

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN HOÀNG TUẤN

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA SÓNG XUNG KÍCH
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẨM HUYỆT
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



TRẦN HOÀNG TUẤN

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA SÓNG XUNG KÍCH
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẨM HUYỆT
ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI
THỂ ĐƠN THUẦN**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS. Phạm Hồng Vân

HÀ NỘI - 2020

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này tôi xin được gửi lời cảm ơn chân thành nhất đến Ban Giám đốc, Phòng đào tạo Sau đại học, các Bộ môn, Khoa phòng Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Tôi xin được bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới TS. Phạm Hồng Vân- Phó giám đốc bệnh viện Châm cứu Trung Ương đã luôn theo sát, trực tiếp dạy dỗ, chỉ bảo, giúp đỡ và cho tôi những ý kiến quý báu trong quá trình thực hiện và hoàn thành đề tài.

Tôi xin được bày tỏ lòng tri ân sâu sắc tới PGS.TS Đậu Xuân Cảnh và các Thầy Cô trong Hội đồng đã cho tôi những chỉ bảo tận tình trong quá trình thiết kế và xây dựng đề cương và thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin được gửi lời cảm tạ chân thành đến Ban Giám đốc bệnh viện Châm cứu Trung Ương, tập thể các bác sỹ, điều dưỡng đã cho tôi được có cơ hội được học tập phát triển chuyên môn cũng như học hỏi được nhiều kinh nghiệm và kỹ năng nghiên cứu khoa học từ những chuyên gia đầu ngành về Y học cổ truyền, con đường mà tôi đang theo đuổi.

Cuối cùng, xin được gửi những tình cảm yêu thương nhất tới gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và những người bạn Cao học khóa 10 chuyên ngành Y học cổ truyền – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã luôn ở cạnh bên nhau, sát cánh giúp đỡ, động viên, chia sẻ niềm vui cũng như nỗi buồn trong suốt 2 năm học dưới ngôi trường thân yêu.

Xin được trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày 29 tháng 4 năm 2020

Trần Hoàng Tuấn

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Trần Hoàng Tuấn, học viên cao học khóa 10 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. Phạm Hồng Vân.
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 29 tháng 4 năm 2020

Học Viên

Trần Hoàng Tuấn

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ALT	: Alanin Amino Transfere
AST	: Aspartate Amino Transfere
BN	: Bệnh nhân
ĐC	: Đối chứng
NC	: Nghiên cứu
SÂ	: Siêu âm
SĐT	: Sau điều trị
TĐT	: Trước điều trị
VAS	: Visual Analog Scales
VQKV	: Viêm quanh khớp vai
XBBH	: Xoa bóp bấm huyệt
XQ	: X- quang
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHD	: Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. VIÊM QUANH KHỚP VAI THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	3
1.1.1. Giải phẫu sinh lý khớp vai	3
1.1.2. Định nghĩa viêm quanh khớp vai	5
1.1.3. Cơ chế bệnh sinh	5
1.1.4. Các thể viêm quanh khớp vai.....	6
1.2. VIÊM QUANH KHỚP VAI THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	8
1.2.1. Bệnh danh.....	8
1.2.2. Bệnh nguyên.....	8
1.2.3. Triệu chứng và điều trị	8
1.3. TỔNG QUAN VỀ XUNG KÍCH TRỊ LIỆU.....	10
1.3.1. Khái niệm	10
1.3.2. Cơ chế tác dụng.....	10
1.3.3. Chỉ định và chống chỉ định của xung kích trị liệu	11
1.3.4. Các nghiên cứu ứng dụng sóng xung kích trong điều trị	11
1.4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM	12
1.4.1. Khái niệm	12
1.4.2. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học cổ truyền.....	12
1.4.3. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học hiện đại	13
1.5. PHƯƠNG PHÁP XOA BÓP BẮM HUYỆT.....	14
1.5.1. Tác dụng của xoa bóp.....	14
1.5.2. Tác dụng của bấm huyệt	14
1.5.3. Chỉ định và chống chỉ định của XBBH.....	15
1.6. CÁC NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI.....	16
1.6.1. Trong nước	16
1.6.2. Ngoài nước	17
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	19

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	19
2.1.1. Đối tượng.....	19
2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh theo Y học hiện đại.....	19
2.1.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền.....	19
2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ ra khỏi nghiên cứu	20
2.1.5. Cỡ mẫu	20
2.1.6. Phân nhóm nghiên cứu	20
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	20
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	20
2.2.2. Phương tiện nghiên cứu.....	21
2.2.3. Quy trình nghiên cứu.....	21
2.2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu	23
2.2.5. Xử lý số liệu	28
2.2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	28
2.2.7. Thời gian tiến hành nghiên cứu.....	29
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	30
3.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	30
3.1.1. Đặc điểm dịch tễ.....	30
3.1.2. Đặc điểm đau và hạn chế vận động của bệnh nhân viêm quanh khớp vai trên lâm sàng	33
3.1.3. Đặc điểm Cận lâm sàng của bệnh nhân viêm quanh khớp vai	36
3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ	37
3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS	37
3.2.2. Mức độ cải thiện vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI	39
3.2.3. Kết quả điều trị chung	46
3.2.4. Biến đổi một số chỉ số cận lâm sàng	47
3.2.5. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị	49
Chương 4: BÀN LUẬN.....	51
4.1. ĐẶC ĐIỂM ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	51
4.1.1. Đặc điểm về tuổi	51

4.1.2. Đặc điểm về giới	52
4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp.....	52
4.1.4. Thời gian mắc bệnh.....	52
4.1.5. Vị trí khớp vai mắc bệnh.....	53
4.2. ĐẶC ĐIỂM ĐAU VÀ HẠN CHẾ VẬN ĐỘNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM QUANH KHỚP VAI.....	53
4.2.1. Đặc điểm đau của bệnh nhân viêm quanh khớp vai	53
4.2.2. Tầm hạn chế vận động khớp vai của bệnh nhân viêm quanh khớp vai.....	54
4.3. ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM QUANH KHỚP VAI.....	54
4.3.1. Đặc điểm siêu âm khớp vai	54
4.3.2. Đặc điểm X- quang khớp vai.	55
4.4. BÀN VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA SÓNG XUNG KÍCH KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẨM HUYẾT.....	56
4.4.1. Sự thay đổi độ mức độ đau.....	56
4.4.2. Sự thay đổi tầm vận động khớp vai theo McGill- McROMI.....	57
4.4.3. Kết quả điều trị.....	60
4.5. BÀN LUẬN VỀ CÁC KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM VÀ CẬN LÂM SÀNG	64
4.5.1. Bàn về kết quả chụp X- quang khớp vai	64
4.5.2. Bàn về kết quả siêu âm khớp vai.....	64
4.5.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị	65
KẾT LUẬN.....	66
KIẾN NGHỊ.....	67
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1.	Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI	25
Bảng 2.2.	Bảng đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987	26
Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	30
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo giới.....	31
Bảng 3.3.	Sự phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nghề nghiệp.....	31
Bảng 3.4.	Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.	32
Bảng 3.5.	Vị trí khớp vai mắc bệnh	32
Bảng 3.6.	Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị.....	33
Bảng 3.7.	Phân bố tầm vận động khớp vai ở động tác dạng trước điều trị.	34
Bảng 3.8.	Phân bố tầm vận động khớp vai ở động tác xoay trong trước điều trị.	34
Bảng 3.9.	Phân bố tầm vận động khớp vai ở động tác xoay ngoài trước điều trị.	35
Bảng 3.10.	Đặc điểm siêu âm khớp vai của bệnh nhân VQKV.....	36
Bảng 3.11.	Đặc điểm phim chụp X-quang khớp vai của bệnh nhân VQKV.	36
Bảng 3.12.	Biến đổi mức độ đau theo thang điểm VAS.....	37
Bảng 3.13.	Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác dạng....	39
Bảng 3.14.	Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay trong	41
Bảng 3.15.	Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay ngoài.....	43
Bảng 3.16.	Biến đổi giá trị trung bình chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987.....	45
Bảng 3.17.	Kết quả điều trị theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987. ...	46
Bảng 3.18.	Biến đổi của hình ảnh siêu âm khớp vai ở bệnh nhân nghiên cứu.....	47

Bảng 3.19.	Biến đổi của hình ảnh phim X – quang khớp vai ở bệnh nhân ngiên cứu.....	48
Bảng 3.20.	Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu ở bệnh nhân ngiên cứu.....	49
Bảng 3.21.	Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.	50

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Cấu tạo của khớp vai, phần xương khớp	3
Hình 1.2.	Các khớp liên quan hoạt động khớp vai và hệ thống dây chằng	4
Hình 1.3.	Cấu tạo gân mũ cơ quay và các cơ tham gia vào hoạt động của khớp vai	4
Hình 1.4.	Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng	5

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1:	Biến đổi giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS....	38
Biểu đồ 3.2:	Biến đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác dạng.	40
Biểu đồ 3.3:	Biến đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay trong.	42
Biểu đồ 3.4:	Biến đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài.....	44

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là thuật ngữ dùng để chỉ các bệnh viêm, đau khớp vai do tổn thương phần mềm (gân, cơ, dây chằng, bao hoạt dịch, bao khớp) mà không có tổn thương ở sụn và xương khớp vai, không do nhiễm khuẩn. Đặc trưng lâm sàng là đau khớp vai, kèm theo có hoặc không có hạn chế vận động khớp vai [10].

VQKV tuy không ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng người bệnh nhưng bệnh thường diễn biến kéo dài từ 6 tháng đến vài năm gây đau đớn và hạn chế vận động, ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng lao động và sinh hoạt hàng ngày của người bệnh [2].

Ở Việt Nam, VQKV chiếm 13,24% tổng số bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khoa Cơ - Xương – Khớp bệnh viện Bạch Mai [14]. Tại Mỹ theo thống kê có 80% dân số trong đời ít nhất một lần bị VQKV [53].

Về điều trị VQKV cả Y học hiện đại (YHHĐ) và Y học cổ truyền (YHCT) cũng đã có nhiều phương pháp được ghi nhận là có hiệu quả như sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau (non-steroid, corticoid hoặc các dẫn xuất...), thuốc giãn cơ, sóng xung kích, điện châm, xoa bóp bấm huyệt, uống thuốc sắc [5], [21], [30]. Tuy nhiên chưa có bằng chứng rõ ràng về hiệu quả lâu dài cũng như chưa có phác đồ cụ thể để được khuyến cáo [10].

Sóng xung kích là một trong những ứng dụng khoa học mới trong điều trị y khoa. Việc đưa sóng xung kích vào điều trị mang lại một phương thức điều trị mới, hiệu quả lại tránh được nhiều tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. Sóng xung kích có tác dụng giúp thúc đẩy quá trình làm lành vết thương, giảm đau nhanh chóng, hiệu quả cao trong các lĩnh vực như chấn thương chỉnh hình, phục hồi chức năng, y khoa thể thao [40].

Điện châm và xoa bóp bấm huyệt (XBBH) là phương pháp điều trị của YHCT, có tác dụng làm giảm đau, kích thích hoạt động các cơ, các tổ chức và tăng cường dinh dưỡng các tổ chức. Đây là một phương pháp điều trị không xâm lấn, dễ thực hiện, ít xảy ra tai biến.

Đã có một số tác giả nghiên cứu điều trị VQKV bằng châm cứu, vận động trị liệu, bằng thuốc YHCT. Tuy nhiên việc tìm ra phương pháp điều trị VQKV hiệu quả cho bệnh nhân là vấn đề cần đặt ra. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “**Đánh giá kết quả của sóng xung kích kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần**” nhằm hai mục tiêu:

- 1. Đánh giá kết quả giảm đau và cải thiện vận động khớp vai của sóng xung kích kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.*
- 2. Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.*

Chương 1

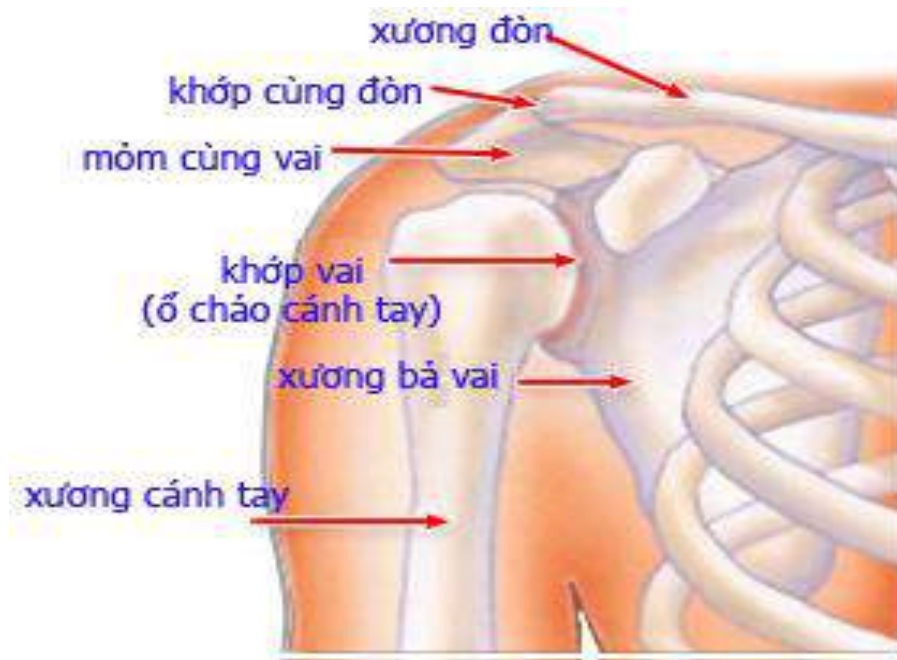
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. VIÊM QUANH KHỚP VAI THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1.1. Giải phẫu sinh lý khớp vai

Khớp vai là một khớp lớn, linh hoạt của cơ thể nhưng cũng dễ bị tổn thương nhất vì bao khớp mỏng, lỏng lẻo, dây chằng không đủ chắc. Khớp vai có cấu tạo rất phức tạp với sự tham gia của nhiều xương, khớp, gân, cơ, dây chằng [6], [45].

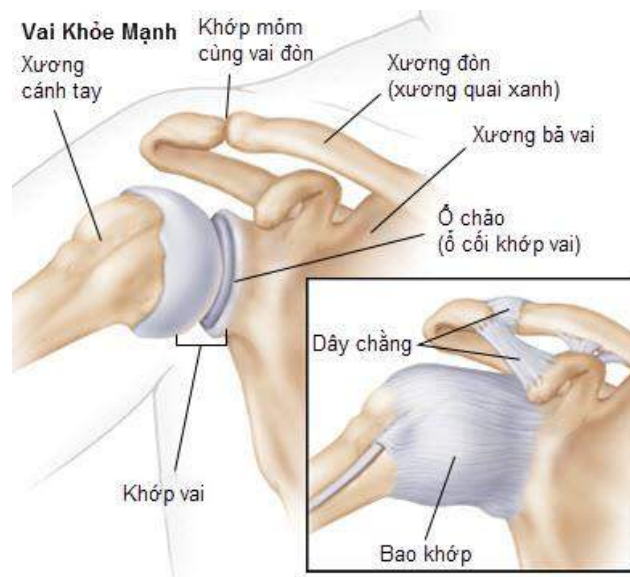
Phần xương khớp (hình 1.1) [4], [45]: Khớp vai được cấu tạo bởi 3 xương là xương bả vai, xương đòn, chỏm xương cánh tay và 5 khớp là khớp vai chính, khớp mỏm cùng – cánh tay, khớp mỏm cùng – xương đòn, khớp ức – đòn và khớp xương bả vai và lồng ngực [2], [9], [10], [45].



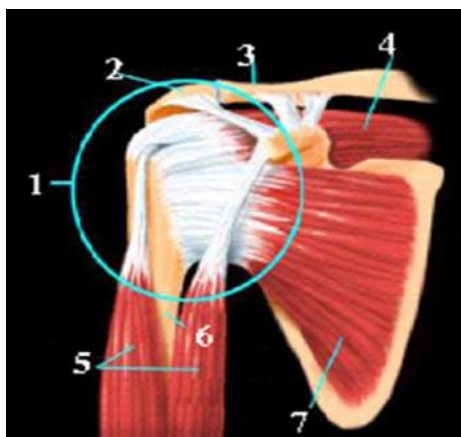
Hình 1.1. Cấu tạo của khớp vai, phần xương khớp [4], [45]

Phần mềm (hình 1.2) [4], [45] bao gồm:

- + Bao khớp.
- + Dây chằng.
- + Cơ, gân (hình 1.3) [4], [45].
- + Hệ thống bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai (hình 1.4) [4], [45].
- + Mạch máu và thần kinh.

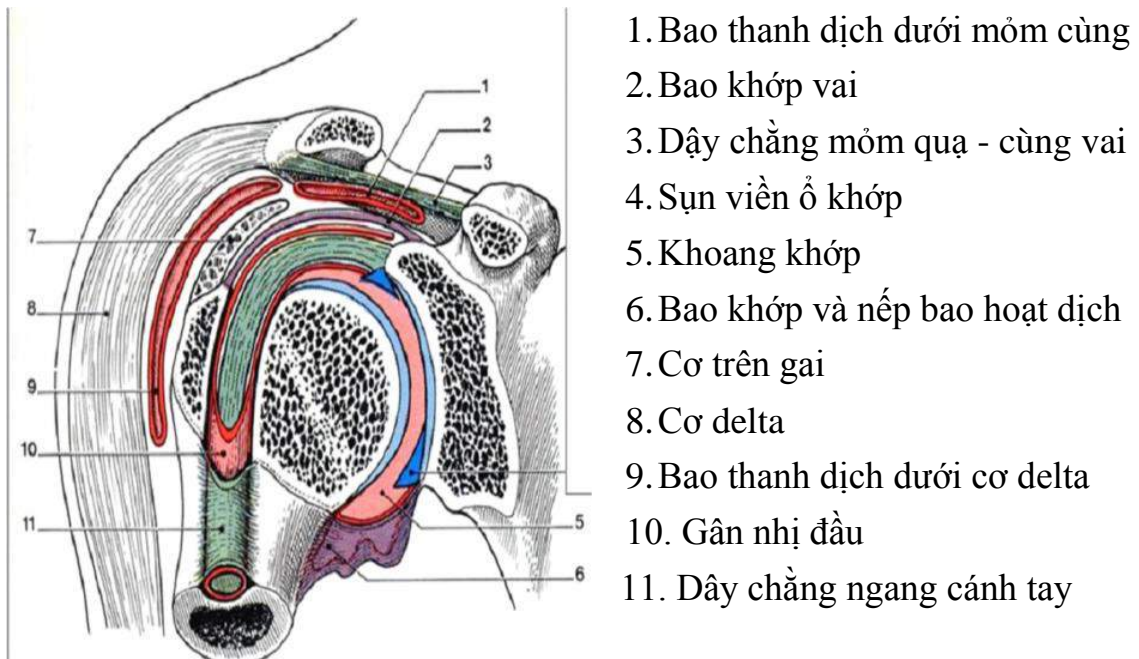


Hình 1.2. Các khớp liên quan hoạt động khớp vai và hệ thống dây chằng [4], [45]



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

Hình 1.3. Cấu tạo gân mũ cơ quay và các cơ tham gia vào hoạt động của khớp vai [4], [45]



Hình 1.4. Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng [4], [45]

1.1.2. Định nghĩa viêm quanh khớp vai

VQKV là một thuật ngữ để chỉ tất cả những trường hợp đau và hạn chế vận động của khớp vai mà tổn thương là ở phần mềm quanh khớp, chủ yếu là gân, cơ, dây chằng, bao khớp. VQKV không bao gồm những bệnh có tổn thương đặc thù của đầu xương, sụn khớp, màng hoạt dịch như viêm khớp, chấn thương [2], [10].

1.1.3. Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế gây đau trên bệnh nhân VQKV thường nằm ở gân của các cơ xoay, gân cơ nhị đầu dài, bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai [10]. Đặc điểm của gân các tế bào xơ, sợi collagen được coi là tổ chức dinh dưỡng hoàn toàn bằng con đường thẩm thấu, chính vì thế cơ chế bệnh sinh gây ra của bệnh VQKV bao gồm:

1.1.3.1. Giảm lưu lượng máu tới gân

Gân là tổ chức được dinh dưỡng kém và chủ yếu là do thẩm thấu, do sự chật hẹp của khoang dưới mỏm cùng và sự bám rất chặt của gân vào xương nên vùng gân ít được cung cấp máu và là vùng gần với điểm bám tận.

1.1.3.2. Chấn thương cơ học

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

1.1.3.3. Thuốc và hormone

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

- Dùng steroid tăng đồng hoá kéo dài thì sau giai đoạn đồng hoá, giai đoạn dị hóa xảy ra với hoại tử tế bào và tiêu hủy tổ chức xơ có thể gây đứt gân [49], [59].

1.1.3.4. Sự lắng đọng canxi ở tổ chức gân quanh khớp vai

Sự lắng đọng canxi là hiện tượng do canxi lắng đọng ở những tổ chức được dinh dưỡng kém, thậm chí là những tổ chức chết, do đó gọi là canxi hoá do loạn dưỡng.

1.1.4. Các thể viêm quanh khớp vai

1.1.4.1. Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

* Nguyên nhân: Tổn thương thường là viêm gân các cơ xoay ở điểm bám tận do cơ chế cơ - sinh học, trong đó đa phần các trường hợp liên quan đến gân cơ trên gai, thường do sự cọ sát dưới mỏm cùng trước (dưới dây chằng cùng - quạ) [3].

* Lâm sàng: Những cơn đau thường là vừa phải, đau thường xuyên, đau tăng khi cử động, kèm theo sự hạn chế vận động chủ động nhưng không hạn chế vận động thụ động.

* Tiến triển: Đau khớp vai đơn thuần có thể khỏi hoàn toàn sau điều trị hoặc khỏi tự nhiên sau vài tuần đến vài tháng hoặc có thể tái phát.

* Chụp X-quang quy ước khớp vai: Đa số là bình thường, đôi khi có thể quan sát thấy sự đặc xương của mấu động lớn hoặc phát hiện thấy sự vôi hoá của gân.

* Siêu âm có hình ảnh viêm gân [10], [47], [71]: Viêm gân nhị đầu, trật gân nhị đầu, viêm bao thanh dịch dưới mỏm cùng vai, tổn thương gân mũ các cơ xoay.

* Điều trị: Giảm đau, chống viêm non-steroid, giãn cơ trong những trường hợp đau cấp tính.

- Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng [10].

1.1.4.2. Viêm quanh khớp vai thể đông cứng

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

* Lâm sàng: Đau lúc đầu, sau giảm dần hết đau nhưng hạn chế vận động ngày càng tăng, cả chủ động và thụ động, vai cứng lại, chủ yếu hạn chế động tác dạng và xoay ngoài [10].

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

* Điều trị: Giai đoạn đầu điều trị phải kết hợp giảm đau với phục hồi chức năng từ từ. Giai đoạn vai đông cứng lúc đầu vận động là thụ động tăng dần, không được phép gây ra những cơn đau.

1.1.4.3. Viêm quanh khớp vai thể đau vai cấp

* Nguyên nhân: Tinh thể canxi lắng đọng ở gân và bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai và dưới cơ delta.

* Lâm sàng: Khởi phát đột ngột, râm rộ, đau vai dữ dội, đau lan tỏa toàn bộ vùng vai, đau 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.

* Điều trị: Bất động khớp vai, chườm đá lên vai đau 3- 4 lần trong ngày, sử dụng thuốc giảm đau chống viêm không steroid nếu không có chống chỉ định [48]. Tiêm corticoid tại chỗ khi đã loại trừ tuyệt đối trường hợp nhiễm trùng. Rửa khớp loại bỏ canxi hóa qua nội soi, siêu âm.

1.1.4.4. Viêm quanh khớp vai thể giả liệt khớp vai

* Nguyên nhân: Do đứt gân hoàn toàn hoặc đứt gân không hoàn toàn xảy ra tức thời hoặc sau một chấn thương.

* Lâm sàng: Đau cấp, sau giảm dần và hết đau, điểm đau không thấy, hạn chế vận động chủ động, có sự teo cơ tại chỗ..

* Tiến triển: Hiếm khi phục hồi hoàn toàn.

* Điều trị: Giảm đau, chống viêm. Luyện tập, cử động nhẹ nhàng, tập luyện các cơ vai nhằm phục hồi sự giảm sút chức năng.

1.2. VIÊM QUANH KHỚP VAI THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

1.2.1. Bệnh danh

- Theo y văn cổ, sách Linh khu - thiên kinh mạch gọi là “kiên bất cử” [42].
- Theo quan niệm của YHCT thì VQKV là bệnh thuộc phạm vi chứng tý, được chia làm 3 thể:

- + Kiên thông tương đương với bệnh VQKV thể đơn thuần theo YHHD.
- + Kiên ngưng tương đương với bệnh VQKV thể đông cứng theo YHHD.
- + Lậu kiên phong tương đương với bệnh VQKV thể tắc nghẽn theo YHHD.

1.2.2. Bệnh nguyên

Có một số nguyên nhân chủ yếu sau:

- Chính khí hư: làm cho khí huyết lưu thông ở kinh lạc bị ứ trệ.
- Tà khí thực: Do phong tà, hàn tà, thấp tà bên ngoài xâm nhập hệ kinh lạc mà gây bệnh.
- Bất nội ngoại nhân: như sau chấn thương.

1.2.3. Triệu chứng và điều trị

1.2.3.1. Thể Kiên thông

Triệu chứng: Đau nhiều vùng vai lan ra cánh tay, cẳng tay, tính chất đau co rút, buốt giật. Ban ngày biểu hiện đau nhức nhẹ, đêm đau tăng lên nhiều làm ảnh hưởng đến giấc ngủ.

Điều trị:

- + **Pháp điều trị:** khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc.
- + **Phương pháp dùng thuốc:** Bài thuốc cổ phương “*Quyên tý thang*”
- + **Châm cứu** [7],[12], [20]: Châm tả huyết Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Tý nhu, Cự cốt, Vân môn, A thị.
- + **Xoa bóp:** xát, day, lăn, bóp, vòn, vận động, bấm huyết (các huyết châm cứu).
- + **Thuỷ châm:** Thuốc Vitamin B1, B6, B12, thuốc giảm đau chống viêm nonsteroid vào các huyết Thiên tông, Kiên trinh, Tý nhu, Đại chùy...

1.2.3.2. Thể kiên ngưng.

Triệu chứng: Khớp vai đau ít hoặc không, chủ yếu là hạn chế vận động ở hầu hết các động tác, khớp như bị đông cứng lại, bệnh nhân hầu như không làm được các động tác chủ động như chải đầu, gãi lưng, lấy đồ vật ở trên cao, chất lưỡi hồng, rêu trắng dính nhớt, mạch trầm hoạt.

Điều trị:

- + **Pháp điều trị:** tán hàn, trừ thấp, ôn kinh chỉ thống, bổ dưỡng khí huyết.
- + **Phương pháp dùng thuốc:** Bài thuốc cổ phương “*Ô đầu thang*”.
- + **Châm cứu** [11], [7], [12], [20]: Châm các huyết Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Tý nhu, Cự cốt, Vân môn, A thị.
- + **Xoa bóp:** xát, day, lăn, bóp, vòn, bấm huyết, rung, vận động.

1.2.3.3. Thể Lậu kiên phong

Triệu chứng: Lậu kiên phong là một thể bệnh rất đặc biệt gồm VQKV thể đông cứng và rối loạn thần kinh vận mạch ở bàn tay. Khớp vai đau ít, hạn chế vận động rõ. Có thể có sung nề, ở tay có những nốt tím, vùng bầm tím, teo cơ, cứng khớp, chất lưỡi tím nhợt, có điểm ứ huyết, mạch huyền hoặc tế nhược.

Điều trị:

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

+ **Phương pháp dùng thuốc:** Bài thuốc cổ phương: “Đào hồng tứ vật thang”

+ **Châm cứu:** Châm bổ huyết Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Dương trì, Hợp cốc bên đau, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Tý nhu, Cự cốt, Vân môn, A thị.

+ **Xoa bóp:** Thủ thuật như thể Kiên Ngưng, có làm thêm ở bàn tay.

1.3. TỔNG QUAN VỀ XUNG KÍCH TRỊ LIỆU**1.3.1. Khái niệm**

Sóng xung kích (Shockwave) là một sóng âm có năng lượng cao biến đổi áp lực đột ngột, biên độ lớn và ngắt quãng, dùng để điều trị các điểm đau, các mô xơ hoặc cơ xương bị tổn thương bán cấp và mãn tính [40].

Điều trị bằng sóng xung kích (Shockwave therapy) là kỹ thuật ứng dụng sóng cơ học tạo ra bởi luồng khí nén xung lực cao tác động vào điểm đau khu trú.

1.3.2. Cơ chế tác dụng**1.3.2.1. Cải thiện sự trao đổi chất và vi tuần hoàn**

Sóng xung kích làm tăng mức độ loại bỏ chất chuyển hóa gây đau, tăng cường oxy hóa và bổ xung nguồn năng lượng cho các mô bị tổn thương, hỗ trợ loại bỏ các histamin, acid lactic và các tác nhân gây kích thích khác.

1.3.2.2. Hoạt hóa dưỡng bào

Dưỡng bào là một trong những thành phần quan trọng của quá trình viêm. Hoạt động của nó có thể được tăng lên bằng cách sử dụng sóng âm thanh phổ biến. Hoạt hóa tế bào dưỡng bào (Mast cell) được theo sau bởi việc sản xuất của các chemokine và cytokine. Các hợp chất này gây khởi động và tăng cường quá trình viêm, trong bước tiếp theo chúng giúp cho quá trình khôi phục chữa bệnh thông thường và quá trình tái sinh.

1.3.2.3. Kích thích sản xuất ra collagen

Điều trị bằng sóng xung kích thúc đẩy quá trình tái tạo collagen ở các mô nằm trong sâu.

1.3.2.4. Phá vỡ các điểm vôi hóa

Sóng xung kích phá vỡ sự vôi hóa các nguyên bào sợi và khởi động quá trình loại bỏ tình trạng vôi hóa sinh học.

1.3.2.5. Tăng cường sự phân tán của chất trung hòa P

Hoạt động của hoạt chất P (chất trung gian dẫn truyền đau và yếu tố tăng trưởng) kích thích các sợi thần kinh hướng tâm, đồng thời làm phát triển phù nề và tăng bài tiết histamin. Làm giảm nồng độ chất P sẽ làm giảm đau tại các vùng bị đau và giảm nguy cơ phát triển phù nề.

1.3.2.6. Giảm căng cơ, ức chế của co thắt của cơ bắp

Xung huyết là một trong những tác động cơ bản của sóng xung kích trên cơ thể, nhằm cung cấp năng lượng tốt hơn cho những nhóm cơ tổn thương và tái cấu trúc lại dây chằng. Sóng xung kích cũng là nguyên nhân làm giảm sự tương tác của sợi actin và myosin, điều này làm giảm đáng kể sự căng cơ.

1.3.3. Chỉ định và chống chỉ định của xung kích trị liệu

* **Chỉ định:** Đau vai, đau gót chân, gan bàn chân, viêm mủm lồi cầu xương cánh tay, đau gân gót chân, bệnh lý của gân xương bánh chè, các điểm đau chói, hội chứng đau cơ chày trước, đau vùng háng.

* **Chống chỉ định:** tình trạng chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu, chấn thương cấp, khối u ác tính, trực tiếp lên đầu xương trẻ em, gãy xương hoặc nghi ngờ gãy xương, thai nhi.

1.3.4. Các nghiên cứu ứng dụng sóng xung kích trong điều trị

Năm 2012, Carlo Leal và cộng sự đã chứng minh phương pháp điều trị bằng sóng xung kích trên bệnh lý viêm gân mạn tính giúp cải thiện kết quả tốt

và suất sắc từ 75% lên 84%, giảm đau 66% ở nhóm nghiên cứu và 57% ở nhóm đối chứng, và tác giả cho rằng đây là 1 phương pháp điều trị không xâm lấn hiệu quả cho bệnh lý gân bánh chè mạn tính [50].

Nghiên cứu của N.I. Sheveleva và L.s. Minbaeva tại Đại học Y khoa bang Karaganda đã cho thấy trong 95% trường hợp liệu pháp sóng xung kích giảm hội chứng đau và cũng cải thiện chức năng khớp gối. Tác giả đưa ra kết luận rằng: liệu pháp sóng xung kích là một phương pháp điều trị hiệu quả thoái hóa khớp gối biến dạng [60].

Tại Khoa Phục hồi chức năng, Đại học Y khoa, Plovdiv, Bulgaria, Ilieva E.M đã sử dụng liệu pháp sóng xung kích cho bệnh nhân bị viêm mủm trên lồi cầu ngoài. Kết quả thu được sau 3 tháng điều trị cho thấy có sự cải thiện đáng kể mức độ đau, chức năng và tổng điểm được đánh giá bằng thang điểm PRTEE và đưa ra khuyến cáo liệu pháp sóng xung kích phân kì trong điều trị viêm mủm trên lồi cầu ngoài [68].

1.4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM

1.4.1. Khái niệm

- **Châm:** là dùng kim châm vào huyết để gây kích thích đạt tới phản ứng của cơ thể nhằm mục đích chữa bệnh [11].

- **Điện châm:** là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng chữa bệnh châm kim của châm cứu với kích thích điện của cá dòng điện: một chiều (galvanic), cảm ứng (faradic) xung một pha hay hai pha, xung đều hay không đều [11].

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

Theo YHCT, âm dương là thuộc tính của mọi sự vật trong vũ trụ, hai mặt âm dương luôn có quan hệ đối lập nhưng luôn thống nhất với nhau. Do điều kiện sức khỏe yếu, tác nhân gây bệnh xâm nhập phát sinh ra bệnh tật tức là sự mất thăng bằng về âm dương. Vì vậy khi điều trị bằng châm cứu có tác dụng điều hòa lại âm dương, nâng cao chính khí, đuổi tà khí ra ngoài [11].

Châm có tác dụng thúc đẩy khả năng tự điều chỉnh của cơ thể đưa cơ thể trở về trạng thái hoạt động sinh lý bình thường và duy trì cho cơ thể luôn ở trạng thái bình thường đó [16].

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

1.4.3.1. Hiện tượng chiếm ưu thế võ não của Utomski [11]

Theo nguyên lý của hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski thì trong cùng một thời gian ở một nơi nào đó của hệ thần kinh trung ương, có hai luồng xung động của hai kích thích đưa tới, kích thích nào có luồng xung động mạnh hơn và liên tục hơn sẽ kéo theo các xung động của kích thích kia về nó và tiếp tới dập tắt kích thích kia. Như vậy, châm hay cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới, nếu cường độ của kích thích được đầy đủ sẽ ức chế ổ hưng phấn do tổn thương bệnh lý, tiến tới làm mất và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý.

1.4.3.2. Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và sự liên quan giữa các tạng phủ đối với vùng cơ thể do tiết đoạn chi phối [11]

Điện châm cũng như tác động khác lên huyết sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại A δ type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ mức tuỷ sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các tạng phủ... Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hoá khi tác động vào huyết có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này.

1.4.3.3. Lý thuyết về đau của Melzak và Wall (công kiểm soát-1965) [11].

Trong trạng thái bình thường, các cảm thụ bản thể đi vào sừng sau tuỷ

sống ở các lớp thứ ba, bốn (gồm các tế bào của các chất keo và các tế bào chuyển tiếp làm cảm giác đau hoặc không đau, đường dẫn truyền tế bào như cánh cửa kiểm soát, quyết định cho những cảm giác nào đi qua). Ở trạng thái bình thường luôn có những xung động, những xung động này phát huy ức chế, qua tế bào chuyển tiếp và đi lên trên với kích thích vừa phải. Xung động được tăng cường đến làm hưng phấn tế bào chất tạo keo làm khử cực dẫn truyền và đi lên.

1.5. PHƯƠNG PHÁP XOA BÓP BẮM HUYỆT

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

1.5.1. Tác dụng của xoa bóp

- Xoa bóp có khả năng tăng cường quá trình hô hấp, dinh dưỡng, thải trừ chất cặn bã. Khi xoa bóp trực tiếp ép vào hệ thống bạch huyết dưới da giúp cho tuần hoàn bạch huyết nhanh và tốt hơn nên có tác dụng tiêu sưng, loại bỏ chất dịch mô trong các cơ quan. Ngoài ra xoa bóp có tác dụng tăng cường nuôi dưỡng, phục hồi các cơ bị mệt mỏi.

- Xoa bóp có tác dụng làm giãn mạch, giảm sức cản trong lòng mạch, mặt khác xoa bóp trực tiếp đẩy máu về tim, do đó xoa bóp vừa giảm gánh nặng cho tim, vừa giúp máu trở về tim tốt hơn. Xoa bóp còn có tác dụng làm tăng cường nhu động của dạ dày, của ruột và cải thiện chức năng tiết dịch tiêu hóa kém, dùng kích thích mạnh để tăng tiết dịch.

1.5.2. Tác dụng của bấm huyết

- Bấm huyết là một thủ thuật có tác dụng kích thích mạnh vào huyết, trong kỹ thuật bấm huyết ngoài việc phải xác định chính xác huyết, việc sử dụng bấm cho phù hợp với tình trạng bệnh và sức khỏe người bệnh là hết sức quan trọng. Bấm huyết cũng như châm cứu, khi tác động vào huyết là một kích thích gây ra một cung

phản xạ mới, có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Hiện có nhiều giả thiết về cơ chế tác động của lực lên huyết, nhưng tập trung lại thành hai nhóm sau:

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

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

1.5.3. Chỉ định và chống chỉ định của XBBH.

+ *Chỉ định:*

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

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

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

+ *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 vùng đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu, các bệnh da liễu.

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

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

1.6. CÁC NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI

1.6.1. Trong nước

Năm 2001, Lê Thị Hoài Anh nghiên cứu điều trị VQKV bằng điện châm xoa bóp phối hợp vận động trị liệu trên 100 bệnh nhân thu được kết quả: 62% tốt và rất tốt, 32% khá và 6% trung bình [1].

Năm 2005, Phạm Việt Hoàng đánh giá tác dụng của phương pháp xoa bóp bấm huyệt YHCT trong điều trị VQKV đơn thuần đạt kết quả tốt 53,3% và khá 33,4% [18].

Năm 2006, Nguyễn Thị Nga đánh giá hiệu quả điều trị VQKV thể đơn thuần bằng thuốc chống viêm nonsteroid kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng đạt kết quả tốt và khá 90% [26].

Năm 2011, Nguyễn Hữu Huyền và Lê Thị Kiều Hoa nghiên cứu hiệu quả điều trị 60 bệnh nhân VQKV 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 dang, 13,33% với động tác xoay trong và 10% với động tác xoay ngoài [23].

Năm 2013, Vũ Thị Duyên Trang đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị 32 bệnh nhân VQKV thể đơn thuần đạt kết quả tốt 50%, rất tốt 12,5% [33].

Năm 2016, Võ Đại Quỳnh nghiên cứu hiệu quả điều trị 60 bệnh nhân VQKV tại Bệnh viện châm cứu TW bằng điện châm kết hợp sóng xung kích nhận thấy 100% bệnh nhân giảm đau trong đó 56,7% bệnh nhân hết đau [40].

Năm 2018, Phạm Hồng Vân và Nguyễn Bá Quang đánh giá cải thiện tầm vận động khớp vai dưới ảnh hưởng của điện châm kết hợp sóng xung kích trên bệnh nhân VQKV thể đơn thuần đạt kết quả tốt và khá [38].

1.6.2. Ngoài nước

Năm 2003, Gerdesmeyer L và cộng sự tại khoa phẫu thuật chỉnh hình và thể thao, Đại học kỹ thuật Munich, Đức đã nghiên cứu liệu pháp sóng xung kích điều trị viêm gân vô hóa vùng vai và đưa ra kết luận: liệu pháp sóng xung kích điều trị tổn thương vô hóa vùng vai giúp giảm đau, kích thích vô hóa giảm [52].

Năm 2006, Cacchio A và cộng sự nghiên cứu hiệu quả của liệu pháp sóng xung kích trong điều trị viêm gân vô hóa vùng vai. Nghiên cứu cho thấy vô hóa biến mất hoàn toàn ở 86,6% đối tượng trong nhóm điều trị và đưa ra kết luận liệu pháp sóng xung kích an toàn, hiệu quả, giảm đau đáng kể và cải thiện chức năng vai sau 4 tuần [53].

Năm 2007, Albert JD và cộng sự đã nghiên cứu hiệu quả của liệu pháp sóng xung kích trong điều trị viêm gân vô hóa vùng vai. Nghiên cứu đã đưa ra kết luận liệu pháp sóng xung kích trong điều trị viêm gân vô hóa vùng vai giúp giảm đau và cải thiện đáng kể các triệu chứng [54].

Năm 2008, Augustin Dima và cộng sự cho kết quả nghiên cứu về liệu pháp sóng xung kích trong điều trị VQKV cánh tay với viêm gân vô hóa vùng vai. Nghiên cứu cho thấy vô hóa biến mất hoàn toàn ở 84,3% (27/30 trong nhóm can thiệp) và đưa ra kết luận liệu pháp sóng xung kích hiệu quả, an toàn và được coi như là một lựa chọn điều trị những người có viêm gân vô hóa vùng vai [44].

Năm 2011, Avancini-Dobrovic và nhóm cộng sự tại trung tâm phục hồi chức năng, bệnh viện đại học Rijeka, Croatia đã nghiên cứu về liệu pháp sóng xung kích trong điều trị viêm gân vô hóa vùng vai và đưa ra kết luận rằng: liệu pháp sóng xung kích điều trị tổn thương vô hóa vùng vai giúp giảm đau, tăng tầm vận động khớp vai [64].

Năm 2014, Bannuru RR và cộng sự nghiên cứu liệu pháp sóng xung kích điều trị viêm gân vô hóa vùng vai và đưa ra kết luận liệu pháp sóng xung kích có hiệu quả để giảm đau, tăng tầm vận động khớp vai và có thể giải quyết hoàn toàn vô hóa [51].

Năm 2017, Malliaropoulos N và cộng sự tại phòng khám y học thể dục thể thao SEGAS, Thessnlonniki, Hy Lạp đã nghiên cứu hồi cứu về liệu pháp sóng xung kích trong điều trị viêm gân vô hóa vùng vai. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ giảm đau là 92% sau 12 tháng theo dõi và tỷ lệ tái phát 1 năm là 7% và đưa ra kết luận: liệu pháp sóng xung kích có tỷ lệ thành công cao với số lần tái phát thấp [55].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân được chẩn đoán là VQKV thể đơn thuần và điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh theo Y học hiện đại

** Tiêu chuẩn lâm sàng:*

- Bệnh nhân được chẩn đoán VQKV thể đơn thuần theo tiêu chuẩn của Boissier MC (1992) với các triệu chứng:

- + Đau vai kiểu cơ học.
- + Hạn chế vận động chủ động.
- + Đau tăng khi vận động.

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị.

** Cận lâm sàng*

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

- Siêu âm: có hình ảnh khớp vai bình thường hoặc một trong các hình ảnh ở dưới đây:

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

+ Hình ảnh bao thanh dịch dày lên, có dịch tại vùng bao thanh dịch .

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

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

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

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

- Hạn chế vận động khớp vai

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

2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ ra khỏi nghiên cứu

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

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

- Các bệnh lý khác như: Tổn thương rễ thần kinh thuộc cột sống cổ C5, bệnh Paget, hoại tử vô khuẩn đầu xương cánh tay, đau thần kinh teo cơ của Parsonage và Tumer, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân không tuân thủ thời gian điều trị và phương pháp điều trị.

2.1.5. Cỡ mẫu

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

2.1.6. Phân nhóm nghiên cứu

Bệnh nhân VQKV được lựa chọn theo tiêu chuẩn YHHĐ và YHCT được chia 2 nhóm (nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng) với sự tương đồng về tuổi, giới.

- Nhóm nghiên cứu: điều trị bằng sóng xung kích kết hợp với điện châm và XBBH.

- Nhóm đối chứng: điều trị bằng điện châm và XBBH.

Liệu trình điều của cả hai nhóm là 20 ngày.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trước sau điều trị.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

Dụng cụ và trang thiết bị:

- Kim châm cứu: dùng 1 lần của hãng Đông Á, kích thước 0.40 x 25mm, mỗi hộp gồm 10 kim/vỏ x 10 vỏ.
- Máy điện châm: Máy điện châm M8 do Bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất.
- Máy tạo sóng xung kích LS-5 Radialspec do Mỹ sản xuất năm 2012.
- Thước đo tầm vận động khớp vai.
- Thước đo độ đau VAS
- Panh, bông cotton.
- Khay quả đậu.
- Hộp chống sốc.

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

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân phù hợp với các tiêu chuẩn chọn bệnh khi mới vào viện sẽ được làm bệnh án nghiên cứu và phân nhóm bằng phương pháp ghép cặp tương đồng theo tuổi, giới, mức độ tổn thương.

2.2.3.1. Nhóm nghiên cứu: gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng sóng xung kích kết hợp điện châm và XBBH theo quy trình sau:

- Bệnh nhân được điều trị bằng sóng xung kích trước rồi nghỉ 15 phút tiếp tục điều trị điện châm, sau đó xoa bóp bấm huyệt với liệu trình:
 - + Điều trị bằng sóng xung kích 2 lần/tuần x 3 tuần.
 - + Điện châm: 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 20 ngày.
 - + XBBH: 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 20 ngày.

a. Điều trị bằng sóng xung kích:

Theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng của Bộ Y tế [5].

Tiến hành tại phòng thủ thuật điều trị sóng xung kích theo các bước:

- + Bôi gel lên vùng da điều trị.
- + Đặt đầu phát sóng ở điểm đã bôi gel (điểm đau nhất ở khớp vai) với mức áp suất 2-4 bar tần số 3 -5 Hz với số xung là 1000 xung cho 1 lần điều trị.
- + Hết thời gian điều trị: tắt máy, lau vùng da điều trị và đầu phát sóng.
- Liệu trình: 2 lần/tuần x 3 tuần.
- Dừng lại thủ thuật điều trị bằng sóng xung kích khi bệnh nhân cảm thấy đau và không chịu đựng được tiếp quá trình điều trị

b.Điều trị bằng phương pháp điện châm:

Phác đồ huyết: theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu của Bộ Y tế [12].

Kỹ thuật châm kim:

Bước 1: Xác định đúng vị trí huyết và sát trùng da vùng huyết.

Bước 2: Châm kim vào các huyết theo các thì sau:

Thì 1: tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

Thì 2: đẩy kim từ từ theo huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “*đắc khí*” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác nút kim chặt tại vị trí huyết)

Bước 3: Kích thích bằng máy điện châm:

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

- + Tần số: tần số bổ từ 1-3 Hz, tần số tả từ 5-10Hz
- + Cường độ: Nâng từ từ cường độ từ 0 đến 150 microampe (tùy theo mức chịu đựng của bệnh nhân).
- + Thời gian: 20 - 30 phút cho một lần điện châm.

Bước 4: Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

Liệu trình: 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 20 ngày.

c. Điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt.

- XBBH theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu của Bộ Y tế [12].

- Người bệnh ở tư thế ngồi, thầy thuốc lần lượt thực hiện các kỹ thuật:

+ Xoa, day, lăn vùng vai.

+ Vòn, bóp cơ cánh tay.

+ Bấm các huyệt: Hợp cốc, Tí nhu, Cự cốt, Khúc trì, Kiên trinh, Thiên tuyền, Kiên ngưng, Thiên tông.

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

- Phát vùng trên và sau vai.

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

Liệu trình: 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 20 ngày.

2.2.3.2. Nhóm đối chứng

- Được điều trị bằng điện châm và XBBH với liệu trình 1 lần/ngày x 20 ngày với phác đồ tương tự của nhóm nghiên cứu.

2.2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.4.1. Chỉ tiêu đặc điểm chung

- Phân bố theo nhóm tuổi.

- Phân bố theo giới tính.

- Phân bố theo nghề nghiệp

- Phân bố theo thời gian mắc bệnh.

- Phân bố theo vị trí tổn thương.

Các chỉ tiêu tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân điều trị.

2.2.4.2. Chỉ tiêu lâm sàng

Được tiến hành đánh giá tại hai thời điểm trước và sau khi điều trị gồm:

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

- Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill-McROMI [65].

- Đánh giá kết quả điều trị theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987 [66].

a. 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 [67].

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.

Mức 0 điểm : Không đau

Mức 1 ÷ 2,5 điểm: Đau nhẹ

Mức > 2,5 ÷ 5 điểm: Đau vừa

Trên 5 điểm: Đau nặng

Từ mức độ đau đánh giá trên thước VAS được quy đổi ra điểm nghiên cứu như sau:

Không đau = 4 điểm

Đau nhẹ = 3 điểm

Đau vừa = 2 điểm

Đau nặng = 1 điểm

b. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill-McROMI [65].

Bảng 2.1. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI

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

Với sự phân độ trên cho ta thấy rằng:

Mức độ 0: bệnh nhân cử động bình thường

Mức độ 1: bệnh nhân có giới hạn tầm vận động khớp vai nhẹ

Mức độ 2: bệnh nhân có giới hạn tầm vận động khớp vai vừa

Mức độ 3: bệnh nhân giới hạn tầm vận động khớp vai nặng.

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

c. Đánh giá kết quả điều trị theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987 [66].

Bảng 2.2. Bảng đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987

Tình trạng bệnh nhân	Điểm
Mức độ đau	
- Không đau	15
- Đau nhẹ	10
- Đau vừa phải	5
- Đau nặng	0
- Số điểm tối đa đánh giá đau	15/100 điểm
Hoạt động trong cuộc sống hàng ngày:	
A. Mức độ hoạt động:	
- Làm việc	4
- Giải trí (thể thao)	4
- Ngủ sâu	2
B. Vị trí	
- Hướng về hông	2
- Hướng về lưng	4
- Hướng về cổ	6
- Hướng về đỉnh đầu	8
- Trên đầu	10
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động trong cuộc sống hàng ngày	20/100 điểm
Nâng vai ra trước, lên trên (°), dùng thước đo độ:	
- Từ 0 → 30°	0
- Từ 31 → 36°	2
- Từ 61 → 90°	4

- Từ 91→120°	6
Tình trạng bệnh nhân	Điểm
- Từ 121 →150°	8
- Từ 151→180°	10
Số điểm tối đa đánh giá nâng vai lên trước	10/100 điểm
<i>Dạng vai sang bên, lên trên (°)</i>	
(cho điểm như nâng vai ra trước)	10/100 điểm
<i>Quay ngoài (vị trí)</i>	
- Đỡ tay dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
- Tay đỡ dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
- Tay đỡ trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
- Tay đỡ trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
- Tay đỡ quá đỉnh đầu	2
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay ngoài	10/100 điểm
<i>Quay trong (vị trí)</i>	
- Bàn tay đặt ở đùi	0
- Bàn tay đặt ở hông	2
- Bàn tay đặt ở điểm nối của đốt sống lưng và xương chậu	4
- Bàn tay đặt ở xương sống thắt lưng (L5)	6
- Bàn tay đặt ở điểm xương sống ngực thứ 12 (DI2)	8
- Bàn tay đặt được ở vùng xương bả vai	10
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay trong	10/100 điểm
<i>Năng lực (sức nâng) của vai:</i>	
Theo phương pháp của Moseley, bệnh nhân nâng tay ở một góc 90° bình thường nâng được 25 pound Anh (1 pound Anh = 0,4536kg).	25 điểm
Tổng số điểm:	100

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

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

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

2.2.4.3. Chỉ tiêu cận lâm sàng

- + Công thức máu: Hồng cầu, Hemoglobin, Bạch cầu, Tiểu cầu.
- + Sinh hóa máu: Ure, Creatinin, AST, ALT.
- + Siêu âm khớp vai.
- + X-quang khớp vai thường quy

Được tiến tại khoa hành chẩn đoán hình ảnh và khoa xét nghiệm của bệnh viện Châm cứu Trung ương tại các thời điểm D₀, D₂₀

2.2.5. Xử lý số liệu

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

- Các test thống kê được dùng:

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

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

2.2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

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

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

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

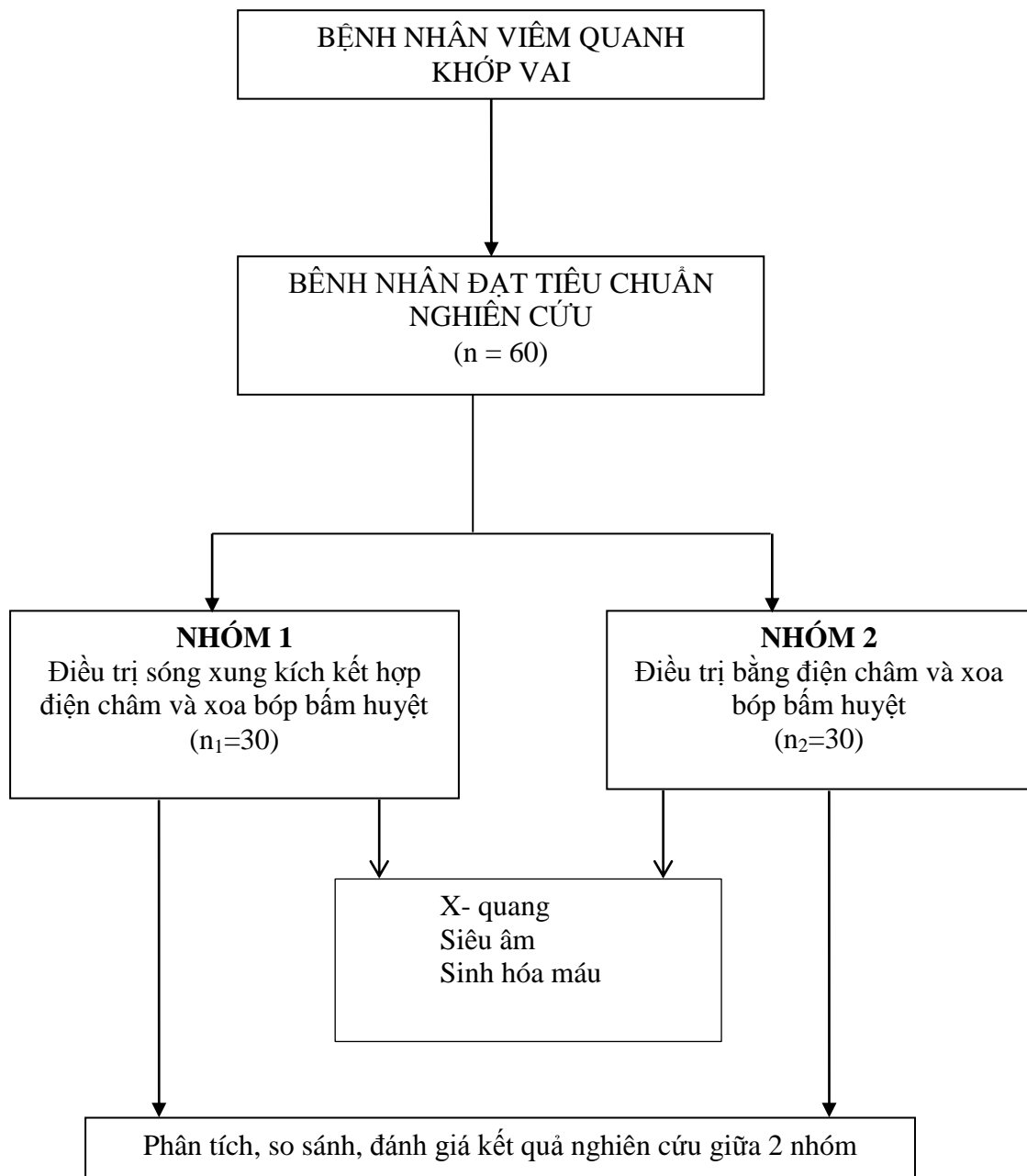
- Sự phân chia bệnh nhân vào 2 nhóm nghiên cứu đảm bảo tính ngẫu nhiên và công bằng.

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

2.2.7. Thời gian tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 03/2019 đến tháng 10/2019, tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

3.1.1. Đặc điểm dịch tễ

3.1.1.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.

Tuổi	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng số		
	n	%	n	%	n	%	
<40	3	10,0	3	10,0	6	10,0	
40-49	6	20,0	7	23,3	13	21,7	
50 - 59	9	30,0	10	33,3	19	31,7	
>60	12	40,0	10	33,3	22	36,7	
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	55,5±11,6		53,0±10,6		54,3±11,1		
p_{1-2}	>0,05						

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy Viêm quanh khớp vai có thể gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó nhóm tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,4%. Tuổi trung bình mắc VQKV của cả hai nhóm là 54,3. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tuổi giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

3.1.1.2. Đặc điểm về giới

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới.

Giới	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Nam	12	40,0	12	40,0	24	40,0
Nữ	18	60,0	18	60,0	36	60,0
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0
p ₁₋₂	>0,05					

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh theo giới trong nghiên cứu, nữ nhiều hơn nam ở cả hai nhóm nghiên cứu với nữ chiếm tỷ lệ 60% và nam chiếm tỷ lệ 40%. Không có sự khác biệt tỷ lệ về giới giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

3.1.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp.

Bảng 3.3. Sự phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nghề nghiệp

Nghề	Nhóm	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng số	
		n	%	n	%	n	%
Công nhân		3	10	4	13,3	7	11,7
Nông dân		9	30	8	26,7	17	28,3
Hưu trí		12	40	10	33,3	22	36,7
Cán bộ		6	20	8	26,7	14	23,3
Tổng số		30	100	30	100	60	100
p ₁₋₂		>0,05					

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy nghề nghiệp gây VQKV chủ yếu là hưu trí chiếm tỷ lệ 36,7%, cán bộ chiếm 23,3%, nông dân chiếm tỷ lệ 28,3% và công nhân là 11,7%. Không có sự khác biệt tỷ lệ nghề nghiệp giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

3.1.1.4. Thời gian mắc bệnh

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.

Thời gian	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Dưới 3 tháng	26	86,7	27	90	53	88,3
Trên 3 tháng	4	13,3	3	10	7	11,7
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0
p_{1-2}	>0,05					

Nhận xét:

+Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy đa số bệnh nhân Viêm quanh khớp vai có thời gian bị bệnh dưới 3 tháng (88,3%) ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Sự phân bố bệnh nhân giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thời gian và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.1.5. Vị trí khớp vai mắc bệnh

Bảng 3.5. Vị trí khớp vai mắc bệnh

Vị trí	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Vai trái	13	43,3	14	46,7	27	45
Vai phải	17	56,7	16	53,3	33	55
Cả hai bên	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0
p_{1-2}	>0,05					

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy bệnh nhân tổn thương vai phải ở cả hai nhóm chiếm đa số (55%), trong đó nhóm nghiên cứu có 17 bệnh nhân (56,7%) và nhóm đối chứng có 16 bệnh nhân (53,3%). Có 27 bệnh nhân (45%) tổn thương vai trái và không có bệnh nhân tổn thương cả hai bên khớp vai. Giữa hai nhóm sự phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương khớp vai không có sự khác biệt đáng kể ($p > 0,05$).

3.1.2. Đặc điểm đau và hạn chế vận động của bệnh nhân viêm quanh khớp vai trên lâm sàng**3.1.2.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS**

Bảng 3.6. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị.

Mức	Nhóm	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng số	
		n	%	n	%	n	%
Không đau		0	0,0	0	0,0	0	0,0
Đau ít		0	0,0	0	0,0	0	0,0
Đau vừa		6	20,0	10	33,3	16	26,7
Đau nhiều		21	70,0	16	53,3	37	61,7
Đau không chịu nổi		3	10,0	4	13,3	7	11,7
Tổng		30	100,0	30	100,0	60	100,0
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		6,9±1,3		6,7±1,6		6,8±1,5	
p_{1-2}		$>0,05$					

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy trước điều trị ở cả hai nhóm bệnh nhân đau ở mức độ nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,7% trong đó nhóm nghiên cứu có 21 bệnh nhân (70%), nhóm đối chứng có 16 bệnh nhân (53,35), không có bệnh nhân nào đau ít và không đau trong nghiên cứu. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mức độ đau theo thang điểm VAS giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

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

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

Bảng 3.7. Phân bố tầm vận động khớp vai ở động tác dạng trước điều trị.

Tầm vận động khớp vai (động tác dạng)	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Độ 1	4	13,3	2	6,7	6	10,0
Độ 2	23	76,7	24	80,0	47	78,3
Độ 3	3	10,0	4	13,3	7	11,7
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0
Góc trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	97,4±20,2		92,2±18,9		94,8±19,6	
P ₁₋₂	>0,05					

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.7 cho thấy ở cả hai nhóm có 47 bệnh nhân có hạn chế vận động động tác dạng ở mức độ 2 (78,3%), mức độ 3 với tỷ lệ là 11,7% (7 bệnh nhân), mức độ 1 có 6 bệnh nhân (10%) và không có bệnh nhân nào ở mức độ 0. Góc trung bình của động tác dạng khớp vai là 94,8. Không có sự khác biệt về tỷ lệ hạn chế tầm vận động động tác dạng trước điều trị ở cả hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3.8. Phân bố tầm vận động khớp vai ở động tác xoay trong trước điều trị.

Tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong)	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Độ 1	9	30,0	11	36,7	20	33,3
Độ 2	21	70,0	18	60,0	39	65,0
Độ 3	0	0,0	1	3,3	1	1,7
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0
Góc trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	62,2±12,5		63,1±14,8		62,6±13,6	
P ₁₋₂	>0,05					

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.8 cho thấy ở cả hai nhóm có 39 bệnh nhân (65%) có hạn chế tầm vận động động tác xoay trong ở mức độ 2, mức độ 1 với tỷ lệ 33,3% và mức độ 3 là 1,7%, không có bệnh nhân nào ở mức độ 0. Góc trung bình động tác xoay trong khớp vai là 62,6. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tầm vận động động tác xoay trong trước điều trị ở cả hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3.9. Phân bố tầm vận động khớp vai ở động tác xoay ngoài trước điều trị.

Tầm vận động khớp vai (động tác xoay ngoài)	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Độ 1	10	33,3	11	36,7	21	35,0
Độ 2	19	63,3	18	60,0	37	61,7
Độ 3	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0
Góc trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	60,2±13,8		62,4±13,0		61,3±13,3	
p ₁₋₂	>0,05					

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.9 cho thấy ở mức độ 2 có 37 bệnh nhân (61,7%) có hạn chế vận động động tác xoay ngoài ở cả hai nhóm, mức độ 1 có 21 bệnh nhân (35%), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình động tác xoay ngoài khớp vai là 61,3. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tầm vận động động tác xoay ngoài trước điều trị ở cả hai nhóm ($p > 0,05$).

3.1.3. Đặc điểm Cận lâm sàng của bệnh nhân viêm quanh khớp vai

Bảng 3.10. Đặc điểm siêu âm khớp vai của bệnh nhân VQKV.

Kết quả siêu âm	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Không có gì bất thường	6	20,0	8	26,7	14	23,3
Có vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu	14	46,7	13	43,3	27	45,0
Có bao thanh mạc giãn to	6	20,0	3	10,0	9	15,0
Có dải tăng âm trong gân	4	13,3	6	20,0	10	16,7
Có vùng giảm âm trong gân	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0
p ₁₋₂	>0,05					

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.10 cho thấy qua siêu âm khớp vai đã phát hiện được 76,7% bệnh nhân tổn thương trên tổng số bệnh nhân nghiên cứu trong đó vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu (45%), bao thanh mạc giãn to (15%), có dải tăng âm trong gân (16,7%). Chỉ có 23,3% không phát hiện được tổn thương. Không có sự khác biệt về sự phân bố bệnh nhân theo đặc điểm của siêu âm trước điều trị giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

Bảng 3.11. Đặc điểm phim chụp X-quang khớp vai của bệnh nhân VQKV.

Kết quả X-quang	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Không có gì bất thường	22	73,3	24	80,0	46	76,7
Canci hóa dây chằng	6	20,0	4	13,3	10	16,7
Gai xương	2	6,7	2	6,7	4	6,7
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0
p ₁₋₂	>0,05					

Nhận xét:

Ở bảng 3.11 cho thấy kết quả chụp phim X- quang quy ước khớp vai phần lớn đều không phát hiện tổn thương ở cả hai nhóm nghiên cứu (73,3%) và nhóm đối chứng (80%). Chỉ phát hiện được tổn thương ở 26,7% bệnh nhân nhóm nghiên cứu và 23,4% bệnh nhân ở nhóm đối chứng trong đó ở cả hai nhóm canxi hóa dây chằng có 10 bệnh nhân (16,7%), gai xương có 4 bệnh nhân (6,7%). Không có sự khác biệt thống kê về đặc điểm X- quang giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

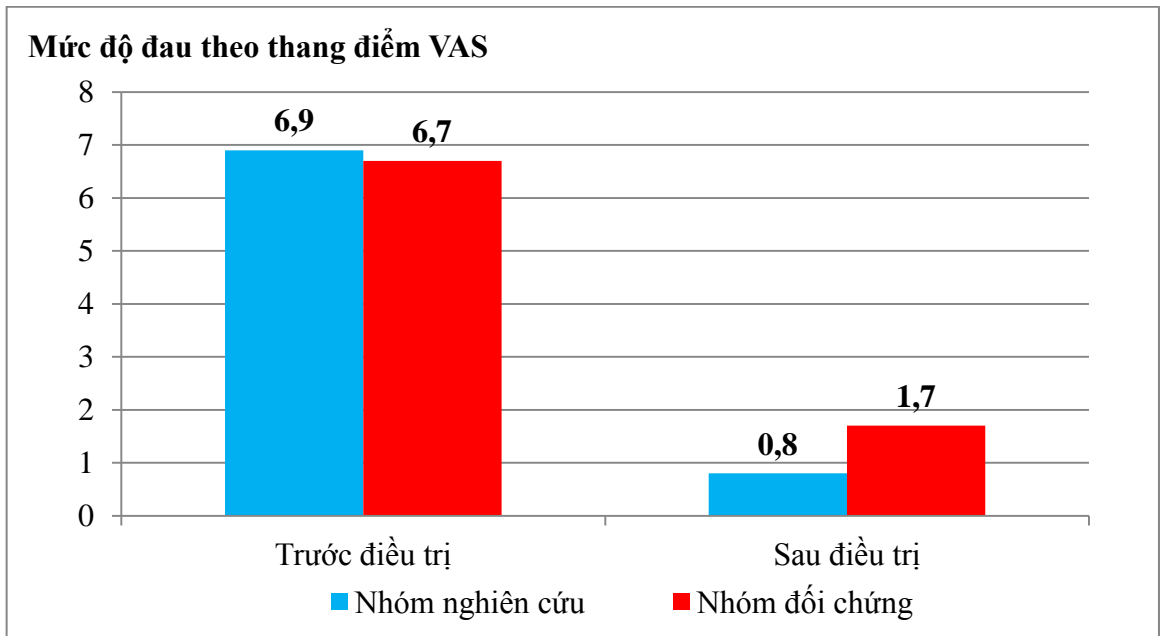
3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ**3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS**

Bảng 3.12. Biến đổi mức độ đau theo thang điểm VAS.

Mức độ	Nhóm NC (1)				Nhóm ĐC (2)			
	Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)		Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Không đau	0	0,0	18	60,0	0	0,0	6	20,0
Đau ít	0	0,0	12	40,0	0	0,0	23	76,7
Đau vừa	6	20,0	0	0,0	10	33,3	1	3,3
Đau nhiều	21	70,0	0	0,0	16	53,3	0	0,0
Đau không chịu nổi	3	10,0	0	0,0	4	13,3	0	0,0
Tổng	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
P_{a-b}	<0,05				<0,05			
P_{1-2}	<0,05							

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.12 cho thấy ở cả hai nhóm trước điều trị 100% bệnh nhân có đau. Sau khi điều trị 20 ngày, mức độ giảm đau của cả hai nhóm có sự thay đổi rất rõ rệt, trong đó ở nhóm nghiên cứu bệnh nhân không đau tăng từ 0 lên 18 bệnh nhân (60%), bệnh nhân đau ít tăng từ 0 lên 12 bệnh nhân (40%). Ở nhóm đối chứng bệnh nhân không đau tăng từ 0 lên 6 bệnh nhân (20%), bệnh nhân đau ít tăng từ 0 lên 23 bệnh nhân (76,7%). Tỷ lệ bệnh nhân không đau ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng (40%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p_{1-2} < 0,05$).



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

Nhận xét:

Kết quả ở biểu đồ 3.1 cho thấy sau 20 ngày điều trị điểm VAS trung bình của cả hai nhóm có sự cải thiện rõ rệt. Ở nhóm nghiên cứu giảm từ 6,9 xuống còn 0,8, ở nhóm đối chứng giảm từ 6,7 xuống còn 1,7. Sự biến đổi giá trị trung bình theo VAS của nhóm nghiên cứu giảm mạnh hơn so với nhóm đối chứng trong cả quá trình điều trị. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

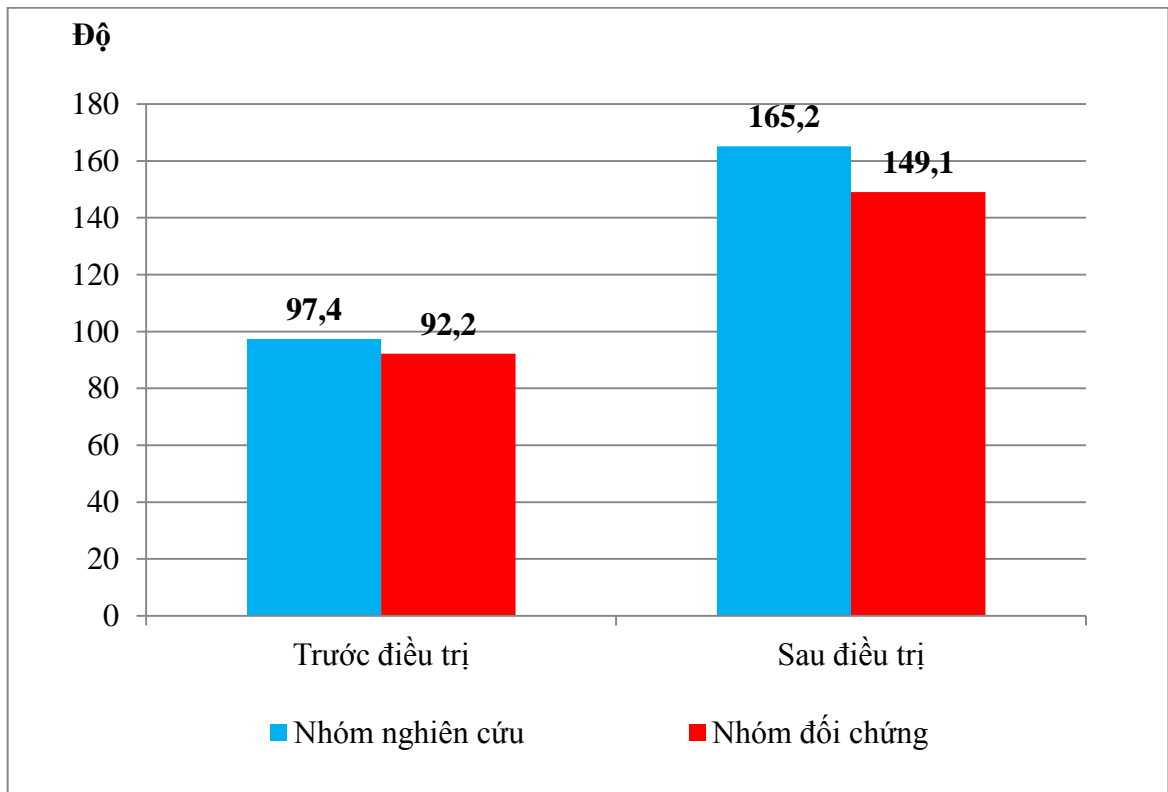
3.2.2. Mức độ cải thiện vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI

Bảng 3.13. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác dạng

Mức độ vận động	Nhóm NC (1)				Nhóm ĐC (2)			
	Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)		Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	26	86,7	0	0,0	17	56,7
Độ 1	4	13,3	4	13,3	2	6,7	13	43,3
Độ 2	23	76,7	0	0,0	24	80,0	0	0,0
Độ 3	3	10,0	0	0,0	4	13,3	0	0,0
Tổng	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
P_{a-b}	<0,05				<0,05			
P_{1-2}	<0,05							

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.13 cho thấy trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động động tác dạng khớp vai. Sau điều trị 20 ngày tầm vận động động tác dạng khớp vai ở cả hai nhóm có sự tăng lên rõ rệt, ở nhóm nghiên cứu tăng từ 0 lên 26 bệnh nhân (86,7%) ở độ 0, nhóm đối chứng tăng từ 0 lên 17 bệnh nhân (56,7%). Tỷ lệ ở mức độ 0 của nhóm nghiên cứu cao hơn ở nhóm đối chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p_{1-2} < 0,05$).



Biểu đồ 3.2: Biến đổi giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác dạng.

Nhận xét:

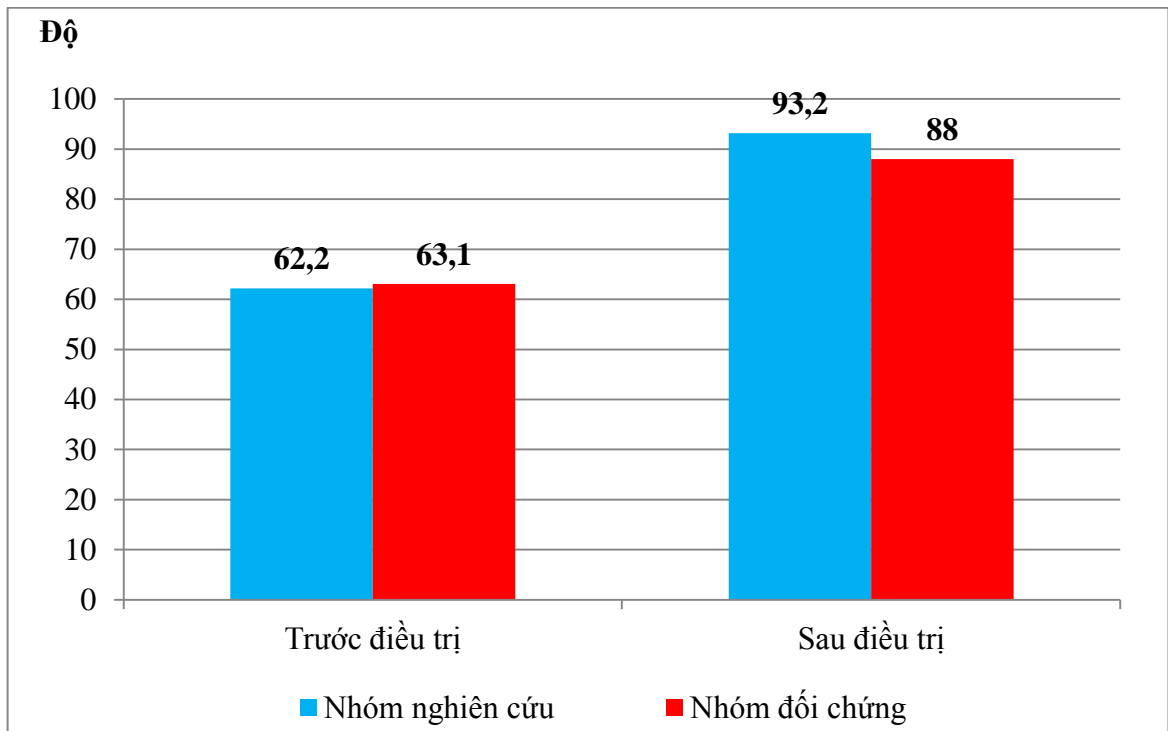
Kết quả ở biểu đồ 3.1 cho thấy sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện rõ rệt tầm vận động động tác dạng ở cả hai nhóm, nhóm nghiên cứu tăng từ 97,1⁰ lên 165,2⁰, nhóm đối chứng tăng từ 92,2⁰ lên 149,1⁰. Tầm mở giá trị trung bình động tác dạng của nhóm nghiên cứu là 165,2⁰ cao hơn của nhóm đối chứng là 149,1⁰. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.14. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay trong

Mức độ vận động	Nhóm NC (1)				Nhóm ĐC (2)			
	Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)		Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	23	76,7	0	0,0	10	33,3
Độ 1	9	30,0	7	23,3	11	36,7	20	66,7
Độ 2	21	70,0	0	0,0	18	60,0	0	0,0
Độ 3	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Tổng	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
P_{a-b}	<0,05				<0,05			
P_{1-2}	<0,05							

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.14 cho thấy trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai động tác xoay trong. Sau điều trị 20 ngày tầm vận động khớp vai động tác xoay trong ở cả hai nhóm có sự tăng lên rõ rệt, ở nhóm nghiên cứu tăng từ 0 lên 23 bệnh nhân (76,7%) ở độ 0, nhóm đối chứng tăng từ 0 lên 10 bệnh nhân (33,3%). Tỷ lệ ở mức độ 0 của nhóm nghiên cứu cao hơn ở nhóm đối chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p_{1-2} < 0,05$).



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

Nhận xét:

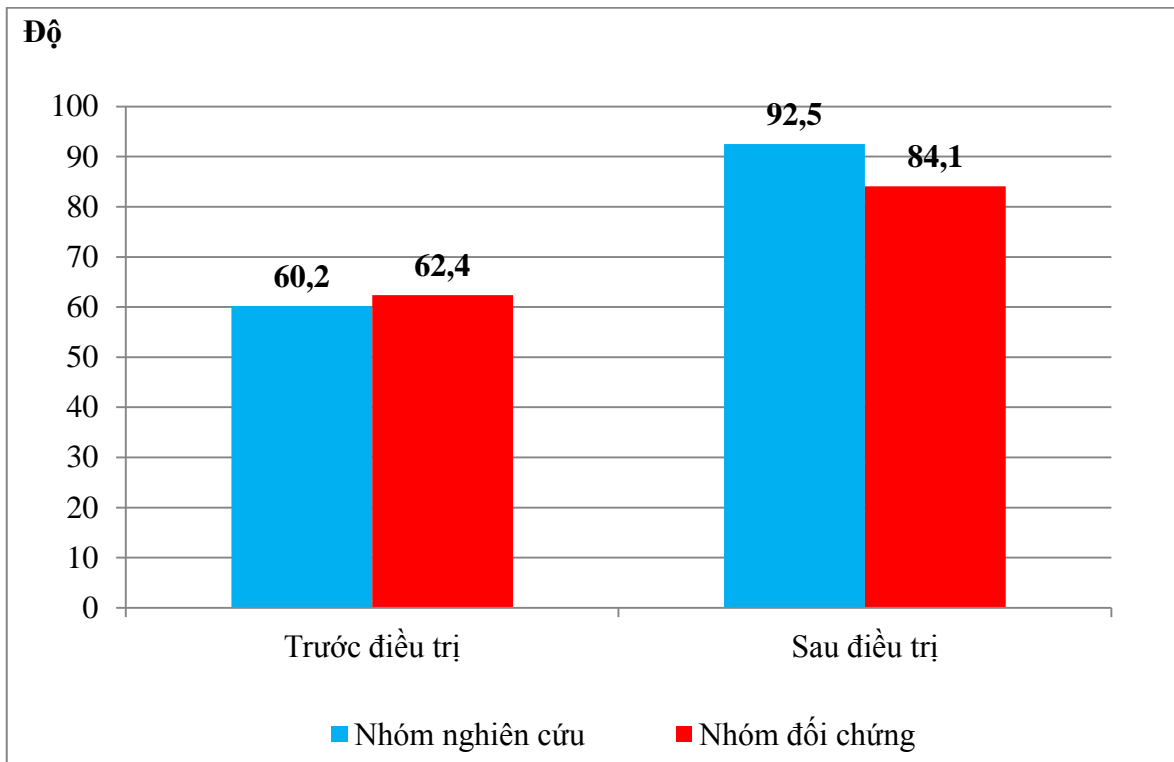
Kết quả ở biểu đồ 3.3 cho thấy sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện rõ rệt giá trị trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay trong ở cả hai nhóm, nhóm nghiên cứu tăng từ $62,2^{\circ}$ lên $93,2^{\circ}$, nhóm đối chứng tăng từ $63,1^{\circ}$ lên 88° . Giá trị trung bình tầm vận động động tác xoay trong của nhóm nghiên cứu là $93,2^{\circ}$ cao hơn của nhóm đối chứng là 88° . Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3.15. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay ngoài

Mức độ vận động	Nhóm NC (1)				Nhóm ĐC (2)			
	Trước ĐT(a)		Sau ĐT (b)		Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	24	80,0	0	0,0	9	30,0
Độ 1	6	20,0	6	20,0	14	46,7	21	70,0
Độ 2	23	76,7	0	0,0	15	50,0	0	0,0
Độ 3	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Tổng	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
P_{a-b}	<0,05				<0,05			
P_{1-2}	<0,05							

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.15 cho thấy trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai động tác xoay ngoài ở cả hai nhóm. Sau điều trị 20 ngày tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài ở cả hai nhóm có sự tăng lên rõ rệt, ở nhóm nghiên cứu tăng từ 0 lên 24 bệnh nhân (80%) ở độ 0, nhóm đối chứng tăng từ 0 lên 9 bệnh nhân (30%). Tỷ lệ ở mức độ 0 của nhóm nghiên cứu cao hơn ở nhóm đối chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p_{1-2} < 0,05$).



Biểu đồ 3.4: Biến đổi giá trị trung bình tâm vận động khớp vai động tác xoay ngoài.

Nhận xét:

Kết quả ở biểu đồ 3.4 cho thấy sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện rõ rệt giá trị trung bình tâm vận động khớp vai động tác xoay ngoài ở cả hai nhóm, nhóm nghiên cứu tăng từ $60,2^0$ lên $92,5^0$, nhóm đối chứng tăng từ $62,4^0$ lên $84,1^0$. Giá trị trung bình tâm vận động động tác xoay ngoài của nhóm nghiên cứu là $92,5^0$ cao hơn của nhóm đối chứng là $84,1^0$. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.16. Biến đổi giá trị trung bình chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987.

Chỉ số	Nhóm	Trước ĐT (1) ($\bar{X} \pm SD$)	Sau ĐT (2) ($\bar{X} \pm SD$)	P_{1-2}
Đau	Nghiên cứu (a)	1,00±2,03	13,00±2,49	< 0,05
	Đối chứng (b)	1,67±2,40	10,83±2,31	
P_{a-b}		>0,05	<0,05	
Hoạt động hàng ngày	Nghiên cứu (a)	4,90±0,31	16,67±1,06	< 0,05
	Đối chứng (b)	4,87±0,35	14,67±2,04	
P_{a-b}		>0,05	<0,05	
Khả năng vận động	Nghiên cứu (a)	15,60±3,11	33,60±2,80	< 0,05
	Đối chứng (b)	15,30±3,06	30,27±3,14	
P_{a-b}		>0,05	<0,05	
Lực khớp vai	Nghiên cứu (a)	12,73±3,07	21,37±2,74	< 0,05
	Đối chứng (b)	14,07±2,60	19,33±2,14	
P_{a-b}		>0,05	<0,05	
Tổng điểm	Nghiên cứu (a)	34,23±6,62	84,63±7,06	< 0,05
	Đối chứng (b)	35,90±4,82	75,10±7,40	
P_{a-b}		>0,05	<0,05	

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.16 cho thấy trước điều trị giá trị trung bình các chỉ số đau, hoạt động hàng ngày, lực khớp vai, khả năng vận động không có sự thay đổi đáng kể ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị giá trị trung bình các chỉ số đau, hoạt động hàng ngày, lực khớp vai, khả năng vận động của nhóm nghiên cứu cao hơn hẳn nhóm đối chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.17. Kết quả điều trị theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987.

Kết quả	Nhóm NC (1)		Nhóm ĐC (2)	
	n	%	n	%
Tốt (điểm đạt từ 85-100)	21	70	12	40
Khá (điểm đạt từ 75-84)	7	23,3	8	26,7
Trung bình- kém (điểm đạt <75)	2	6,7	10	33,3
Tổng	30	100,0	30	100,0
P ₁₋₂	<0,05			

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.17 cho thấy sau 20 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu có 21 bệnh nhân đạt kết quả tốt (70%), 7 bệnh nhân đạt kết quả khá (23,3%) và 2 bệnh nhân đạt kết quả trung bình- kém, ở nhóm đối chứng có 12 bệnh nhân đạt kết quả tốt (40%), 8 bệnh nhân đạt kết quả khá (26,7%) và 10 bệnh nhân đạt kết quả trung bình- kém. Ở nhóm nghiên cứu có 21 bệnh nhân (70%) điều trị đạt kết quả tốt, trong khi đó ở nhóm đối chứng chỉ có 12 bệnh nhân (40%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.4. Biến đổi một số chỉ số cận lâm sàng

Bảng 3.18. Biến đổi của hình ảnh siêu âm khớp vai ở bệnh nhân nghiên cứu.

Thời điểm nghiên cứu Kết quả SA khớp vai	Nhóm nghiên cứu (1)				Nhóm chứng (2)			
	Trước ĐT		Sau ĐT		Trước ĐT		Sau ĐT	
	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)
	n	%	n	%	n	%	n	%
Khớp vai bình thường	6	20,0	20	66,7	8	26,7	16	53,3
Có vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu	14	46,7	6	20,0	13	43,3	8	26,7
Có bao thanh mạc giãn to	6	20,0	3	10,0	3	10,0	4	13,3
Có dải tăng âm trong gân	4	13,3	1	3,3	6	20,0	2	6,7
Có vùng giảm âm trong gân	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
p_{a-b}	$< 0,05$				$< 0,05$			
p_{1-2}	$< 0,05$							

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.18 cho thấy sau 20 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ hình ảnh siêu âm bình thường từ 20% tăng lên 66,7%. Giảm hình ảnh khớp vai có dải tăng âm từ 13,3% xuống 3,3%, hình ảnh siêu âm khớp vai có vòng trống âm quanh gân nhị đầu giảm từ 46,7% xuống 20%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ở nhóm đối chứng đối với khớp vai có siêu âm bình thường sau điều trị có tăng lên gấp đôi (8 so với 16) có sự khác biệt thống kê với $p < 0,05$. Siêu âm có vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu, có bao thanh mạc giãn to, có dải tăng âm trong gân có số bệnh nhân giảm đi nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.19. Biến đổi của hình ảnh phim X – quang khớp vai ở bệnh nhân nghiên cứu

Thời điểm nghiên cứu Kết quả X-quang khớp vai	Nhóm nghiên cứu (1)				Nhóm chứng (2)			
	Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)		Trước ĐT (a)		Sau ĐT (b)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Khớp vai bình thường	20	66,7	25	83,3	24	80,0	24	80,0
Canxi hóa dây chằng	8	26,7	3	10	4	13,3	4	13,3
Gai xương	2	6,6	2	6,7	2	6,7	2	6,7
Tổng	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
p_{a-b}	< 0,05				>0,05			
p_{1-2}	<0,05							

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.19 cho thấy sau 20 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu hình ảnh khớp vai bình thường tăng từ 66,7% lên 83,3%. Số bệnh nhân có hình ảnh canxi hóa dây chằng giảm từ 26,7% xuống 10%, số bệnh nhân có hình ảnh gai xương là 2 bệnh nhân. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ở nhóm đối chứng hình ảnh khớp vai bình thường không thay đổi (80%). Sự khác biệt trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.5. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Bảng 3.20. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu ở bệnh nhân nghiên cứu

Thời điểm nghiên cứu Chỉ số cận lâm sàng	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p ₁₋₂
	Trước ĐT (1)	Sau ĐT (2)	Trước ĐT (1)	Sau ĐT (2)	
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Hồng cầu (T/l)	4,9±0,5	4,9±0,5	4,8±0,5	4,9±0,5	>0,05
Hemoglobin (g/l)	148,1±11,9	148,5±12,3	149,3±10,4	150,5±9,6	>0,05
Bạch cầu (G/l)	5,9±0,9	5,9±0,8	6,4±1,1	6,3±1,1	>0,05
Tiểu cầu (G/l)	281,3±57,3	281,7±57,5	317,4±67,0	317,8±66,6	>0,05
Ure (μmol/l)	4,0±0,7	4,0±0,7	4,0±0,6	3,9±0,6	>0,05
Creatinin (μmol/l)	78,8±10,6	77,8±9,7	81,0±10,9	80,8±10,0	>0,05
AST (UI)	19,7±3,6	20,2±3,0	21,3±3,5	21,3±2,8	>0,05
ALT (UI)	19,4±4,5	19,8±4,0	19,2±5,2	19,9±4,1	>0,05

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.20 cho thấy sau 20 ngày điều trị, ở nhóm chứng và nhóm nghiên cứu 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 ($p > 0,05$).

Bảng 3.21. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Triệu chứng	Nhóm NC	Nhóm ĐC	Tổng số
	n	N	
Đau tăng	1	0	1
Chảy máu	2	2	4
Tổng số	3	2	5

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.21 cho thấy sau 20 ngày điều trị cho 60 bệnh nhân ở cả hai nhóm thì thấy nhóm nghiên cứu có 1 bệnh nhân đau tăng nhẹ, 2 bệnh nhân chảy máu nhẹ sau khi châm. Ở nhóm đối chứng có 2 bệnh nhân chảy máu nhẹ sau khi châm.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.1) cho thấy bệnh nhân Viêm quanh khớp vai có thể gặp ở mọi lứa tuổi ở người trưởng thành. Sự phân bố tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi cho thấy đa số các bệnh nhân Viêm quanh khớp vai ở tuổi trên 50 tuổi (68,4%) chiếm đa số, trong đó tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi là cao nhất (36,7%). Chỉ có một số ít bệnh nhân mắc bệnh dưới 40 tuổi (10%).

Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Chung Khánh Bằng [3] cho thấy đa số bệnh nhân VQKV có độ tuổi trên 50 tuổi (67,16%), Nguyễn Cẩm Châu và cộng sự [14] đã tổng kết VQKV thể đơn thuần thường gặp ở lứa tuổi 40- 60 tuổi với 68,75%, nghiên cứu của Vũ Thị Duyên Trang [33] cho thấy bệnh nhân VQKV trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao với 71,8%, nghiên cứu của Võ Đại Quỳnh [40] cho thấy bệnh nhân VQKV ở độ tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,6%.

Kết quả của chúng tôi cao hơn với nghiên cứu của Đoàn Quang Huy [19] cho thấy đa số bệnh nhân VQKV ở độ tuổi trên 50 tuổi chiếm 58,34%, nghiên cứu của Lương Thị Dung [17] cho thấy tỷ lệ bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao với 60%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Lược [25] cho thấy phần lớn bệnh nhân VQKV ở độ tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,7%.

Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đoàn Quốc Sỹ [28] cho thấy bệnh nhân VQKV ở độ tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 88,7%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga [26] cho thấy bệnh nhân VQKV trên 50 tuổi chiếm đa số với 76,3%.

Có sự khác nhau về kết quả nghiên cứu như trên là do phạm vi và sự khống chế về thời gian nghiên cứu của chúng tôi chỉ lấy được bệnh nhân với số lượng ít, cỡ mẫu không đủ lớn để có thể đánh giá về được độ tuổi mắc bệnh đáng tin cậy của bệnh nhân.

4.1.2. Đặc điểm về giới

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2) cho thấy có sự chênh lệch về giới giữa nam và nữ ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai. Trong số 60 bệnh nhân nghiên cứu thì có 36 bệnh nhân (60%) là nữ giới và chỉ có 24 bệnh nhân (40%) là nam giới ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả đã công bố như Lê Thị Kiều Hoa, Nguyễn Hữu Huyền [23], Nguyễn Thị Nga [26], Đặng Ngọc Tân [29] cũng đưa ra nhận xét tỷ lệ mắc bệnh VQKV ở nữ cao hơn nam.

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỉ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam là do phụ nữ có ý thức quan tâm tới sức khỏe của bản thân hơn nên tới khám và điều trị nhiều hơn, cấu trúc xương của phụ nữ dễ tổn thương hơn. Tuy nhiên chúng tôi mới chỉ nghiên cứu với số lượng ít bệnh nhân, nếu nghiên cứu với số lượng lớn hơn thì tỉ lệ giữa nam và nữ có thể khác so với nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.3) cho thấy bệnh viêm quanh khớp vai gặp ở tất cả các nghề, nhưng nhóm bệnh nhân VQKV là hưu trí chiếm tỉ lệ cao nhất (36,7%), thấp nhất là nhóm bệnh nhân làm công nhân với 11,7%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Đoàn Quốc Sỹ [28], Nguyễn Thị Lực [25], Nguyễn Thị Nga [26], Lương Thị Dung [17], các tác giả khi nghiên cứu cũng đưa ra nhận xét nhóm bệnh nhân hưu trí có tỷ lệ mắc bệnh VQKV cao hơn.

Có kết quả nghiên cứu như trên là do bệnh nhân tuổi nghỉ hưu có sự thoái hóa của các nhóm cơ xoay do hoạt động lâu dài và nhiều, đồng thời do các vi chấn thương liên tiếp bởi sự cọ xát của móm cùng- quạ là yếu tố thuận lợi gây nên VQKV thể đơn thuần.

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.4) cho thấy đa số bệnh nhân

nghiên cứu có thời gian bị bệnh dưới 3 tháng (88,3%), số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chỉ chiếm 11,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả Đoàn Quang Huy [19] cho thấy đa số bệnh nhân mắc bệnh dưới 3 tháng (62,5%), nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân [29] thì thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1 đến 3 tháng đối với bệnh nhân VQKV thể viêm gân(81,8%), nghiên cứu của Võ Đại Quỳnh [40] thì thời gian mắc bệnh chủ yếu là dưới 3 tháng (81,7%).

4.1.5. Vị trí khớp vai mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.5) cho thấy ở cả hai nhóm số bệnh nhân Viêm quanh khớp vai bên phải cao hơn bên trái. Ở nhóm nghiên cứu là 55%, còn ở nhóm chứng là 45%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về vị trí khớp vai bị bệnh cũng phù hợp với nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân [29], tổn thương vai phải chiếm 68,2%, nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng [18] cho thấy tỷ lệ tổn thương vai phải là 53,3%, nghiên cứu của Lê Thị Hoài Anh [1] thì tỷ lệ tổn thương vai phải là 56%.

4.2. ĐẶC ĐIỂM ĐAU VÀ HẠN CHẾ VẬN ĐỘNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM QUANH KHỚP VAI

4.2.1. Đặc điểm đau của bệnh nhân viêm quanh khớp vai

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi(bảng 3.6) cho thấy 100% bệnh nhân VQKV có triệu chứng đau vai, trong đó tỷ lệ đau nhiều và đau vừa ở cả hai nhóm chiếm tỷ lệ 88,4% (53 bệnh nhân), đau không chịu nổi chiếm 11,7% (7 bệnh nhân). Không có sự khác biệt về đặc điểm mức độ đau giữa hai nhóm trong nghiên cứu ($p > 0,05$).

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

Nguyễn Thị Nga [26] điều trị VQKV bằng thuốc và vật lý trị liệu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đau trung bình là cao nhất với 66,7%, đau nặng là 33,3% và không có bệnh nhân nào đau nhẹ.

Nghiên cứu của Chung Khánh Bằng [3] điều trị VQKV bằng tân châm cho kết quả là tỷ lệ bệnh nhân đau nặng và đau vừa đều là 41,8%, đau nhẹ chiếm 16,4%.

Nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân [29] với phương pháp tiêm corticois dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong điều trị VQKV cho thấy bệnh nhân đau ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 78,8%, đau nhiều chiếm 21,2% và không có bệnh nhân nào đau nhẹ.

4.2.2. Tầm hạn chế vận động khớp vai của bệnh nhân viêm quanh khớp vai

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi được trình bày ở bảng 3.7 đến 3.9 cho thấy 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai trong đó hạn chế vận động khớp vai động tác dạng, chủ yếu ở mức độ 2 (78,3% ở cả 2 nhóm), tầm vận động trung bình của cả hai nhóm là $94,8 \pm 19,6$. Hạn chế vận động động tác xoay trong chiếm đa số là độ 1 và độ 2, tầm vận động trung bình của cả hai nhóm là $62,6 \pm 13,6$. Hạn chế vận động động tác xoay ngoài chiếm đa số ở độ 1 và độ 2, trong đó độ 2 chiếm cao nhất với 61,7%, tầm vận động trung bình của cả hai nhóm là $61,3 \pm 13,3$.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả như Lương Thị Dung[17], Lê Hoài Anh [1], Vũ Thị Duyên Trang [33] cũng đồng ý và cho rằng 100% bệnh nhân đều có hạn chế vận động khớp vai và chiếm phần lớn là mức độ vừa và nặng.

Theo một số tác giả thì đau dù là lần đầu tiên thường phối hợp với hạn chế vận động khớp vai nếu không để ý trong động tác. Đầu tiên là hạn chế vận động bắt đầu từ động tác dạng, tiếp theo là hạn chế động tác gấp 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 [17].

4.3. ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM QUANH KHỚP VAI

4.3.1. Đặc điểm siêu âm khớp vai

Nguyên nhân chủ yếu của VQKV theo Codman là 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 nhị đầu . Chúng tôi sử dụng siêu âm như một phương pháp để đánh giá sự phát hiện những tổn thương phần mềm quanh khớp vai, mặt khác nhằm phát hiện những tổn thương đứt gân để loại trừ bệnh nhân khỏi nghiên cứu [3].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.10 cho thấy tỷ lệ phát hiện tổn thương bằng siêu âm ở cả hai nhóm là rất cao (76,7%), tỷ lệ không phát hiện được tổn thương chỉ có 23,3%. Trong số những tổn thương được phát hiện thì hình ảnh vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu là cao nhất ở cả hai nhóm với 45%, bao thanh mạc giãn to là 15%, có dải tăng âm trong gân là 16,7%.

Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Lực [25] cho rằng siêu âm phát hiện được 88% các tổn thương VQKV, Chung Khánh Bằng [3] cho rằng siêu âm phát hiện được 83,5% các tổn thương VQKV.

4.3.2. Đặc điểm X- quang khớp vai.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.11 cho thấy phần lớn không phát hiện được tổn thương (76,7%) ở cả hai nhóm. Trong số các tổn thương được phát hiện trên X- quang thì tổn thương canxi hóa dây chằng chiếm 16,7% trong đó nhóm nghiên cứu là 20% và nhóm đối chứng là 13,3%, gai xương chiếm 6,7%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng [18], Đoàn Quang Huy [19], Lương Thị Dung [17] cho rằng khi chụp X-quang đa số không phát hiện tổn thương .

Một số tác giả cho rằng vì tổn thương của bệnh là các tổn thương phần mềm quanh khớp nên khi các tổn thương còn nhẹ ở giai đoạn sớm của bệnh hình ảnh X-quang khớp vai quy ước thường là bình thường [3].

4.4. BÀN VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA SÓNG XUNG KÍCH KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẨM HUYỆT

4.4.1. Sự thay đổi độ mức độ đau

Đau là triệu chứng chính để chẩn đoán VQKV và cũng là triệu chứng để quan sát sự tiến triển của bệnh trong quá trình điều trị. Để đánh giá hiệu quả điều trị chúng tôi sử dụng thang điểm VAS để lượng giá mức độ đau theo điểm số.

Kết quả ở biểu đồ 3.1 cho thấy không có sự khác biệt về giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS giữa 2 nhóm nghiên cứu ở thời điểm trước điều trị nhưng có sự khác biệt rõ ràng sau 20 ngày điều trị giữa 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, điểm trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ 6,9 xuống 0,8, điểm trung bình của nhóm đối chứng từ 6,7 giảm xuống 1,7. Điều này cho thấy kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện tình trạng giảm đau tốt hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt này giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả ở bảng 3.12 cho thấy sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân không đau và đau ít của cả hai nhóm đều tăng lên rõ rệt so với trước điều trị. Trong đó mức độ không đau của nhóm nghiên cứu là 60%, của nhóm chứng là 20%. Mức độ đau ít của nhóm nghiên cứu là 40%, của nhóm chứng là 76,7%. Cả hai nhóm không có bệnh nhân nào đau nhiều và đau không chịu nổi. Như vậy phương pháp điều trị ở cả 2 nhóm đều có hiệu quả giảm đau rõ rệt. Đặc biệt mức độ giảm đau ở nhóm nghiên cứu cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Ở cả hai nhóm nghiên cứu chúng tôi đều sử dụng phương pháp nền là điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Vì vậy sự chênh lệch về tác dụng giảm đau giữa hai nhóm là do hiệu quả điều trị của sóng xung kích mang lại. Sóng xung kích (Sockwave) là một sóng âm có năng lượng cao biến đổi áp lực đột ngột, biên độ lớn và ngắt quãng, dùng để điều trị các điểm đau, các mô xơ hoặc cơ

xương bị tổn thương bán cấp và mãn tính. Khi sử dụng phương pháp sóng xung kích có tác dụng cải thiện sự trao đổi chất và vi tuần hoàn, hoạt hóa dưỡng bào, kích thích sản xuất ra collagen, phá vỡ các điểm vôi hóa, giảm căng cơ, ức chế sự co thắt của các cơ, tăng chuyển hóa nhóm gân, mô cơ, giảm phù nề các tổ chức quanh khớp vai nên tăng cường khả năng giảm đau khớp vai [40].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga [26] 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.

Theo nghiên cứu của Võ Đại Quỳnh [40] điều trị VQKV thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp với sóng xung kích cho kết quả 56,7% bệnh nhân hết đau.

4.4.2. Sự thay đổi tầm vận động khớp vai theo McGill- McROMI

Để đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp sóng xung kích kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị VQKV thể đơn thuần thì sự biến đổi tầm vận động khớp vai là một trong hai mục tiêu quan trọng của phương pháp này. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá tầm vận động khớp vai của các bệnh nhân qua động tác dạng vai, động tác xoay trong và động tác xoay ngoài.

Theo tác giả Trần Ngọc Ân thì một khớp vai bình thường nếu không vận động chỉ sau vài tuần đã gây nên tình trạng thiếu máu tổ chức ở trong sâu, giảm lưu thông dịch gây phù nề, giảm chuyển hóa của tổ chức gây teo cơ, thoái hóa mỡ, mất tính đàn hồi của gân, cơ, dây chằng, bao khớp, loãng xương, cuối cùng là tình trạng cứng khớp [2]. Vì thế đối với bệnh nhân viêm quanh khớp vai nếu chỉ chú trọng điều trị giảm đau cho bệnh nhân mà không sử dụng các phương pháp điều trị để cải thiện tầm vận động khớp vai thì kéo theo các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân khó khăn làm ảnh hưởng đến chất lượng sống. Như vậy sẽ dẫn đến vòng xoắn bệnh lý nhóm khớp vai tăng lên, các triệu chứng đau và cứng khớp sẽ tái xuất hiện.

Ở biểu đồ 3.4 và bảng 3.15 cho thấy sau 20 ngày điều trị tầm vận động trung bình động tác xoay ngoài từ $62,4^0$ tăng lên $92,5^0$ ở nhóm nghiên cứu, còn ở nhóm đối chứng động tác xoay ngoài từ $60,2^0$ tăng lên $84,1^0$. Sự cải thiện mức độ hạn chế động tác xoay ngoài ở nhóm nghiên cứu với 23 bệnh nhân gần hoàn toàn (độ 0) và ở nhóm đối chứng là 10 bệnh nhân (độ 0). Như vậy tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu sau điều trị có động tác xoay ngoài khớp vai ở độ 0 nhiều hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Ở biểu đồ 3.3 và bảng 3.14 cho thấy sau 20 ngày điều trị, mức độ vận động khớp vai ở động tác xoay trong cả hai nhóm tăng lên rõ rệt trong đó ở nhóm nghiên cứu tăng từ 0% lên 76,7% (độ 0), nhóm đối chứng tăng từ 0% lên 33,3% (độ 0). Như vậy phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm tăng rõ rệt tầm vận động khớp vai ở động tác xoay trong ($p < 0,05$) và mức độ tăng tầm vận động khớp vai ở động tác xoay trong của nhóm nghiên cứu có sử dụng sóng xung kích kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt cao hơn nhóm đối chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Ở biểu đồ 3.2 và bảng 3.13 cho thấy sau 20 ngày điều trị, tầm vận động động tác dạng từ $97,4^0$ tăng lên $165,2^0$ ở nhóm nghiên cứu, ở nhóm đối chứng động tác dạng từ $92,2^0$ tăng lên $149,1^0$. Sự cải thiện mức độ hạn chế động tác dạng ở nhóm nghiên cứu với 26 bệnh nhân độ 0 còn ở nhóm đối chứng là 17 bệnh nhân. Trước điều trị sự phân bố bệnh nhân theo mức độ vận động động tác dạng của cả hai nhóm là tương đương nhau ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị thì động tác dạng vai của cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt so với trước điều trị. Trong đó ở nhóm nghiên cứu mức độ vận động của động tác dạng vai tăng từ 0% lên 86,7% ở độ 0 và nhóm đối chứng tăng từ 0% lên 56,7% ở độ 0. Như vậy sau 20 ngày điều trị thì sự cải thiện mức độ vận động của động tác dạng vai của nhóm nghiên cứu là cao hơn nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ở biểu đồ 3.3 và bảng 3.14 cho thấy sau 20 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu, tầm vận động trung bình động tác xoay trong từ $62,3^0$ tăng lên $93,2^0$, còn ở nhóm chứng động tác xoay trong từ $63,1^0$ tăng lên 88^0 . Sự cải thiện mức độ hạn chế động tác xoay trong ở nhóm nghiên cứu với 23 bệnh nhân có tầm vận động gần như hoàn toàn bình thường (độ 0) và ở nhóm đối chứng là 10 bệnh nhân (độ 0).

Trước điều trị, mức độ vận động khớp vai ở động tác xoay trong của hai nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai ở động tác xoay trong của cả hai nhóm có sự tăng lên rõ rệt. Trong đó ở nhóm nghiên cứu độ 0 tăng từ 0% lên 76,7%, nhóm đối chứng độ 0 tăng từ 0% lên 33,3%. Như vậy phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm tăng rõ rệt tầm vận động khớp vai ở động tác xoay trong. Sự cải thiện mức độ vận động khớp vai ở động tác xoay trong ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tịnh Tiến [34] và cộng sự cho rằng sóng xung kích có khả năng cải thiện tốt tầm vận động động tác dạng khớp vai là 82,36%, ở động tác xoay ngoài khớp vai là 72,55% và ở động tác xoay trong khớp vai là 64,71%.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Châu và cộng sự [14] 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%.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga [26] điều trị VQKV đạt kết quả tốt ở động tác dạng vai là 40%, động tác xoay trong là 43,3% và động tác xoay ngoài là 46,7%.

Nghiên cứu của Lê Thị Hoài Anh [1] điều trị VQKV bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu cho thấy ở nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu phục hồi tốt hơn so với 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).

Nghiên cứu của Võ Đại Quỳnh [40] điều trị VQKV thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp với sóng xung kích đạt kết quả tốt với động tác dạng là 83,3%, động tác xoay trong là 80% và động tác xoay ngoài là 80%.

Như vậy sau 20 ngày điều trị thì sự cải thiện của tầm vận động khớp vai ở động tác xoay trong, xoay ngoài và động tác dạng của nhóm nghiên cứu dùng sóng xung kích kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt cao hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự cải thiện tầm vận động khớp vai theo chiều hướng tốt như thế này là do sóng xung kích có tác dụng cải thiện sự trao đổi chất và vi tuần hoàn, hoạt hóa dưỡng bào, kích thích sản xuất ra collagen, phá vỡ các điểm vôi hóa và giảm căng cơ, ức chế co thắt của cơ bắp do đó làm tăng tầm vận động của khớp vai. Đồng thời điện châm có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau, khi mức độ đau giảm thì tầm vận động khớp vai cũng được cải thiện tốt. Mặt khác xoa bóp bấm huyệt có tác dụng làm tăng cường nuôi dưỡng, phục hồi các cơ mệt mỏi và đồng thời tác dụng tới quá trình tiết dịch và tuần hoàn của khớp, chống viêm, sưng nề tại ổ khớp, góp phần phục hồi chức năng vận động của khớp. Ngoài ra xoa bóp bấm huyệt còn kích thích tạo ra cung phản xạ mới có tác dụng ức chế hoặc phá vỡ cung phản xạ bệnh lý đã hình thành trước đó nên có tác dụng làm giảm cơn đau, giảm sự co cơ. Chính vì có sự kết hợp của cả sóng xung kích, điện châm và xoa bóp bấm huyệt nên tầm vận động của khớp vai được cải thiện nhanh chóng.

4.4.3. Kết quả điều trị

Hiệp hội Quốc tế nghiên cứu về đau định nghĩa: “Đau là một thử thách khó chịu về cảm giác và về xúc cảm đi liền với những tổn thương của tổ chức có thực hoặc có thể đau còn được mô tả như là những tổn thương đó còn tồn tại. Chắc chắn đó là một cảm giác nhận thấy trong một hoặc nhiều phần cơ thể, bao giờ cũng là khó chịu và vì thế nó là một thử thách về xúc cảm”. Như

vậy, đau bao giờ cũng có phần chủ quan, là cảm giác phức tạp có sự tham gia của nhiều hệ thống chức năng khác nhau vì vậy, đau kéo dài sẽ gây ảnh hưởng xấu đến cả thể chất và tinh thần người bệnh, gây nhiều hạn chế trong đời sống sinh hoạt và lao động.

Đau và hạn chế vận động là hai triệu chứng thường gặp, cũng là vấn đề làm cho bệnh nhân phải đi điều trị. Sự co kéo các tổ chức liên kết bao gồm gân cơ, dây chằng, bao khớp... làm giảm hoạt động của khớp vai, đặc biệt là làm giảm tầm vận động khớp vai. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi mới Constant CR và Murley A.H.G 1987 để đánh giá một cách toàn diện về mức độ đau, hoạt động trong cuộc sống hàng ngày, tình trạng của người bệnh và sức nâng của vai nên việc đánh giá kết quả điều trị sẽ khách quan hơn.

Ở bảng 3.16 cho chúng ta thấy chỉ số hoạt động hàng ngày có sự khác biệt nhau rất rõ ràng ở trước và sau điều trị 20 ngày. Sau 20 ngày điều trị thì chỉ số hoạt động hàng ngày của nhóm nghiên cứu là 16,67 lớn hơn nhóm đối chứng là 14,67, giữa hai nhóm có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chỉ số khả năng vận động giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng có sự thay đổi lớn sau 20 ngày điều trị, điểm trung bình của nhóm nghiên cứu tăng từ 15,60 lên 33,60 và ở nhóm đối chứng từ 15,13 tăng lên 29,70.

Lực nâng khớp vai sau 20 ngày điều trị cũng có sự thay đổi lớn ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm điều trị trong đó nhóm nghiên cứu từ 12,73 lên 21,37 và nhóm đối chứng từ 14,07 lên 19,60.

Chỉ số đau, trước điều trị thì điểm trung bình nhóm nghiên cứu là 1 và nhóm đối chứng là 1,67. Tuy nhiên đến thời điểm sau 20 ngày điều trị thì điểm trung bình của nhóm nghiên cứu tăng lên là 13,0 trong khi đó nhóm đối chứng có điểm trung bình là 10,83, thấp hơn so với nhóm nghiên cứu.

Như vậy kết quả ở bảng 3.16 cho thấy sau 20 ngày điều trị các chỉ số theo dõi như đau, hoạt động hàng ngày, khả năng hoạt động khớp vai, năng lực khớp vai giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở tất cả các mục.

Kết quả ở bảng 3.17 cho thấy sau đợt điều trị bằng sóng xung kích kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt có 21 bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị loại tốt (70%), 7 bệnh nhân đạt kết quả loại khá (23,3%) và 2 bệnh nhân đạt kết quả trung bình-kém (6,7%). Ở nhóm điều trị bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt có 12 bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị loại tốt (40%), 8 bệnh nhân đạt kết quả khá (26,7%) và 10 bệnh nhân đạt kết quả trung bình-kém (33,3%), sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy sử dụng sóng xung kích kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt cho hiệu quả điều trị cao hơn khi chỉ sử dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt.

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

Nghiên cứu của Vũ Thị Duyên Trang [33] trên 60 bệnh nhân với nhóm vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu cho kết quả tốt và rất tốt là 62,5%, khá là 28,1% và trung bình là 9,4%.

Nghiên cứu của Lương Thị Dung [17] về hiệu quả điều trị của bài thuốc Quyên tí thang kết hợp với điện châm và vận động trị liệu ở nhóm nghiên cứu cho kết quả rất tốt là 36,7%, tốt là 33,3%, khá là 23,3%. ở nhóm đối chứng cho kết quả là 3,3% rất tốt, tốt là 30% và khá là 33,3%.

Nghiên cứu của Võ Đại Quỳnh [40] về hiệu quả của điện châm kết hợp sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần ở nhóm nghiên cứu cho kết quả tốt là 63,3%, khá là 26,7%, trung bình là 10%. Ở nhóm đối chứng cho kết quả là 36,7% là tốt, 20% khá và trung bình là 43,3%.

Theo quan niệm của YHCT, đau là do khí huyết không lưu thông (bất thông tắc thông). Châm có tác dụng điều khí, khí hòa thì huyết hòa, huyết hòa thì kinh mạch thông do đó hết đau. Tác dụng điều trị trong châm là sự phối hợp tác dụng của các huyệt, dựa theo kinh nghiệm thực tế và theo kết quả điều trị đạt được trong các nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước

[6], [50] cùng phương pháp chọn huyết dựa trên lý luận y học cổ truyền nên trong nghiên cứu này chúng tôi chọn châm các huyết Hợp cốc, Khúc trì, Tý nhu, Kiên ngung, Ngoại quan, Kiên liêu, Kiên trinh, Thiên tông, có tác dụng điều trị đau vùng vai, cánh tay, đau vai gáy, viêm quanh khớp vai với liệu trình 25 phút/lần x 20 lần. Theo kinh nghiệm, thời gian cần thiết cho một lần điện châm là 25- 30 phút. Đây cũng là thời gian cần thiết để hoạt hoá các hệ thống kiểm soát đau ở trung ương, để cơ thể tiết ra các chất có tác dụng ngăn chặn cảm giác đau như một số công trình nghiên cứu trên thực nghiệm được một số tác giả đề cập tới. Điện châm cũng có tác dụng điều khí hòa huyết, lập lại thăng bằng âm dương, đó cũng là mục đích cuối cùng của châm cứu chữa bệnh. Kết hợp xoa bóp bấm huyết với các động tác xát, day, lăn, bóp, vòn, bấm huyết có tác dụng chống viêm, sưng nề tại khớp, tăng cường nuôi dưỡng, phục hồi các cơ bị mệt mỏi, góp phần phục hồi chức năng vận động của khớp. Ở nhóm điều trị bằng sóng xung kích chúng tôi đã sử dụng phác đồ điều trị bằng sóng xung kích theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng của Bộ Y tế [5], sóng xung kích là sóng âm có năng lượng cao biến đổi áp lực đột ngột, biên độ lớn và ngắn quãng có tác dụng tăng chuyển hóa nhóm gân, mô cơ, giảm phù nề các tổ chức quanh khớp vai nên tăng cường khả năng giảm đau khớp vai [40]. Từ các phân tích trên cho thấy sử dụng sóng xung kích kết hợp điện châm, XBBH không những có tác dụng giảm đau mà còn nhanh chóng khôi phục tâm vận động khớp vai, cải thiện chức năng hoạt động khớp vai ở người bệnh VQKV thể đơn thuần. Đây cũng là đóng góp của nghiên cứu này trên lâm sàng, giúp các thầy thuốc có thêm lựa chọn phương pháp điều trị cho bệnh nhân VQKV, đặc biệt là đối với những trường hợp bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý thuộc hệ tiêu hóa, hoặc các bệnh lý suy giảm chức năng gan, thận, không thể hoặc cần hạn chế sử dụng thuốc giảm đau, chống viêm.

4.5. BÀN LUẬN VỀ CÁC KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM VÀ CẬN LÂM SÀNG

4.5.1. Bàn về kết quả chụp X- quang khớp vai

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.19 cho thấy sau điều trị ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ canxi hóa dây chằng giảm từ 8 bệnh nhân (26,7%) xuống còn 3 bệnh nhân (10%), tỷ lệ bệnh nhân không phát hiện bất thường tăng từ 20 bệnh nhân (66,7%) lên 25 bệnh nhân (83,3%), tỷ lệ gai xương trên phim không thay đổi trước và sau điều trị. Ở nhóm đối chứng không có sự thay đổi trước và sau điều trị.

Kết quả phim chụp X-quang này cho thấy sóng xung kích có tác dụng hỗ trợ điều trị nguyên nhân gây đau khớp vai rất tốt.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như:

Nghiên cứu của Avancini- Dobrovic cho rằng liệu pháp sóng xung kích điều trị tổn thương canxi hóa vùng vai giúp giảm đau, tăng tầm vận động và sức cơ. Ông còn cho thấy rằng trên phim X-quang có sự giảm kích thước vùng canxi hóa chóp xoay [63]

Nghiên cứu của Cacchio.A và cộng sự khi nghiên cứu trên thể bệnh canxi hóa gân và cho rằng có 86,6% bệnh nhân mất hoàn toàn canxi [52].

4.5.2. Bàn về kết quả siêu âm khớp vai

Kết quả ở bảng 3.18 cho thấy sau 20 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ hình ảnh siêu âm bình thường từ 20% tăng lên 66,7%. Giảm hình ảnh khớp vai có dải tăng âm từ 13,3% xuống 3,3%, hình ảnh siêu âm khớp vai có vòng trống âm quanh gân nhị đầu giảm từ 46,7% xuống 20%. Ở nhóm đối chứng đối với khớp vai có siêu âm bình thường sau điều trị có tăng lên gấp đôi (8 so với 16). Siêu âm có vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu, có bao thanh mạc giãn to, có dải tăng âm trong gân có số bệnh nhân giảm đi nhưng không đáng kể.

Kết quả siêu âm cho thấy sóng xung kích có tác dụng hỗ trợ điều trị nguyên nhân gây đau khớp vai rất tốt. Đó là do sóng xung kích có tác dụng

cải thiện sự trao đổi chất và vi tuần hoàn, hoạt hóa dưỡng bào, kích thích sản xuất ra collagen, phá vỡ các điểm vôi hóa và giảm căng cơ, ức chế co thắt của cơ bắp do đó làm tăng tầm vận động của khớp vai .

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Tịnh Tiến [34] cho rằng sử dụng sóng xung kích có giá trị trong điều trị VQKV.

Võ Đại Quỳnh [40] cho rằng sóng xung kích hỗ trợ điều trị, cải thiện chức năng khớp vai.

4.5.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

4.5.3.1. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu

- Kết quả ở bảng 3.20 cho thấy các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng như chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinin, AST, ALT gần như không thay đổi so với trước điều trị và đều nằm trong giới hạn bình thường. Không có 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 sử dụng sóng xung kích kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt 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.

4.5.3.2. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

- Kết quả ở bảng 3.21 trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 5 trường hợp trên lâm sàng có triệu chứng không mong muốn như chảy máu nhẹ có 4 trường hợp trong đó ở nhóm nghiên cứu có 2 trường hợp và nhóm đối chứng có 2 trường hợp, đau tăng nhẹ có 1 trường hợp ở nhóm nghiên cứu.

- Chúng tôi cho rằng tình trạng đau tăng lên nhẹ là do bệnh nhân chưa thích nghi được với sóng xung kích, triệu chứng này cũng được khuyến cáo là tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của sóng xung kích khi được điều trị lần đầu. Ở các lần điều trị tiếp theo thì không còn ghi nhận tình trạng đau tăng lên của bệnh nhân.

- Với 4 trường hợp chảy máu nhẹ sau khi điều trị ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, chúng tôi cho rằng đây là tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm trên lâm sàng.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu kết quả của sóng xung kích kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị VQKV thể đơn thuần, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Sóng xung kích kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả giảm đau và cải thiện tầm vận động khớp vai trong điều trị Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

- Đối với mức độ cải thiện tình trạng đau: 60% bệnh nhân hết đau ở nhóm nghiên cứu và 20% bệnh nhân hết đau ở nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Điểm trung bình của mức độ đau nhóm nghiên cứu từ 6,9 giảm xuống còn 0,8 sau điều trị, giảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng sử dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt ($p < 0,05$).

- Ở nhóm nghiên cứu, tầm vận động trung bình động tác xoay ngoài khớp vai tăng lên $92,5^0$ sau điều trị, tăng cao hơn so với nhóm chứng là $84,1^0$, tầm vận động trung bình động tác xoay trong khớp vai từ $62,3^0$ tăng $93,2^0$ sau điều trị, tăng cao hơn so với nhóm chứng là 88^0 , tầm vận động trung bình động tác dạng khớp vai từ $97,4^0$ tăng lên là $165,2^0$, tăng cao hơn so với nhóm đối chứng là $149,1^0$.

2. Sử dụng sóng xung kích kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị VQKV thể đơn thuần

- Sóng xung kích kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt không ảnh hưởng đến chức năng tạo máu cũng như chức năng gan, thận của người bệnh.

- Đau tăng lên nhẹ chỉ có 1 trường hợp sau điều trị bằng sóng xung kích ở nhóm nghiên cứu, chảy máu nhẹ chỉ có 4 trường hợp trong đó ở nhóm nghiên cứu có 2 trường hợp và nhóm đối chứng có 2 trường hợp.

KIẾN NGHỊ

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

1. Phổ biến triển khai phương pháp này ở các tuyến y tế.
2. Cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có thời gian đánh giá sau điều trị để khẳng định tác dụng kéo dài của phương pháp điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Hoài Anh (2001), *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Ngọc Ân (2002), *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, trg 364-74.
3. Chung Khánh Bằng (2001), *Nghiên cứu tác dụng phương pháp tân châm trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Bộ môn Giải phẫu - Đại học Y Hà Nội (1992) *Giải phẫu học*, Nhà xuất bản Y học.
5. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 22-23.
6. Bộ Y tế (2013), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản y học, tr. 327-329.
7. Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2005), *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học.
8. BTL medical (2016), *Liệu pháp sóng xung kích nền tảng lâm sàng và nghiên cứu*, BTL medical VietNam, tr. 12.
9. Bộ môn Phục hồi chức năng - Đại học Y Hà Nội (2009), *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 232-237, 268-269.
10. Bộ Y tế (2016), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 165-176.
11. Bộ môn Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Bài giảng y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,
12. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản y học. tr. 998- 999.

13. Nguyễn Thị Cẩm Châu, Trần Ngọc Ân (1994), "*Tìm hiểu tác dụng của Axit Tiaprofenic trong điều trị bệnh khớp*". *Y học thực hành*, số 308, tr. 9-11.
14. Nguyễn Thị Cẩm Châu (2000), *Đánh giá tác dụng lâm sàng của Acid Tiaprofenic trong điều trị một số bệnh khớp*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội,
15. Hoàng Bảo Châu (2010), *Châm cứu học trong Nội kinh, Nạn kinh và sự tương đồng với Y học hiện đại*, Nhà xuất bản Y học.
16. Huỳnh Minh Đức (1990), *Hoàng đế Nội kinh Linh khu*, Hội Y học dân tộc cổ truyền Đồng Nai.
17. 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.
18. 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,
19. 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 Đại học Y Hà Nội.
20. 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, Hà Nội, tr 20-22.
21. Học viện Trung y Nam Kinh (1992), *Trung y học khái luận*, Hội y học cổ truyền dân tộc thành phố Hồ Chí Minh xuất bản.
22. Nguyễn Hữu Huyền, Võ Xuân Nội (2009), "*Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng nghẽn tắc bằng vật lý trị liệu kết hợp với tập vận động*", *Y học quân sự*, số 4, trs 34-37.
23. Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa (2011), "*Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng nghẽn tắc bằng vật lý trị liệu kết hợp tập vận động*", *Tạp chí y học thực hành*, số 772, tr. 128-131.

24. Hà Hoàng Kiệm (2015), *Viêm quang khớp vai chẩn đoán và điều trị*, Nhà xuất bản Thể dục Thể thao, tr7, 35-36.
25. Nguyễn Thị Lực (1999), *Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai (Dựa vào lâm sàng, Xquang và siêu âm)*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
26. Nguyễn Thị Nga (2006), *Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng thuốc kết hợp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
27. Nguyễn Tử Siêu (1994), *Hoàng đế Nội kinh Tố vấn*, Nhà xuất bản Thành phố Hồ Chí Minh.
28. 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.
29. 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 tắc nghẽn*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
30. Đặng Văn Tám (1996), *Góp phần nghiên cứu lâm sàng và điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm xoa bóp*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II Trường Đại học Y Hà Nội.
31. Nguyễn Tài Thu (2004), *Mãng châm chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học.
32. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1997), *Châm cứu sau đại học*, Nhà xuất bản y học.
33. Vũ Thị Duyên Trang (2013), *Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội,
34. 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.

35. Lê Hữu Trác (2005), *Hải thượng y tông tâm lĩnh*, Nhà xuất bản Y học, tr. 252-256.
36. Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Chuyên đề về nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
37. Phạm Hồng Vân (2014), *Nghiên cứu đặc điểm huyết thận du và hiệu quả của điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể thận hư*, Nghiên cứu sinh Y học, Đại học Y Hà Nội.
38. Phạm Hồng Vân, Nguyễn Bá Quang (2018), *Đánh giá cải thiện tâm vận động khớp vai dưới ảnh hưởng của điện châm kết hợp sóng xung kích trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Tạp chí Y học Việt Nam, số 2 tập 462, tr.24- 29.
39. Phạm Hồng Vân, Nghiêm Hữu Thành (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai dưới ảnh hưởng của điện châm kết hợp sóng xung kích*. Tạp chí Y học thực hành số 2(1067), tr. 55- 57.
40. Võ Đại Quỳnh (2016), *Đánh giá hiệu quả của điện châm kết hợp với sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
41. Võ Đại Quỳnh, Phạm Hồng Vân, Đoàn Quang Huy (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của điện châm kết hợp sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Tạp chí Y học thực hành số 9 (1057), Tr. 154- 158.
42. 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.

TIẾNG ANH

43. Abert J.D, Meaded J, Guggenbuhl P, et al (2007). *High-energy extracorporeal shock-wave therapy for calcifying tendinitis*. J Bone Joint Surg. 89(3), pp 335- 341.

44. Augustin Dima, Simona Popescu, Sebastian Diaconescu, et al (2008), *Shockwave Therapy in Scapulohumeral Periarthritis with Calcific Tendinitis of the Shoulder*.
45. Netter Frank H. (2007), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, pp. 343 -418.
46. Orlando Hernández, María Camila Gallo, Margarita Cardozo, et al (2012), *The effects of topic analgesics in pain control before and after extra orporeal shockwave therapy*.
47. Jajic Z. (2003), "Painful shoulder syndrome". *Reumatizam*, Sindrom bolnog ramena., 50 (2), pp. 34-5.
48. Jandova D., Beran V. (1982), "Our experience with reflexotherapy in shoulder pain", *Cesk Neuroi Neurochir*, 45 (6), pp. 403-9.
49. Katthagen B.D. (1990), *Ultrasonography of the shoulder: technique, anatomy, pathology*, pp. 235-287.
50. Carlos Leal, Orlando Hernández, Mària Camila Gallo, et al (2012), *Shockwave therapy in patellar tendinopathies*.
51. Bannuru R.R, Flavin N.E, Vaysbrot E, et al (2014). "High-energy extracorporeal shock-wave therapy for treating chronic calcific tendinitis of the shoulder". *Ann Intern Med*, 160(8), pp. 542- 549.
52. Gerdesmeyer L., Wagenpfeil S., Haake M., et al (2003). *Extracorporeal shock wave therapy for the treatment of chronic calcifying tendonitis*. *JAMA*. 290 (19), pp. 2573-2580.
53. Cacchio A., Paoloni M., Barile A., et al (2003). *Effectiveness of radial shock wave therapy for calcific tendinitis of the shoulder*. *Phys Ther*. 88(6), pp. 672- 682.
54. Albert J.D., Meadeb J., Guggenbuhl P , et al (2007). *High-energy extracorporeal shock-wave therapy for calcifying tendinitis*. *J Bonne Joint Surg*. 89(3) pp. 335- 341.

55. Nikolaos Malliaropoulos, Dawn Thompson, Maria Meke, et al. (2001). *Individualised radial extracorporeal shock wave therapy*, BMC Musculoskelet. pp 513.
56. Lierz P., Hoffmann P., Felleiter P., et al (1998), "Interscalene plexus block for mobilizing chronic shoulder stiffness". *Wien Klin Wochenschr*, 110 (21), pp. 766-9.
57. Lin M. L., Huang C. T., Lin J. G., et al (1994), "A comparison between the pain relief effect of electroacupuncture, regional nerve block and electroacupuncture plus regional nerve block in frozen shoulder", *Acta Anaesthesiol Sin*, 32 (4), pp. 237-42.
58. Jan Magnus Bjorkenheim. MD. (March 1990). *Subacromial Impingement Decompressed with Anterior acromioplasty*, Clin orthop, (252). Pp 150- 153.
59. Luime J. J., Koes B. W., Hendriksen I. J. M., et al (2004), "Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population, a systematic review", *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 33 (2), pp. 73-81.
60. Sheveleva N.I., Minbaeva L.S. (2014), "Shockwave Therapy for Knee Osteoarthritis". *chief doctor*, autumn (4), pp. 45-49.
61. Tomas Nedelka, Jiri Nedelka, Jakub Schlenker, et al (2014), "Mechano-transduction Effect of Shockwaves in the Treatment of Lumbar Facet Joint Pain: Comparative Effectiveness Evaluation of Shockwave Therapy, Steroid Injection and Radiofrequency Medial Branch Neurotomy". *Neuroendocrinology Letters*, 35, pp. 393-397.
62. Patemostro-Sluga T., Zoch C. (2004), "Conservative treatment and rehabilitation of shoulder problems", *Radiologe*, Konservative Therapie und Rehabilitation von Schulterbeschwerden, 44 (6), pp. 597-603.
63. Edison Antonio Serrano (2013), *Extracorporeal Radial Shockwave Therapy for the Treatment of Achilles Tendinopathies*.

64. Avancini-Dobrovic V, Frlan-Vrgoc L, Stamenkovic D, et al (2011), "Radial Extracorporeal Shockwave Therapy in the Treatment of Shoulder Calcific Tendinitis", *Coll Antropol*, pp. 221-226.
65. Baron M., Steele R. (2007), "Development of the McGill Range of Motion Index", *Clin Orthop Relat Res*, 456, pp. 42-50.
66. Constant C. R., Murley A. H. (1987), "A clinical method of functional assessment of the shoulder", *Clin Orthop Relat Res*, (214), pp. 160-166.
67. Huskisson E. C. (1974), "Measurement of pain", *Lancet*, 2 (7889), pp. 1127-1158.
68. Ilieva E. M., Minchev R. M., Petrova N. S (2012), "Radial shock wave therapy in patients with lateral epicondylitis", *Folia Med (Plovdiv)*, 54 (3), pp. 35-41.
69. Itokazu M., Matsunaga T. (1995), "Clinical evaluation of high-molecular-weight sodium hyaluronate for the treatment of patients with periarthritis of the shoulder", *Clin Ther*, 17 (5), pp. 946-55.
70. Melzer C., Wallny T., Wirth C. J., et al (1995), "Frozen shoulder - treatment and results", *Arch Orthop Trauma Surg*, 114 (2), pp. 87-91.
71. Naredo E., Iagnocco A., Valesini G., et al (2003), "Ultrasonographic study of painful shoulder", *Ann Rheum Dis*, 62 (10), pp. 1026-1033.
72. B. Reeves (1975), "The natural history of the frozen shoulder syndrome". *Scand JRheumatol*, 4, pp. 193-196.

PHỤ LỤC 1

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

I. KINH THỦ DƯƠNG MINH ĐẠI TRƯỜNG.

1. Hợp cốc (LI.4):

- Huyệ̣t nguyên của đường kinh dương minh Đại trường.
- Vị trí: nằm ở kẽ xương đốt bàn tay 1 và 2 ở trên cơ liên cốt mu bàn tay 1, phía dưới trong xương đốt bàn tay 2.
- Để đốt 2 của ngón tay cái bên này lên kẽ ngón cái và ngón trỏ bàn tay bên kia, đầu ngón tay tới đâu là huyệt ở đó.
- Tác dụng: đau mu bàn tay, ngón trỏ, vai, nhức đầu, liệt dây VII, ù tai, chảy máu cam, đau răng, sốt cao không ra mồ hôi, trẻ con co giật, bé kinh, đau bụng, táo, kiết lị, viêm tuyến nước bọt mang tai.

2. Khúc trì (LI.11)

- Huyệ̣t hợp, thuộc thổ (ngũ du huyệt).
- Vị trí: gấp khuỷu tay, huyệt ở tận cùng phía ngoài nếp gấp khuỷu tay, giữa khối cơ trên lồi cầu.
- Tác dụng: đau họng, đau liệt cánh tay, kinh nguyệt không đều, lao hạch, nhọt, đau bụng do lị và ỉa chảy nhiễm trùng.

3. Tý nhu (LI.14)

- Huyệ̣t hợp của kinh dương minh Đại trường với mạch dương duy, với kinh thái dương Tiểu trường, thái dương Bàng quang.
- Vị trí: huyệt ở trên khuỷu tay 7 tấc, ngang chỗ bám của cơ delta cánh tay.
- Tác dụng: chữa đau nhức cánh tay, đau khuỷu, lao hạch.

4. Kiên ngung (LI.15)

- Vị trí: hõm dưới mỏm cùng vai đòn, nơi bắt đầu của cơ delta.
- Tác dụng: đau vai, cánh tay không co duỗi được, viêm quanh khớp vai, liệt chi trên, đau dây thần kinh mũ.

II. KINH THỦ THIẾU DƯƠNG TAM TIÊU

1. Ngoại quan (TE.5)

- Huyệt lạc đối với kinh tâm bào lạc
- Huyệt hội của thiếu dương Tam tiêu với Dương duy.
- Vị trí: phía trên lõm cổ tay, phía mu tay (trên nếp gấp giữa gân cơ duỗi chung ngón tay và gân cơ duỗi riêng ngón út) 2 tấc giữa khe 2 xương.
- Tác dụng: đau cánh tay, cổ tay, đau run tay khó gấp duỗi, tai ù, tai điếc, sốt cao, nhức đầu, viêm tuyến mang tai.

2. Kiên liêu (TE.14)

- Vị trí: ở khoảng dưới sau đỉnh vai, chỗ lõm sau huyệt Kiên ngưng 1 thốn
- Tác dụng: vai- cánh tay đau, có cảm giác nặng nề.

III. KINH THỦ THÁI DƯƠNG TIÊU TRƯỜNG

1. Kiên trinh (SI.9)

- Vị trí: ở đầu dưới sau khớp vai, khi khép cánh tay vào trong thì huyệt ở cách đầu trên nếp gấp nách 1 thốn.
- Tác dụng: viêm, đau quanh khớp vai, cánh tay, bàn tay đau không nhấc lên được, liệt chi trên.

2. Thiên tông (DI.11)

- Vị trí: giữa xương bả vai ngang liên đốt sống D4-D5.
- Tác dụng: bả vai đau nhức, viêm quanh khớp vai, liệt chi trên, đau vai gáy, hen suyễn.

PHỤ LỤC 2
MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số bệnh án:

Họ và tên bệnh nhân:

Tuổi:

Nghề nghiệp:

Địa chỉ:

Ngày vào viện: Ngày ra viện:

Phương pháp điều trị:

Thời gian mắc bệnh:

Lý do vào viện:

Hoàn cảnh khởi phát bệnh:

* Triệu chứng đầu tiên:

- Đau vai
- Giảm vận động:
- Triệu chứng khác:

* Tiền sử:

- Chơi thể thao
- Chấn thương
- Thuốc

I.KHÁM YHHĐ:

- Sưng nề, teo cơ
- Điểm đau: Mỏm quạ, khớp cùng vai đòn, ức đòn, mặt trước khớp
- (Khớp ổ chảo - xương cánh tay), máu động to, rãnh gân nhị đầu, xương bả.
- Khám các gân cơ vai.
- Các chỉ số: Mạch, Huyết áp (trước và sau điều trị)

Số thứ tự:

Giới: Nam, Nữ

II. CẬN LÂM SÀNG

Chỉ số	TĐT	SĐT
Hồng cầu (T/l)		
Hemoglobin (g/l)		
Bạch cầu (G/l)		
Tiểu cầu (G/l)		
Ure (micromol/l)		
Creatinin (micromol/l)		
AST (UI/L)		
ALT(UI/L)		
XQ khớp vai		
Siêu âm khớp vai		

III.KHÁM YHCT:

1. Vọng chẩn

- Thần
- Lưỡi

2. Văn chẩn:

- Hơi thở
- Tiếng nói:

3. Vấn chẩn:

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

4. Thiết chẩn:

4.1.Xúc chẩn:

- Da vùng bị bệnh:
- Cơ nhục:

4.2.Mạch chẩn:

IV. CHẨN ĐOÁN YHCT:

1. Bất cương:
2. Kinh lạc:
3. Nguyên nhân:

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Sóng xung kích kết hợp với sóng điện châm và XBBH.
2. Điều trị bằng điện châm và XBBH.

V. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

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

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

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

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

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHUNG:

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Hà Nội, ngày.... tháng... năm 2019

Người làm bệnh án

PHỤ LỤC 3

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

I. KINH THỦ DƯƠNG MINH ĐẠI TRƯỜNG.

1. Hợp cốc (LI.4):

- Huyệ̣t nguyên của đường kinh dương minh Đại trường.
- Vị trí: nằm ở kẽ xương đốt bàn tay 1 và 2 ở trên cơ liên cốt mu bàn tay 1, phía dưới trong xương đốt bàn tay 2.
- Đệ̃ đốt 2 của ngón tay cái bên này lên kẽ ngón cái và ngón trỏ bàn tay bên kia, đầu ngón tay tới đâu là huyệt ở đó.
- Tác dụng: đau mu bàn tay, ngón trỏ, vai, nhức đầu, liệt dây VII, ù tai, chảy máu cam, đau răng, sốt cao không ra mồ hôi, trẻ con co giật, bé kinh, đau bụng, táo, kiết lị, viêm tuyến nước bọt mang tai.

2. Khúc trì (LI.11)

- Huyệ̣t hợp, thuộc thổ (ngũ du huyệt).
- Vị trí: gấp khuỷu tay, huyệt ở tận cùng phía ngoài nếp gấp khuỷu tay, giữa khối cơ trên lồi cầu.
- Tác dụng: đau họng, đau liệt cánh tay, kinh nguyệt không đều, lao hạch, nhọt, đau bụng do lị và ỉa chảy nhiễm trùng.

3. Tý nhu (LI.14)

- Huyệ̣t hợp của kinh dương minh Đại trường với mạch dương duy, với kinh thái dương Tiểu trường, thái dương Bàng quang.
- Vị trí: huyệt ở trên khuỷu tay 7 tấc, ngang chỗ bám của cơ delta cánh tay.
- Tác dụng: chữa đau nhức cánh tay, đau khuỷu, lao hạch.

4. Kiên ngung (LI.15)

- Vị trí: hõm dưới mồm cùng vai đòn, nơi bắt đầu của cơ delta.
- Tác dụng: đau vai, cánh tay không co duỗi được, viêm quanh khớp vai, liệt chi trên, đau dây thần kinh mũ.

II. KINH THỦ THIẾU DƯƠNG TAM TIÊU

1. Ngoại quan (TE.5)

- Huyệt lạc đối với kinh tâm bào lạc
- Huyệt hội của thiếu dương Tam tiêu với Dương duy.
- Vị trí: phía trên lõm cổ tay, phía mu tay (trên nếp gấp giữa gân cơ duỗi chung ngón tay và gân cơ duỗi riêng ngón út) 2 tấc giữa khe 2 xương.
- Tác dụng: đau cánh tay, cổ tay, đau run tay khó gấp duỗi, tai ù, tai điếc, sốt cao, nhức đầu, viêm tuyến mang tai

2. Kiên liêu (TE.14)

- Vị trí: ở khoảng dưới sau đỉnh vai, chỗ lõm sau huyệt Kiên ngưng 1 thốn
- Tác dụng: vai- cánh tay đau, có cảm giác nặng nề.

III. KINH THỦ THÁI DƯƠNG TIÊU TRƯỜNG

1. Kiên trinh (SI.9)

- Vị trí: ở đầu dưới sau khớp vai, khi khép cánh tay vào trong thì huyệt ở cách đầu trên nếp gấp nách 1 thốn.
- Tác dụng: viêm, đau quanh khớp vai, cánh tay, bàn tay đau không nhấc lên được, liệt chi trên.

2. Thiên tông (DI.11)

- Vị trí: giữa xương bả vai ngang liên đốt sống D4-D5.
- Tác dụng: bả vai đau nhức, viêm quanh khớp vai, liệt chi trên, đau vai gáy, hen suyễn.

PHỤ LỤC 4
HÌNH ẢNH TRONG NGHIÊN CỨU





Hình 1. Máy điện châm M8 do bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất



Hình 2. Máy tạo sóng xung kích LS-5 Radialspec do Mỹ sản xuất



Hình 3. Thước đo tầm vận động khớp vai



Hình 4. Thước đo độ đau VAS của hãng Astra - Zeneca