

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



VŨ MẠNH THẮNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA XOA BÓP
BẮM HUYỆT KẾT HỢP SIÊU ÂM TRỊ LIỆU,
SÓNG XUNG KÍCH ĐIỀU TRỊ
VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



VŨ MẠNH THẮNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA XOA BÓP
BẮM HUYỆT KẾT HỢP SIÊU ÂM TRỊ LIỆU,
SÓNG XUNG KÍCH ĐIỀU TRỊ
VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN**

Chuyên ngành Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS. LÊ THỊ KIM DUNG

HÀ NỘI - 2020

LỜI CẢM ƠN

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

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

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

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

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

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Vũ Mạnh Thắng

LỜI CAM ĐOAN

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

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS. Lê Thị Kim Dung.
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 2020

Học viên

Vũ Mạnh Thắng

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1	
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Sơ lược về giải phẫu chức năng khớp vai.....	3
1.2. Viêm quanh khớp vai theo YHHĐ.....	7
1.2.1. Định nghĩa.....	7
1.2.2. Cơ chế bệnh sinh viêm quanh khớp vai.....	7
1.2.3. Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai theo YHHĐ	8
1.2.4. Điều trị viêm quanh khớp vai theo YHHĐ.....	13
1.3. Bệnh lý viêm quanh khớp vai theo YHCT	14
1.4. Tổng quan về xoa bóp bấm huyệt	17
1.4.1. Khái niệm.....	17
1.4.2. Tác dụng của xoa bóp bấm huyệt	17
1.4.3. Chỉ định và chống chỉ định của xoa bóp bấm huyệt.....	18
1.5. Tổng quan về sóng xung kích.	19
1.5.1. Khái niệm về sóng xung kích	19
1.5.2. Tác dụng sinh học	19
1.5.3. Chỉ định và chống chỉ định điều trị	21
1.6. Tổng quan về siêu âm trị liệu.....	22
1.6.1. Đại cương.....	22
1.6.2. Tác dụng của siêu âm đối với cơ thể sống.....	22
1.6.3. Chỉ định và chống chỉ định	24
1.7. Những nghiên cứu điều trị Viêm quanh khớp vai trên thế giới và ở Việt Nam.	25
CHƯƠNG 2	
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	29
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu	29
2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.....	29

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi diện nghiên cứu	30
2.4. Phương pháp nghiên cứu	30
2.5. Các bước tiến hành	32
2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu	34
2.7. Đánh giá hiệu quả điều trị chung	37
2.8. Xử lý số liệu	39
2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	39
CHƯƠNG 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	40
3.1. Đặc điểm của hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu	40
3.1.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu	40
3.1.2. Đặc điểm về giới	40
3.1.3. Thời gian mắc bệnh	41
3.1.4. Vị trí khớp vai bị bệnh	41
3.1.5. Phân bố mức độ đau, tầm vận động khớp vai, chức năng sinh hoạt của BN trước nghiên cứu	42
3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo kết quả siêu âm, Xquang khớp vai trước nghiên cứu	45
3.2. Kết quả về tác dụng giảm đau cải thiện tầm vận động, chức năng sinh hoạt của phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích trên bệnh nhân VQKV thể đơn thuần.	47
3.2.1. Sự thay đổi về mức độ đau theo thang điểm VAS của 2 nhóm nghiên cứu ở các thời điểm nghiên cứu khác nhau.	47
3.2.2. Sự thay đổi về chức năng sinh hoạt theo bộ câu hỏi NPQ của 2 nhóm nghiên cứu ở các thời điểm nghiên cứu khác nhau.	49
3.2.3. Sự thay đổi về tầm vận động khớp vai theo Mc-Gill-Mc-Romi của 2 nhóm nghiên cứu ở các thời điểm nghiên cứu khác nhau.	51
3.2.4. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn và một số chỉ số cận lâm sàng	58
3.2.5. Kết quả điều trị chung.....	59

3.3. Tác dụng không mong muốn	60
CHƯƠNG 4
BÀN LUẬN	61
4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	61
4.1.1. Đặc điểm về tuổi	61
4.1.2. Đặc điểm về giới	62
4.1.3. Thời gian mắc bệnh	63
4.1.4. Vị trí khớp vai mắc bệnh	64
4.1.5. Phân loại bệnh nhân theo mức độ đau bằng thang điểm VAS	65
4.1.6. Tầm vận động khớp vai trước điều trị	67
4.1.7. Đặc điểm siêu âm khớp vai.....	68
4.1.8. Đặc điểm X-quang khớp vai.....	69
4.2. Bàn luận về kết quả điều trị của phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích.....	70
4.2.1. Sự thay đổi mức độ đau trước sau điều trị qua thang điểmVAS	70
4.2.2. Sự thay đổi ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt hàng ngày	72
4.2.3. Sự thay đổi tầm vận động	73
4.2.4. Về kết quả điều trị chung.....	78
4.3. Bàn luận về sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn và sự thay đổi trong một số kết quả xét nghiệm máu.	80
4.4. Tác dụng không mong muốn	80
KẾT LUẬN.....	81
KIẾN NGHỊ	82
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC I	
PHỤ LỤC II	
PHỤ LỤC III	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ALT	Alanin aminotransferase
AST	Aspartate aminotransferase
BN	Bệnh nhân
CTM	Công thức máu
ĐT	Điều trị
SĐT	Sau điều trị
TĐT	Trước điều trị
VAS	Visual analog scales
VQKV	Viêm quanh khớp vai
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại
NĐC	Nhóm đối chứng
NNC	Nhóm nghiên cứu

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Bảng lượng giá cho điểm mức độ đau theo thang điểm VAS	35
Bảng 2.2. Bảng đánh giá tầm vận động khớp vai theo Mc-Gill-Mc-Romi	36
Bảng 2.3. Bảng lượng giá cho điểm chức năng sinh hoạt theo bộ câu hỏi NPQ	37
Bảng 2.4. Phân loại hiệu quả điều trị chung	37
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi	40
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới.	40
Bảng 3.3. Phân bố về thời gian mắc bệnh	41
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương	41
Bảng 3.5. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước nghiên cứu	42
Bảng 3.6. Tầm vận động dạng khớp vai trước nghiên cứu	43
Bảng 3.7. Tầm vận động xoay trong khớp vai trước nghiên cứu	43
Bảng 3.8. Tầm vận động xoay ngoài khớp vai trước nghiên cứu.....	44
Bảng 3.9. Chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân trước nghiên cứu.....	45
Bảng 3.10. Phân bố bệnh nhân theo kết quả siêu âm khớp vai	45
Bảng 3.11. Phân bố bệnh nhân theo kết quả X quang khớp vai.....	46
Bảng 3.12. Đánh giá sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau 10 ngày nghiên cứu.....	47
Bảng 3.13. Đánh giá sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau 20 ngày nghiên cứu.....	48
Bảng 3.14. sự thay đổi về chức năng sinh hoạt trước và sau 10 ngày điều trị ở hai nhóm nghiên cứu.....	49
Bảng 3.15. Sự thay đổi về chức năng sinh hoạt trước và sau 20 ngày điều trị ở hai nhóm nghiên cứu.....	50
Bảng 3.16. Sự thay đổi về tầm vận động dạng khớp vai trước và sau 10 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu.....	51
Bảng 3.17. Sự thay đổi về tầm vận động dạng khớp vai trước và sau 20 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu.....	52

Bảng 3.18. Sự thay đổi về tầm vận động xoay trong khớp vai trước và sau 10 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu	53
Bảng 3.19. Sự thay đổi về tầm vận động xoay trong khớp vai trước và sau 20 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu	54
Bảng 3.20. Sự thay đổi về tầm vận động xoay ngoài khớp vai trước và sau 10 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu	56
Bảng 3.21. Sự thay đổi về tầm vận động xoay ngoài khớp vai trước và sau 20 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu	57
Bảng 3.22. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước sau điều trị.....	58
Bảng 3.23. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu nhóm nghiên cứu sau điều trị.....	59
Bảng 3.24. Kết quả sau 20 ngày điều trị chung.....	59
Bảng 3.25. Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	60

DANH MỤC HÌNH, BIỂU ĐỒ

Hình 1.1. Cấu tạo của khớp vai, phần xương khớp	3
Hình 1.2. Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng	4
Hình 1.3. Cấu tạo gân mũ cơ quay và các cơ tham gia vào hoạt động của khớp vai	5
Hình 1.4. Cấu tạo bao khớp, mạch máu và thần kinh khớp vai.....	6
Hình 2.1. Thước đo độ đau VAS	34
Hình 2.2. Thước đo tâm vận động khớp vai	35
Biểu đồ 3.1. Biến đổi giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS..	48
Biểu đồ 3.2. Biến đổi góc trung bình tâm vận động khớp vai động tác dạng.....	52
Biểu đồ 3.3. Biến đổi góc trung bình tâm vận động khớp vai động tác xoay trong	55
Biểu đồ 3.4. Biến đổi góc trung bình tâm vận động khớp vai động tác xoay ngoài	57

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là bệnh lý bao gồm những trường hợp đau, hạn chế vận động khớp vai và tổn thương ở phần mềm quanh khớp chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp. Không có tổn thương của đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch. 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].

Bệnh khởi phát từ từ tăng dần, và có thể tự khỏi sau vài tuần hoặc vài tháng, nhưng thường hay tái phát. Biểu hiện sớm của đau thường nhẹ hoặc khó chịu vùng vai, tăng dần đến hạn chế vận động. Viêm quanh khớp vai thường xảy ra ở độ tuổi lao động và trên 40 tuổi.

Ở Việt Nam, trong hai năm (1993 - 1995) số bệnh nhân viêm quanh khớp vai đến khám tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai chiếm 11% tổng số người đến khám bệnh [3], [25]. Trong 10 năm (1991 - 2000) số bệnh nhân viêm quanh khớp vai 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], [25]. Tại Hoa Kỳ, có 80% dân số trong đời ít nhất một lần bị VQKV [58].

Điều trị viêm quanh khớp vai bao gồm điều trị đợt cấp và điều trị duy trì. Bệnh diễn biến kéo dài có thể hạn chế vận động khớp vai dẫn tới ảnh hưởng đến sinh hoạt cá nhân hàng ngày của bệnh nhân. Vì vậy việc cải thiện điều trị để giảm đau và phục hồi chức năng khớp vai là một vấn đề quan tâm của nhiều ngành.

Theo YHHD viêm quanh khớp vai được chia là 4 thể : đau vai đơn thuần, đau vai cấp, giả liệt khớp vai, thể đông cứng khớp vai, theo cơ chế bệnh sinh thì đau vai cấp thể giả liệt khớp vai là mức độ tiến triển nặng của thoái hóa và viêm gân cơ chóp xoay của thể VQKV đơn thuần. Điều trị viêm quanh khớp vai có thể dùng thuốc, phục hồi chức năng, siêu âm trị liệu, sóng xung kích ...

Theo YHCT bệnh viêm quanh khớp vai thuộc phạm vi chứng kiên tý. Dựa vào nguyên nhân gây bệnh và triệu chứng lâm sàng, bệnh được phân chia làm 3 thể sau: kiên thống, kiên ngưng và lậu kiên phong. Y học cổ truyền có nhiều phương pháp điều trị bệnh như dùng thuốc, xoa bóp bấm huyệt, khí công dưỡng sinh, tập vận động ... điều trị viêm quanh khớp vai đạt hiệu quả tốt.

Tuy nhiên việc khống chế bệnh này còn là một vấn đề nan giải. Một trong những phương hướng điều trị bệnh là kết hợp giữa YHHĐ và YHCT .

Trên thực tế lâm sàng để giảm đau phục hồi chức năng khớp vai đã có nhiều phương pháp được áp dụng, để có thêm sự lựa chọn về phương pháp điều trị cho người bệnh VQKV chúng tôi tiến hành đề tài:

“Đánh giá tác dụng của xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần” với hai mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích .
2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp trên bệnh nhân nghiên cứu.

CHƯƠNG 1

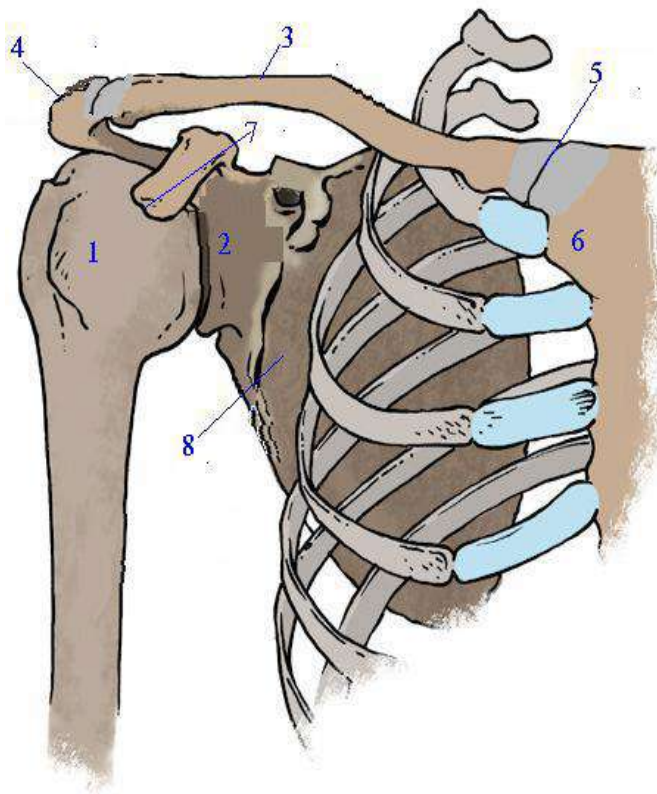
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Sơ lược về giải phẫu chức năng khớp vai

Khớp vai là khớp linh hoạt của cơ thể, nhưng cũng dễ bị 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], [13], [22], [25], [26].

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 [15], [26].

1.1.1. Phân xương khớp (hình 1.1)



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

Hình 1.1. Cấu tạo phần xương khớp của khớp vai

Khớp vai cấu tạo bởi 3 xương (xương bả vai, xương đòn, chỏm xương cánh tay) và 5 khớp sau [2], [6], [7], [16], [25], [60].

+ Khớp giữa ổ chảo xương bả vai và chỏm xương cánh tay. Đây là khớp lớn nhất và quan trọng nhất.

+ Khớp giữa mỏm cùng vai và chỏm xương cánh tay: khớp này bao gồm cả bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai và bao thanh mạc dưới cơ delta.

+ Khớp giữa xương bả vai và lồng ngực.

+ Khớp cùng vai đòn: khớp giữa mỏm cùng vai và đầu ngoài xương đòn.

+ Khớp ức đòn: khớp giữa xương ức và đầu trong xương đòn.

Động tác: khớp vai có thể quay 3 trục thẳng góc với nhau nên động tác rất rộng rãi [63]

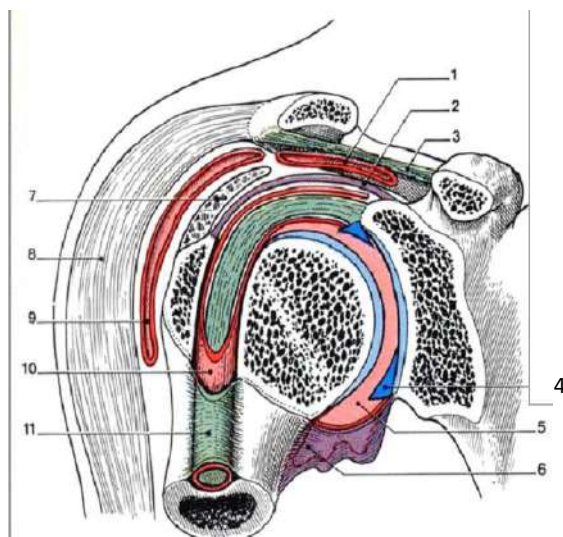
+ Quanh trục trước - sau: Giạng 180° , khép 0° (tầm 180°)

+ Quanh trục ngang: Gập trước 180° , duỗi sau 50° (tầm 230°)

+ Quanh trục thẳng đứng: Xoay trong 90° , xoay ngoài 90° (tầm 180°).

Động tác xoay vòng là kết quả phối hợp của các động tác quanh 3 trục trên.

1.1.2. Phần mềm



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

Hình 1.2. Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng

Bao khớp: (hình 1.2)

Bao khớp rất mỏng và có kích thước lớn, ở trên bám vào xung quanh sụn viền (gờ ổ chảo), ở dưới bám quanh đầu trên xương cánh tay: nửa trên ở cổ giải phẫu, nửa dưới ở cổ phẫu thuật, cách sụn khớp độ 1cm.

Dây chằng: (hình 1.2)

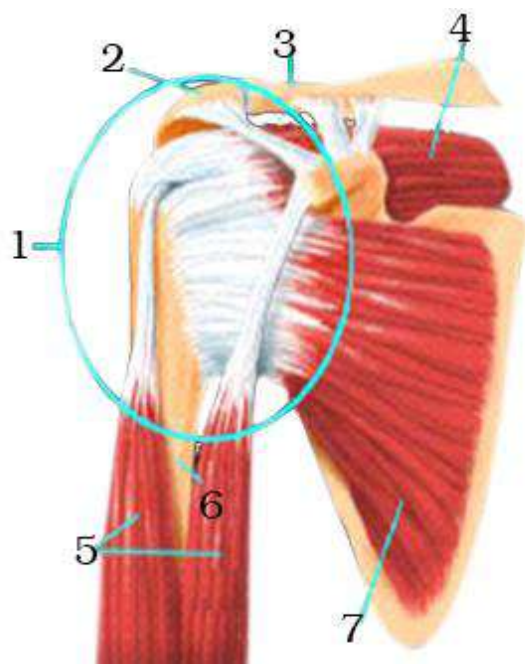
+ Dây chằng ổ chảo - cánh tay: đi từ ổ chảo đến đầu trên xương cánh tay, gồm 3 dây: dây trên, dây giữa và dây dưới.

+ Dây chằng cùng quạ: đi từ mỏm cùng vai tới mỏm quạ.

+ Dây chằng quạ - đòn: đi từ mỏm quạ tới xương đòn

+ Dây chằng quạ - cánh tay: đi từ mỏm quạ tới đầu trên xương cánh tay, có 2 chẽ chắc và khỏe.

Phần cơ, gân (hình 1.3):



1. Nhóm gân mũ cơ quay

2. Mỏm cùng vai

3. Xương đòn

4. Cơ trên gai

5. Cơ nhị đầu cánh tay

6. Xương cánh tay

7. Cơ dưới vai

Hình 1.3. Cấu tạo gân cơ quay và các cơ tham gia vào hoạt động của khớp vai

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

+ Cơ delta: đi từ gai vai, 1/3 ngoài xương đòn tới ấn delta ở mặt trong xương cánh tay. Động tác: gập vai, dang cánh tay, xoay cánh tay vào trong hay ra ngoài.

+ Cơ ngực to, cơ lưng to, cơ tròn to: đi từ ngực hoặc lưng tới 2 mép của rãnh cơ nhị đầu xương cánh tay. Động tác: khép và xoay trong cánh tay.

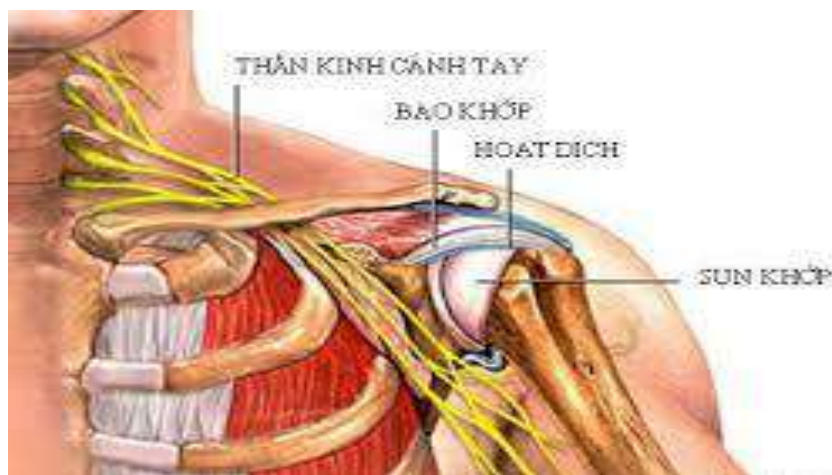
+ Cơ nhị đầu: gồm 2 bó, bó ngắn đi từ mỏm quạ xương bả vai, bó dài đi từ diện trên ổ chảo chui qua rãnh nhị đầu cùng với bó ngắn bám tận vào lồi củ xương quay. Động tác: gập cẳng tay vào cánh tay.

+ Cơ trên gai, cơ dưới gai, cơ tròn nhỏ: đi từ hố trên gai, hố dưới gai, cạnh ngoài xương bả vai tới máu động lớn. Động tác: giạng và xoay cánh tay ra ngoài

+ Cơ dưới vai: đi từ mặt trước xương bả vai tới máu động nhỏ xương cánh tay. Động tác xoay cánh tay vào trong.

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

Hệ thống bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai (hình 1.4)



Hình 1.4. Cấu tạo bao khớp, mạch máu và thần kinh khớp vai

Gồm có bao thanh mạc dưới mỏm cùng và bao thanh mạc dưới cơ delta, nằm giữa các cơ delta và chụm các cơ xoay, hệ thống này giúp cho hệ vận động của các cơ xoay, trong khi đó ở phía trên nó dính lỏng lẻo vào cơ delta. Do đó,

khi bao thanh mạc bị tổn thương sẽ làm hạn chế vận động của khớp vai. Vì thế bao thanh mạc này được gọi là “khớp phụ” dưới mỏm cùng [2], [60].

1.2. Viêm quanh khớp vai theo YHHĐ

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], [25].

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], [25]. 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 sau [2], [26].

*** 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, vữa xơ động mạch...)

*** 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.

*** Thuốc và hormone**

Tiêm corticoid vào gân: corticoid ức chế tế bào và quá trình tổng hợp Glycosaminoglycan.

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 [54], [56]. Gân của các cơ xoay thường bị tổn thương ở:

- Nơi chuyển tiếp giữa tổ chức cơ và tổ chức gân.
- Gân 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 canxi ở tổ chức gân quanh khớp vai

Quá trình phụ thuộc vào lưu lượng máu tới gân. Canxi lắng đọng ở những tổ chức được dinh dưỡng kém, thậm chí là những tổ chức chết, do đó gọi là canxi hóa do loạn dưỡng. Trên thực tế có những bệnh nhân có lắng đọng canxi ở gân thì rất đau nhưng có những người lại hoàn toàn không đau. Lý do để cắt nghĩa hiện tượng này còn chưa rõ ràng. Có tác giả cho rằng vị trí mà canxi lắng đọng là yếu tố quyết định [56].

1.2.3. Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai theo YHHD

1.2.3.1. Thể đau vai 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 thói quen nghề nghiệp, thể thao và một số ít không tìm được nguyên nhân [25], [54].

* 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 làm động tác giạng đôi kháng cánh tay. Phát hiện tổn thương bằng nghiệm pháp Jobe.

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

Tổn thương vùng dưới mỏm quạ: nghiệm pháp Neer.

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

Tổn thương hẹp khoang dưới mỏm 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 và nghiệm pháp Gerber [48].

* Cận lâm sàng:

Chụp X quang quy ước khớp vai: Thông thường là bình thường, đôi khi có thể quan sát thấy sự đặc xương của máu động lớn hoặc phát hiện thấy sự vôi hóa của gân.

Siêu âm: hình ảnh viêm gân [25], [52], [59].

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

- Trật gân nhị đầu: hố nhị đầu rỗng.

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

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

* Tiến 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 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 canxi trong bao hoạt dịch dưới mỏm cùng – cơ delta gây hội chứng chèn ép (hội chứng va chạm), đau rất nhiều, đau khi duỗi tay chủ động. Đó là sự cọ sát của cơ xoay, nhất là gân cơ trên gai với mỏm cùng - quạ. 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 vào dưới mỏm cùng vai ngoài đôi với gân cơ trên gai), tối đa 3 lần, cách nhau 15 ngày [17], [25], [53].

Vật lý trị liệu - phục hồi chức năng [25].

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

1.2.3.2. Thể đau vai cấp

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

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

* Xquang: khoảng cùng vai - máu chuyển rộng ra. Thường thấy hình canxi hóa ở khoảng cùng vai - máu động.

* Siêu âm: thấy hình ảnh canxi hóa gân dưới dạng một vùng tăng âm có tiêu điểm [25], [26].

* 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 canxi hóa [25], [53].

1.2.3.3. Thở 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, điểm đau không thấy.

- Thực thể: Hạn chế vận động chủ động, không thực hiện được hoặc hạn chế $< 40^\circ$ động tác duỗi ra, vận động thụ động trái lại là 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.

- Giảm khoảng cách mỏm cùng - xương cánh tay.

- Đứt đường cong mặt dưới vòm xương bả vai - cánh tay.

- Trong những trường hợp tổn thương tiến triển thấy bệnh lý khớp mỏm cùng - cánh tay.

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

Chụp khớp vai cản quang: Xác định chẩn 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.

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

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

- Ngoại khoa:

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

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

1.2.3.4. Thở 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 giạng và xoay ngoài [25].

* 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 dày dây chằng quạ - cánh tay, bao khớp ở vùng gân mũ cơ xoay và dấu hiệu tam giác dưới mỏm quạ.

* Tiến triển: Nói chung 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.

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

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

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

1.2.4. Điều trị viêm quanh khớp vai theo YHHD

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

* 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...[7], [15], [57].

* Điều trị dùng thuốc: Dùng các thuốc giảm đau, chống viêm, chống co thắt như: Meloxicam, Celecoxib, Diclofenac, Mydocalm, Myonal...[2], [25].

* 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], [25].

* 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 còn tốt. Với bệnh nhân trên 60 tuổi lời khuyên chung là điều trị bảo tồn [2], [25].

1.3. Bệnh lý viêm quanh khớp vai theo YHCT

1.3.1. Quan niệm YHCT 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 bị hư tổn, hoặc bệnh lâu ngày làm khí huyết hư, dẫn đến can thận hư [8]. 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 ra tắc trệ, khí huyết không hành “bất thông tắc thống” mà sinh ra đau khớp vai [8], [22], [31], [32].

Theo lý luận YHCT, chứng bệnh này nằm trong phạm vi chứng Tý (Kiên tý, Kiên thông), do Hàn thấp xâm nhập gây nên 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.

Hoàng Phủ Mật dựa vào triệu chứng đau của bệnh, trong tác phẩm “Châm cứu giáp ất kinh” gọi tên bệnh danh Kiên thông: “chứng kiên thông bệnh nhân đau không thể cử động tay, đau như cắt ở vai”. Đến đời nhà Thanh, Thẩm Kim Ngạo trong tác phẩm “Tập bệnh nguyên lưu lê chú” có mô tả về vị trí đau của Kiên thông: “chứng kiên thông nếu đau ở vùng sau vai thuộc chứng bệnh của kinh tiêu trường, nếu đau ở vùng trước vai thuộc chứng bệnh của kinh đại trường” [21], [34], [66].

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

1.3.2. Các thể bệnh và điều trị

1.3.2.1. Thể kiên thống: (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 nóng đỡ đau. Đau tăng khi vận động, làm hạn chế một số động tác như chải đầu, gãi lưng. Khớp vai không sưng, không nóng, không đỏ, cơ chưa teo. Ngủ kém, mất ngủ vì đau. Chất lưỡi hồng, rêu 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”

Phương pháp không dùng thuốc:

+ Châm cứu: [8], [9], [10], [19]

Thủ thuật: châm tả các huyết: 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, nhĩ châm, trường châm...

Nhưng điện châm có khả năng giảm đau tốt và dễ ứng dụng trong lâm sàng.

+ Xoa bóp bấm huyết: [8], [19], [20], [31], [32]

Thủ thuật: xát, day, lăn, bóp, vòn, vận động, bấm huyết (các huyết châm cứu).

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

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

Với thể này điện châm là chính, xoa bóp là phụ (nếu làm xoa bóp phải nhẹ nhàng).

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 hoạt.

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

Điều trị cụ thể: Bài thuốc cổ phương thường sử dụng: “Ô đầu thang” (kim quỹ yếu lược)

Phương pháp không dùng thuốc:

- + Châm cứu: châm bổ các huyết như thể kiên thống. Ít tác dụng.
- + Xoa bóp bấm huyết: rất có tác dụng với thể này.

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.

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 nhạt, 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” gia vị để điều trị [37], [68].

Phương pháp không dùng thuốc:

- + Châm cứu:

Thủ thuật: châm tả các huyết: như thể kiên ngưng, thêm khúc trì, thủ tam lý, ngoại quan, dương trì, hợp cốc bên đau.

+ Xoa bóp: là chủ yếu

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.

1.4. Tổng quan về xoa bóp bấm huyết

1.4.1. Khái niệm

Xoa bóp bấm huyết trở thành xu hướng trị bệnh không dùng thuốc hiệu quả và an toàn được nhiều người lựa chọn hiện nay. Bấm huyết là liệu pháp sử dụng đôi bàn tay (các ngón tay, ô mô ngón tay, gốc bàn tay, đốt ngón tay, lòng bàn tay...) tác động vào vị trí các huyết đã được xác định trên cơ thể, tác động vào da, cơ, gân, khớp của cơ thể con người nhằm mục đích nâng cao sức khỏe, phục hồi chức năng, phòng và chữa bệnh.

Bấm huyết tác động đến da thịt, hệ thống dây thần kinh, mạch máu, cơ quan thụ cảm làm xuất hiện những thay đổi về thần kinh, nội tiết, thể dịch. Từ đó tăng khả năng lưu thông khí huyết, sản sinh hormone endorphin giảm đau nội sinh, giảm đau theo tiết đoạn thần kinh, giãn cơ và đạt được mục đích điều trị như mong muốn.

1.4.2. Tác dụng của xoa bóp bấm huyết

+ Tác dụng đối với hệ thần kinh: xoa bóp bấm huyết tác động trực tiếp lên các thụ cảm thể thần kinh dày đặc 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, làm thư giãn thần kinh, giảm căng thẳng, tăng khả năng tập chung, giảm đau, giãn cơ, và điều hòa chức năng nội tạng.

+ Tác dụng đối với hệ tuần hoàn và chuyển hóa dưới da: Da và tổ chức dưới da có mạng lưới tuần hoàn mao mạch và bạch huyết rất phong phú, khi xoa bóp

vận động sẽ làm giãn hệ thống mao mạch này làm tăng tuần hoàn và dinh dưỡng tại chỗ, giảm phù nề và giảm đau rõ rệt.

Có ảnh hưởng trực tiếp đến da và thông qua da ảnh hưởng đến toàn thân.

a. *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, thần kinh ở da.

Mặt khác, thông qua phản xạ thần kinh, xoa bóp có tác động đến toàn cơ thể.

Như vậy, xoa bóp đã có tác dụng đối với toàn thân: tăng cường hoạt động của thần kinh, nâng cao quá trình dinh dưỡng và năng lực hoạt động của cơ thể.

b. *Ảnh hưởng cục bộ*: xoa bóp làm cho hô hấp của da tốt hơn, mạch máu dẫn có lợi cho việc tăng dinh dưỡng ở da, làm cho da co giãn tốt hơn, có tác dụng tốt đối với chức năng bảo vệ cơ thể của da, mặt khác xoa bóp có thể làm nhiệt độ của da tăng lên do mạch tại chỗ và toàn thân dẫn.

+ Tác dụng đối với hệ vận động (gân, cơ, khớp, dây chằng): xoa bóp, vận động làm tăng tính đàn hồi của gân cơ, phát triển khối lượng cơ, tăng sức cơ, phòng chống teo cơ, cứng khớp.

a. Đối với cơ:

Xoa bóp có tác dụng làm tăng năng lực làm việc, sức bền bỉ của cơ và phục hồi sức khoẻ cho cơ nhanh hơn khi không xoa bóp. Khi cơ làm việc quá căng, gây phù nề co cứng đau, xoa bóp có thể giải quyết tốt các chứng này. Nó có khả năng chữa teo cơ tốt. Ngoài ra, nó có thể có tác dụng tăng dinh dưỡng cho cơ.

b. Đối với gân, khớp:

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.

1.4.3. Chỉ định và chống chỉ định của xoa bóp bấm huyệt

- Chỉ định :

+ chống đau: đau đầu, đau vai gáy, đau lưng mãn tính, đau cơ, viêm đau rễ, dây thần kinh. [8], [19]

+ các trường hợp co cứng cơ: liệt cứng, co cứng cơ do kích thích rễ, dây thần kinh. [8], [19], [20], [31], [32]

+ Tăng cường tuần hoàn và dinh dưỡng cho da, cơ, thần kinh trong các bệnh bại liệt, teo cơ.

+ thư giãn chống mệt mỏi do căng thẳng thần kinh hoặc do tập luyện.

- Chống chỉ định:

+ 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 bệnh da liễu.

+ các vết thương hở, vết thương đung dập.

+ không xoa bóp vào những vùng tập chung nhiều hạch bạch huyết gây tổn thương và làm giảm sức đề kháng của cơ thể.

1.5. Tổng quan về sóng xung kích.

1.5.1. Khái niệm về sóng xung kích

Sóng xung kích là sóng cơ học xuất hiện trong môi trường đàn hồi (khí, lỏng) khi có sự kiện mang tính bùng nổ diễn ra.

Sóng xung kích là sóng âm có áp lực biến đổi đột ngột, biên độ lớn và ngắn quãng, nó là dạng sóng đơn với xung áp lực dương là chính theo sau là phần sóng nhỏ giãn ra với một pha áp suất âm nhỏ hơn rất nhiều (bằng 10%) so với áp suất đỉnh. [41], [42].

1.5.2. Tác dụng sinh học

1.5.2.1 Cơ chế lan truyền sóng xung kích vào mô cơ thể

Các thiết bị sóng xung kích trong vật lý trị liệu hiện nay thường sử dụng nguyên lý khí nén. Viên đạn được gia tốc bằng áp lực khí nén (5-10m/s), sẽ chuyển động tới đập vào đầu phát làm viên đạn dừng đột ngột, động năng của viên đạn truyền cho đầu phát, nếu đầu phát tiếp xúc với mô qua lớp gen dẫn, động năng này sẽ truyền vào mô cơ thể theo dạng sóng xung kích phân kỳ.

Các tế bào, mô trong cơ thể tại vùng chịu tác động kích thích của sóng xung kích sẽ gây nên các hiện tượng phản xạ, khúc xạ, hấp thụ, truyền qua giống với các tác động cơ học khác. Năng lượng sóng xung kích được hấp thụ trong mô sẽ gây nên các phản ứng sinh học. Tùy thuộc vào các loại mô khác nhau mà đáp ứng sinh học có khác nhau, do đó, hiệu quả điều trị khác nhau.

1.5.2.2. Hiệu ứng sinh học dưới tác dụng của sóng xung kích

Sóng xung kích gây tác động áp lực cơ học trực tiếp lên mô hoặc tác động gián tiếp qua việc tạo các bóng năng lượng, sau đó, các bóng năng lượng bị vỡ ra tạo áp lực tới mô, tế bào. Tùy thuộc vào mật độ năng lượng của sóng xung kích tác động tới mô, có thể gây ra các hiệu ứng khác nhau.

Hiệu ứng sinh học của sóng xung kích lên mô cơ thể theo 4 giai đoạn phản ứng:

- Giai đoạn vật lý: sự lan truyền áp lực cơ học trực tiếp hoặc gián tiếp thông qua tạo bóng năng lượng bên ngoài tế bào.
- Giai đoạn hóa lý: trao đổi ion giữa tế bào và môi trường bên ngoài bị kích thích.
- Giai đoạn hóa sinh: phản ứng trong tế bào và thay đổi của các phân tử bên trong.
- Giai đoạn sinh học: thay đổi của tế bào, mô, cơ quan, và cơ thể người.

1.5.2.3. Tác dụng lâm sàng của sóng xung kích

- Kích thích quá trình sửa chữa và tái tạo mô:
 - + Cải thiện chuyên hóa và vi tuần hoàn: Sóng xung kích kích thích quá trình tái tạo mạch máu, hình thành mạch máu mới, cải thiện tình trạng cấp máu tại khu vực tổn thương tạo thuận lợi cho quá trình tái tạo lại mô.
 - + Tăng cường sản xuất collagen tạo thuận lợi cho quá trình sửa chữa các cấu trúc bị hư hỏng của hệ cơ xương và dây chằng.
- Giảm đau do giảm căng cơ, ức chế sự co thắt; tăng cường phân tán chất P (chất trung gian dẫn truyền đau).
- Phục hồi vận động do làm tan sự vôi hóa của các nguyên bào sợi.

1.5.3. Chỉ định và chống chỉ định điều trị

1.5.3.1. Chỉ định

- Viêm cân gan chân. Viêm gân Achille.
- Gai xương gót. Đau vùng gân khoeo chân.
- Hội chứng đau xương bánh chè, đau cơ chày trước.
- Đau vùng khớp háng và dải chậu chày. Đau vùng khớp cùng-chậu.
- Hội chứng đau thắt lưng. Hội chứng ống cổ tay.
- Tình trạng viêm, canxi hóa của gân vùng khớp vai.
- Hội chứng đau cổ vai. Điểm đau chói ở cơ.
- Căng dãn/co thắt cơ cấp tính sau hoạt động thể thao.

1.5.3.2. Chống chỉ định

- Phổi. Sóng xung kích không được có bất kỳ tác động nào trên vùng bề mặt có chứa phổi, gồm có tim, đốt sống ngực, các cơ ở vùng ngực, xương ức.
- Không được tác động lên vùng mắt, vùng não.
- Không tác động trực tiếp lên các dây thần kinh lớn.
- Không điều trị trên vết thương hở.
- Không điều trị trên vùng có cấy ghép kim loại, trên các đầu xương đang phát triển.
- Không điều trị trên bộ phận sinh dục, trên vùng bụng đối với bệnh nhân mang thai, đối với bệnh nhân mắc chứng rối loạn đông máu.
- Không điều trị trên vùng bị nhiễm trùng, đối với bệnh nhân ung thư.
- Có nguy cơ chảy máu: chấn thương cấp, rối loạn đông máu. Đầu xương đang phát triển ở trẻ em.

1.5.3.3. Tác dụng không mong muốn có thể gặp

- Xuất huyết dưới da tại vùng điều trị, đau tăng, sưng nề.

Các tác dụng phụ này nói chung ít gặp. Xuất huyết dưới da nhỏ và nhẹ, tự hồi phục. Thường gặp nhiều hơn là đau tăng sau điều trị, tác dụng phụ này đa số không cần điều trị bổ sung. Nếu cần thiết, có thể cho bệnh nhân chườm đá tại

chỗ. Tác dụng sung nề hiếm khi gặp, nếu có thường liên quan đến những vấn đề chống chỉ định mà người thầy thuốc không chú ý đến.

- Trong tuần đầu sau điều trị, bệnh nhân cần tránh những hoạt động quá mức gây kích thích, căng kéo nhiều vùng điều trị.

- Không dùng đồng thời với corticoid.

1.6. Tổng quan về siêu âm trị liệu.

1.6.1. Đại cương

Sóng âm tạo ra do quá trình lan truyền giao động trong môi trường đàn hồi dưới dạng sóng dọc (phương dao động của các phần tử trong môi trường đàn hồi trùng với phương truyền của sóng). Các âm có tần số trong khoảng 16 - 20.000Hz, tai người có thể nghe được thì được gọi là âm thanh. Các âm có tần số dưới 16Hz, tai người không nghe được thì gọi là hạ âm. Các âm có tần số trên 20.000Hz, tai người cũng không nghe được thì gọi là siêu âm. [41], [42].

1.6.2. Tác dụng của siêu âm đối với cơ thể sống

1.6.2.1. Tác dụng sinh học

+ Hiệu ứng cơ học

Trong môi trường có siêu âm truyền qua thì các phần tử trong môi trường giao động tạo nên các pha nén và pha giãn. Sự giao động của các phần tử và sự thay đổi áp suất làm tăng tính thấm qua các màng của các tổ chức, tăng tính khuếch tán và thẩm thấu của tổ chức, từ đó làm tăng các quá trình sinh học của tổ chức.

+ Hiệu ứng hóa học

Các lỗ nhỏ trong môi trường được hình thành dưới tác dụng của siêu âm trong pha giãn chỉ tồn tại trong một khoảng thời gian rất ngắn. Quá trình giảm và tăng áp xuất tại mỗi điểm diễn ra trong một nửa chu kỳ giao động. Hiện tượng này làm tăng tốc độ các phản ứng sinh học, tăng chuyển hóa của tổ chức. Ngoài ra có thể làm hình thành các gốc ion tự do như O_2^- (anion superoxid),

OH- (hydroxyl), $1O_2$ (oxy đơn bội)... Các ion và các gốc tự do có hoạt tính mạnh sẽ tương tác với các chất của tổ chức sống như các lipid màng tế bào, protein, men, acid nucleic... làm biến tính và bất hoạt các phân tử quan trọng này.

+ Hiệu ứng nhiệt

Các phân tử của môi trường giao động dưới tác dụng của siêu âm, cơ năng sẽ chuyển thành nhiệt năng do ma sát làm tăng nhiệt độ của tổ chức. Hiệu ứng nhiệt phụ thuộc vào cường độ và thời gian tác dụng của siêu âm. Ở cường độ dưới $1W/cm^2$ thường chỉ làm xuất hiện trong tổ chức sống các hiệu ứng sinh vật dương tính. Bào tương của tế bào bị khuấy động làm tăng các quá trình sinh học bình thường. Tăng nhiệt độ tổ chức dẫn đến tăng các quá trình sinh học như tăng tốc độ các phản ứng sinh học, tăng chuyển hóa và dinh dưỡng...

+ Hiệu ứng tạo lỗ

Vì bước sóng siêu âm rất nhỏ tạo nên những vùng nén và vùng giãn mạnh. Trong nước và tổ chức cơ thể sống chịu tác động của sự biến thiên áp suất, nếu siêu âm có cường độ đủ lớn thì mối liên kết của các phân tử bị đứt tạo nên các lỗ hồng. Hiệu ứng này gọi là hiệu ứng tạo lỗ của siêu âm. Trong y học ứng dụng hiệu ứng này để làm dao mổ siêu âm hoặc tán nhuyễn thủy tinh thể trong phẫu thuật phaco.

1.6.2.2. Ứng dụng của siêu âm trong điều trị.

Trong các khoa Vật lý trị liệu, siêu âm được sử dụng trong điều trị có công suất từ $0,1 - 3W/cm^2$. Khi tác động lên tổ chức, chúng gây ra ba hiệu ứng: hiệu ứng cơ học, hiệu ứng hóa học và hiệu ứng nhiệt. Từ các hiệu ứng cơ bản trên, siêu âm có các tác dụng sau:

- + Tăng tuần hoàn máu cục bộ do tăng nhiệt độ, tăng tính thấm của mạch máu và tổ chức.
- + Giãn cơ do kích thích trực tiếp của siêu âm lên các cảm thụ thần kinh.

+ Tăng tính thấm của màng tế bào, tăng tính khuếch tán và thẩm thấu qua màng do tăng giao động của các phân tử và biến đổi áp suất luân phiên giữa các vùng tổ chức. Do đó siêu âm có tác dụng làm tăng hấp thu dịch nề, tăng trao đổi chất, tăng dinh dưỡng và tái sinh tổ chức.

+ Giảm đau do tác dụng trực tiếp lên cảm thụ thần kinh. [41]

1.6.3. Chỉ định và chống chỉ định

+ Chỉ định

- Chỉ định trong các bệnh co thắt cơ do thần kinh:

+ Co thắt phế quản: hen phế quản, viêm phế quản co thắt; điều trị vào vùng liên sống bả.

+ Co thắt các mạch máu ngoại vi: hội chứng Reynaud.

+ Co thắt cơ do đau, lạnh.

+ Đau do phản xạ thần kinh, viêm dây thần kinh.

- Các bệnh có nguyên nhân giảm dinh dưỡng chuyển hóa:

+ Các chấn thương sau 3 ngày, các vùng sẹo xấu kém nuôi dưỡng.

+ Các vùng sưng nề do chấn thương giai đoạn hấp thu dịch nề, do các ổ viêm cũ.

- Siêu âm dẫn thuốc:

Dưới tác dụng của siêu âm làm tăng tính thấm và khuếch tán của các ion qua các màng bán thấm. Người ta pha các thuốc vào chất tiếp xúc giữa đầu phát siêu âm và da rồi dùng siêu âm để đưa thuốc vào tại chỗ. Các ion thuốc được đẩy vào và tích lũy lại ở biểu bì và khuếch tán dần vào cơ thể giống như làm điện di ion thuốc bằng dòng điện một chiều. Các thuốc thường dùng là mỡ hydrocortisol, mỡ nọc rắn, mỡ profenid, mỡ kháng sinh...

- Siêu âm tạo khí dung trong điều trị các bệnh mũi, họng, đường hô hấp.

+ Chống chỉ định

- Các vùng không được điều trị bằng siêu âm: não, tủy sống, cơ quan sinh dục, thai nhi.

- Vùng điều trị có mang các vật kim loại hoặc vật rắn (đinh, nẹp vít...).
- Các khối u (cả u lành và u ác tính).
- Giãn tĩnh mạch và viêm tắc động mạch, viêm tắc tĩnh mạch.
- Các vùng đang chảy máu và có nguy cơ chảy máu như dạ con thời kỳ kinh nguyệt, chảy máu dạ dày, các vết thương mới, các chấn thương có tụ máu...
- Các ổ viêm nhiễm khuẩn vì có thể làm vi khuẩn lan rộng.
- Giãn phế quản: không điều trị vào vùng liên sống - bả.
- Các chấn thương mới trong 3 ngày đầu. [41], [42]

1.7. Những nghiên cứu điều trị Viêm quanh khớp vai trên thế giới và Việt Nam

1.7.1. Trên thế giới

Trên thế giới hiện đã 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 đều đi sâu vào hai vấn đề: vấn đề thứ nhất là giảm đau, vấn đề thứ hai là luyện tập.

Năm 1995 - Itokzu M. Và cộng sự tiêm vào bao hoạt dịch muối Hyalurinate 25mg (1% trong ống) mỗi tuần và tiêm trong 5 tuần liên thấy có hiệu quả giảm đau rõ ràng [50].

Melzer và cộng sự (1995) nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng kết luận là cho bệnh nhân uống thuốc giảm đau và hướng dẫn tập luyện là phương pháp tốt nhất [58].

Lierz và cộng sự (1998) nhấn mạnh chỉ luyện tập được khi đỡ đau, vì vậy mà tác giả đã sử dụng Bupivacain để gây tê vùng trong 4 đến 5 ngày thì mới cho bệnh nhân luyện tập [55].

Park KD và cộng sự (2013), công bố kết quả nghiên cứu trên 90 bệnh nhân ĐCKV chia thành 2 nhóm. Một nhóm tiêm nông khớp vai bằng Triamcinolone và Lidocain. Một nhóm tiêm nông khớp vai bằng axit

Hyaluronic và Lidocain. Cả 2 nhóm đều cho kết quả tương đương về hiệu quả giảm đau và tăng chức năng khớp vai. Do đó, ở những bệnh nhân có chống chỉ định với corticosteroid có thể dùng axit Hyaluronic để thay thế [61].

Năm 2014 - Jae Hyun Bae và cộng sự, so sánh hiệu quả của tiêm nong khớp vai bằng đường trước dưới hướng dẫn của X quang và tiêm nong khớp vai bằng đường sau dưới hướng dẫn của siêu âm với mục đích tìm ra phương pháp hiệu quả nhất trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng. 44 bệnh nhân nghiên cứu được chia thành 2 nhóm đánh giá dựa vào thang điểm VAS, tầm vận động khớp và thang điểm SPADI. Sau 1 tuần, 5 tuần và 9 tuần sự cải thiện ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt. Các tác giả kết luận tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của siêu âm bằng đường sau có tác dụng tương tự như tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của X quang bằng đường trước [51].

Ngô Phi, Trần Hải Diễm (2014) nghiên cứu phương pháp kinh cân của dân tộc Chuang trong điều trị viêm quanh khớp vai trên 100 bệnh nhân thấy kết quả điều trị của nhóm chứng có 4 bệnh nhân đạt kết quả tốt, 8 khá, 33 trung bình, 5 kém; điều trị có hiệu quả chiếm 24%. Nhóm nghiên cứu có 9 bệnh nhân kết quả tốt, 36 khá, 4 trung bình, 1 kém; điều trị có hiệu quả chiếm 90% [69].

Tào Quảng Anh, Ban Diễm Hồng (2014) quan sát hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai của châm cứu kết hợp với phương pháp Kinh Cân trên 64 bệnh nhân, kết quả cho thấy nhóm chứng có 5 bệnh nhân đạt kết quả tốt, 7 trung bình, 20 kém, điều trị có hiệu quả chiếm 37,5%; nhóm nghiên cứu có 21 kết quả tốt, 8 trung bình, 3 kém, điều trị có hiệu quả chiếm 90,6% [70].

1.7.2. Tại Việt Nam

Năm 1999, Đoàn Quang Huy, nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai 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% [22].

Năm 1999 Nguyễn Châu Quỳnh, Nguyễn Phương Chi và cộng sự, nghiên cứu hồi cứu điều trị viêm quanh khớp vai trên 89 bệnh nhân bằng châm cứu xoa bóp thu được kết quả 59,55% khỏi, 35,56% đỡ, và 4,49% không kết quả [30].

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 [4].

Năm 2005, Phạm Việt Hoàng, đánh giá tác dụng của phương pháp xoa bóp bấm huyệt YHCT trong điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần đạt kết quả tốt: 53,3%, khá 33,4% [20].

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% [28].

Năm 2009, Đặng Ngọc Tân, đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm Corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai đạt kết quả tốt và khá là 92,7% [33].

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 nhận thấy 100% bệnh nhân giảm đau và đạt tốt 63,33% với động tác giạng, 13,33% với động tác xoay trong và 10% với động tác xoay ngoài [23].

Năm 2014, Lương Thị Dung, nghiên cứu 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 tại Bệnh viện YHCT Bộ công an trên 60 bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá là 93,3%, trung bình 6,7% [18].

Năm 2015, Nguyễn Thị Bảo Thoa, đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm nông khớp vai dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng trên 32 bệnh nhân cho kết quả tốt và khá là 78,1%, trung bình là 18,8%, kém là 3,1% [35].

Năm 2016, Trương Văn Chúc thực hiện nghiên cứu: “Đánh giá tác dụng điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần” trên 90 bệnh nhân chia 3 nhóm, kết quả cho thấy phương pháp có tác dụng trong việc giảm đau, cải thiện tầm vận động khớp vai [43].

Năm 2018, Hoàng Huyền Châm và cộng sự thực hiện nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt”; sau 21 ngày can thiệp các chỉ tiêu đánh giá gồm điểm đau VAS, tầm vận động khớp vai, tính chẩn viêm trên siêu âm khớp vai đều giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng [44].

Năm 2019, Đỗ Hoàng Xuân và cộng sự thực hiện nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng các phương pháp vật lý trị liệu – phục hồi chức năng” cho thấy hiệu quả tốt đạt 50%, khá 33,3%, trung bình là 1,3%, có 0,3% bệnh nhân ở mức kém [45].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: gồm 60 bệnh nhân không phân biệt nam nữ được chẩn đoán xác định viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

Địa điểm: Bệnh viện châm cứu Trung Ương

Thời gian: từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 8 năm 2020

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần theo tiêu chuẩn của Boissier M.C. (1992) [63].

- Đau vai ở các mức độ khác nhau ($VAS < 7$)
- Hạn chế vận động khớp vai với nhiều mức độ từ ít đến nhiều.
- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Tình nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ đúng liệu trình điều trị.
- Không áp dụng phương pháp điều trị nào khác trong quá trình tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT

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 là dấu hiệu chính, đau nhiều, đau cố định một chỗ, trời lạnh ẩm đau tăng, chườm nóng đỡ đau. Đau tăng khi vận động, làm hạn chế một số động tác như chải đầu, gãi lưng. Khớp vai không sưng, không nóng, không đỏ, cơ chưa teo. Ngủ kém, mất ngủ vì đau.

- Chất lưỡi hồng, rêu trắng, mạch phù, đau nhiều mạch có thể huyền khẩn.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi diện nghiên cứu

- Loại trừ viêm quanh khớp vai thể cấp tính, thể giả liệt, thể đông cứng.
- Trên siêu âm khớp vai có hình ảnh: canxi hóa gân, đứt gân, co thắt bao khớp, tràn dịch khớp.
- Bệnh nhân bị viêm quanh khớp vai do u phổi, thiếu năng vành, sau nhồi máu cơ tim, u vú. Phụ nữ có thai.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân không tuân thủ thời gian điều trị và phương pháp điều trị.
- Các trường hợp có tổn thương đặc hiệu ở khớp ổ chảo cánh tay do: Nhiễm khuẩn như viêm khớp vai do vi khuẩn sinh mủ, do lao... Viêm khớp vai do viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vẩy nến... Chấn thương như gãy xương, trật khớp... Hư đốt sống cổ, tổn thương rễ thần kinh cổ - cánh tay C5. Bệnh Tabet. Hoại tử vô khuẩn đầu xương cánh tay. Đau thần kinh teo cơ của Parsonage và Tarner.
- Các bệnh nhân có chống chỉ định điều trị bằng siêu âm và sóng xung kích.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng mở, tiến cứu có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị, so sánh với nhóm chứng.

2.4.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Mẫu nghiên cứu được lấy theo phương pháp mẫu thuận tiện. Để đảm bảo thuật toán thống kê, tổng số bệnh nhân cần thu thập cho nghiên cứu này là 60 bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tiến hành ghép cặp tương đồng trong đó:

- Nhóm nghiên cứu (NNC): 30 bệnh nhân
- Nhóm đối chứng (NĐC): 30 bệnh nhân

2.4.3. Quy trình nghiên cứu

- Thu nhận đối tượng nghiên cứu: Khi thu nhận đối tượng nghiên cứu chúng tôi tiến hành:

+ Hỏi bệnh, khám lâm sàng YHHD và YHCT toàn diện cho bệnh nhân: Đánh giá mức độ đau, đo tầm vận động khớp vai...

+ Làm các xét nghiệm cơ bản cho bệnh nhân:

Huyết học: Hồng cầu, Bạch cầu, Tiểu cầu.

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

Chụp X quang khớp vai. Siêu âm khớp vai.

Ghép cặp tương đồng ngẫu nhiên bệnh nhân vào 2 nhóm: nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, tầm vận động khớp vai, mức độ đau, và chức năng sinh hoạt của người bệnh...

+ Áp dụng phương pháp điều trị đối với từng nhóm:

Nhóm nghiên cứu: điều trị xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích trong 20 ngày.

Nhóm chứng: điều trị siêu âm trị liệu, sóng xung kích trong 20 ngày.

2.4.4. Chỉ tiêu theo dõi

- Các chỉ số đánh giá và theo dõi gồm có: các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp.

- Triệu chứng lâm sàng được đánh giá vào thời điểm trước điều trị (D_0), sau điều trị 10 ngày (D_{10}), sau điều trị 20 ngày (D_{20})

+ Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS.

+ Đánh giá tầm vận động khớp vai bằng phương pháp Mc-Gill-Mc-Romi.

+ Đánh giá chức năng sinh hoạt theo bộ câu hỏi NPQ.

- Cận lâm sàng được đánh giá ở các thời điểm D_0 , D_{20}

+ Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp).

+ Sự thay đổi về các chỉ số xét nghiệm (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinin, AST, ALT).

+ Siêu âm khớp vai (D_0). Xquang khớp vai (D_0)

- Theo dõi tác dụng không mong muốn : xuất huyết dưới da, chảy máu, ban đỏ, bong da, sưng nề ...

2.5. Các bước tiến hành

2.5.1. Thăm khám lâm sàng

Bệnh nhân được tiến hành thăm khám lâm sàng toàn thân.

Khám khớp vai:

+ Đo tầm vận động của khớp vai khi vận động các động tác thụ động, chủ động (dạng, xoay trong, xoay ngoài) bằng phương pháp Mc-Gill-Mc-Romi [49].

+ Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS [65].

+ Đánh giá chức năng sinh hoạt theo bộ câu hỏi NPQ

2.5.2. Tiến hành điều trị:

* *Kỹ thuật xoa bóp, bấm huyết :*

+ Tư thế thầy thuốc thuận lợi nhất, để bệnh nhân ở tư thế ngồi.
 + Xác định bên đau của người bệnh. Bộc lộ vùng đau
 + Lần lượt thực hiện các thủ thuật xoa, xát, day, lăn, bóp, bấm, rung, vận động khớp vai và các huyết (phong trì, tý nhu, cự cốt, kiên tinh, kiên trinh, thiên tông, bình phong, kiên liêu, a thị huyết...)

- Xát, xoa: Dọc hai bên cổ gáy và toàn bộ vùng vai.

- Day: Từ mỏm cùng vai đến huyết Phong trì.

- Lăn: Từ mỏm cùng vai đến huyết Phong trì.

- Bóp: Từ mỏm cùng vai đến huyết Phong trì.

- Bấm huyết: Dùng ngón tay cái bấm từ nhẹ đến mạnh vào các huyết.

- Vận động khớp vai.

- Rung khớp vai.

Cách tiến hành các thủ thuật XXBH [phụ lục II]

Thời gian xoa bóp bấm huyết 20 phút/lần/ngày x 20 ngày.

*** Kỹ thuật siêu âm trị liệu:**

- Tiến hành: + kiểm tra máy và dây dẫn

+ bộc lộ vùng vai , quanh khớp vai bị bệnh

+ bôi gel vào vùng điều trị và đầu dò trị liệu

+ hướng dẫn bệnh nhân cảm nhận cảm giác (nóng, rát, cắn, dễ chịu)

+ Đặt đầu phát sóng trực tiếp vào da, chỉnh cường độ điều trị

+ Di chuyển đầu phát sóng xoay tròn đều, liên tục trên mặt da với tốc độ chậm, giữ cho bó sóng luôn thẳng góc với mặt da.

+ hỏi cảm giác người bệnh, hết thời gian điều trị giữ nguyên đầu phát sóng trên da, chỉnh cường độ về số 0.

+ Nhấc đầu phát sóng ra khỏi da làm sạch gel, cho bệnh nhân nghỉ 10p trước khi ra về.

Thời gian siêu âm 10p/ngày x 20 ngày

*** Kỹ thuật sóng xung kích:**

- Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy

- Chọn các thông số kỹ thuật và các phụ kiện theo chỉ định

- bộc lộ vùng vai , quanh khớp vai bị bệnh

- Bôi gel lên bề mặt da vùng điều trị.

- Đặt đầu phát sóng ở điểm đã bôi gel (điểm đau nhất ở khớp vai) với mức áp xuất 2-4 bar tần số 10 -15 Hz với số xung bắt đầu là 400 xung sau đó nâng dần lên 2000 xung cho 1 lần điều trị và tiến hành theo chỉ định

- Hết thời gian điều trị: tắt máy, Lau vùng da điều trị và đầu phát sóng. Kiểm tra vùng điều trị

- Liệu trình điều trị: sóng xung kích được điều trị tại các thời điểm D₀, D₅, D₁₀, D₁₅, D₂₀

*** Thực hiện trên nhóm đối chứng**

- Điều trị bằng siêu âm trị liệu, sóng xung kích như nhóm nghiên cứu.

2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.6.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trước điều trị

- Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, vị trí mắc bệnh, mức độ đau, chức năng sinh hoạt, tầm vận động khớp vai.
- Phân bố tổn thương trên phim XQ.
- Tổn thương trên siêu âm.

2.6.2. Phương pháp đánh giá kết quả

Được tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân được điều trị (D_0), và sau khi điều trị 10 ngày (D_{10}), 20 ngày (D_{20}) gồm:

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

Đau là sự đánh giá chủ quan của bệnh nhân qua thang điểm VAS [65].



Hình 2.1. Thước đo độ đau VAS

Mức độ đau của bệnh nhân: mức độ đau được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ của hãng Astra - Zeneca. Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt:

- Một mặt: chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm.
- Một mặt: có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức để bệnh nhân tự lượng giá cho đồng nhất độ đau như sau:

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

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

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

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

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

Bảng 2.1. Bảng lượng giá cho điểm mức độ đau theo thang điểm VAS

Điểm đau VAS	Mức độ	Mức điểm
VAS = 0 điểm	Hoàn toàn không đau	4
$1 < VAS \leq 3$ điểm	Đau nhẹ	3
$4 < VAS < 6$ điểm	Đau vừa	2
$6 \leq VAS \leq 7$ điểm	Đau nặng	1

- Đánh giá sự thay đổi tầm vận động khớp vai



Hình 2.2. Thước đo tầm vận động khớp vai

Đánh giá: + Hạn chế vận động khớp vai: đưa ra trước và lên trên $< 180^0$; ra sau $< 50^0$; dạng và đưa tay lên trên $< 180^0$; khép tay $< 30^0$; xoay trong cánh tay theo trục dọc cánh tay $< 90^0$; xoay ngoài cánh tay theo trục dọc cánh tay $< 90^0$ [24].

+ Mức độ hạn chế vận động khớp vai dựa trên các tiêu trí dạng, xoay trong, xoay ngoài khớp vai theo bảng 2.2

Bảng 2.2. Bảng đánh giá tầm vận động khớp vai theo Mc-Gill-Mc-Romi.

Động tác	Tầm vận động khớp vai	Mức độ	Điểm
Dạng	$>150^0$	Độ 0	4
	$101^0 - 150^0$	Độ 1	3
	$51^0 - 100^0$	Độ 2	2
	$0^0 - 50^0$	Độ 3	1
Xoay trong	$>85^0$	Độ 0	4
	$61^0 - 85^0$	Độ 1	3
	$31^0 - 60^0$	Độ 2	2
	$0^0 - 30^0$	Độ 3	1
Xoay ngoài	$>85^0$	Độ 0	4
	$61^0 - 85^0$	Độ 1	3
	$31^0 - 60^0$	Độ 2	2
	$0^0 - 30^0$	Độ 3	1

- Đánh giá chức năng sinh hoạt theo bộ câu hỏi NPQ

Bảng 2.3. Bảng lượng giá cho điểm chức năng sinh hoạt theo bộ câu hỏi NPQ

Điểm đánh giá	Mức hạn chế	Điểm quy đổi
0 - 2	Không ảnh hưởng	0 điểm
3 - 8	Ảnh hưởng ít	1 điểm
9 - 12	Ảnh hưởng trung bình	2 điểm
17 - 32	Ảnh hưởng nhiều	3 điểm

2.7. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

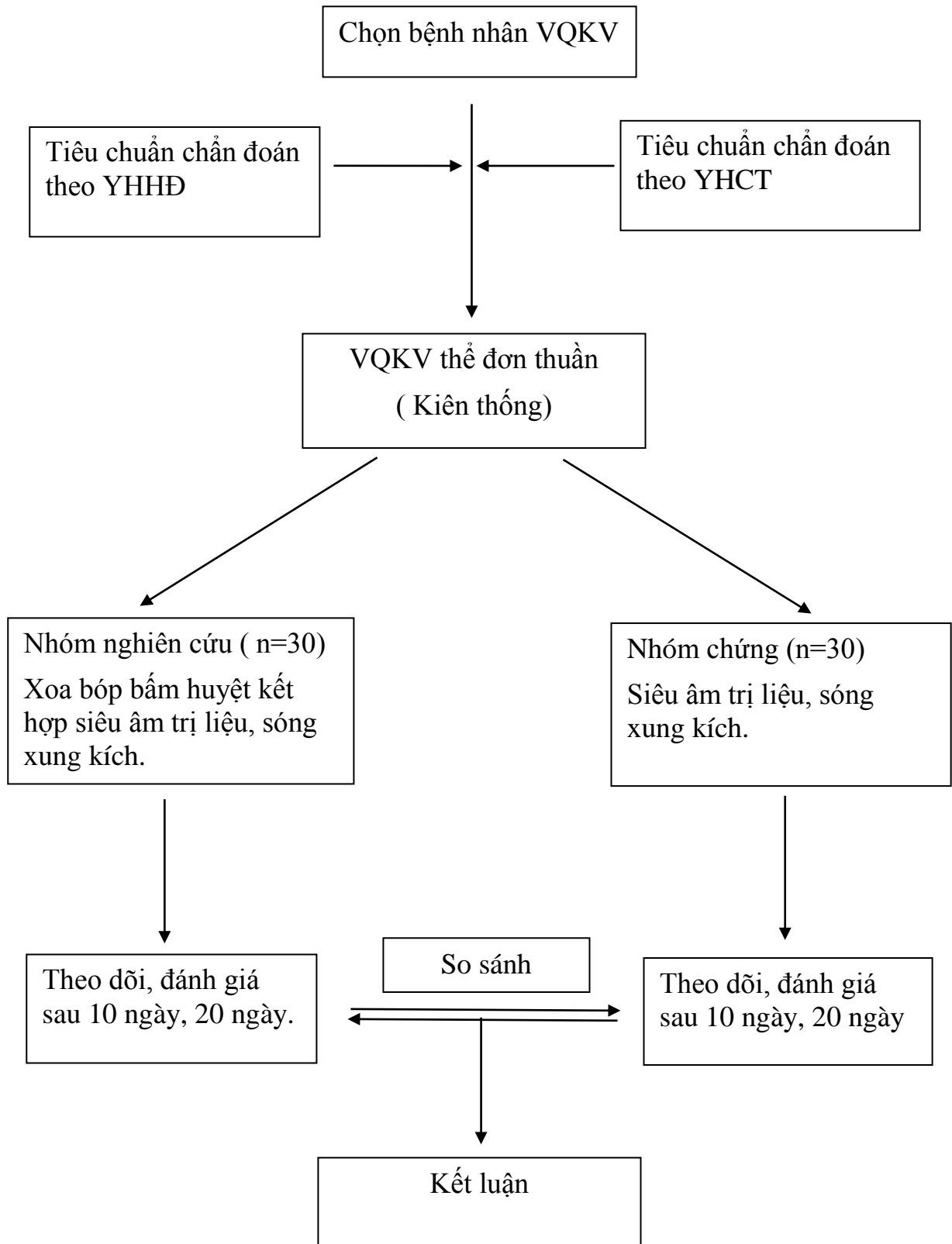
Đánh giá theo tổng điểm của triệu chứng lâm sàng (Mức độ đau theo thang điểm VAS, tầm vận động khớp theo thang điểm của Mc-Gill-Mc-Romi, Mức độ ảnh hưởng chức năng sinh hoạt NPQ) tại thời điểm D_0 , D_{10} , D_{20} , so sánh giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

Phân loại kết quả theo công thức:

$$\text{Phân loại} = \frac{(\text{tổng điểm sau điều trị} - \text{tổng điểm trước điều trị})}{\text{Tổng điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

Bảng 2.4. Phân loại hiệu quả điều trị chung.

Phân loại	Kết quả điều trị
Tốt	Tổng điểm sau điều trị tăng $\geq 80\%$ so với trước điều trị.
Khá	Tổng điểm sau điều trị tăng $\geq 60\%$ đến 80% so với trước điều trị.
Trung bình	Tổng điểm sau điều trị tăng $\geq 40\%$ đến 60% so với trước điều trị.
Kém	Tổng điểm sau điều trị tăng $\leq 40\%$ so với trước điều trị.

Sơ đồ nghiên cứu

2.8. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo trương trình SPSS 22.0 của Tổ chức Y tế Thế giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Các test thống kê được dùng:

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

t - student test: so sánh sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình.

2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu phải được thông qua Hội đồng Đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

- Đề tài của chúng tôi được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chẩn sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh.

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

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

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

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm Tuổi trung bình	Nhóm NC (n = 30) (a)		Nhóm ĐC (n = 30) (b)		Tổng (n= 60)		P _{a-b}
	n	%	n	%	n	%	
30- 39	2	6,7	1	3,4	3	5,0	>0,05
40-49	8	26,6	10	33,3	18	30,0	
50-59	11	36,7	9	30,0	20	33,3	
≥60	9	30,0	10	33,3	19	31,7	
Tuổi trung bình (X ±SD)	56,2±10,89		50,63±12,01		54,95±11,35		

Nhận xét: ở cả hai nhóm nghiên cứu, độ tuổi mắc bệnh viêm quanh khớp vai chủ yếu từ 50-60 tuổi , chiếm 33,3%, không có sự khác biệt về tỷ lệ tuổi giữa NNC và NĐC. Tuổi trung bình mắc VQKV của đối tượng nghiên cứu là 54,95±11,35, trong đó tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56,2±10,89, ở nhóm chứng là 50,63±12,01 và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$)

3.1.2. Đặc điểm về giới.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhóm Giới	Nhóm NC (n = 30) (a)		Nhóm ĐC (n = 30) (b)		Tổng (n = 60)		P _{a-b}
	n	%	n	%	n	%	
Nam	11	36,7	12	40,0	23	38,3	>0,05
Nữ	19	63,3	18	60,0	37	61,7	

Nhận xét: ở hai nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nữ đều cao hơn nam và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nam nữ ở hai nhóm nghiên cứu.

3.1.3. Thời gian mắc bệnh

Bảng 3.3. Phân bố về thời gian mắc bệnh

Nhóm Thời gian	Nhóm NC (n = 30) (a)		Nhóm ĐC (n = 30) (b)		Tổng (n = 60)		P _{a-b}
	n	%	n	%	n	%	
Dưới 1 tháng	5	16,7	6	20,0	11	18,4	>0,05
1 – 3 tháng	10	33,3	10	33,3	18	33,3	
3 – 6 tháng	15	50,0	14	46,7	29	48,3	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 3-6 tháng chiếm cao nhất với 50,0% ở NNC và 46,7% ở NĐC. Thấp nhất là nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng với 16,7% ở NNC và 20,0% ở NĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.4. Vị trí khớp vai bị bệnh

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

Vị trí	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Vai trái	14	46,7	17	56,7	31	51,7
Vai phải	16	53,3	13	43,3	29	48,3
Cả hai bên	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	100	30	100	60	100
p	> 0,05					

Nhận xét: Không có sự khác biệt về số lượng vị trí tổn thương giữa vai bên trái và vai bên phải, có 31 BN tổn thương vai bên trái trong nghiên cứu (51,7%), tổn thương vai bên phải với 29 bệnh nhân (48,3%), không có tổn thương cả 2 bên khớp vai. Trong mỗi nhóm, tỷ lệ bệnh nhân bị tổn thương 1 bên vai (vai trái hoặc vai phải) là tương đương nhau. Giữa 2 nhóm sự phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương khớp vai không có sự khác biệt đáng kể ($p > 0,05$).

3.1.5. Phân bố mức độ đau, tầm vận động khớp vai, chức năng sinh hoạt của BN trước nghiên cứu.

Bảng 3.5. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước nghiên cứu

VAS	Nhóm NC (n = 30) (a)		Nhóm ĐC (n = 30) (b)		Tổng (n = 60)		P _{a-b}
	n	%	n	%	n	%	
Không đau	0	0	0	0	0	0,0	>0,05
Đau nhẹ	0	0	0	0	0	0,0	
Đau trung bình	9	30,0	11	36,7	20	33,3	
Đau nhiều	21	70,0	19	73,3	40	67,7	
Điểm VAS trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	5,07±0,82		5,0±0,87		5,03±0,84		

Nhận xét: Mức độ đau theo thang điểm VAS trước nghiên cứu ở cả hai nhóm chiếm đa số ở đau nhiều (67,7%), không có bệnh nhân đau nhẹ và không đau. Không có sự khác biệt về tỷ lệ các mức độ đau ở hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Trung bình điểm VAS trước điều trị của NNC và NĐC lần lượt là 5,07±0,82 và 5,0±0,87, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.6. Tầm vận động dạng khớp vai trước nghiên cứu

Nhóm Tầm vận động	Nhóm NC (n = 30) (a)		Nhóm ĐC (n = 30) (b)		Tổng (n = 60)		P _{a-b}
	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Độ 1	3	10,0	3	10,0	6	10,0	
Độ 2	23	76,7	24	80,0	47	78,3	
Độ 3	4	13,3	3	10,0	7	11,7	
Góc trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	74,57±15,0		76,6±18,5		75,58±16,7		

Nhận xét: Trước điều trị, tầm vận động dạng khớp vai của bệnh nhân chủ yếu ở độ mức độ 2 chiếm tỷ lệ 78,3%, không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình của động tác dạng khớp vai là 75,58±16,7, trong đó góc trung bình của động tác dạng khớp vai của NNC và NĐC lần lượt là 74,57±15,0 và 76,6±18,5, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.7. Tầm vận động xoay trong khớp vai trước nghiên cứu

Nhóm Tầm vận động	Nhóm NC (n = 30) (a)		Nhóm ĐC (n = 30) (b)		Tổng (n = 60)		P _{a-b}
	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Độ 1	11	36,7	12	40,0	23	38,3	
Độ 2	19	63,3	18	60,0	37	62,7	
Độ 3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Góc trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	54,87±10,17		57,03±10,16		55,95±10,14		>0,05

Nhận xét: Trước điều trị, tầm vận động xoay trong khớp vai của bệnh nhân chủ yếu ở độ mức độ 2 chiếm tỷ lệ 62,7%, không có bệnh nhân ở mức độ 0 và độ 3. Góc trung bình của động tác xoay trong khớp vai là $55,95 \pm 10,14$, trong đó góc trung bình của động tác xoay trong khớp vai của NNC và NĐC lần lượt là $54,87 \pm 10,17$ và $57,03 \pm 10,16$, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.8. Tầm vận động xoay ngoài khớp vai trước nghiên cứu

Nhóm Tầm vận động	Nhóm NC (n = 30) (a)		Nhóm ĐC (n = 30) (b)		Tổng (n = 60)		P _{a-b}
	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Độ 1	12	40,0	11	36,7	23	38,3	
Độ 2	17	56,7	18	60,0	35	58,3	
Độ 3	1	3,3	1	3,3	2	3,3	
Góc trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	$53,7 \pm 10,78$		$55,4 \pm 9,97$		$54,55 \pm 10,33$		>0,05

Nhận xét: Trước điều trị, tầm vận động xoay ngoài khớp vai của bệnh nhân chủ yếu ở độ mức độ 2 chiếm tỷ lệ 58,3%, không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình của động tác xoay ngoài khớp vai là $54,55 \pm 10,33$, trong đó góc trung bình của động tác xoay ngoài khớp vai của NNC và NĐC lần lượt là $53,7 \pm 10,78$ và $55,4 \pm 9,97$, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.9. Chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân trước nghiên cứu

Nhóm Điểm	Nhóm NC (n = 30) (a)		Nhóm ĐC (n = 30) (b)		Tổng (n = 60)		P _{a-b}
	n	%	n	%	n	%	
Không ảnh hưởng	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Ảnh hưởng ít	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Ảnh hưởng trung bình	11	36,7	13	43,3	24	40,0	
Ảnh hưởng nhiều	19	63,3	17	56,7	36	60,0	
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	15,27±2,6		15,4±1,92		15,33±2,27		

Nhận xét: Ở cả hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ ảnh hưởng với $p > 0,05$.

3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo kết quả siêu âm, Xquang khớp vai trước nghiên cứu.

Bảng 3.10. Phân bố bệnh nhân theo kết quả siêu âm khớp vai

Nhóm Kết quả	Nhóm NC (n = 30) (a)		Nhóm ĐC (n = 30) (b)		Tổng (n = 60)		P _{a-b}
	n	%	n	%	n	%	
Không phát hiện tổn thương	12	40,0	14	46,7	26	43,3	>0,05
Viêm gân cơ trên gai	9	30,0	7	23,3	16	26,7	
Viêm đầu dài gân cơ nhị đầu	3	10,0	2	6,7	5	16,7	
Viêm nhóm cơ chụp xoay	1	3,3	1	3,3	2	3,3	

Nhận xét: Qua siêu âm khớp vai, đã phát hiện được 34 bệnh nhân (46,7%) có tổn thương trên hình ảnh siêu âm khớp vai, có 26 bệnh nhân không phát hiện tổn thương khớp vai (43,3%). Các tổn thương phát hiện qua siêu âm bao gồm viêm gân cơ trên gai (26,7%), viêm đầu dài gân cơ nhị đầu (16,7%), viêm nhóm cơ chụm xoay (3,3%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm của siêu âm khớp vai giữa hai nhóm trước điều trị ($p>0,05$).

Bảng 3.11. Phân bố bệnh nhân theo kết quả X quang khớp vai

Nhóm Kết quả	Nhóm nghiên cứu (n = 30) (a)		Nhóm chứng (n = 30) (b)		Tổng (n = 60)		P_{a-b}
	n	%	n	%	n	%	
Không phát hiện tổn thương	21	70	22	73,4	43	71,7	>0,05
Gai xương	4	13,3	4	13,3	8	13,3	
Vôi hóa gân bám chỏm vai	5	16,7	4	13,3	9	15,0	

Nhận xét: Qua X quang khớp vai, đã phát hiện được 43 bệnh nhân (71,7%) không có tổn thương. Các tổn thương phát hiện qua X quang bao gồm gai xương (13,3%), vôi hóa gân bám chỏm vai (15,0%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm của X quang khớp vai giữa hai nhóm trước điều trị ($p>0,05$).

3.2. Kết quả về tác dụng giảm đau cải thiện tâm vận động, chức năng sinh hoạt của phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích trên bệnh nhân VQKV thể đơn thuần.

3.2.1. Sự thay đổi về mức độ đau theo thang điểm VAS của 2 nhóm nghiên cứu ở các thời điểm nghiên cứu khác nhau.

Bảng 3.12. Đánh giá sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau 10 ngày nghiên cứu.

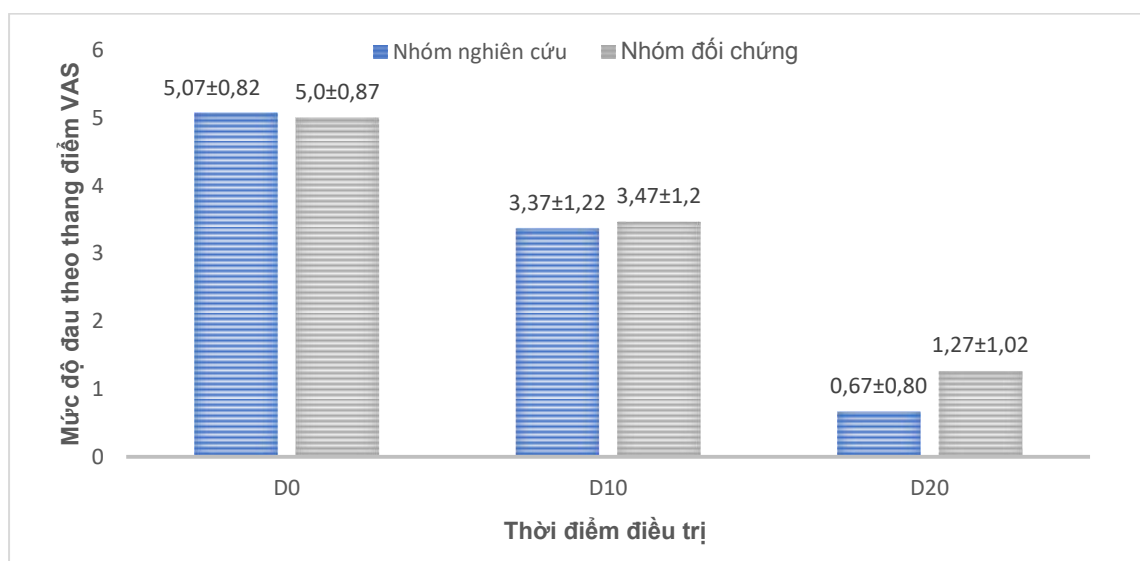
Nhóm Mức đau	Nhóm NC (n = 30) (a)				Nhóm ĐC (n = 30) (b)				p _{a-b}
	D0		D10		D0		D10		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không đau	0	0.0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Đau ít	0	0.0	8	26,7	0	0	7	23,4	
Đau trung bình	6	20.0	14	46,6	11	36,7	13	43,3	
Đau nhiều	24	80.0	8	26,7	19	73,3	10	33,3	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
($\bar{X} \pm SD$)	5,07±0,82		3,37±1,22		5,0±0,87		3,47±1,2		>0,05
p (D0 – D10)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Mức độ đau theo thang điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu giảm dần, ngày D0: 100% bệnh nhân đều có mức đau trung bình và đau nhiều. Ngày D10: mức độ đau giảm dần có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$)

Bảng 3.13. Đánh giá sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau 20 ngày nghiên cứu.

Nhóm / Mức đau	Nhóm NC (n = 30) (a)				Nhóm ĐC (n = 30) (b)				p _{a-b}
	D0		D20		D0		D20		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không đau	0	0.0	15	50,0	0	0,0	8	26,7	<0,05
Đau ít	0	0.0	14	46,7	0	0	18	60,0	
Đau trung bình	6	20.0	1	3,3	11	36,7	4	13,3	
Đau nhiều	24	80.0	0	0,0	19	73,3	0	0,0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
($\bar{x} \pm SD$)	5,07±0,82		0,67±0,80		5,0±0,87		1,27±1,02		<0,05
p (D0 – D20)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Mức độ đau theo thang điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu giảm dần, ngày D0: 100% bệnh nhân đều có mức đau trung bình và đau nhiều, mức độ đau giảm dần và đến ngày D20: tỷ lệ bệnh nhân không đau và đau ít tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và điểm đau VAS của nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



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

Nhận xét: tại các thời điểm nhóm nghiên cứu có sự biến đổi giá trị trung bình theo VAS giảm mạnh hơn so với nhóm đối chứng trong cả quá trình điều trị.

Sau 10 ngày điều trị triệu chứng đau theo VAS có sự cải thiện. Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là $3,37 \pm 1,22$ và của nhóm đối chứng là $3,47 \pm 1,2$. Sau 20 ngày điều trị triệu chứng đau theo VAS có sự cải thiện rõ rệt ở cả 2 nhóm ($p_{0-20} < 0,05$). Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu lúc này là $0,67 \pm 0,80$ và của nhóm đối chứng là $1,27 \pm 1,02$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.2. Sự thay đổi về chức năng sinh hoạt theo bộ câu hỏi NPQ của 2 nhóm nghiên cứu ở các thời điểm nghiên cứu khác nhau.

Bảng 3.14. sự thay đổi về chức năng sinh hoạt trước và sau 10 ngày điều trị ở hai nhóm nghiên cứu.

Nhóm Mức độ	Nhóm NC (n = 30) (a)				Nhóm ĐC (n = 30) (b)				P _{a-b}
	D0		D10		D0		D10		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không ảnh hưởng	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Ảnh hưởng ít	0	0,0	10	33,3	0	0,0	9	30,0	
Ảnh hưởng trung bình	11	36,7	20	66,7	13	43,3	21	70,0	
Ảnh hưởng nhiều	19	63,3	0	0,0	17	56,7	0	0,0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
($\bar{X} \pm SD$)	$15,27 \pm 2,6$		$9,47 \pm 2,3$		$15,4 \pm 1,92$		$9,27 \pm 2,4$		>0,05
p (D0 – D10)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Mức độ ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt tại các thời điểm nghiên cứu giảm dần, ngày D0: 100% bệnh nhân có mức độ ảnh hưởng chức năng sinh hoạt trung bình và nhiều. Ngày D10: mức độ ảnh hưởng giảm dần có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu ($p>0,05$)

Bảng 3.15. Sự thay đổi về chức năng sinh hoạt trước và sau 20 ngày điều trị ở hai nhóm nghiên cứu.

Mức độ	Nhóm NC (n = 30) (a)		Nhóm ĐC (n = 30) (b)						p _{a-b}
	D0		D20		D0		D20		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không ảnh hưởng	0	0,0	13	43,4	0	0,0	7	23,3	<0,05
Ảnh hưởng ít	0	0,0	16	53,3	0	0,0	19	63,3	
Ảnh hưởng trung bình	11	36,7	1	3,3	13	43,3	4	13,4	
Ảnh hưởng nhiều	19	63,3	0	0,0	17	56,7	0	0,0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
($\bar{X} \pm SD$)	15,27±2,6		3,2±1,7		15,4±1,92		4,57±2,57		<0,05
p (D0 – D20)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Mức độ ảnh hưởng chức năng sinh hoạt tại các thời điểm nghiên cứu giảm dần, ngày D0: 100% bệnh nhân đều có mức độ ảnh hưởng trung bình và nhiều, mức độ ảnh hưởng giảm dần và đến ngày D20: tỷ lệ bệnh nhân không bị ảnh hưởng và ảnh hưởng ít tăng có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) và mức độ ảnh hưởng của nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

3.2.3. Sự thay đổi về tầm vận động khớp vai theo Mc-Gill-Mc-Romi của 2 nhóm nghiên cứu ở các thời điểm nghiên cứu khác nhau.

Bảng 3.16. Sự thay đổi về tầm vận động dạng khớp vai trước và sau 10 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu.

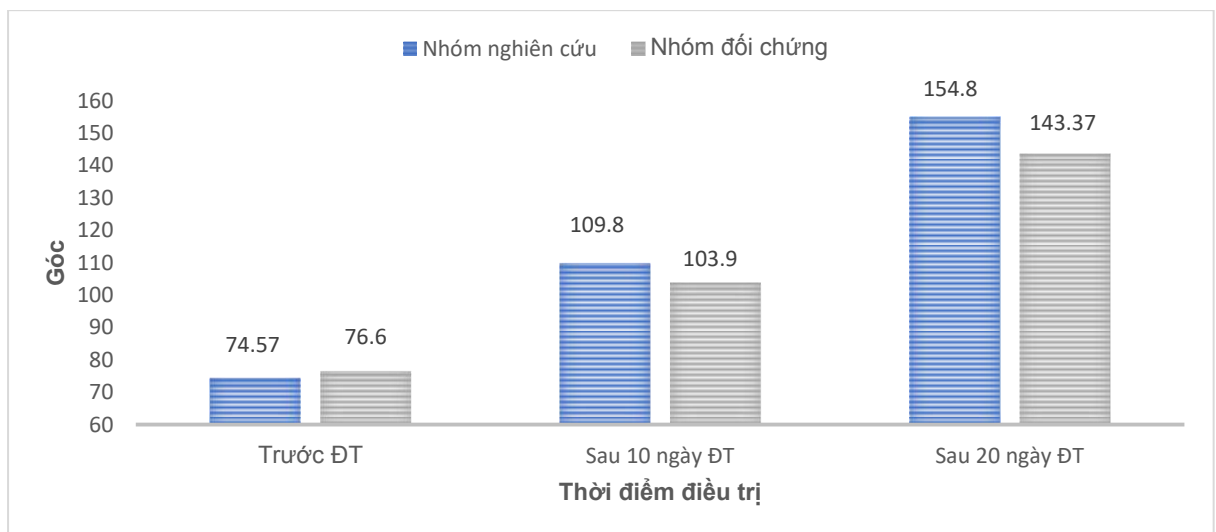
Nhóm Tầm vận động khớp vai	Nhóm NC (n = 30) (a)				Nhóm ĐC (n = 30) (b)				p _{a-b}
	D0		D10		D0		D10		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Độ 1	3	10,0	14	46,7	3	10,0	12	40,0	
Độ 2	23	76,7	16	53,3	24	80,0	18	60,0	
Độ 3	4	13,3	0	0,0	3	10,0	0	0,0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
($\bar{x} \pm SD$)	74,57±15,0		109,8±21,29		76,6±18,5		103,9±19,7		>0,05
p (D0 – D10)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Tầm vận động dạng khớp vai tại các thời điểm nghiên cứu tăng dần, ngày D0: 90% bệnh nhân có mức độ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 2 và 3. Ngày D10: tầm vận động dạng khớp vai tăng dần có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Bảng 3.17. Sự thay đổi về tầm vận động dạng khớp vai trước và sau 20 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu.

Nhóm Tầm vận động khớp vai	Nhóm NC (n = 30) (a)				Nhóm ĐC (n = 30) (b)				p _{a-b}
	D0		D20		D0		D20		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0,0	17	46,7	0	0,0	11	36,7	<0,05
Độ 1	3	10,0	12	40,0	3	10,0	15	50,0	
Độ 2	23	76,7	1	3,3	24	80,0	4	13,3	
Độ 3	4	13,3	0	0,0	3	10,0	0	0,0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
($\bar{x} \pm SD$)	74,57±15,0		154,8±18,16		76,6±18,5		143,37±23,3		<0,05
p (D0 – D20)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Tầm vận động dạng khớp vai tại các thời điểm nghiên cứu tăng dần, ngày D0: 90% bệnh nhân có mức độ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 2 và 3. Ngày D20: tầm vận động dạng khớp vai tăng dần có ý nghĩa thống kê tầm vận động dạng khớp vai của NNC tăng rõ rệt so với NĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu là có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.2. Biến đổi góc trung bình tầm vận động khớp vai động tác dạng.

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có sự biến đổi góc trung bình mạnh hơn so với nhóm đối chứng trong cả quá trình điều trị. Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác dạng một cách rõ rệt ở nhóm nghiên cứu. Góc trung bình của nhóm nghiên cứu động tác dạng ($109,8^\circ$) và của nhóm đối chứng động tác dạng ($103,9^\circ$). Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác dạng ($p_{0-20} < 0,01$). Tầm mở góc trung bình động tác dạng của nhóm nghiên cứu ($154,8^\circ$) cao hơn của nhóm đối chứng ($143,37^\circ$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.18. Sự thay đổi về tầm vận động xoay trong khớp vai trước và sau 10 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu.

Nhóm Tầm vận động khớp vai	Nhóm NC (a)				Nhóm ĐC (b)				P_{a-b}
	D0		D10		D0		D10		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Độ 1	11	36,7	17	56,7	12	40,0	16	53,3	
Độ 2	19	63,3	13	43,3	18	60,0	14	46,7	
Độ 3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
($\bar{X} \pm SD$)	54,87±10,17		68,53±9,83		57,03±10,16		67,57±2,4		>0,05
p (D0 – D10)	<0,05				<0,05				

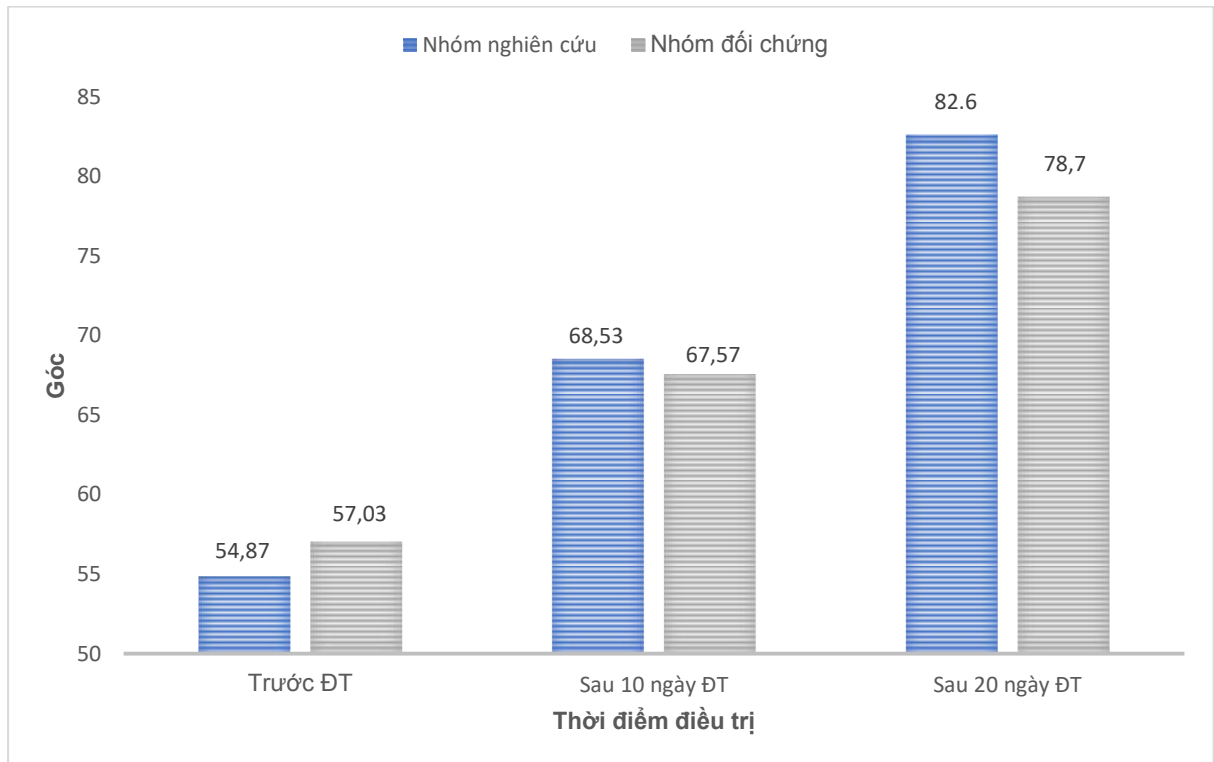
Nhận xét: Tầm vận động xoay trong khớp vai tại các thời điểm nghiên cứu tăng dần, ngày D0: 100% bệnh nhân có mức độ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 1 và 2, trong đó mức độ 2 chiếm hơn 60%. Ngày D10: tầm vận động xoay trong

khớp vai tăng dần có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Bảng 3.19. Sự thay đổi về tầm vận động xoay trong khớp vai trước và sau 20 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu.

Nhóm Tầm vận động khớp vai	Nhóm NC (a)				Nhóm ĐC (b)				P _{a-b}
	D0		D20		D0		D20		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	<0,05
Độ 1	11	36,7	17	56,7	12	40,0	16	53,3	
Độ 2	19	63,3	13	43,3	18	60,0	14	46,7	
Độ 3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
($\bar{X} \pm SD$)	54,87±10,17		82,6±4,6		57,03±10,16		78,7±5,4		<0,05
p (D0 – D20)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Tầm vận động xoay trong khớp vai tại các thời điểm nghiên cứu tăng dần, ngày D0: 100% bệnh nhân có mức độ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 1 và 2. Ngày D20: tầm vận động xoay trong khớp vai tăng dần có ý nghĩa thống kê, tầm vận động xoay trong khớp vai của NNC tăng rõ rệt so với NĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.3. Biến đổi góc trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay trong.

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có sự biến đổi góc trung bình tốt hơn so với nhóm đối chứng trong 20 ngày điều trị.

Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác xoay trong ở nhóm nghiên cứu. Góc trung bình của nhóm nghiên cứu động tác xoay trong ($68,53^\circ$) và của nhóm đối chứng ($67,57^\circ$), giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về 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 ($p < 0,05$). Góc trung bình động tác xoay trong của nhóm nghiên cứu ($82,6^\circ$) cao hơn của nhóm đối chứng ($78,7^\circ$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.20. Sự thay đổi về tầm vận động xoay ngoài khớp vai trước và sau 10 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu.

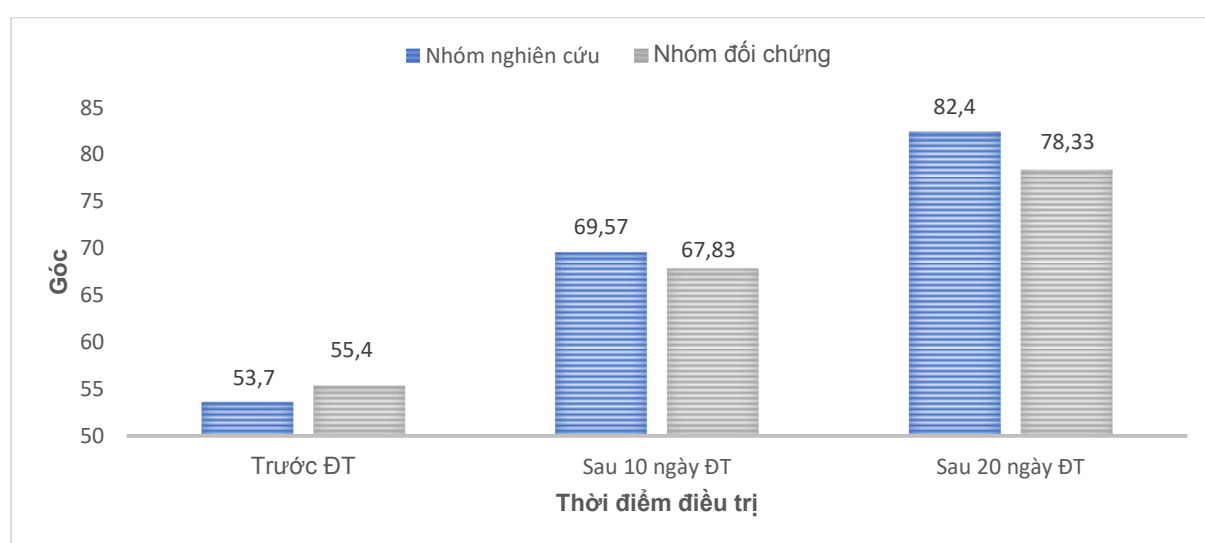
Nhóm Tầm vận động khớp vai	Nhóm NC(n = 30) (a)				Nhóm ĐC (n = 30) (b)				P _{a-b}
	D0		D10		D0		D10		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Độ 1	12	40,0	21	70,0	11	36,7	20	66,7	
Độ 2	17	56,7	9	30,0	18	60,0	10	33,3	
Độ 3	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
($\bar{X} \pm SD$)	53,7±10,78		69,57±9,42		55,4±9,97		67,83±10,22		>0,05
p (D0 – D10)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Tầm vận động xoay ngoài khớp vai tại các thời điểm nghiên cứu tăng dần, ngày D0: 96,7% bệnh nhân có mức độ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 1 và 2, trong đó mức độ 2 chiếm hơn 56%. Ngày D10: tầm vận động xoay ngoài khớp vai tăng dần có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Bảng 3.21. Sự thay đổi về tầm vận động xoay ngoài khớp vai trước và sau 20 ngày điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu.

Nhóm Tầm vận động khớp vai	Nhóm NC (a)				Nhóm ĐC (b)				p _{a-b}
	D0		D20		D0		D20		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0,0	7	23,3	0	0,0	2	6,7	<0,05
Độ 1	12	40,0	22	73,4	11	36,7	25	83,3	
Độ 2	17	56,7	1	3,3	18	60,0	3	10,0	
Độ 3	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0	
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	
($\bar{x} \pm SD$)	53,7±10,78		82,4±5,87		55,4±9,97		78,33±6,31		<0,05
p (D0 – D20)	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Tầm vận động xoay ngoài khớp vai tại các thời điểm nghiên cứu tăng dần, ngày D0: 96,7% bệnh nhân có mức độ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 1 và 2. Ngày D20: tầm vận động xoay ngoài khớp vai tăng dần có ý nghĩa thống kê, tầm vận động xoay ngoài khớp vai của NNC tăng rõ rệt so với NĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu là có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.4. Biến đổi góc trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài.

Nhận xét: Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động (động tác xoay ngoài) một cách rõ rệt ở nhóm nghiên cứu ($p < 0,05$). Góc trung bình của nhóm nghiên cứu động tác xoay ngoài ($69,57^\circ$) và của nhóm đối chứng động tác xoay ngoài ($67,83^\circ$), giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay ngoài ($p < 0,01$). Điểm trung bình động tác xoay ngoài của nhóm nghiên cứu ($82,4$) cao hơn của nhóm đối chứng ($78,33^\circ$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

3.2.4. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn và một số chỉ số cận lâm sàng

Bảng 3.22. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị

Chỉ số		$D_0 (\bar{x} \pm SD)$	$D_{20} (\bar{x} \pm SD)$	$P_{D_0-D_{20}}$
Mạch (lần/phút)	NNC (n=30)	$78,00 \pm 5,66$	$78,22 \pm 4,01$	$>0,05$
	NĐC (n=30)	$77,89 \pm 4,67$	$77,34 \pm 4,00$	$>0,05$
	$P_{NNC-NĐC}$	$>0,05$	$>0,05$	
Huyết áp TB (mmHg) ($\bar{x} \pm SD$)	NNC (n=30)	$90,00 \pm 5,75$	$89,91 \pm 6,09$	$>0,05$
	NĐC (n=30)	$90,01 \pm 7,34$	$90,23 \pm 5,44$	$>0,05$
	$P_{NNC-NĐC}$	$>0,05$	$>0,05$	

Nhận xét: Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trên chỉ số mạch và huyết áp trung bình của bệnh nhân NNC và NĐC ($p < 0,05$)

Bảng 3.23. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu nhóm nghiên cứu sau điều trị.

Thời điểm nghiên cứu Chỉ số cận lâm sàng	Trước ĐT ($\bar{x} \pm SD$)	Sau ĐT ($\bar{x} \pm SD$)	p
Hồng cầu (T/l)	3,88 ± 0,8	3,84 ± 0,2	> 0,05
Hemoglobin (g/l)	141,5 ± 3,91	134,6 ± 3,65	> 0,05
Bạch cầu (G/l)	4,89 ± 1,17	4,78 ± 1,13	> 0,05
Tiểu cầu (G/l)	211,66 ± 11,37	213,69 ± 10,21	> 0,05
Ure (μmol/l)	3,56 ± 0,8	3,47 ± 0,8	> 0,05
Creatinin (μmol/l)	80,2 ± 3,88	81,21 ± 1,34	> 0,05
AST (UI)	17,78 ± 1,67	18,45 ± 1,87	> 0,05
ALT (UI)	21,46 ± 2,67	21,23 ± 2,21	> 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 ($p > 0,05$).

3.2.5. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.24. Kết quả sau 20 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng

Kết quả	Nhóm NC(n = 30) (a)		Nhóm ĐC(n = 30) (b)		P_{a-b}
	n	%	n	%	
Tốt	20	66,7	15	50,0	<0,05
Khá	10	33,3	7	23,3	
Trung bình	0	0,0	8	26,7	
Kém	0	0,0	0	0,0	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét: Tỷ lệ hiệu quả chung đạt tốt và khá ở nhóm nghiên cứu là 100%, của nhóm đối chứng là 73,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.25. Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Diễn biến	Xử trí	Sau xử trí
Xuất huyết dưới da	Không xuất hiện			
Chảy máu	Không xuất hiện			
Bỏng da	Không xuất hiện			
Sưng nề	Không xuất hiện			
Mẩn ngứa	Không xuất hiện			
Ban đỏ	Không xuất hiện			

Nhận xét: Trong quá trình dùng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích, nghiên cứu chưa ghi nhận được tác dụng không mong muốn.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1 cho thấy đa số bệnh nhân mắc bệnh ở tuổi trên 50 tuổi (chiếm 63,3% ở nhóm đối chứng và 60% ở nhóm nghiên cứu), tiếp đến là lứa tuổi 40 đến 49 (23,3% ở nhóm nghiên cứu và 20% ở nhóm đối chứng). Lứa tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất chiếm tỷ lệ 6,7% ở tất cả 2 nhóm. Tuổi trung bình của 2 nhóm là 54,95 tuổi, trong đó nhóm nghiên cứu là 56,2 và 50,63 ở nhóm đối chứng. 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 mồm cùng - quạ là yếu tố thuận lợi gây VQKV thể đơn thuần.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trong nước.

Theo Nguyễn Cẩm Châu và cộng sự [13] đã tổng kết VQKV thể đơn thuần thường gặp ở lứa tuổi 40 - 60 tuổi (68,75%).

Nguyễn Thị Lực [26] cũng nhận thấy phần lớn bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 62,7%.

Có tới 41 bệnh nhân trong số 82 bệnh nhân VQKV trong nghiên cứu của Dương Trọng Hiếu [19] ở lứa tuổi 40 - 50 tuổi.

Còn nghiên cứu của Đoàn Quang Huy [22] cho thấy đa số bệnh nhân VQKV ở độ tuổi trên 50 tuổi chiếm 58,34%.

Đoàn Quốc Sỹ [31] tác giả nhận thấy rằng tổng số bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 88,7%.

Nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng [20] cũng thấy đa số bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi (90%), của Nguyễn Thị Nga [28] số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ 76,3%.

Nghiên cứu của Chung Khánh Bằng [5] cũng cho thấy hầu hết bệnh nhân VQKV có độ tuổi > 50 tuổi (67,16%).

Nghiên cứu của Vũ Thị Duyên Trang [38] cũng thấy đa số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao (71,8%).

Nghiên cứu Lương Thị Dung [18] cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân > 50 tuổi chiếm tỉ lệ cao 60%.

Các bệnh lý cơ xương khớp mãn tính cũng thường gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân cao tuổi vì nó liên quan nhiều tới các bệnh chuyển hóa, nội tiết và quá trình cung cấp máu nuôi dưỡng khớp vai. Cùng với tuổi cao thì quá trình lão hóa cũng tăng dần và ảnh hưởng không ít tới hệ vận động, hoạt động thể chất cũng chậm dần, đặc biệt là hệ thống gân, cơ, dây chằng và bao khớp là những yếu tố nguy cơ tác động là gia tăng khả năng mắc bệnh.

4.1.2. Đặc điểm về giới

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 thường phải làm nhiều công việc liên quan đến nội trợ, đồng thời quá trình lão hóa của phụ nữ tiến triển nhanh hơn nam giới [18].

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh VQKV ở nữ giới (63,3%) cao hơn so với nam giới (36,7%), có thể do tính chất công việc hay do quá trình lao động mà phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn, tuy nhiên tỉ lệ này chênh lệch này chưa phản ánh được tình hình chung của bệnh VQKV về giới tính vì lý do cỡ mẫu nghiên cứu là rất nhỏ so với yêu cầu của một cuộc điều tra dịch tễ học.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả đã công bố như Nguyễn Thị Nga [28], Đặng Ngọc Tân [33], Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa [23] các tác giả khi nghiên cứu đã đưa ra nhận xét tỷ lệ mắc bệnh ở nữ là cao hơn nam trong bệnh VQKV.

4.1.3. Thời gian mắc bệnh

Với bệnh VQKV nói chung thì triệu chứng khởi phát thường đơn thuần chỉ có đau tại các khớp vai sau đó phát triển nặng hơn, tăng dần từ từ theo thời gian, kèm theo là các triệu chứng hạn chế vận động khớp vai bắt xuất hiện nên người bệnh mới đến các cơ sở khám chữa bệnh 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 nhân đau quá mức chịu đựng của cơ thể nên cũng ngừng cử động tay bên đau [12]. 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.

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 3-6 tháng chiếm cao nhất với 50,0% ở NNC và 46,7% ở NĐC. Thấp nhất là nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng với 16,7% ở NNC và 20,0% ở NĐC.

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.

Do phạm vi và sự khống chế về thời gian, nên nghiên cứu của chúng tôi chỉ lấy được bệnh nhân với số lượng ít, cỡ mẫu không đủ lớn để có thể xác định được khoảng thời gian mắc bệnh tin cậy hơn như những nghiên cứu khác, nhưng điểm chung của các nghiên cứu đều khẳng định bệnh tiến triển dai dẳng, có thể kéo dài nhiều tháng. Đau và hạn chế cả vận động chủ động lẫn bị động của khớp vai ảnh hưởng rất nhiều tới chất lượng cuộc sống. Hậu quả kéo dài có thể dẫn đến teo cơ, làm khả năng phục hồi khớp vai khó khăn. Mặc dù có sự khác biệt về cỡ mẫu, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn phù hợp với

nghiên cứu của các tác giả khác như:

Nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân [33] trên 66 bệnh nhân VQKV thể viêm gân (viêm gân nhị đầu) cho thấy: thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1- 3 tháng chiếm 81,8%. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Huyền và Lê Thị Kiều Hoa [23] thì hầu hết bệnh nhân mắc bệnh kéo dài trên 1 tháng là 81,67%.

4.1.4. Vị trí khớp vai mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu (bảng 3.4) cho thấy tỷ lệ mắc bệnh của vai trái (51,6%) cao hơn vai phải (48,4%) và không có trường hợp nào bị VQKV cả hai vai (0%).

Tỷ lệ này khác với các nghiên cứu trong nước khác như:

Theo Lê Thị Hoài Anh [4] tỷ lệ mắc bệnh của vai phải là (56%), cao hơn so với vai trái (44%).

Nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng [20] trên 60 bệnh nhân VQKV thấy tỷ lệ tổn thương vai phải (53,3%) cao hơn vai trái (35,0%). Tỷ lệ này cũng giống nghiên cứu của Trương Văn Chúc [43].

Nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân [33] thì đa số tổn thương vai bên phải (68,2%), đau vai trái chiếm tỉ lệ thấp hơn (27,3%), đau cả 2 vai chiếm tỉ lệ rất thấp là 4,5%.

Theo nhiều tác giả, những tổn thương đứt chụp 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 [24] 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.

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.

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

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 [36].

Chính vì những quan niệm trên, nên chúng tôi đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, thang điểm này đánh giá dựa trên cảm giác của người bệnh thông qua ngưỡng đau cụ thể trên thang điểm, tại thời điểm nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.5) cho thấy 100% bệnh nhân VQKV có triệu chứng đau vai ở mức độ từ vừa đến đau nặng, trong đó tỷ lệ

đau nặng và đau vừa cả 2 nhóm chiếm 67.7%. Điểm VAS trung bình của 2 nhóm là 5,03, trong đó nhóm nghiên cứu là 5,07 và nhóm đối chứng là 5,0. Không có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm trong nghiên cứu ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của:

Chung Khánh Bằng [5] khi nghiên cứu điều trị VQKV bằng tân châm kết quả cho thấy tỷ lệ BN đau vừa và nặng như nhau (đều 41,8%), đau nhẹ chỉ chiếm 16,4% .

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga [28] sau khi nghiên cứu điều trị VQKV bằng thuốc và vật lý trị liệu đã cho thấy tỷ lệ đau trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%), đau nặng (33,3%), không có BN nào đau nhẹ.

Theo Đặng Ngọc Tân [33] nghiên cứu với phương pháp tiêm corticoid dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong điều trị VQKV cho thấy kết quả đa số BN đau ở mức trung bình (78,8%), đau nhiều (21,2%) và không có BN nào đau nhẹ.

Theo Nguyễn Hữu Huyền và CS [23] điều trị VQKV bằng vật lý trị liệu kết hợp tập vận động cho kết quả 60 BN đau ở mức độ vừa và nặng (43,33% và 56,67%).

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. Trong quá trình mắc bệnh cũng do tâm lý bệnh nhân sợ đau mà hạn chế vận động, nên phần nhiều dẫn đến bệnh nhân cảm thấy đau nhiều hơn và khó vận động hơn.

4.1.6. Tầm vận động khớp vai trước điều trị

Khớp vai là một khớp có tầm vận động biên độ lớn nhất trong cơ thể, khớp vai có thể quay theo 3 trục thẳng góc với nhau tạo ra các động tác mà chúng tôi nghiên cứu như dạng, xoay trong, xoay ngoài. 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. Nên việc đánh giá điều trị tầm vận động khớp là điều quan trọng nhất.

Trước điều trị (bảng 3.6) hạn chế vận động khớp vai động tác dạng gập ở 100% bệnh nhân nghiên cứu và mức độ hạn chế chủ yếu là mức độ 2 (chiếm tỷ lệ cao nhất 78,3% ở cả 2 nhóm, trong nhóm nghiên cứu chiếm 76,7%, nhóm đối chứng chiếm 80,0%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tầm vận động trung bình cả 2 nhóm là $75,58^\circ$, trong đó nhóm nghiên cứu ($74,57^\circ$) thấp hơn nhóm đối chứng ($76,6^\circ$), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Còn ở bảng 3.7 Trước điều trị, tầm vận động xoay trong khớp vai của bệnh nhân chủ yếu ở độ mức độ 2 chiếm tỷ lệ 62,7%, không có bệnh nhân ở mức độ 0 và độ 3. Góc trung bình của động tác xoay trong khớp vai là $55,95^\circ$, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Bảng 3.8 tầm vận động xoay ngoài khớp vai của bệnh nhân chủ yếu ở độ mức độ 2 chiếm tỷ lệ 58,3%, không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình của động tác xoay ngoài khớp vai là $54,55^\circ$.

Điều phù hợp với mô tả tình hình diễn biến của bệnh tật trong động tác khớp vai, theo một số tác giả: 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 gập ra trước 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 ngày càng tăng [18].

Hạn chế vận động khớp vai là triệu chứng quan trọng bắt người bệnh phải đến khám và điều trị bệnh. Các tác giả như Lương Thị Dung [18], Lê Thị Hoài Anh [4], Vũ Thị Duyên Trang [38] cũng đồng ý và cho rằng 100% bệnh nhân đều có hạn chế vận động khớp vai và mức độ vừa và nặng chiếm phần lớn.

4.1.7. Đặc điểm siêu âm khớp vai

Siêu âm khớp vai là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm nhập rất có giá trị trong phát hiện các tổn thương khớp vai. Có thể thăm dò hình ảnh của các gân chóp xoay, gân cơ nhị đầu, bao hoạt dịch dưới mỏm 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 tổn thương. Trong trường hợp tổn thương chỉ ở mức độ nhẹ, hình ảnh siêu âm khớp vai có thể bình thường [24].

Theo Codman sự thoái hóa của gân được đánh dấu bằng sự tổn thương bao thanh mạc dưới mỏm 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 [38].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.10 cho thấy qua siêu âm khớp vai, đã phát hiện được 34 bệnh nhân (46,7) có tổn thương trên hình ảnh siêu âm khớp vai, có 26 bệnh nhân không phát hiện tổn thương khớp vai (43,3%). Các tổn thương phát hiện qua siêu âm bao gồm viêm gân cơ trên gai (26,7%), viêm đầu dài gân cơ nhị đầu (16,7%), viêm nhóm cơ chóp xoay (3,3%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm của siêu âm khớp vai giữa hai nhóm trước điều trị ($p > 0,05$)

Kết quả này chúng tôi thấy phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hoài Anh [4], Đoàn Quang Huy [22], Chung Khánh Bằng [5], Nguyễn Thị Lược [26], Vũ Thị Duyên Trang [38] cho rằng siêu âm khớp vai có giá trị chẩn đoán nguyên nhân trong VQKV.

4.1.8. Đặc điểm X-quang khớp vai

Đây là kỹ thuật hình ảnh cơ bản được chỉ định gần như cho tất cả bệnh nhân bị viêm quanh khớp vai bởi đưa ra nhiều thông tin có giá trị tiên lượng, đánh giá mức độ tiến triển của bệnh, ngoài ra còn giúp chẩn đoán phân biệt viêm quanh khớp vai với các bệnh khác như vôi hóa trong hoặc quanh ổ khớp, thoái hóa khớp, tiêu xương do viêm nhiễm, u xương cùng vai, mặc dù mức độ phát hiện tổn thương không cao.

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 biểu đồ 3.11 cho thấy đa phần không thấy tổn thương khớp vai (chiếm 71,7%), ở cả 2 nhóm tổn thương phát hiện bao gồm gai xương (13,3%), vôi hóa gân bám chỏm vai (15,0%). Gai xương thường là do lắng đọng canxi, thực chất là hậu quả của quá trình thoái hóa và viêm của gân. Khi canxi lắng đọng ở gân làm sưng phồng vùng gân đó, thường xuyên cọ sát với dây chằng khi cánh tay vận động, lâu dần sẽ gây viêm và hoại tử.

Nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Quang Huy [22] khi cho 48 BN chụp phim và phát hiện ra được 20,83% có tổn thương và 79,71% không phát hiện được tổn thương.

Phạm Việt Hoàng [20] cũng cho rằng trên phim chụp X-quang khớp vai thường quy phát hiện được tổn thương với tỷ lệ rất thấp (16,7%).

Lương Thị Dung [18] chỉ phát hiện được 10% (60 bệnh nhân) tổn thương trên phim X-quang thường quy.

4.2. Bàn luận về kết quả điều trị của phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích.

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

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 theo điểm số.

Kết quả ở bảng 3.12 cho thấy: sau 10 ngày điều trị điểm trung bình của chỉ số đau của nhóm nghiên cứu giảm xuống còn 3,37, điểm trung bình của nhóm đối chứng giảm xuống còn 3,47. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm giảm rõ rệt giá trị trung bình trước và sau 10 ngày ($p < 0,05$), và giữa hai nhóm 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 từ 3,37 xuống $0,67 \pm 0,80$, điểm trung bình của nhóm đối chứng giảm từ 3,47 xuống $1,27 \pm 1,02$. Điều này cho thấy kết điều trị của nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện tình trạng giảm đau tốt hơn so với nhóm đối chứng (với $p < 0,05$).

Kết quả bảng 3.12 cũng cho thấy sau 20 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu có 50,0% bệnh nhân hết đau và 46,7% bệnh nhân ở mức độ đau nhẹ. Ở nhóm đối chứng có 26,7% bệnh nhân hết đau, 60% bệnh nhân đau nhẹ và 13,3% bệnh nhân đau vừa. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm giảm rõ rệt mức độ đau ($p < 0,05$). Đặc biệt mức độ giảm đau ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn hẳn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều dùng phương pháp điều trị nền là siêu âm trị liệu hoặc sóng xung kích. Vì vậy, sự chênh lệch về tác dụng giảm

đau giữa hai nhóm là do hiệu quả điều trị của việc kết hợp giữa xoa bóp bấm huyệt và siêu âm trị liệu, sóng xung kích.

Xoa bóp bấm huyệt là một kích thích vật lý, trực tiếp tác động vào da thịt, thần kinh, mạch máu và các cơ quan cảm thụ gây nên những thay đổi về thần kinh, thể dịch, nội tiết qua đó nâng cao năng lực hoạt động của hệ thần kinh, nâng cao quá trình dinh dưỡng của cơ thể.

Xoa bóp làm giãn mạch máu, tăng tuần hoàn tại chỗ. Tăng tuần hoàn, góp phần chống viêm, giảm phù nề. Luồng máu tới sẽ tăng cường trao đổi chất, mang ôxy tới cho tế bào và mang đi các chất thải cặn bã.

Đối với cơ xương khớp, xoa bóp làm giãn cơ, đặc biệt là những nhóm cơ đã bị co cứng trước đó. Trong các bệnh khớp, gân, dây chằng bao giờ cũng có hiện tượng co cứng các nhóm cơ xung quanh khớp, từ đó gây đau, hạn chế vận động. Xoa bóp có thể cải thiện các tình trạng trên. Xoa bóp thường xuyên làm tăng tính linh hoạt của khớp và làm giảm khả năng bị chấn thương, cải thiện tư thế [8].

Ngoài ra, xoa bóp còn kích thích hệ thống lympho, làm tăng miễn dịch và cơ chế bảo vệ tự nhiên của cơ thể. Xoa bóp tác động trực tiếp lên các thụ cảm thần kinh dày đặc ở dưới da tạo ra các đáp ứng phản xạ thần kinh từ đó gây nên tác dụng điều hòa quá trình hưng phấn hay ức chế thần kinh trung ương, làm thư giãn thần kinh, giảm căng thẳng, tăng khả năng tập trung, giảm đau, giãn cơ, và điều hòa chức năng nội tạng, tăng cường nhu động của dạ dày, ruột và cải thiện chức năng tiêu hoá, tăng dinh dưỡng của da làm da bóng đẹp, có tác dụng tốt đối với chức năng bảo vệ của da. Xoa bóp còn có nhiều tác dụng khác góp phần phục hồi sức khỏe [10].

Mặt khác, khi sử dụng phương pháp siêu âm trị liệu hay sóng xung kích có tác dụng tăng chuyên hóa nhóm gân, mô cơ, giảm phù nề các tổ chức quanh khớp vai nên tăng cường thêm khả năng giảm đau khớp vai [11].

Như vậy, sự kết hợp giữa phương pháp xoa bóp bấm huyệt và siêu âm trị

liệu, sóng xung kích có sự cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm đối chứng ở triệu chứng đau.

Theo nghiên cứu của Lê Thị Hoài Anh [4] 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).

Nguyễn Thị Nga [28] điều trị VQKV thể đơn thuần bằng thuốc chống viêm không steroid kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng cho kết quả 73,3% bệnh nhân hết đau.

Ngoài ra, Paternostro - Sluga T [47] 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 tâm 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 tâm vận động khớp vai phục hồi trên 70%).

4.2.2. Sự thay đổi ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt hàng ngày

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt NPQ để đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh viêm quanh khớp vai đến chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Phương pháp đánh giá đơn giản, sử dụng thuận tiện trong lâm sàng và là một công cụ có độ tin cậy cao và hiệu quả khi đánh giá các triệu chứng. Trước điều trị các chức năng sinh hoạt hàng ngày của nhóm điều trị 15,27% và nhóm đối chứng 15,4% đều bị ảnh hưởng gần như là tương đương. Sau 10 ngày điều trị, tỉ lệ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ở cả 2 nhóm đều tăng lên rõ rệt so với trước điều trị. Cụ thể ở bảng 3.14 nhóm nghiên cứu giảm xuống còn 9,47%, nhóm đối chứng còn 9,27%, tỉ lệ phần trăm của hai nhóm ảnh hưởng trung bình và ảnh hưởng nhiều giảm đi khá rõ. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị kết quả mức độ ảnh hưởng chức năng sinh hoạt hàng ngày tại các thời điểm nghiên cứu giảm dần, ngày D0: 100% bệnh nhân đều có mức độ ảnh hưởng trung bình và nhiều, mức độ ảnh hưởng giảm dần và đến ngày D₂₀: tỷ lệ bệnh nhân không bị ảnh hưởng và ảnh hưởng ít tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và mức độ ảnh hưởng của nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả của chúng tôi tương đương với Nguyễn Tiến Dũng và cs các chức năng sinh hoạt hàng ngày tăng lên rõ rệt so với trước khi điều trị [14]

Nguyễn Văn Hưng và cs cũng cho thấy bệnh nhân sau điều trị đều có sự cải thiện về chức năng sinh hoạt hàng ngày [29].

Murphy DR và CS (78% bệnh nhân giảm ảnh hưởng) nhưng thấp hơn Heckmann JG và CS (89,7% giảm ảnh hưởng với thời gian theo dõi trung bình là 5,1 năm) [46].

4.2.3. Sự thay đổi tầm vận động

Sự biến đổi của tầm vận động khớp vai là một trong hai mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá khách quan hiệu quả điều trị của phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích trong điều trị VQKV. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tầm vận động khớp vai của các bệnh nhân thông qua động tác dạng vai, động tác xoay trong, động tác xoay ngoài. Hạn chế tầm vận động khớp vai do đau, do cơ 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 ở bảng 3.16 cho thấy tầm vận động dạng khớp vai tại các thời điểm nghiên cứu tăng dần, ngày D0: 90% bệnh nhân có mức độ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 2 và 3. Ngày D10: tầm vận động dạng khớp vai tăng dần có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Sau điều trị 20 ngày, tầm vận động động tác dạng từ $74,57^\circ$ tăng lên thành $154,8^\circ$ ở nhóm nghiên cứu, còn ở nhóm chứng động tác dạng từ $76,6^\circ$ tăng lên $143,37^\circ$.

Có sự cải thiện mức độ hạn chế động tác dạng ở nhóm nghiên cứu với 17 bệnh nhân độ 0 và ở nhóm đối chứng là 11 bệnh nhân. Trước điều trị, sự phân bố bệnh nhân theo mức độ vận động động tác dạng vai của hai nhóm là tương đương ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, mức độ vận động động tác dạng vai của cả hai nhóm đều cải thiện rõ ($p < 0,05$) tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Đến ngày thứ 20 của điều trị (bảng 3.17), động tác dạng vai của cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,05$). Trong đó, mức độ vận động động tác dạng vai của nhóm nghiên cứu: độ 0 và độ 1 tăng từ 0% lên 46,7% và 10,0% lên 40,0%, nhóm đối chứng tăng từ 0% lên 36,7% và 10,0% lên 50,0%.

Như vậy, sự cải thiện mức độ vận động của động tác dạng vai của nhóm nghiên cứu sau 20 ngày điều trị là cao hơn nhóm đối chứng (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$).

Còn ở bảng 3.18 cho thấy sau tầm vận động xoay trong khớp vai tại các thời điểm nghiên cứu tăng dần, ngày D0: 100% bệnh nhân có mức độ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 1 và 2, trong đó mức độ 2 chiếm hơn 60%. Ngày D10: tầm vận động xoay trong khớp vai tăng dần có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Sau điều trị 20 ngày (bảng 3.19), tầm vận động trung bình động tác xoay trong từ $54,87^\circ$ tăng lên $82,6^\circ$ ở nhóm nghiên cứu, còn ở nhóm chứng động tác xoay trong từ $57,03^\circ$ tăng lên $78,7^\circ$. Nhóm nghiên cứu có xu hướng tăng mạnh hơn từ sau 20 ngày điều trị.

Sự cải thiện mức độ hạn chế động tác xoay trong ở nhóm nghiên cứu với 17 bệnh nhân có tầm vận động gần như hoàn toàn bình thường và ở nhóm đối chứng là 16 bệnh nhân (độ 1).

Trước điều trị, mức độ vận động khớp vai động tác xoay trong của hai nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai xoay trong ở cả hai nhóm tăng lên tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai xoay trong góc ở cả hai nhóm tăng lên rõ rệt, trong đó: của nhóm nghiên cứu độ 1 tăng từ 36,7% lên 56,7%; Nhóm đối chứng độ 1 tăng từ 40,0% lên 53,3%. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm tăng rõ rệt tầm vận động khớp vai xoay trong ($p < 0,01$), và sự cải thiện mức độ vận động khớp vai động tác xoay trong ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Còn ở bảng 3.20 cho thấy tầm vận động xoay ngoài khớp vai tại các thời điểm nghiên cứu tăng dần, ngày D0: 96,7% bệnh nhân có mức độ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 1 và 2, trong đó mức độ 2 chiếm hơn 56%. Ngày D10: tầm vận động xoay ngoài khớp vai tăng dần có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Sau điều trị 20 (bảng 3.21) ngày tầm vận động trung bình động tác xoay ngoài từ $53,7^\circ$ tăng lên $82,4^\circ$ ở nhóm nghiên cứu, còn ở nhóm đối chứng động tác xoay ngoài từ $55,4^\circ$ tăng lên $78,33^\circ$.

Sự cải thiện mức độ hạn chế động tác xoay ngoài ở nhóm nghiên cứu với 7 bệnh nhân gần hoàn toàn (độ 0) và ở nhóm đối chứng là 2 bệnh nhân (độ 0).

Cũng như trên, mức độ vận động khớp vai xoay ngoài của hai nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai xoay ngoài ở cả hai nhóm tăng nhưng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, mức độ vận động khớp vai động tác xoay ngoài ở cả hai nhóm tăng lên rõ rệt ($p < 0,01$) trong đó: của nhóm nghiên cứu độ 1 tăng từ 40%

lên 73,4%, nhóm đối chứng độ 0 tăng từ 0% lên 6,7%. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm tăng rõ rệt tầm vận động khớp vai xoay trong ($p < 0,05$) và mức độ tăng tầm vận động khớp vai xoay ngoài ở nhóm nghiên cứu có sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, song song kích cao hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

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 nên là siêu âm trị liệu hay sóng xung kích 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 giảm đau cũng như giãn cơ trên điện châm. 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.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Thị Cẩm Châu và cs [13] 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%.

Lê Thị Hoài Anh [4] sử dụng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu điều trị bệnh nhân VQKV, cho thấy ở nhóm kết hợp vận động trị liệu với châm cứu xoa bóp hồi phục tốt hơn nhóm điều trị đơn thuần bằng châm cứu, xoa bóp (trung bình và độ lệch chuẩn trước và sau điều trị là 12,28 so với 15,28).

Nguyễn Quang Vinh điều trị cho 123 bệnh nhân VQKV bằng vật lý trị liệu - phục hồi chức năng kết quả phục hồi tầm vận động khớp vai trên 70% [40].

Nguyễn Thị Nga [28] điều trị VQKV đạt kết quả ở động tác dạng vai tốt 40,0% (nhóm 2), động tác xoay trong 43,3%, động tác xoay ngoài 46,7%.

Nguyễn Tịnh Tiến [39] và cs cho rằng sóng xung kích có khả năng cải

thiện tốt tầm vận động động tác dạng khớp vai 82,36%, 72,55% ở động tác xoay ngoài khớp vai và 64,71% ở động tác xoay trong khớp vai.

Lương Thị Dung [18] điều trị VQKV thể đơn thuần bằng bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp điện châm và vận động trị liệu, cho kết quả động tác dạng tốt là 43,3%, động tác xoay trong tốt là 40%, động tác xoay ngoài tốt là 30%.

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 xoa bóp bấm huyệt kết hợp với siêu âm trị liệu, sóng xung kích trị liệu 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 có tác dụng hành khí hoạt huyết, khứ ứ thông lạc, hoạt huyết chỉ thống. Xoa bóp bấm huyệt tác động trực tiếp lên các thụ cảm thể thần kinh dày đặc 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, làm thư giãn thần kinh, giảm căng thẳng, tăng khả năng tập chung, giảm đau, giãn cơ, và điều hòa chức năng nội tạng.

Mặt khác nhờ có tác dụng của siêu âm trị liệu, sóng xung kích mà tầm vận động của khớp vai đã được cải thiện nhanh chóng.

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 [1], [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. Siêu âm trị liệu làm giảm căng cơ do đó làm giảm các chèn ép mạch máu thần kinh, cắt vòng luân quản gây đau. Sóng xung kích làm mất các điểm đau do khai thông kênh calci, tăng quá trình tái tạo sửa chữa các mô bị tổn thương và làm giảm quá trình viêm, do đó làm tăng khả năng vận động khớp vai.

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

4.2.4. Về kết quả điều trị chung

Việc đánh giá 1 kết quả điều trị có đạt hiệu quả hay không, không chỉ dựa vào các chỉ số lâm sàng đơn thuần để đánh giá được kết quả điều trị, mà còn phải đánh giá bệnh nhân trên các thang điểm sinh hoạt, vận động hàng ngày. Chính vì điều này chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi đánh giá chức năng sinh hoạt mà một số tác giả như Lê Thị Hoài Anh, Lương Thị Dung, hay Vũ Thị Duyên Trang đã sử dụng để có sự đánh giá khách quan hơn trên bệnh nhân mà thang điểm VAS và thang điểm McGill - McROMI chưa thực hiện được.

Kết quả bảng 3.22 chỉ ra sự thay đổi sau 20 ngày điều trị trong các chỉ số theo dõi như đau, chức năng sinh hoạt hàng ngày, khả năng hoạt động khớp vai giữa 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng, mà trong đó 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.

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

Lê Thị Hoài Anh [4] với 100 BN VQKV được điều trị theo hai phương pháp khác nhau cho kết quả: nhóm điều trị bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu cho kết quả rất tốt và tốt (62%), khá (32%), trung bình (6%); Nhóm điều trị bằng điện châm xoa bóp đạt kết quả tốt 38%, khá 48%, trung bình (14%).

Theo Chung Khánh Bằng [5] nghiên cứu kết quả châm cho thấy tốt và khá là 91,42%. Hoàng Văn Lý và cs [27] điều trị cho 50 bệnh nhân viêm quanh

khớp vai bằng xoa bóp bấm huyệt trong 3 tuần tại bệnh viên Hữu nghị thu được hiệu quả điều trị tốt và khá đạt 80%.

Vũ Thị Duyên Trang [38] nghiên cứu 60 BN với nhóm vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu có tốt và rất tốt là 62,5%, khá là 28,1% và trung bình 9,4%.

Lương Thị Dung [18] nghiên cứu hiệu quả điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp điện châm và vận động trị liệu ở nhóm nghiên cứu: mức độ rất tốt đạt 36,7%, tốt 33,3%, khá 23,3%. Ở nhóm đối chứng: mức độ rất tốt đạt 3,3%, tốt 30%, khá 33,3%.

Sự khác biệt giữa 2 nhóm BN nghiên cứu của các tác giả trên có thể cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi là do có 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. Vì vậy, mà kết quả của chúng tôi khác với kết quả của tác giả khác.

Có được kết quả khả quan như vậy là do chúng tôi đã tiến hành xoa bóp bấm huyệt với các thủ thuật được truyền dạy từ bao đời nay được đúc rút kinh nghiệm tinh hoa từ xa xưa. Cùng với cách chọn công thức huyệt day, ấn, điểm điều trị gồm các huyệt 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, day ấn, miết dọc các huyệt 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 huyệt 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 thêm các huyệt 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.

4.3. Bàn luận về sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn và sự thay đổi trong một số kết quả xét nghiệm máu.

Kết quả từ bảng 3.22 cho thấy tần số mạch và huyết áp của bệnh nhân đều nằm trong giới hạn bình thường trước và sau 20 ngày điều trị. Chỉ số huyết áp ổn định qua các thời điểm nghiên cứu.

Trên cận lâm sàng chúng tôi đánh giá sự thay đổi chỉ số các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu cơ bản của nhóm nghiên cứu như chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinin, AST, ALT (bảng 3,23) gần như không thay đổi so với trước điều trị và 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 phương pháp xoa bóp bấm huyết và siêu âm trị liệu, sóng xung kích 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.

4.4. Tác dụng không mong muốn

Kết quả ở bảng 3.25 của nghiên cứu chúng tôi chưa ghi nhận được trường hợp trên lâm sàng có các triệu chứng không mong muốn của phương pháp xoa bóp bấm huyết kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

Qua đó khẳng định thêm ưu điểm của phương pháp điều trị là xoa bóp bấm huyết kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích an toàn, hiệu quả, dễ áp dụng.

CHƯƠNG 5

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: NNC được điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích. NĐC điều trị siêu âm trị liệu, sóng xung kích chúng tôi rút ra kết luận sau:

Sau 20 ngày điều trị NNC điểm trung bình của mức độ đau từ $5,07 \pm 0,82$ trước điều trị giảm xuống còn $0,67 \pm 0,80$ sau điều trị, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và thay đổi so với nhóm chứng. Tầm vận động trung bình động tác dạng khớp vai của NNC trước điều trị là $74,57^\circ$ sau điều trị tăng lên $154,8^\circ$. Tầm vận động trung bình động tác xoay trong khớp vai NNC từ trước điều trị là $54,87^\circ$ sau điều trị tăng lên $82,6^\circ$, tăng cao hơn so với nhóm chứng là $78,7^\circ$. Tầm vận động trung bình động tác xoay ngoài khớp vai NNC từ trước điều trị là $53,7^\circ$ sau điều trị tăng lên $82,4^\circ$. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và thay đổi so với NĐC.

Chức năng sinh hoạt tại các thời điểm nghiên cứu giảm dần ảnh hưởng sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân không bị ảnh hưởng và ảnh hưởng ít tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và mức độ ảnh hưởng của NNC giảm rõ rệt so với NĐC.

Sau 20 ngày điều trị ở NNC tỉ lệ bệnh nhân đạt tốt là 66,7%, đạt khá là 33,3% khác biệt có ý nghĩa thống kê so với NĐC ($p < 0,05$)

Tác dụng không mong muốn

Chưa phát hiện bệnh nhân nào có các triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng sau 20 ngày điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích, điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

KIẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả thu được chúng tôi xin đề xuất những kiến nghị sau:
Phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần là phương pháp điều trị kết hợp giữa YHHD và YHCT, kỹ thuật an toàn, có hiệu quả tốt trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. Qua nghiên cứu chúng tôi xin có kiến nghị tiếp tục triển khai nghiên cứu điều trị trên số lượng bệnh nhân lớn hơn để có những kết luận toàn diện về hiệu quả điều trị của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. Tiếng Việt:

1. **Ân, T.N. (1999)**, Viêm quanh khớp vai, bệnh khớp, NXB 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 cộng sự (2000)**, Tài liệu nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội.
4. **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 sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
5. **Chung Khánh Bằng (2011)**, Nghiên cứu tác dụng phương pháp tân châm trong điều trị viêm quanh khớp vai, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Bộ môn Giải phẫu - Đại học Y Hà Nội (1992)**, Giải phẫu học tập I, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
7. **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.
8. **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.
9. **Bộ môn Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2005)**, Châm cứu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
10. **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.
11. **BTL medical (2016)**, *liệu pháp sóng xung kích nền tảng lâm sàng và nghiên cứu*, BTL medical VietNam, tr. 12.
12. **Bộ Y tế (2016)**, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 165-176.
13. **Nguyễn Cẩm Châu, Trần Ngọc Ân (1994)**, Tìm hiểu tác dụng của Axit Tiaprofenic trong điều trị bệnh khớp, Y học thực hành, (308), tr. 9 - 11.

14. **Dũng, Nguyễn Tiến, and Phạm Thị Thương Huyền (2011).** "Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoát vị đĩa đệm tại bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên".
15. **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.
16. **Lê Quang Đạo (2005),** Nghiên cứu tác dụng phục hồi chức năng, Nhà xuất bản thể thao, Hà Nội, tr. 57- 59.
17. **Tôn Thất Minh Đạt (2005),** Hội chứng cơ chộp xoay, Thời sự y học số 10 tháng 8 năm 2005.
18. **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.
19. **Dương Trọng Hiếu (1992),** Kết hợp day bấm huyệt 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.
20. **Phạm Việt Hoàng (2005),** Đánh giá tác dụng của phương pháp xoa bóp bấm huyệt y học cổ truyền trong điều trị viêm quanh khớp vai, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
21. **Trương Việt Bình chủ biên (2105).** Bài giảng bệnh học nội khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 227-234.
22. **Đoàn Quang Huy (1999),** Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai của cây Bạch hoa xà, Luận văn thạc sĩ y học, Trường ĐHY Hà Nội.
23. **Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa (2011),** “Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng tắc nghẽn bằng vật lý trị liệu kết hợp vận động”, Tạp chí y học thực hành, (772), tr. 128 - 131.
24. **Hà Hoàng Kiệt (2015),** *Viêm quang khớp vai chẩn đoán và điều trị,* Nhà xuất bản Thể dục Thể thao, tr7, 35-36.
25. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011),** Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 165 - 176.

26. **Nguyễn Thị Lực (1999)**, Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai (Dựa vào lâm sàng, X quang và siêu âm), Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
27. **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, 255, tr. 102 - 104.
28. **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 sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
29. **Hung, N. V., & Mai, P. T. X. (2018)**. Hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa CS bằng măng châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh.
30. **Nguyễn Châu Quỳnh, Nguyễn Phương Chi và cộng sự (1999)**, Nghiên cứu hồi cứu điều trị viêm quanh khớp vai trên 89 bệnh nhân bằng châm cứu và xoa bóp.
31. **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.
32. **Đặng Văn Tám (1996)**, Góp phần nghiên cứu lâm sàng và điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm xoa bóp, tóm tắt Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
33. **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 sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
34. **Hoàng Phủ Mật (2002)**. Châm cứu giáp ất kinh. Nhà xuất bản Thuận Hóa, tr 102-104.
35. **Nguyễn Thị Bảo Thoa (2015)**, Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng.

36. **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.
37. **Trường đại học y Hà Nội, khoa y học cổ truyền (2012)**. Bệnh học nội khoa y học cổ truyền. Nhà xuất bản y học, 160-162.
38. **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 sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
39. **Nguyễn Tịnh Tiến (2017)**, "Nhận xét hiệu quả giảm đau của sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai tại bệnh viện 175". *Tạp chí phục hồi chức năng*, số 1, tr. 6.
40. **Nguyễn Quang Vinh (1996)**, Kết quả điều trị tổn thương khớp vai ở 123 bệnh nhân bằng phương pháp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
41. **Kiệm, H.H. (2017)**, Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng, NXB QĐND.
42. **Nguyễn, T.T.B.**, Vận Động Trị Liệu. 2011, Giáo Dục Việt Nam.
43. **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 sĩ y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
44. **Hoàng Huyền Châm, Huỳnh Quang Huy, Đâu Xuân Cảnh (2018)**. Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt. *Tạp chí y dược cổ truyền Việt Nam*, số đặc biệt 2019, tr18-26.
45. **Đỗ Hoàng Xuân, Hoàng Văn Kiên (2019)**. Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng các phương pháp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 23(3), tr103-109.

II. Tiếng Anh:

- 46. Heckmann JG, Lang CJ, Z#belein I (1999),** “Herniated cervical intervertebral discs with radiculopathy: an outcome study of conservatively or surgically treated patients” *Journal of spinal ...*, ncbi.nlm.nih.gov.
- 47. T. Paternostro-Sluga, C. Zoch (2004),** "Conservative treatment and rehabilitation of shoulder problems", *Radiologe, Konservative Therapie und Rehabilitation von Schulterbeschwerden*, 44 (6), pp. 597-603.
- 48. De Winter. AF, Jans MP, Scholten. RJ, Deville. W, van Schaardenburg. D, Bouter. LM (1999),** “Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement”, *Ann Rheum Dis* 1999; 58: 272 - 277.
- 49. The Mc.Gill (2005).** *Range of Motion Index-McRomi.*
- 50. Itokaru M, Matsunaga T. (1995),** Clinical Evaluation of high – molecular weith Sodium hyaluronate for the treatment of patients with periarthritis of the shoulder. *Clin Ther.* 17(5): 946 - 955. PMID: 859566.
- 51. J. H. Bae, Y. S. Park, H. J. Chang et al (2014),** "Randomized controlled trial for efficacy of capsular distension for adhesive capsulitis: fluoroscopy-guided anterior versus ultrasonography-guided posterolateral approach", *Annals of rehabilitation medicine*, 38(3), tr. 360-368.
- 52. Jajic Z. (2003),** Painful shoulder syndrome, *Reumatizam*, 50(2): 34 - 35. Review, Croatian.
- 53. Jandova D, Beran V (1982),** Our experience with reflexotherapy in shoulder pain, *Cesk. Neurol Neurochir*, 45(6): 403 - 409, Czech.
- 54. Katthagen. B. D (1990),** *Ultrasonography of the shoulder*, theme medical Publishers, Inc, Newyork, 1 - 118.
- 55. Lierz P., Hoffmann P., Felleiter P., Horauf K. (1998),** Inters calene plexus block for mobilizing chronic shoulder stiffness, *Wien Klin wochenshr*, 13; 110 (21): 766 - 769. German. PMID: 9871969.

56. **Luime JJ, Koes BW, Hendriksen IJ, Burdorf A, Verhagen AP (2004)**, prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. *Scand J Rheumatol.* 33 (2): 73 - 81. Review.
57. **Mark Laflamme (2015)**, Bursitis Shoulder - Physio Works – Physiotherapy Brisbane.
58. **Melzer C, Wallny T., Wirth CJ., Hoffmann S. (1995)**, “Frozen shoulder - treatment and results”, *Arch Orthop Trauma Surg.* 114 (2): 87 - 91. PMID: 7734240.
59. **Naredo E, Iagnocco A, Valesini G, Uson J, Beneyto P, Crespo M (2003)**, Ultrasonographic study of Painful shoulder, *Ann Rheum Dis*, 62(10): 1026 - 1027.
60. **Netter Frank H. (2007)**, Atlas giải phẫu người, tài liệu dịch của Nguyễn Quang Quyền, Phạm Đăng Diệu, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.343-418.
61. **Park K D, Nam HS, Lee JK et al (2013)**, "Treatment effects of ultrasound-guided capsular distension with hyaluronic acid in adhesive capsulitis of the shoulder", *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(2), tr. 264-270.
62. **Paternostro - Sluga T, Zoch C (2004)**, “Conservative treatment and rehabilitation of shoulder problems”, *Radiologe*, 44(6): 597-603, German.
63. **Boissier. M.C (1992)**, “Periarthritides Scapulo – Humerales”, *Conference de Rhumatologie de Paris*; pp. 21 - 28.
64. **Kuijper B, Tans JT, Beelen A (2009)**, “Cervical collar or physiotherapy versus wait and see policy for recent onset cervical radiculopathy: randomised trial”, *BMJ* 339:b3883
65. **Domenica A.Delgado, Bradley S. Lambert, Nickolas Boutris (2018)**. Validation of Digital Visual Analog Scale Pain Scoring With a Traditional Paper-based Visual Analog Scale in Adults, *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev*, 2(3),e088.

III. Tiếng Trung

66. 沈傲金。杂病源流犀烛，人民卫生出版社，2006年，34页

Thâm Kim Ngạo (2006). *Sách tạp bệnh nguyên lê lưu chích*. Nhà xuất bản vệ sinh nhân dân, tr34.

67. 谢占清，王玉双（2014）。经筋疗法的源流，理论与临床研微述环球中医药。

Tạ Chiên Thanh, Vương Ngọc Song (2014). Tổng quan nguồn gốc, lý luận, nghiên cứu lâm sàng về liệu pháp kinh cân. *Tạp chí Trung y dược Hoàn Cầu*, tr35-36.

68. 中国中医药局，中医病症诊疗标准，中国中医药出版社，1994年，311页。

Cục y dược học trung y Trung Quốc (1994). *Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh chứng trung y*, nhà xuất bản trung y dược Trung Quốc, tr311.

69. 吴飞，陈海艳。壮医经筋疗法治疗肩周炎临床研究，辽宁中医药大学学报，2014年第9期，第159-160页。

Ngô Phi, Trần Hải Diễm (2014). *Nghiên cứu lâm sàng của phương pháp kinh cân dân tộc Chuang điều trị viêm quanh khớp vai*. Tạp chí trường Đại học trung y dược Liêu Ninh, tr159-160.

70. 曹广英，班艳红。针炎加易筋经治疗肩周炎的临床观察。针临床杂志，2014年第2期，第30卷，第20-21页。

Tào Quảng Anh, Ban Diễm Hồng (2014). *Quan sát hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai của châm cứu kết hợp phương pháp kinh cân*. Tạp chí châm cứu lâm sàng, kỳ 2, quyển 30, tr20-21.

PHỤ LỤC I

BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ ĐAU CỔ VAI GÁY

The Northwick Park Neck Pain Questionnaire (NPQ)

Họ tên bệnh nhân:..... Tuổi.....

Ngày tháng năm 20.....

Xin đọc cẩn thận: Bộ câu hỏi này đã được thiết kế để cung cấp cho bác sĩ những thông tin về sự ảnh hưởng của đau cổ vai gáy đến các chức năng sinh hoạt và làm việc trong cuộc sống hàng ngày của bạn. Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi, mỗi câu gồm có 5 sự lựa chọn cho sẵn. Có thể bạn cảm thấy hai hay ba sự lựa chọn trong số đó có liên quan đến bạn, NHƯNG HÃY ĐÁNH DẤU CỦA MỘT Ô MÀ BẠN THẤY LIÊN QUAN CHẶT CHẼ NHẤT.

Câu hỏi	Lựa chọn trả lời	Điểm số
1. Hãy cho biết hiện nay bạn thấy đau thế nào ?	Tôi không thấy đau gì	0
	Tôi thấy đau nhẹ, không khó chịu gì cả	1
	Tôi thấy đau vừa phải và thấy hơi khó chịu	2
	Tôi thấy đau nặng rất khó chịu	3
	Tôi thấy đau rất nghiêm trọng	4
2. Hãy cho biết đau ảnh hưởng đến giấc ngủ của bạn thế nào ?	Đau chẳng ảnh hưởng gì đến giấc ngủ của tôi	0
	Đau cũng có ảnh hưởng đôi chút đến giấc ngủ	1
	Đau thường xuyên ảnh hưởng đến giấc ngủ	2
	Đau làm tôi chỉ ngủ được khoảng 5 giờ mỗi đêm	3
	Đau làm tôi chỉ ngủ được khoảng 2 giờ mỗi đêm	4
3. Vào buổi tối bạn có thấy tê rần, châm chích ở tay không ?	Tôi không thấy có dị cảm nào vào buổi tối.	0
	Thỉnh thoảng tôi có thấy tê rần, châm chích vào buổi tối	1
	Tê rần châm chích làm tôi mất ngủ.	2
	Tê rần châm chích làm tôi chỉ ngủ được khoảng 5 giờ.	3
	Tê rần châm chích làm tôi chỉ ngủ được khoảng 2 giờ.	4
4. Các triệu chứng	Cổ vai tay của tôi cả ngày đều bình	0

thường kéo dài bao lâu ?	thường.	
	Các triệu chứng kéo dài khoảng 1 giờ	1
	Các triệu chứng xuất hiện rồi biến mất với tổng thời gian từ 1-4 giờ.	2
	Các triệu chứng xuất hiện rồi biến mất với tổng thời gian trên 4 giờ.	3
	Các triệu chứng xuất hiện thường xuyên suốt cả ngày.	4
5. Bạn có thấy đau khi mang xách vật nặng không ?	Tôi có thể mang xách vật nặng mà không đau thêm.	0
	Tôi có thể mang xách vật nặng nhưng làm tôi đau tăng.	1
	Đau làm tôi không thể mang xách được vật nặng, nhưng cố gắng thì cũng mang được vật nặng trung bình.	2
	Tôi chỉ có thể mang được vật nhẹ.	3
	Tôi không thể mang xách được bất cứ thứ gì.	4
6. Đau ảnh hưởng thế nào đến khả năng đọc sách, xem tivi, làm việc máy tính ?	Tôi có thể thực hiện bao lâu cũng được mà không có vấn đề gì.	0
	Tôi có thể thực hiện bao lâu cũng được nếu ở tư thế thuận lợi.	1
	Tôi có thể thực hiện bao lâu cũng được nhưng làm tôi đau.	2
	Đau làm tôi không thể làm việc này kéo dài.	3
	Đau làm tôi không thể làm được những việc này.	4
7. Đau ảnh hưởng thế nào đến khả năng làm việc / làm việc nhà của bạn ?	Tôi có thể làm các công việc thường ngày mà không đau gì cả.	0
	Tôi có thể làm các công việc thường ngày nhưng có đau một chút.	1
	Đau làm tôi chỉ làm được các công việc thường ngày với thời gian chỉ bằng một nửa trước đây.	2
	Đau làm tôi chỉ làm được các công việc thường ngày với thời gian chỉ bằng một	3

	phần tư trước đây.	
	Đau làm tôi chẳng làm được các công việc thường ngày.	4
8. Đau ảnh hưởng thế nào đến các hoạt động xã hội của bạn ?	Các hoạt động xã hội của tôi vẫn bình thường và không thấy đau gì cả.	0
	Các hoạt động xã hội của tôi vẫn bình thường nhưng làm đau tăng lên.	1
	Đau ảnh hưởng nhiều đến các hoạt động xã hội nhưng tôi vẫn cố gắng tham gia.	2
	Đau ảnh hưởng rất nhiều đến các hoạt động xã hội nên tôi chỉ ở nhà.	3
	Đau làm tôi không thể tham gia được các hoạt động xã hội.	4
9. Đau ảnh hưởng thế nào đến khả năng lái xe của bạn ? (*)	Tôi có thể lái xe khi cần mà không thấy khó chịu gì cả.	0
	Tôi có thể lái xe khi cần nhưng thấy hơi khó chịu	1
	Đau cổ và tê tay ảnh hưởng đến khả năng lái xe của tôi.	2
	Đau cổ và tê tay ảnh hưởng nhiều đến khả năng lái xe của tôi.	3
	Tôi không thể lái xe do các triệu chứng cổ vai.	4
10. Bạn thấy toàn trạng của bạn có tiến triển thế nào sau điều trị ?	Tốt hơn nhiều	
	Tốt hơn	
	Không thay đổi	
	Tồi hơn	
	Tồi hơn nhiều	

(*) Câu hỏi về lái xe được bỏ qua bệnh nhân không lái xe khi có sức khỏe tốt.

Tính điểm:

- Số câu hỏi bệnh nhân đã trả lời (a): Điểm tối đa (b) = a x 4
- Tổng điểm bệnh nhân đã trả lời (c):
- Điểm đánh giá (d) = (c x 100) / b :

PHỤ LỤC II

Các thủ thuật XXBH được sử dụng trong nghiên cứu

- Xát, xoa: Dọc hai bên cổ gáy và toàn bộ vùng vai. Dùng góc gan bàn tay, vân ngón tay xát lên da người bệnh dọc theo hai bên cổ gáy và vòng tròn quanh vai đến khi có cảm giác ấm da. Tác dụng: Thông kinh lạc, khu phong tán hàn, giảm đau, tiêu sưng.

- Day: Từ mỏm cùng vai đến huyết Phong trì. Dùng góc bàn tay, mô ngón tay út, mô ngón tay cái hoặc ngón tay cái ấn xuống da cơ người bệnh và di động chậm theo đường tròn. Làm ở diện rộng hay hẹp, sức dùng mạnh hay yếu tùy tình trạng từng bệnh nhân. Tác dụng: Khu phong, thanh nhiệt làm giảm sưng, mềm cơ, giảm đau.

- Lăn: Từ mỏm cùng vai đến huyết Phong trì. 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 xoa bóp. Tác dụng: Khu phong tán hàn, thông kinh lạc, làm lưu thông khí huyết do đó giảm đau, làm khớp vận động được dễ dàng.

- Bóp: Từ mỏm cùng vai đến huyết Phong trì. Dùng ngón tay cái và các ngón tay kia bóp vào da cơ ở nơi bị bệnh. Có thể bóp bằng hai đến năm ngón tay. Lúc đó vừa bóp vừa hơi kéo cơ lên, không được để cơ hoặc gân trượt dưới tay vì sẽ gây đau. Tác dụng: Khu phong, tán hàn, thông kinh lạc.

- Bấm huyết: Dùng ngón tay cái bấm từ nhẹ đến mạnh vào các huyết Phong trì, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Kiên liêu, Tý nhu, Bình phong, Cự cốt, A thị huyết. Tác dụng: Thông kinh lạc, giảm đau.

- Vận động khớp vai: Thầy thuốc đứng sau lưng bệnh nhân, một tay đỡ khớp khuỷu tay, một tay để ở mỏm cùng vai từ từ vận động khớp vai bệnh nhân qua phải, qua trái với góc độ tăng dần. Khi làm chú ý ngưỡng đau của bệnh nhân. Tác dụng: Làm giảm đau do giãn cơ, tăng tầm vận động khớp vai, giảm nguy cơ dính khớp.

- Rung khớp vai: bệnh nhân ngồi, thầy thuốc đứng bên cạnh hay tay nắm bàn tay bệnh nhân, rung từ chậm đến nhanh dần tạo thành làn sóng từ cổ tay đến khủy tay đến vai bệnh nhân.

Bảng vị trí, tác dụng của các huyệt dùng trong thủ thuật

Tên huyệt	Đường kinh	Vị trí	Tác dụng điều trị
Phong trì XI.20	Túc thiếu dương Đờm	Ở chỗ lõm sau gáy do bờ ngoài cơ thang bờ trong cơ ức đòn chũm bám vào đáy hộp sọ tạo nên.	- Đau cứng cổ gáy. - Đau nửa đầu, đau vai, đau mắt. - Sốt cao không ra mồ hôi.
Tý nhu LI.14	Thủ dương minh Đại trường	Cách nếp gấp khuỷu 7 thốn, ngang trước chỗ bám cơ delta vào xương cánh tay	- Đau nhức cánh tay - Viêm quanh khớp vai - Liệt chi trên
Cự cốt LI.16	Thủ dương minh Đại trường	Ở chỗ lõm giữa mỏm cùng vai và sống vai	- Đau vai, cánh tay - Viêm quanh khớp vai - Liệt chi trên
Kiên tinh XI.21	Túc thiếu dương Đờm	Điểm giữa của đường nối đốt sống C7 với mỏm cùng vai đòn.	- Đau cứng cổ gáy. - Đau vai, lưng trên. - Đau đầu, đau cánh tay không gơ lên được.
Kiên trình VI.19	Thủ thái dương Tiểu trường	Ở đầu dưới sau khớp vai, cách đầu trên nếp gấp nách 1 thốn	- Viêm, đau quanh khớp vai - Liệt chi trên
Thiên tông VI.11	Thủ thái dương Tiểu trường	Chỗ lõm giữa xương bả vai ngang D4.	- Đau mõi vai - Viêm quanh khớp vai - Liệt chi trên.

Tên huyết	Đường kinh	Vị trí	Tác dụng điều trị
Kiên ngưng LI.15	Thủ dương minh Đại trường	Ở giữa mỏm cùng vai và mấu chuyển lớn xương cánh tay.	- Đau vai gáy. - Viêm quanh khớp vai. - Liệt chi trên.
Bình phong VI.12	Thủ thái dương Tiểu trường	Ở chỗ lõm trong hố trên gai	- Đau khớp vai - Liệt chi trên
Kiên liêu T.14	Thủ thiếu dương Tam tiêu	Ở chỗ hõm phía dưới và sau mỏm cùng vai	- Đau quanh khớp vai - Liệt chi trên
A thị huyết	Huyết ngoài kinh	Điêm đau khi có bệnh. Lấy huyết ở chỗ ấn vào đau nhất.	- Các chứng đau tại chỗ

PHỤ LỤC III

Số bệnh án:.....

Số thứ tự:.....

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

(Bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần)

Họ tên bệnh nhân:.....Giới:.....

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 (trước, sau, mỏm cùng) âm ỉ, nhức nhối.

- Giảm vận động: ra trước, ra sau, sang ngang, vào trong, lên trên.

- Triệu chứng khác:

* Tiền sử:

- Chơi thể thao

- Chấn thương

- Dùng thuốc

I. KHÁM YHHĐ:

1. Lâm sàng:

- Sung nề, teo cơ

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

- Khám các gân cơ vai.

- Các chỉ số: mạch.....nhiệt độ.....huyết áp..... (trước điều trị)

mạch.....nhiệt độ.....huyết áp..... (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 (μ m/l)		

Creatinin ($\mu\text{m/l}$)		
AST (UI/L)		
ALT (UI/L)		
Siêu âm khớp vai		
XQ khớp vai		

3. Chẩn đoán:

II. KHÁM YHCT:

Vọng chẩn:

Thần

Lưỡi

Vấn chẩn:

Hơi thở:

Tiếng nói:

Vấn chẩn:

Thời gian mắc bệnh:

Vị trí, tính chất đau:

Đại tiện:

Tiểu tiện:

Ngủ:

Thiết chẩn:

Xúc chẩn:

Da vùng bị bệnh:

Cơ nhục:

Mạch chẩn:

Chẩn đoán:

Bát cương:

Kinh lạc:

Nguyên nhân:

Bệnh danh:

III. ĐIỀU TRỊ:

Xoa bóp bấm huyệt kết hợp siêu âm trị liệu, sóng xung kích

Siêu âm trị liệu, sóng xung kích

IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

Đánh giá chức năng khớp vai trước, trong và sau điều trị.

Tình trạng bệnh nhân	Trước điều trị	Sau 10 ngày điều trị	Sau 20 ngày điều trị
Đau (VAS)			
Hoạt động hàng ngày (NPQ)			

Đánh giá tầm vận động khớp vai trước, trong và sau điều trị theo Mc-Gill-Mc-Romi (tính bằng độ)

Động tác	Trước điều trị		Sau 10 ngày điều trị		Sau 20 ngày điều trị	
	Tầm vận động khớp vai	Mức độ	Tầm vận động khớp vai	Mức độ	Tầm vận động khớp vai	Mức độ
Dạng						
Xoay trong						
Xoay ngoài						

Đánh giá hiệu quả điều trị chung:

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng:

Xuất huyết dưới da:

Sưng nề:

Chảy máu:

Đau tăng:

Mẩn ngứa:

Ban đỏ:

Bỏng da:

Hà Nội, ngày tháng năm

Người làm bệnh án

Một số hình ảnh trong quá trình thực hiện nghiên cứu

