhóm điều trị là 91,8% [36]; Luo Zhengyuan (2009) nghiên cứu 30 trường hợp VQKV được điều trị bằng châm cứu, xoa bóp kết hợp bài thuốc Đông y, bổ sung bằng các bài tập chức năng cho kết quả khỏi 26 ca, cải thiện 4 ca, tỷ lệ hiệu quả đạt 100% [38]; Jiangmen (2017) quan sát hiệu quả lâm sàng của phương pháp châm cứu kết hợp xoa bóp trong điều trị VQKV cho kết quả tổng tỷ lệ có hiệu quả là 92,1% ở nhóm quan sát và 81,2% ở nhóm đối chứng [40].

Như vậy, hiệu quả điều trị VQKV thể đơn thuần bằng viên khớp VINTONG kết

hợp XBBH trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương khi so sánh với kết quả của các nghiên cứu khác và một số phương pháp thì tốt hơn.

Có được kết quả khả quan như vậy là do chúng tôi đã chọn công thức huyết điều trị gồm các huyết Kiên trinh và Thiên tông của đường kinh Thủ Thái dương Tiểu trường có tác dụng thư cân, giãn cơ vùng khớp vai, làm tăng thêm tác dụng điều trị đau khớp vai cũng như hạn chế vận động của khớp vai. Mặt khác, đường kinh Thái dương là đường kinh theo hội chứng lục kinh là đường kinh ở phía ngoài cùng có tác dụng bảo vệ bên ngoài của cơ thể, việc xoa bóp bấm các huyết trên đường kinh Thái dương có tác dụng tăng cường khả năng tự bảo vệ bên ngoài mà ở đây là khu trừ tà khí bên ngoài như phong, hàn, thấp. Ngoài ra kết hợp thêm các huyết trên đường kinh Thủ Dương minh Đại trường như Hợp cốc, Khúc trì, Kiên ngưng, Tý nhu làm tăng cường khả năng điều trị khớp vùng vai (chứng kiên thống). Theo quan niệm YHCT đường kinh Thủ Dương minh là đường kinh đa khí đa huyết, kết hợp châm các huyết trên đường kinh này nhằm nâng cao thể trạng cho bệnh nhân, giúp tăng cường khí huyết vùng khớp vai nhằm nâng cao hiệu quả điều trị trên bệnh nhân. Đường kinh Tam tiêu được coi là đường kinh dẫn đường cho âm dương khí huyết, việc gia thêm các huyết trên đường kinh Thủ Thiếu dương Tam tiêu có tác dụng hỗ trợ lưu thông khí huyết, vận hành khí huyết trong kinh lạc mạch.

Theo quan điểm của kinh lạc, vai là nơi giao thoa của 3 kinh mạch dương của tay và chân, việc đau vai gáy phần lớn là do sự tấn công trực tiếp của các tác nhân gây bệnh từ bên ngoài tác động vào kinh lạc, đồng thời việc điều trị bấm huyết có tác dụng trị liệu cục bộ và từ xa. Các kỹ thuật xoa, lăn, bóp, phát trong XBBH có lợi cho việc nói lỏng sự kết dính của các mô mềm của vai; các kỹ thuật kéo và lắc có thể thúc đẩy dòng chảy của dịch khớp vai và tăng cung cấp chất dinh dưỡng cho sụn khớp. Các mô mềm có thể duy trì và tăng khả năng co giãn của các mô mềm và cải thiện phạm vi chuyển động của khớp. Đồng thời, các cơ và mô dây chằng liên quan được kéo căng, do đó làm giảm co thắt cơ, thúc đẩy phục hồi căng cơ và giảm đau.

Viên khớp VINTONG có nguồn gốc từ bài thuốc KNC được phối ngũ theo lý luận y học cổ truyền chứa các vị thuốc như khương hoạt, tần giao, tế tân, đỗ trọng, xuyên khung, phòng phong,... có tác dụng khu phong trừ thấp, hành khí, hoạt huyết,

kiện tỳ bổ khí, bổ can thận, cường gân cốt.

Theo nghiên cứu của tác giả Đậu Xuân Cảnh (2018) bài thuốc KNC trên thực nghiệm có tác dụng chống viêm cả viêm cấp và viêm mạn, đồng thời có tác dụng chống viêm kiểu corticoid, có tác dụng giảm đau cả ngoại vi và trung ương [10].

4.3. Tác dụng không mong muốn

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

Kết quả từ bảng 3.15, cho thấy các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu của nhóm nghiên cứu như chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinin, AST, ALT gần như không thay đổi so với trước điều trị và đều nằm trong giới hạn bình thường của bệnh nhân. Không sự khác biệt thống kê giữa trước và sau điều trị của các chỉ số này ($p > 0,05$). Điều này chứng minh rằng việc kết hợp viên khớp VINTONG và XBBH trong điều trị VQKV không có ảnh hưởng đến chức năng tạo máu, chức năng thận cũng như sự toàn vẹn của tế bào gan trên lâm sàng.

4.3.2. Một số triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng

Qua kết quả nghiên cứu ở bảng 3.16 và 3.17 cho thấy không gặp bất cứ một tác dụng không mong muốn nào của viên khớp VINTONG và phương pháp XBBH trên lâm sàng tại thời điểm trong và sau quá trình điều trị ở cả NNC và NĐC.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu hiệu quả của viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị VQKV thể đơn thuần, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng viên khớp VINTONG kết hợp XBBH

- Mức độ cải thiện tình trạng đau theo thang điểm VAS: 43,33% bệnh nhân hết đau của nhóm nghiên cứu và 26,67% bệnh nhân hết đau của nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Điểm trung bình của mức độ đau NNC giảm từ 5,02 trước điều trị giảm xuống còn 0,67 sau điều trị, giảm nhiều hơn so với NĐC điều trị xoa bóp bấm huyệt đơn thuần (từ 4,97 giảm xuống còn 1,21) ($p < 0,05$).

- Tầm vận động khớp vai theo McGill - McROMI

+ Tầm vận động trung bình động tác dạng khớp vai NNC trước điều trị là $79,87^\circ$ sau điều trị tăng lên $161,12^\circ$, tăng cao hơn so với NĐC là từ $80,67^\circ$ lên $145,63^\circ$; Có 63,33% bệnh nhân mức độ 0 (nhóm nghiên cứu) cao hơn 43,33% bệnh nhân mức độ 0 (nhóm đối chứng).

+ Tầm vận động trung bình động tác xoay trong khớp vai NNC từ trước điều trị là $57,36^\circ$ lên $70,64^\circ$, tăng cao hơn so với nhóm chứng là từ $55,87^\circ$ lên $69,43^\circ$; NNC có 16,67% bệnh nhân mức độ 0 cao hơn NĐC có 3,33% BN.

+ Tầm vận động trung bình động tác xoay ngoài khớp vai NNC từ trước điều trị là $54,27^\circ$ lên $69,13^\circ$ tăng cao hơn so với nhóm chứng là $56,76^\circ$ lên $67,85^\circ$; NNC có 23,33% bệnh nhân mức độ 0 cao hơn NĐC có 6,67% bệnh nhân mức độ 0.

- Kết quả điều trị chung: Ở NNC kết quả điều trị tốt đạt 66,67%, khá 20%, trung bình 13,33% cao hơn ở NĐC là tốt 43,33%, khá 33,33%, trung bình 23,33%.

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp.

Không có tác dụng không mong muốn của viên khớp VINTONG và phương pháp XBBH trên lâm sàng và các chỉ số xét nghiệm hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinin, AST, ALT.

KIẾN NGHỊ

Dựa 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.
2. Đưa viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt vào điều trị cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần áp dụng rộng rãi hơn cho các cơ sở y tế tuyến dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân (1999). “Viêm quanh khớp vai”, *Bệnh khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 334-344.
2. Trần Ngọc Ân (2002). *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 364 - 374.
3. Trần Ngọc Ân và cs (2000). *Tài liệu nghiên cứu khoa học*, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội.
4. J. J. Luime, B. W. Koes, I. J. M. Hendriksen et al (2004). Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population, a systematic review, *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 33 (2), pp. 73-81.
5. Kaia B Engebretsen, Margreth Grotle, Bård Natvig (2015). Patterns of shoulder pain during a 14-year follow-up: results from a longitudinal population study in Norway, *Shoulder Elbow*, 7(1), pp 49–59.
6. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2000). *Nghiên cứu tổn thương dạ dày tá tràng ở bệnh nhân mắc bệnh khớp điều trị thuốc chống viêm không steroid*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
7. Bộ y tế (2013). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 327 - 329.
8. 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.
9. Đậu Xuân Cảnh (2018). *Nghiên cứu độc tính của viên khớp VINTONG trên động vật thực nghiệm*, Đề tài cấp cơ sở, Học viện dược học cổ truyền Việt Nam.
10. Đậu Xuân Cảnh (2018). *Nghiên cứu tác dụng chống viêm, giảm đau của viên khớp VINTONG trên động vật thực nghiệm*, Đề tài cấp cơ sở, Học viện dược học cổ truyền Việt Nam.
11. Đậu Xuân Cảnh (2019). *Nghiên cứu tác dụng chống thoái hóa khớp gối của cao đặc "KNC" trên động vật thực nghiệm*, Đề tài cấp cơ sở, Học viện dược học cổ truyền Việt Nam.

12. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 165 - 176.
13. Nguyễn Thị Lực (1999). *Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai (Dựa vào lâm sàng, Xquang và siêu âm)*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
14. Dương Xuân Đạm (2004). *Vật lý điều trị - Đại cương - Nguyên lý và thực hành*, Nhà xuất bản Văn hóa thông tin, Hà Nội, tr. 49 - 63, 164 - 185.
15. Katthagen. B. D (1990). *Ultrasonography of the shoulder, thieme medical publishers, Inc, Newyork, 1 - 118.*
16. Peric P. (2003). The painful shoulder - functional anatomy and clinical diagnosis, *Reumatizam* 50 (2), 36-7.
17. A F de Winter, M P Jans, R J Scholten, W Devillé, D van Schaardenburg, L M Bouter (1999). Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement, *Ann Rheum Dis*, 58 (5), 272 - 7.
18. Jajic Z. (2003). Painful shoulder syndrome, *Reumatizam*, 50 (2), 34 - 5.
19. Naredo E, Iagnocco A, Valesini G, et al (2003). Ultrasonographic study of painful shoulder, *Ann Rheum Dis*, 62.
20. Tôn Thất Minh Đạt (2005). Hội chứng cơ chụp xoay, *Thời sự y học*, số 10 tháng 8 năm 2005.
21. D. A. Deeab, M. Walker (2010). *Ultrasound guided glenohumeral joint hydrodistention for (adhesive capsulitis) frozen shoulder*, European society of radiology.
22. Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2005). *Bài giảng y học cổ truyền*, Tập II, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
23. Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2005). *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
24. Đỗ Tất Lợi (2015). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

25. Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự (2006). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, tập II, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
26. Trần Văn Kỳ (2014). *Dược học cổ truyền*, Nhà xuất bản Đồng Nai.
27. Bộ Y tế (2018). *Dược điển Việt Nam*, lần xuất bản thứ năm, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
28. Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn (2016). *Phương tế học*, Nhà xuất bản Thuận Hóa.
29. Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự (2006). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, tập I, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
30. Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự (2006). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, tập III, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
31. Nguyễn Nhược Kim (2009). *Phương tế học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
32. Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2004). *Xoa bóp bấm huyệt*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
33. 肖明辉 (1998). 中药, 推拿治疗肩周炎 269 例分析, *广东医学*, 1998 年 11 期第 883-884 页.
Tiêu Minh Huy (1998). Phân tích 269 trường hợp viêm quanh khớp vai được điều trị bằng thuốc bắc và xoa bóp, *Tạp san Y Học Quảng Đông*, số phát hành 11 năm 1998, trang 883-884.
34. Klein G, Klulich W. (1999). Reducing pain by oral enzyme therapy in rheumatic diseases, *Wien Med Wochensechr*, 149 (21-22), 577 - 580.
35. 黄列英 (2000). 针刺、推拿治疗肩周炎 120 例临床观察, *中国针灸*, 2000 年 S1 期第 147-148 页.
Hoàng Liệt Anh (2000). Quan sát và điều trị trên lâm sàng 120 trường hợp viêm quanh khớp vai bằng phương pháp xoa bóp châm cứu. *Tạp san Châm Cứu Trung Quốc*, phụ san kỳ thứ nhất năm 2000, trang 147-148.

36. 杨国晶, 洪英杰 (2006). 半导体激光并按摩治疗肩周炎 98 例, *北大核心*, 2006 年 03 期 第 209-210 页.
- Dương Quốc Tinh, Hồng Anh Kiệt (2006). Điều trị 98 trường hợp viêm quanh khớp vai bằng phương pháp tia laser bán dẫn. *Tạp san Liên Hợp Thư Viện Đại Học Bắc Kinh*, số phát hành 03 năm 2006, trang 209-210.
37. 王洁伟, 曹玉娟, 寻治泉 (2008). 局部封闭加手法治疗肩周炎, *中国民间疗法*, 2008 年 第 6 期.
- Vương Khiết Vĩ, Tào Ngọc Quyên, Tầm Trị Tuyên (2008). Điều trị phong bế cục bộ viêm quanh khớp vai kết hợp thủ pháp. *Tạp san Liệu Pháp Dân Gian Trung Quốc*, phụ san kỳ 6 năm 2008.
38. 罗正元 (2009). 针灸推拿结合治疗肩周炎疗效观察, *医学理论与实践*, 2009 年 第 8 期.
- La Chính Nguyên (2009). Quan sát hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng phương pháp xoa bóp kết hợp châm cứu. *Tạp san Lý Luận Y Học Và Thực Tiễn*, số phát hành thứ tám năm 2009.
39. 魏汉菊, 罗君 (2010). 局部阻滞配合按摩治疗肩部撞击综合征, *中国康复*, 2010 年 第 5 期.
- Ngụy Hán Cúc, La Quân (2010). Điều trị hội chứng viêm bao hoạt dịch trở trệ cục bộ dưới mỏm cùng vai kết hợp xoa bóp trị liệu. *Tạp san Khang Phục Trung Quốc*, số phát hành thứ 5 năm 2010.
40. 彭克坚 (2017). 针灸结合推拿治疗肩周炎疗效观察, *实用中医药杂志*, 2017 年 第 4 期.
- Bành Khắc Kiên (2017). Quan sát hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng phương pháp xoa bóp kết hợp châm cứu. *Tạp Trí Trung Y Dược Thực Dụng*, số phát hành thứ 4 năm 2017.
41. 王倩 (2018). 针灸与推拿结合治疗肩周炎的疗效观察, *世界最新医学信息文摘*, 2018 年 56 期 第 168 页.

- Vương Sánh (2018). Xoa bóp và châm cứu viêm quanh khớp vai kết hợp quan sát hiệu quả điều trị. *Trích văn Thông Tin Y Học Tối Tân Thế Giới*, số phát hành 56 năm 2018 trang 168.
42. Trần Thúy Và Cộng sự (1987). Kết quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng châm ở loa tai, *Thông tin Y học cổ truyền dân tộc*, (57) tr. 40.
43. Dương Trọng Hiếu (1992). *Kết hợp day bấm huyết với điện xung điều trị viêm quanh khớp vai (kiên bối thống)*, Tổng hội Y dược học Việt Nam xuất bản, Nội khoa (2), tr. 20 – 22.
44. 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.
45. 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.
46. Lê Quang Đạo (2005). *Nghiên cứu tác dụng phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản thể thao, Hà Nội, tr. 57 - 59.
47. Phạm Việt Hoàng (2005). *Đánh giá tác dụng của phương pháp xoa bóp bấm huyết y học cổ truyền trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
48. Nguyễn Thị Thu Hiền, Phạm Quốc Toàn (2005). *Đánh giá hiệu quả phương pháp xoa bóp bấm huyết điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại Khoa y học cổ truyền - Bệnh viện Xanh - pôn Hà Nội. Tạp chí nghiên cứu Y học*, Năm 2005 Số 6 PB Trang: 193-200.
49. 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.
50. 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.

51. 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.
52. 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.
53. 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 sĩ y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
54. Phạm Văn Minh (2018). *Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị bệnh nhân viêm khớp vai thể đơn thuần tại Bệnh viện 108*. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
55. Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Thị Lê Viên, Nguyễn Văn Hưng (2019). *Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp bài thuốc "Quyên tý thang"*. Luận văn tốt nghiệp, Trường Đại học y dược Huế.
56. Bộ Y tế (2015). *Quy trình kỹ thuật châm cứu, Tài liệu hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Quy trình 42*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
57. M.C. Boissier (1992). Périarthrities Scapulo - Humérales, *Conférence de Rhumatologie de Paris*, pp.21 - 28.
58. Victoria Quality Council (2007). *Acute pain management measurement toolkit, Rural and Regional Health and Aged Care Services Division*, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia.
59. Nguyễn Xuân Nghiên (2002). *Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
60. Constant C.R., Murley A. H. G. (1987). A clinical method of functional assessment of the shoulder, *Clin. Orthop*, 214, pp. 160 - 164.
61. Dương Xuân Đạm (2004). *Vật lý điều trị - Đại cương - Nguyên lý và thực hành*, Nhà xuất bản Văn hóa thông tin, Hà Nội, tr. 49 - 63, 164 - 185.

62. Bộ môn phục hồi chức năng - Trường đại học Y Hà Nội (2009). *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 232 - 237, 268 - 269.
63. 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, Hà Nội.
64. Chung Khánh Bằng (2001), *Nghiên cứu tác dụng phương pháp tân châm trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Trường đại học Y Hà Nội.
65. 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.
66. Trương Văn Chúc (2016). *Đánh giá tác dụng điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại 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.
67. 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 sỹ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
68. Bộ Y tế (2016). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 165-176.
69. Hà Hoàng Kiệt (2015). *Viêm quang khớp vai chẩn đoán và điều trị*, Nhà xuất bản Thể dục Thể thao, tr7, 35-36.
70. 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. 768-776.
71. Cailliet.R (1998). *Pericapsulitis shoulder pain, neck and arm pain*, F.A Davis company Philadelphia, 150 – 154.
72. Jon Jacobson (2013). *Fundamentals of Musculoskeletal Ultrasound*, Elsevier, pp. 3 - 71.
73. Yoav Morag, David A Jamadar, Bruce Miller et al (2011). The subscapularis: anatomy, injury, and imaging, *Skeletal Radiol*, 40 (3), 255 - 69.
74. Paternostro - Sluga T, Zoch C (2004). Conservative treatment and rehabilitation of shoulder problems, *Radiologe*, 44 (6), 597 - 603.

75. Huỳnh Minh Đức (1990). *Hoàng đế Nội kinh Linh khu*, Hội Y học dân tộc cổ truyền Đồng Nai.
76. Nguyễn Thị Cẩm Châu (2000). *Đánh giá tác dụng lâm sàng của Acid Tiaprofenic trong điều trị một số bệnh khớp*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
77. Hoàng Văn Lý, Nguyễn Minh Hùng (1998), Một số nhận xét qua 50 trường hợp viêm quanh khớp vai ở người có tuổi được điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt tại bệnh viện Hữu Nghị năm 1996, *Y học Việt Nam*, 225, tr.102 – 104.

PHỤ LỤC 1

Số bệnh án:.....

Số thứ tự:.....

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Họ và tên bệnh nhân:.....Giới: Nam/Nữ

Tuổi:

Dân tộc:

Nghề nghiệp:

Địa chỉ:.....

Ngày vào viện:.....Ngày ra viện:.....

Phương pháp điều trị:

Thời gian mắc bệnh:

Lý do vào viện:.....

Hoàn cảnh khởi phát bệnh:.....

* Triệu chứng đầu tiên:

- Đau vai.....

- Giảm vận động:.....

- Triệu chứng khác:.....

* Tiền sử:

- Chơi thể thao.....

- Chấn thương.....

- Thuốc.....

I. Khám Y học hiện đại

1. Lâm sàng

- Sưng nề, teo cơ

- Điểm đau: Mỏm quạ, khớp cùng vai đòn, ức đòn, mặt trước khớp (khớp ổ chảo

- xương cánh tay), máu động to, rãnh gân nhị đầu, gai xương bả.

- Khám các gân cơ vai.

- Các chỉ số: Mạch, Huyết áp, Nhiệt độ (trước và sau điều trị)

2. Cận lâm sàng

Chỉ số	TĐT	SĐT
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)		
XQ khớp vai		
Siêu âm khớp vai		

III. Khám Y học cổ truyền:

1. Vọng chẩn:

- Thần
- Lưỡi

2. Văn chẩn:

- Hơi thở:
- Tiếng nói:

3. Vấn chẩn:

- Thời gian mắc bệnh:
- Vị trí, tính chất đau:
- Đại tiện:
- Tiểu tiện:
- Ngủ:

4. Thiết chẩn:

4.1. Xúc chẩn:

- Da vùng bị bệnh:
- Cơ nhục:

4.2. Mạch chẩn:

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

2. Y học cổ truyền

- Bất cương:
- Kinh lạc:
- Bệnh danh
- Nguyên nhân:

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Viên khớp VINTONG kết hợp XBBH
2. Điều trị bằng XBBH đơn thuần.

VII. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

- Đánh giá chức năng vai theo Constant. R và Murley A. H. K trước và sau điều trị (Tính bằng điểm):

Tình trạng bệnh nhân	Trước điều trị	SĐT 10 ngày	SĐT 20 ngày
Đau			
Hoạt động hàng ngày			
Nâng vai ra trước, lên trên			
Dạng vai sang bên			
Quay ngoài			
Quay trong			
Năng lực của vai			
Tổng điểm			

- Đánh giá tâm vận động khớp vai trước, trong và sau điều trị (đơn vị độ):

Động tác	Trước điều trị		Sau 10 ngày điều trị		Sau 20 ngày điều trị	
	Góc đo	Độ	Góc đo	Độ	Góc đo	Độ
Dạng						
Xoay trong						
Xoay ngoài						

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHUNG:

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng:

Hà Nội, ngày tháng... năm 2020

Người làm bệnh án

PHỤ LỤC 2

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi (Họ và tên):

Tuổi:Giới

Địa chỉ:

Điện thoại liên hệ:

Xác nhận rằng:

- Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu đánh giá hiệu quả của Viên khớp Vintong kết hợp xoa bóp bấm huyệt và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.

- Tôi đã có cơ hội được hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra.

- Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu là 20 ngày liên tục điều trị.

- Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.

- Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin. Sau khi nghiên cứu kết thúc, tôi sẽ được thông báo (nếu muốn) về bất cứ phát hiện nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi.

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

- Tôi có toàn quyền quyết định về việc sử dụng trong tương lai, tiếp tục lưu giữ hay hủy các mẫu xét nghiệm đã thu thập.

- Tôi tình nguyện tham gia và chịu trách nhiệm khi không tuân thủ theo quy định của Bệnh viện.

- Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

- Nghiên cứu viên tham gia trong nghiên cứu đóng vai trò là nhà nghiên cứu và bác sỹ điều trị của tôi.

- Tôi được đảm bảo rằng có một hội đồng đánh giá khía cạnh đạo đức sẽ thông qua hoặc làm rõ đề cương nghiên cứu.

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này.

Ký tên của người tham gia

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Nếu cần:

Ký và ghi rõ họ tên của Bác sỹ

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Ký, ghi rõ họ tên người hướng dẫn khoa học

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

PHỤ LỤC 3

CÁC VỊ THUỐC TRONG VIÊN KHỚP VINTONG

1. Độc hoạt

- **Tên khoa học:** Angelica laxiflora Diels, Angelica megaphylla Diels.

- **Thu hoạch:** Về mùa thu khi lá đã khô, hoặc đầu mùa xuân khi cây bắt đầu ra lá non thì đào lấy rễ, phơi trong râm cho khô hoặc sấy khô.

- **Bộ phận dùng làm thuốc:** Độc hoạt là thân rễ và rễ của các loại Độc hoạt. Dược liệu có hình hơi trụ tròn, trên to, dưới nhỏ, đầu dưới có phân nhánh, dài khoảng 10 – 20cm, đường kính rễ khoảng 3,3cm. Mặt ngoài màu nâu vàng hoặc màu nâu, đỉnh trên còn ít góc hoặc lõm xuống, phần đầu rễ có nhiều vân nhăn ngang, toàn bộ có vân nhăn dọc, có nốt nhỏ mọc ngang lồi lên và vết sẹo nhỏ hơi nổi lên.

- **Tác dụng dược lý:** Thuốc có tác dụng giảm đau, an thần và kháng viêm rõ rệt. Thuốc nước và thuốc sắc Độc hoạt đều có tác dụng hạ áp rõ rệt nhưng thời gian ngắn. Độc hoạt chích tĩnh mạch có tác dụng hưng phấn hô hấp. Độc hoạt còn có thành phần có tác dụng ức chế ngưng tập tiểu cầu trên ống nghiệm



- **Tính vị:** Vị cay, đắng, tính ôn.

- **Quy kinh:** Vào kinh Thận, Bàng quang

- **Công dụng:** Khứ phong, thăng thấp, tán hàn, chỉ thống

- **Chủ trị:** Trị chứng phong thấp tý thống, thiếu âm đầu thống, ngứa ngoài da do thấp, phong hàn biểu chứng

- **Liều dùng:** 4-12g. Cùng sắc uống với các vị thuốc khác, hoặc ngâm rượu, hoặc nghiền bột trộn làm viên hoặc tán bột để uống.

- **Kiêng kỵ:** Người âm hư hỏa vượng nên sử dụng thận trọng.

2. Phòng phong

- **Tên khoa học:** *Ledebouriella seseloides* Wolff.

- **Bộ phận dùng:** Rễ. Thứ rễ to, khô, da mỏng, mịn, đầu rễ không có lông, mặt cắt ngang có vòng màu nâu, ở giữa tâm màu vàng nhạt là loại tốt. Vỏ ngoài sù sì, đầu có lông kèm chồi cứng là loại kém.

- **Bào chế:** Rửa sạch, để ráo, thái mỏng, phơi khô.

- **Thành phần hóa học:** Tinh dầu, Manit, chất có Phenola Glucosid đắng, đường, acid hữu cơ.

- **Tác dụng dược lý:** Tác dụng điều hòa nhiệt độ, tác dụng kháng khuẩn: Nước sắc Phòng phong có tác dụng ức chế 1 số virus cúm. Nước sắc tươi Phòng phong in vitro có tác dụng đối với 1 số khuẩn như *Shigella* spp, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*; Tác dụng giảm đau: Nước sắc Phòng phong uống hoặc chích dưới da đều có tác dụng nâng cao ngưỡng chịu đau của chuột.



- **Tính vị:** Vị ngọt, cay, tính ôn, không độc.

- **Quy kinh:** Vào kinh can, đại trường, tam tiêu.

- **Công dụng:** Trị 36 chứng phong, bổ trung, ích thần, mất sung đau do phong, thông lợi ngũ tạng quan mạch, ngũ lao, thất thương, mồ hôi trộm, tâm phiền, cơ thể nặng nề, năng an thần, định chí, quân bình khí mạch.

- **Liều dùng:** 8 - 12g.

3. Tàn giao

- **Tên thường gọi:** **Tàn giao** (là rễ của nhiều loại cây thuộc họ Long đởm); **Tàn cửu** (Theo sách Đỗ tât Lợi thì **Tàn cửu** (Thanh táo) là cây thuộc họ Ô rô).

- **Tên khoa học:** *Radix Gentianae Qijngjiao*.

- **Bộ phận dùng:** Rễ. Rễ sắc vàng, thơm, dẻo, dài độ 10 - 20cm là tốt.

- **Cách bào chế:** Bỏ cuống, lằn ra cho khô rời, nhặt bỏ tạp chất, rửa sạch cắt khúc ngắn phơi khô (thường dùng) sau đó có thể tẩm rượu dùng.

- **Thành phần hoá học:** Có Gentianine, Gentianide, Alkaloid: Gentanine A, B, C... Glucoz và ít dầu bay hơi.

- **Tác dụng dược lý:**

+ Tác dụng kháng viêm rõ. Thuốc còn có tác dụng an thần, giảm đau, giải nhiệt, kháng Histamin, chống choáng do dị ứng.

+ Nâng cao đường huyết, hạ huyết áp và giảm nhịp tim trong thời gian ngắn, lợi tiểu.

+ Tần giao vừa có tác dụng trị viêm khớp lại vừa có tác dụng trị thông phong.



- **Tính vị:** Vị đắng cay, tính hơi hàn.

- **Quy kinh:** Vào kinh Vị, Đại trường, Can, Đờm.

- **Công dụng:** Trừ phong thấp, thư cân, hoạt lạc, thanh hư nhiệt.

- **Chủ trị:**

+ Trị nóng rét, phong tê, gân xương co quắp, hoàng đản, đại tiện ra huyết, lao nhiệt cốt chung, trẻ con cam nóng.

+ Trị phong thấp đau nhức dạng co cứng, đặc biệt đau nhức do phong thấp gây nên ở hai chân rất thích hợp. Hư lao, nóng trong xương.

- **Liều dùng:** Ngày dùng 6 - 12g.

- **Kiêng kỵ:** Không dùng đối với người có thể trạng yếu hoặc người bị tiêu chảy. Chân tay đau nhức lâu ngày, do khí huyết không được dinh dưỡng chứ không phải do thấp nhiệt: không nên dùng.

4. Tang ký sinh

- **Tên khác:** Tầm gửi dâu.

- **Tên khoa học:** Loranthus parasiticus (L.) Merr. Họ Tầm Gửi.

- **Nơi sống và thu hái:** Được trồng rộng rãi ở các nước châu Á. Đã được trồng ở nước ta từ lâu đời khi người ta biết nuôi tầm. Nhiều bộ phận của cây Dâu



được thu hái làm thuốc. Có những bộ phận có thể thu hái quanh năm. Tầm gửi chỉ gặp ở những cây gỗ lớn. Dùng tổ bộ ngựa chưa nở, phải đồ chín rồi sấy khô.

- **Bộ phận dùng:** Cả thân cành, là và quả. Nhiều lá dày, màu lục, khô không mục nát là tốt.

- **Thành phần hoá học:** Chứa một loại Glucosid, chưa nghiên cứu rõ.

- **Tính vị:** Vị đắng, tính bình.

- **Quy kinh:** Vào hai kinh Can và Thận.

- **Công dụng:** Bổ Can Thận, mạnh gân xương, an thai, xuống sữa.

- **Chủ trị:** Gân cốt tê đau, động thai, sản hậu, không xuống sữa.

- **Liều dùng:** Ngày dùng 12 - 20g.

5. Ngưu tất

- **Tên khoa học:** *Achyranthes bidentata*.

- **Tên gọi khác:** Hoài ngưu tất, cây cỏ xước, có xước hai răng, cỏ suốt.

- **Bộ phận dùng:** Lá, hạt, cuống, rễ.

- **Thành phần hoá học:** saponin tritecpenoid, genin là acid oleanolic, các sterol ecdysteron, inokosteron, glucoza, polysaccharide, muối kali. ..Ngoài ra cây ngưu tất còn hàm chứa arginine, 12 loại amino acid và alkaloids, hợp chất coumarins, và nguyên tố vi lượng sắt, đồng...

- **Tính vị:** tính ôn, vị đắng và chua.

- **Quy kinh:** Vào các kinh can, thận.

- **Công năng:** Hoạt huyết thông kinh, cường gân cốt, bổ can thận.

- **Chủ trị:** Trị đau lưng, mỏi gối, mỏi gân xương, bế kinh, kinh nguyệt không đều, tăng huyết áp.

- **Liều lượng, cách dùng:** Ngày dùng từ 8g – 12g dạng thuốc sắc.

- **Kiêng kỵ:** Phụ nữ có thai, băng huyết không dùng.



6. Bạch thược

- **Tên khoa học:** *Paeonia lactiflora* Pall. – Ranunculaceae.

- **Mô tả dược liệu:** Rễ hình trụ tròn, thẳng hoặc hơi uốn cong. Mặt ngoài hơi trắng hoặc hồng nhạt, nhăn hoặc đôi khi có nếp nhăn dọc và vết tích của rễ nhỏ. Chất rắn chắc, nặng, khó bẻ gãy. Mặt cắt phẳng màu trắng ngà hoặc hơi phớt hồng.



- **Tính vị:** Vị chua, hơi đắng, tính mát.

- **Quy kinh:** Vào kinh Tâm, Tỳ, Phế, Can.

- **Hoạt chất:** Trong rễ có paeoniflorin, oxypaeoniflorin, albiflorin, benzoyl-paeoniflorin oxypaeoniflorinone, ... còn có tinh bột, tanin, calci oxalat, tinh dầu, chất béo, chất nhầy, acid benzoic.

- **Công năng:** Bình can, dưỡng huyết, liễm âm

- **Chủ trị:**

+ Dùng dạng sống chữa nhức đầu, chân tay đau nhức, trị tả lỵ, mồ hôi trộm, tiểu tiện khó, đái đường; giải nhiệt, chữa cảm mạo do chứng lo gây nên.

+ Dạng sao tẩm chữa các bệnh về huyết, thông kinh nguyệt. Nếu sao cháy cạnh chữa băng huyết. Nếu sao vàng chữa đau bụng kinh, rong kinh...

- **Liều dùng:** Ngày dùng 6 -12g, dạng thuốc sắc.

- **Kiêng kỵ:** Trúng hàn, đau bụng tiêu chảy, đầy bụng thì không nên dùng.

7. Thục địa

- Thục địa là rễ của Địa hoàng đã được nấu chín. Song việc chế biến Thục địa rất cầu kỳ. Ở Trung Quốc, người ta chế theo phương thức “Cửu trung, cửu sái” tức là chín lần nấu, chín lần phơi.



- **Tên khoa học:** *Rehmannia glutinosa* (Gaertn.) Libosch. – Scrophulariaceae.

- **Tính vị:** Vị ngọt, tính ấm.

- **Quy kinh:** Vào kinh Tâm, Can, Thận.
- **Tác dụng:** Bổ huyết, tư âm, sinh tân chỉ khát.
- **Chủ trị:** Âm hư huyết hư với các chứng trạng đau lưng mỏi gối, suy nhược cơ thể, di tinh di niệu, ù tai điếc tai, đau đầu hoa mắt chóng mặt, thị lực giảm.
- **Liều dùng:** 8-16g một ngày, có thể dùng tới 40g dưới dạng thuốc sắc hoặc phối hợp với các loại thuốc khác.
- **Kiêng kỵ:** Tỳ hư kém ăn, bụng đầy trướng, ỉa chảy không dùng được. Không dùng đồng thời với lai phục tử (hạt cải củ).

8. Khương hoạt

- **Tên khoa học:** *Notopterygium incisum* Ting ex H. T. Chang – Apiaceae.
- **Thu hái, chế biến:** Thu hoạch vào mùa xuân, mùa thu, đào lấy rễ hoặc thân rễ, loại bỏ rễ con và đất, phơi hoặc sấy khô.

- **Mô tả dược liệu:** Thân rễ hình trụ, hơi cong queo, dài 4-13 cm, đường kính 0,6-2,5cm, đầu rễ có sẹo gốc thân cây. Mặt ngoài màu nâu đến nâu đen, nơi bị tróc vỏ ngoài màu vàng.

- Trên đốt có nhiều sẹo rễ con, dạng điểm hoặc dạng bướu và vẩy, màu nâu. Thở nhẹ, chất giòn xốp, dễ bẻ gãy. Mùi thơm, vị hơi đắng và cay.



- **Tính vị:** Vị cay, đắng, có mùi thơm, tính ôn.
- **Quy kinh:** Vào kinh bàng quang, thận.
- **Thành phần hóa học:** Tinh dầu, coumarin, Angelical.
- **Công năng:** Tán hàn, khu phong, trừ thấp, chỉ thống.
- **Công dụng:** Cảm mạo phong hàn nhức đầu, sốt mề hôi không ra được, phong thấp, tê đau vai, đau nhức mình mẩy, đau đầu, lưng đau mỏi, ung nhọt.
- **Cách dùng, liều lượng:** Ngày dùng 4 - 10g, dạng thuốc sắc.
- **Độc tính:** Dùng quá liều có thể gây chóng mặt, buồn nôn.
- **Kiêng kỵ:** Huyết hư không có phong hàn thực tà, không nên dùng.

9. Tế tân

- **Tên gọi:** Tế Tân, Tế Thảo, Thiểu Tân, Độc diệp thảo,...

- **Tên khoa học:** *Asarum heterotropoides* F.Schmidt họ Aristolochiaceae.

- **Bào chế và Bảo quản:** Cây tươi đào cả rễ, rửa sạch đất, phơi âm can kịp thời.

Không nên phơi khô, chớ dùng nước rửa, nếu không khí thơm sẽ giáng thấp, lá biến vàng, rễ biến đen mà ảnh hưởng tới chất lượng. Bảo quản thông gió khô ráo, phòng ngừa mốc rữa.

- **Thành phần hóa học:** Trong Tế tân có tinh dầu 2,750%, thành phần chủ yếu là Pinen, metyl – eugenola, hợp chất phenola, một hợp chất xeton, một lượng nhỏ acid hữu cơ, nhựa.

- **Tác dụng dược lý**

+ Giải nhiệt

+ Kháng khuẩn

+ Giảm đau.



- **Khí vị:** Vị cay, tính ấm, không độc, nổi mà thăng lên, là thuốc âm trong dương.

- **Quy kinh:** Thủ thiếu âm Tâm, Thủ thái âm Phế và Túc thái âm Thận.

- **Công năng:** phát hãn, tán hàn, trấn thống, khu đàm, chỉ khái.

- **Chủ trị:** Cảm mạo phong hàn, đau răng, đau khớp, ho có đàm,...

- **Kiêng kỵ:** nhức đầu do huyết hư; người âm hư hỏa vượng;

- **Liều lượng:** 2-8g

10. Đẳng sâm

- **Tên khoa học:** *Codonopsis pilosula* (Franch) Nannf.

- **Họ khoa học:** Họ Hoa Chuông (Campanulaceae).

- **Mô tả:** Cây đẳng sâm dạng cây cỏ, sống lâu năm, leo bằng thân quấn. Rễ hình trụ dài, đường kính có thể đạt 1,5-2cm, phân nhánh, đầu rễ phình to có nhiều vết sẹo lồi của thân cũ, thường chỉ



có một rễ trụ mà không có rễ nhánh, càng nhỏ về phía đuôi, lúc tươi màu trắng, sau khô thì rễ có màu vàng, có nếp nhăn.

- **Phần dùng làm thuốc:** Rễ.

- **Bảo quản:** Đậy kín, tránh ẩm, cần để nơi thoáng gió, khô ráo để phòng sâu mọt vì Đảng sâm rất dễ bị mọt. Có thể sấy hơi diêm sinh.

- **Thành phần hoá học:** Trong rễ Đảng sâm có: Sucrose, Glucose, Inulin, Alcaloid, Scutellarein Glucoside.

- **Tác dụng dược lý**

+ Tác dụng tăng sức: Thực nghiệm cho thấy Đảng sâm có tác dụng chống mỏi mệt và tăng sự thích nghi của súc vật trong môi trường nhiệt độ cao.

+ Đối với hệ tiêu hóa: dịch của Đảng sâm làm tăng trương lực của hồi tràng

+ Đối với hệ tim mạch: Cao lỏng Đảng sâm và chiết xuất cồn tiêm tĩnh mạch chó và thỏ gây mê có tác dụng hạ áp trong thời gian ngắn.

+ Đối với máu và hệ thống tạo máu.

- **Tính vị của đảng sâm:** Vị ngọt, tính bình (Trung Dược Đại Từ Điển).

- **Quy kinh:** Vào kinh Tỳ, Phế.

- **Tác dụng:** Bổ trung ích khí, sinh tân chỉ khát.

- **Chủ trị:** Trị trung khí suy nhược, ăn uống kém, ỉa chảy do tỳ hư, vàng da do huyết hư, tiêu ra máu.

- **Liều lượng thường dùng:** 8 - 20g.

11. Đương quy

- **Tên gọi khác:** Tần qui, Vân qui, Xuyên qui.

- **Tên khoa học:** *Angelica sinensis* (Oliv.) Diels – Apiaceae.

- **Thu hái, chế biến:** Thu hái sau 3 năm. Đào củ vào mùa thu, cắt bỏ rễ con, phơi trong râm hoặc sấy bằng lửa nhẹ đến khô. Rửa qua rễ bằng rượu hoặc rửa nhanh bằng nước. Ủ một đêm cho mềm, bào mỏng 1mm.

- **Mô tả dược liệu:** Rễ dài 10 - 20 cm, gồm nhiều nhánh. Mặt ngoài màu nâu nhạt, có nhiều nếp nhăn dọc. Mặt cắt ngang màu vàng ngà, có vân tròn và nhiều điểm tinh dầu. Mùi thơm đặc biệt.

- **Tính vị:** Vị cay, ngọt, đắng, thơm, tính ôn.

- **Quy kinh:** Vào kinh tâm, can, tỳ.

- **Thành phần hoá học:** Rễ chứa tinh dầu 0,2%, trong đó có chứa 40% acid tự do. Tinh dầu gồm có: Ligustilide, o-valerophenon carboxylic acid, vitamin B12 0,25-0,40%, acid folic, biotin.



- **Công năng:** Bổ huyết, hoạt huyết, điều kinh, giảm đau, nhuận tràng, thông đại tiện.

- **Công dụng:** Đương qui được dùng chữa thiếu máu xanh xao, cơ thể gầy yếu, mệt mỏi, đau lưng, đau ngực bụng, viêm khớp, chân tay đau nhức lạnh, tê bại, đại tiện táo bón, mụn nhọt lở ngứa, tổn thương ứ huyết, kinh nguyệt không đều, bế kinh, đau bụng kinh. Còn được dùng trị cao huyết áp, ung thư và làm thuốc giảm đau, chống co giật, làm ra mồ hôi, kích thích ăn ngon cơm.

- **Cách dùng, liều lượng:** Ngày 10-20g dạng thuốc sắc.

- **Kiêng kỵ:** Dùng cẩn thận trong trường hợp âm hư nội nhiệt, tiêu chảy.

12. Đỗ trọng

- **Tên khoa học:** Eucommia ulmoides Oliv. - Eucommiaceae

- **Mô tả dược liệu:** Từng tấm phẳng hoặc hai bên mép hơi cong vào, to nhỏ không đều, dày 0,2 - 0,5 cm. Mặt ngoài màu nâu nhạt hoặc màu hạt dẻ, có nhiều nếp nhăn dọc và vết tích của cành con.

- **Tính vị:** Vị ngọt, hơi cay, tính ôn

- **Quy kinh:** Vào kinh can, thận

- **Thành phần hóa học:** Vỏ cây chứa gutta-percha, còn có pino-resinol-diglucosid, loganin, ... chất màu, albumin chất béo, tinh dầu và muối vô cơ.



- **Dược năng:** Hạ áp, hạ cholesterol, giãn mạch, kháng viêm, chống co giật, giảm đau, cầm máu, lợi tiểu. Ôn thận, tráng dương, mạnh gân cốt, an thai, nhuận can táo, bổ can hư.

- **Chủ trị:**

+ Trị thận hư, hai bên thăn lưng đau, liệt dương, rong kinh, đầu đau, chóng mặt do thận hư.

+ Dưỡng thai, dùng trong trường hợp thai động, trụ thai.

- **Liều Dùng:** 10 - 15g dạng thuốc sắc, ngâm rượu hay cao lỏng.

- **Kiêng kỵ:** Kỵ Huyền sâm, Xà thoái. Không phải can thận hư hoặc âm hư hỏa vượng không nên dùng.

13. Xuyên khung

- **Tên gọi:** Xuyên khung còn gọi Khung cù, Hương thảo, Kinh khung,...

- **Tên khoa học:** Ligusticum wallichii Franch Họ Apiaceae

- **Thành phần hóa học:** Thân rễ chứa khoảng 1% dầu dễ bay hơi. 40 loại thành phần dầu đã được xác định, chiếm 93,64% dầu dễ bay hơi, trong đó thành phần chính là ligustilide (58%), 3-butylphthalide (5,29%) và sabinene (6.0%).

- **Tác dụng dược lý**

+ Tác dụng đối với tim: có tác dụng hưng phấn, tim co bóp tăng.

+ Giãn mạch, tăng lưu lượng máu ở mạch vành, cải thiện tình trạng thiếu oxy cơ tim.

+ Thuốc làm giãn mạch ngoại vi và hạ áp.

+ Thuốc có tác dụng ức chế sự ngưng tập của tiểu cầu và sự hình thành máu cục.

+ Xuyên khung làm tăng lưu lượng máu ở não, làm giảm phù não.

+ Thuốc có tác dụng an thần rõ rệt.

+ Tác dụng đối với cơ trơn.



- **Khí vị:** Vị cay khí ấm, không độc, nổi mà đưa lên, là dương dược

- **Quy kinh:** kinh Túc Quyết âm Can, Túc Thiếu dương Đờm, Thủ Quyết âm Tâm Bào

- **Công năng:** Hoạt huyết hành khí, khu phong chỉ thống.

- **Chủ trị:** các chứng rối loạn kinh nguyệt, bế kinh thông kinh, khó sanh, sau sanh đau bụng, ngực sườn đau tức, chân tay tê dại, mụn nhọt đau nhức, chấn thương té ngã, đau đầu, chứng phong thấp tý.

- **Kiên kỵ:** vị cay, tán, không nên cho uống lâu
- **Liều lượng:** 3 – 10g. Tán bột mịn uống mỗi lần 1 – 1,5g.
- **Cách dùng:** sắc uống, làm thuốc tán.

14. Cam thảo

- **Tên gọi:** Cam thảo, Quốc lão, Diêm căn,...
- **Tên khoa học:** Glycyrrhiza uralensis Fisch. ex DC. Họ: Fabaceae.
- **Bào chế và bảo quản:** Rửa sạch nhanh, đồ mềm, thái mỏng 2 ly, khi còn nóng.

Sấy hoặc phơi khô (sinh thảo). Thái xong sao vàng thơm. Sau khi sấy khô tẩm mật ong, sao vàng thơm (chích thảo).

- **Thành phần hóa học:** Rễ và thân rễ chứa 6 đến 14% glycyrrhizin và saponin triterpene.

- Tác dụng dược lý

- + Giải độc
- + Phản ứng chống viêm và chống dị ứng.
- + Tác dụng đối với bài tiết dịch dạ dày.
- + Thuốc chống co thắt.
- + Phục hồi gan.
- + Tăng vận mạch.



- **Khí vị:** Vị ngọt khí bình không độc, đi vào kinh tỳ, thăng được, giáng được, là dương trong âm

- **Quy kinh:** quy 12 kinh.

- **Công năng:** Cam thảo có tác dụng bổ trung ích khí, nhuận phế chỉ khát, hoãn cấp chỉ thống, thanh nhiệt giải độc.

- **Chủ trị:** các chứng tỳ vị hư nhược, tâm khí hư mạch kết, mạch đại, ho suyễn, đau cấp hoãn, hậu họng sưng đau, giải độc thuốc, thức ăn, điều hòa tính vị và tác dụng của thuốc.

- **Kiên kỵ:** Phàm khí của tỳ vị quá thừa thì trong lòng đầy, cùng với các chứng thông, trường nôn, mửa, đi lý lúc mới phát đều không dùng được.

- **Liều lượng:** 4 – 12g, có khi dùng đến 50g, tùy mục đích sử dụng, dùng làm thuốc điều hòa lượng thường dùng ít, dùng để giải độc lượng phải nhiều.

PHỤ LỤC 4

VỊ TRÍ, TÁC DỤNG CÁC HUYỆT SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU

I. KINH THỦ DƯƠNG MINH ĐẠI TRƯỜNG:

1. Hợp cốc (LI. 4): (*huyết nguyên*)

- 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 (hố khẩu) bàn tay bên kia của bệnh nhân, đầu ngón cái tới đâu là huyết ở đó hơi lệch về phía ngón trỏ.

- Chữa: 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 lỵ, cảm cúm, viêm màng tiết hợp ...

2. Kiên ngung (LI. 15)

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

- Chữa: Đau nhức cánh tay, khuỷu tay, không gờ được cánh tay, liệt chi trên, viêm quanh khớp vai, lao hạch...

3. Khúc trì (LI.11) - huyết hợp, thuộc thổ (ngũ du huyết).

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

- Chữa: 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.

4. Tý nhu (LI. 14)

- Vị trí : Huyết ở đầu cuối của cơ tam giác cánh tay, trên đường nối huyết Khúc Trì (LI.11) và Kiên Ngung (LI. 15).

- Chữa: Trị vai đau, cánh tay đau, chi trên liệt, bệnh mắt.

II. KINH THỦ THIẾU DƯƠNG TAM TIÊU:

1. Kiên liêu (X. 14)

- Vị trí: ở khoảng dưới sau đỉnh vai, chỗ lõm sau huyết Kiên ngưng (X13) 1 thốn.
- Chữa: vai - cánh tay đau, có cảm giác nặng nề.

2. Ngoại quan (TE. 5)

- Vị trí: Ở sau cổ tay 2 tấc, chỗ lõm giữa hai xương, Lấy ở giữa khe xương quay và xương trụ, trên Dương trì 2 tấc.
- Chữa: Đau tay, bàn tay không nắm được, run bàn tay, đau khuỷu tay, không co ruỗi, ù điếc tai, đau đầu.

III. KINH THỦ THÁI DƯƠNG TIÊU TRƯỜNG:

1. Kiên trinh (SI. 9)

- Vị trí: ở đầu dưới sau khớp vai, khi quay cánh tay vào trong thì huyết ở cách đầu trên nếp gấp nách 1 thốn (Hình 32).
- Chữa: 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
- Chữa: Bả vai đau nhức, viêm quanh khớp vai, liệt chi trên.

IV. KINH TÚC THIẾU DƯƠNG ĐỔM:

1. Kiên tĩnh (XI. 21)

- Vị trí: ở trên vai, nằm giữa đường nối từ Đại chùy (XIII.24) đến đỉnh vai.
- Chữa: đau vai, gáy, cánh tay liệt, tê không nhấc lên được, khó đi, viêm tuyến vú.

V. Kinh Túc Dương Minh Vị:

1. Điều khẩu (S. 38)

- Vị trí: Ở giữa đoạn nối huyết Độc Ty và Giải Khê, cách dưới mắt gôi ngoài 8 thốn, ngay dưới Thượng Cự Hư 2 thốn.
- Chủ trị: Trị đau vai, chân đau và liệt, khớp gối viêm, dạ dày viêm, ruột viêm.

PHỤ LỤC 5
MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG NGHIÊN CỨU



1



**DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU
TẠI BỆNH VIỆN TUỆ TỈNH**

STT	Mã BA	Tên	Tuổi		Ngày vv	Địa chỉ
			Nam	Nữ		
1	NT25334	Lê Thùy H.		62	22/4/2020	Hà Nội
2	NT25673	Đào Thị H.		49	19/5/2020	Hà Nội
3	NT26041	Đoàn Xuân M.	45		17/6/2020	Hà Nội
4	NT26074	Hồ Thị C.		68	22/6/2020	Hà Nội
5	NT25122	Nguyễn Tiến V.	43		9/3/2020	Hà Nội
6	NT25597	Trần Khắc T.	46		14/5/2020	Hà Nội
7	NT26104	Đinh Thị H.		62	23/6/2020	Hà Nội
8	NT26121	Nguyễn Thị T.		71	24/6/2020	Hà Nội
9	NT187	Nông Thị H.		58	29/6/2020	Hà Nội
10	NT181	Dương Văn C.	59		29/6/2020	Hà Nội
11	NT218	Đào Thị T.		56	30/6/2020	Thanh Hóa
12	NT221	Hà Quang T.	60		30/6/2020	Hà Nội
13	NT263	Nguyễn Thị D.		61	2/7/2020	Hà Nội
14	NT293	Xa Thị M.		46	3/7/2020	Hòa Bình
15	NT866	Nguyễn Thị V.		67	6/8/2020	Hà Nội
16	NT868	Nguyễn Công T.	59		6/8/2020	Hà Nội
17	NT878	Nguyễn Thị B.		52	6/8/2020	Hà Nội
18	NT1060	Lê H.	64		24/8/2020	Hà Nội
19	NT1088	Nguyễn Thị L.		57	25/8/2020	Hà Nội
20	NT1200	Phạm Mạnh T.	49		1/9/2020	Hà Nội

21	NT1207	Trần Duy Đ.	82		3/9/2020	Hà Nội
22	NT1211	Đào Thị N.		68	3/9/2020	Hà Nội
23	NT1316	Đặng Văn H.	73		9/9/2020	Hà Nội
24	NT1317	Trần Thị Phương L.		46	9/9/2020	Hà Nội
25	NT1325	Lê Đức S.	50		9/9/2020	Hà Nội
26	NT1348	Tô Văn H.	66		10/9/2020	Hà Nội
27	NT1426	Nguyễn Tiến D.	70		15/9/2020	Hà Nội
28	NT1486	Nguyễn Thị T.		73	21/9/2020	Hà Nội
29	NT1500	Nguyễn Thị T.		61	21/9/2020	Hà Nội
30	NT1503	Hoàng Thanh B.	46		21/9/2020	Hà Nội
31	NT1505	Nguyễn Kim T.		75	21/9/2020	Hà Nội
32	NT1606	Đỗ Thị Minh H.		56	25/9/2020	Hà Nội
33	NT1607	Trần Thị L.		63	25/9/2020	Hà Nội
34	NT1698	Trần Thị M.		52	1/10/2020	Hà Nội
35	NT1704	Bạch Thị T.		65	1/10/2020	Hà Nội

**XÁC NHẬN CỦA
GIÁO VIÊN HƯỚNG DẪN**

**XÁC NHẬN CỦA
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP**

TS.BS.Trần Đức Hữu

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU
TẠI BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG**

STT	Mã BA	Tên	Tuổi		Ngày vv	Địa chỉ
			Nam	Nữ		
1	259	Phạm Thị V.		36	22/4/2020	Hà Nội
2	361	Ngọc Thị N.		56	19/5/2020	Hà Nội
3	417	Ngô Thị P.		52	17/6/2020	Hà Nội
4	496	Nguyễn Tiến K.	59		22/6/2020	Hà Nội
5	556	Hoàng Thị Kim T.		53	9/3/2020	Hà Nội
6	568	Nguyễn Văn D.	63		14/5/2020	Hà Nội
7	840	Phạm Tố Q.		52	23/6/2020	Hà Nội
8	939	Lê M.	67		24/6/2020	Thái Bình
9	963	Nguyễn Văn D.	63		29/6/2020	Hà Nội
10	976	Phạm Thị Kim O.		45	29/6/2020	Hà Nội
11	977	Đặng Thị Hải Y.		49	2/7/2020	Hà Nội
12	1011	Lê Hồng T.	54		30/6/2020	Hà Nội
13	1093	Nguyễn Thị Thu L.		53	30/6/2020	Hà Nội
14	1223	Phan Anh N.	46		3/7/2020	Hà Nội
15	1440	Nguyễn Thị Khánh V.		51	6/8/2020	Hà Nội
16	1576	Nguyễn Thị H.		61	6/8/2020	Hà Nội
17	1841	Từ Thị Thanh H.		40	6/8/2020	Hà Nội
18	1936	Lê Ngọc Đ.	58		24/8/2020	Hà Nội
19	2156	Vũ Mạnh H.	59		25/8/2020	Hà Nội
20	2329	Lê Vũ D.	47		3/9/2020	Hà Nội

21	2335	Đặng Thị Hồng L.		72	3/9/2020	Hà Nội
22	2356	Đỗ Thị B.		63	21/9/2020	Hà Nội
23	2452	Nguyễn Thị M.		60	21/9/2020	Hà Nội
24	2988	Nguyễn Thu Q.		61	15/9/2020	Hà Nội
25	3158	Nguyễn Thị L.		47	9/9/2020	Hà Nội

**XÁC NHẬN CỦA
GIÁO VIÊN HƯỚNG DẪN**

**XÁC NHẬN CỦA
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP**

TS.BS.Trần Đức Hữu