**Lời Cảm Ơn

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

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

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

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

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

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

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

*Hà Nội, ngày 10 tháng 10 năm 2017*

**Võ Đại Quỳnh**

**LỜI CAM ĐOAN**

Tôi là Võ Đại Quỳnh, học viên cao học khóa 8 của Học viện Y dược Học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Cô 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.....tháng......năm 2017*

**Học viên**

**Võ Đại Quỳnh**

***NCS. Nguyễn Thị Đông***

**CÁC CHỮ VIẾT TẮT**

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

**MỤC LỤC**

[ĐẶT VẤN ĐỀ 1](#_Toc507490083)

[Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3](#_Toc507490084)

[1.1. VIÊM QUANH KHỚP VAI THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI 3](#_Toc507490085)

[1.1.1. Giải phẫu sinh lý khớp vai 3](#_Toc507490086)

[1.1.2. Định nghĩa viêm quanh khớp vai 5](#_Toc507490087)

[1.1.3. Các thể viêm quanh khớp vai 6](#_Toc507490088)

[1.2.1. Bệnh danh 12](#_Toc507490089)

[1.2.2. Bệnh nguyên 12](#_Toc507490090)

[1.2.3. Triệu chứng 13](#_Toc507490091)

[1.2.4. Điều trị Y học cổ truyền 14](#_Toc507490092)

[1.3. PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM 17](#_Toc507490093)

[1.3.1. Khái niệm về châm 17](#_Toc507490094)

[1.3.2. Phương pháp điện châm 17](#_Toc507490095)

[1.3.3. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học hiện đại 18](#_Toc507490096)

[1.3.4. Cơ chế tác dụng của châm theo Y học cổ truyền 20](#_Toc507490097)

[1.4. TỔNG QUAN VỀ SÓNG XUNG KÍCH 21](#_Toc507490098)

[1.4.1. Khái niệm 21](#_Toc507490099)

[1.4.2. Cơ chế tác dụng 22](#_Toc507490100)

[1.4.3. Chỉ định và chống chỉ định sóng xung kích 23](#_Toc507490101)

[1.4.4. Các nghiên cứu ứng dụng sóng xung kích trong điều trị 24](#_Toc507490102)

[1.5. CÁC NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI 25](#_Toc507490103)

[1.5.1. Trong nước 25](#_Toc507490104)

[1.5.2. Ngoài nước 26](#_Toc507490105)

[Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 28](#_Toc507490106)

[2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU 28](#_Toc507490107)

[2.1.1. Đối tượng 28](#_Toc507490108)

[2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh theo Y học hiện đại 28](#_Toc507490109)

[2.1.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền 29](#_Toc507490110)

[2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ ra khỏi nghiên cứu 29](#_Toc507490111)

[2.1.5. Cỡ mẫu 29](#_Toc507490112)

[2.1.6. Phân nhóm nghiên cứu 29](#_Toc507490113)

[2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 30](#_Toc507490114)

[2.2.1. Thiết kế nghiên cứu 30](#_Toc507490115)

[2.2.2. Phương tiện nghiên cứu 30](#_Toc507490116)

[2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu 31](#_Toc507490117)

[2.2.4. Quy trình nghiên cứu 36](#_Toc507490118)

[2.2.5. Xử lý số liệu 39](#_Toc507490119)

[2.2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu 39](#_Toc507490120)

[2.2.7. Thời gian tiến hành nghiên cứu 39](#_Toc507490121)

[Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 41](#_Toc507490122)

[3.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU 41](#_Toc507490123)

[3.1.1. Đặc điểm dịch tễ 41](#_Toc507490124)

[3.1.2. Đặc điểm đau và hạn chế vận động của bệnh nhân VQKV 43](#_Toc507490125)

[3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ 47](#_Toc507490126)

[3.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS 47](#_Toc507490127)

[3.2.2. Mức độ cải thiện vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI 49](#_Toc507490128)

[3.2.3. Kết quả điều trị chung 55](#_Toc507490129)

[3.2.4. Biến đổi một số chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng 57](#_Toc507490130)

[3.2.5. Một số triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng 58](#_Toc507490131)

[3.3. Những yếu tố liên quan đến kết quả điều trị VQKV 59](#_Toc507490132)

[3.3.1. Tuổi 59](#_Toc507490133)

[3.3.2. Thời gian mắc bệnh 59](#_Toc507490134)

[3.3.3. Điểm VAS trước điều trị 60](#_Toc507490135)

[Chương 4 BÀN LUẬN 61](#_Toc507490136)

[4.1. ĐẶC ĐIỂM ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU 61](#_Toc507490137)

[4.1.1. Đặc điểm về tuổi 61](#_Toc507490138)

[4.1.2. Đặc điểm về giới 62](#_Toc507490139)

[4.1.3. Thời gian mắc bệnh 62](#_Toc507490140)

[4.1.4. Vị trí khớp vai mắc bệnh 63](#_Toc507490141)

[4.1.5. Phân loại bệnh nhân theo mức độ đau bằng thang điểm VAS và tầm vận động khớp vai 65](#_Toc507490142)

[4.1.6. Tầm vận động khớp vai trước điều trị 67](#_Toc507490143)

[4.1.7. Đặc điểm siêu âm khớp vai 68](#_Toc507490144)

[4.1.8. Đặc điểm X-quang khớp vai 68](#_Toc507490145)

[4.2. BÀN VỀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ điện CHÂM KẾT HỢP VỚI SÓNG XUNG KÍCH 69](#_Toc507490146)

[4.2.1. Sự thay đổi mức độ đau trước sau điều trị qua thang điểmVAS 69](#_Toc507490147)

[4.2.2. Sự thay đổi tầm vận động 72](#_Toc507490148)

[4.2.3. Về kết quả điều trị 76](#_Toc507490149)

[4.3. Bàn luận về các kết quả xét nghiệm và cận lâm sàng 79](#_Toc507490150)

[4.3.1. Bàn về kết quả siêu âm 79](#_Toc507490151)

[4.3.2. Bàn về kết quả X-quang 80](#_Toc507490152)

[4.3.3. Sự thay đổi trong kết quả xét nghiệm máu 80](#_Toc507490153)

[4.4. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn trên lâm sàng 81](#_Toc507490154)

[4.4.1. Tuổi mắc bệnh liên quan đến kết quả điều trị 81](#_Toc507490155)

[4.4.2. Thời gian mắc bệnh liên quan đến kết quả điều trị 81](#_Toc507490156)

[4.4.3. Mức độ đau liên quan đến kết quả điều trị 81](#_Toc507490157)

[4.4.4. Triệu chứng không mong muốn 82](#_Toc507490158)

[KẾT LUẬN 83](#_Toc507490159)

[KIẾN NGHỊ 84](#_Toc507490160)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

**PHỤ LỤC**

**DANH MỤC BẢNG**

[Bảng 2.1. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI 33](#_Toc507489033)

[Bảng 2.2. Bảng đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987 34](#_Toc507489034)

[Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi 41](#_Toc507489035)

[Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới 42](#_Toc507489036)

[Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh. 42](#_Toc507489037)

[Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương. 43](#_Toc507489038)

[Bảng 3.5. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị 43](#_Toc507489039)

[Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo động tác dạng trước điều trị 44](#_Toc507489040)

[Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo động tác xoay trong trước điều trị 45](#_Toc507489041)

[Bảng 3.8. Động tác xoay ngoài trước điều trị 45](#_Toc507489042)

[Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm siêu âm khớp vai trước điều trị 46](#_Toc507489043)

[Bảng 3.10. Đặc điểm phim chụp X-quang khớp vai 47](#_Toc507489044)

[Bảng 3.11. Biến đổi mức độ đau sau điều trị theo thang điểm VAS. 48](#_Toc507489045)

[Bảng 3.12. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác dạng theo McGill- McROMI 50](#_Toc507489046)

[Bảng 3.13. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay trong theo McGill- McRomi 52](#_Toc507489047)

[Bảng 3.14. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay ngoài theo McGill- McRomi 54](#_Toc507489048)

[Bảng 3.15. Biến đổi giá trị trung bình chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987 55](#_Toc507489049)

[Bảng 3.16. Kết quả điều trị theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987 56](#_Toc507489050)

[Bảng 3.17. Biến đổi của hình ảnh siêu âm khớp vai nhóm nghiên cứu sau điều trị 57](#_Toc507489051)

[Bảng 3.18. Biến đổi của hình ảnh phim chụp X-quang khớp vai nhóm nghiên cứu sau điều trị 57](#_Toc507489052)

[Bảng 3.19. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu nhóm nghiên cứu sau điều trị 58](#_Toc507489053)

[Bảng 3.20. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng 58](#_Toc507489054)

**DANH MỤC HÌNH, BIỂU ĐỒ**

[Hình 1.1. Cấu tạo của khớp vai, phần xương khớp. 3](#_Toc507489133)

[Hình 1.2. Các khớp liên quan hoạt động khớp vai và hệ thống dây chằng . 4](#_Toc507489134)

[Hình 1.3. Cấu tạo gân mũ cơ quay và các cơ tham gia vào hoạt động của khớp vai . 4](#_Toc507489135)

[Hình 1.4. Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng. 5](#_Toc507489136)

[Hình 2.1. Máy điện châm M8 do bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất 30](#_Toc507489137)

[Hình 2.2. Máy tạo sóng xung kích LS-5 Radialspec do Hoa Kỳ sản xuất 31](#_Toc507489138)

[Hình 2.3. Thước đo độ đau VAS 32](#_Toc507489139)

[Biểu đồ 3.1. Biến đổi giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS. 47](#_Toc507489140)

[Biểu đồ 3.2. Biến đổi góc trung bình tầm vận động khớp vai động tác dạng 49](#_Toc507489141)

[Biểu đồ 3.3. Biến đổi góc trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay trong 51](#_Toc507489142)

[Biểu đồ 3.4. Biến đổi góc trung bình tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài 53](#_Toc507489143)

[Biểu đồ 3.5. Biến đổi giá trị trung bình tổng điểm trong quá trình điều trị 56](#_Toc507489144)

[Biểu đồ 3.6. Mối tương quan tuổi và kết quả điều trị. 59](#_Toc507489145)

[Biểu đồ 3.7. Mối tương quan thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị. 59](#_Toc507489146)

[Biểu đồ 3.8. Mối tương quan giữa mức độ đau trước điều trị và kết quả điều trị. 60](#_Toc507489147)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai là một bệnh lý khớp thường gặp trong nhóm bệnh ở phần mềm quanh khớp đã được mô tả trong danh mục phân loại bệnh tật ICD-10 là M75. Bệnh thường diễn biến kéo dài từ 6 tháng đến vài năm, biểu hiện trên lâm sàng là đau và hạn chế vận động khớp vai [[11](#_ENREF_11)].

Viêm quanh khớp vai (VQKV) tuy không ảnh hưởng đến sinh mạng của người bệnh, nhưng lại ảnh hưởng rất lớn đến lao động và sinh hoạt của bệnh nhân. Nếu không được điều trị đúng và đầy đủ ngay từ đầu, VQKV có thể để lại di chứng như teo cơ, giảm trương lực cơ, hạn chế cử động của vai và bàn tay, đứt gân cơ, từ đó làm mất dần chức năng của tay bên đau, ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày, công việc và cả khi nghỉ ngơi [[1](#_ENREF_1)].

Theo một số nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh VQKV vào khoảng 2% đến 5% dân số [[66](#_ENREF_66)].

Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Châu và Trần Ngọc Ân tại khoa Cơ xương khớp - bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm từ 1991- 2000 cho thấy tỷ lệ VQKV chiếm 13,24% tổng số bệnh nhân bị bệnh khớp [[14](#_ENREF_14)].

Y học hiện đại điều trị VQKV thường bằng nội khoa, chủ yếu sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau (non-steroid, corticoid hoặc các dẫn xuất…), thuốc giãn cơ. Tuy nhiên chưa có bằng chứng rõ ràng về hiệu quả lâu dài cũng như chưa có phác đồ cụ thể được khuyến cáo [[11](#_ENREF_11)]. Do đó, việc tìm ra phương pháp hiệu quả hơn cho bệnh nhân là một vấn đề cần đặt ra.

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

Theo Y học cổ truyền (YHCT), VQKV thuộc phạm vi chứng kiên tý và đã có nhiều phương pháp khác nhau để điều trị như điện châm, giác hơi, xoa bóp bấm huyệt, uống thuốc sắc [[8](#_ENREF_8)], [[23](#_ENREF_23)], [[32](#_ENREF_32)]…

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về điều trị VQKV, các tác giả nghiên cứu phương pháp điều trị VQKV bằng thuốc YHCT kết hợp với các phương pháp khác. Thực tế lâm sàng cho thấy phối hợp các phương pháp điều trị thì hiệu quả sẽ khả quan hơn nhiều. Tuy nhiên việc chọn lựa một phương pháp tối ưu mang lại hiệu quả cao cho người bệnh cũng như thuận tiện, dễ thực hiện cho nhân viên y tế, đồng thời làm giảm bớt gánh nặng thời gian, kinh tế cho người bệnh và xã hội là điều thật sự cần thiết, việc tìm ra thêm một phương pháp kết hợp, giúp bệnh nhân cũng như các nhà lâm sàng có thêm sự lựa chọn để điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài “*Đánh giá hiệu quả của điện châm kết hợp với sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*” nhằm hai mục tiêu:

***1. Đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện vận động khớp của điện châm kết hợp với sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần .***

***2. Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp.***

Chương 1  
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## 

1.1. VIÊM QUANH KHỚP VAI THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1.1. Giải phẫu sinh lý khớp vai

Khớp vai là một khớp lớn có nhiều động tác với biên độ vận động rất lớn như ra trước, ra sau, lên trên, dạng tay, xoay trong, xoay ngoài. Khớp vai có cấu tạo rất phức tạp với sự tham gia của nhiều xương, khớp, gân, cơ, dây chằng [[11](#_ENREF_11)], [[16](#_ENREF_16)].

Phần xương khớp (hình 1.1) [[4](#_ENREF_4)], [[45](#_ENREF_45)].

|  |  |
| --- | --- |
| Description: ANH2 | *1. Chỏm xương cánh tay*  *2. Ổ chảo*  *3. Xương đòn*  *4. Mỏm cùng vai*  *5. Khớp ức đòn*  *6. Xương ức*  *7. Mỏm quạ*  *8. Xương bả vai* |

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

Khớp vai được cấu tạo bởi 3 xương (Xương bả vai, xương đòn và chỏm xương cánh tay) và 5 khớp [[1](#_ENREF_1)], [[45](#_ENREF_45)], [[5](#_ENREF_5)], [[11](#_ENREF_11)], [[17](#_ENREF_17)], [[45](#_ENREF_45)].

Phần mềm (hình 1.2)[[4](#_ENREF_4)], [[45](#_ENREF_45)]: gồm gân cơ và bao thanh mạc

|  |  |
| --- | --- |
|  | *1. Khớp vai*  *2. Khớp cùng vai đòn*  *3. Khớp ức đòn* |

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

Cơ, gân (hình 1.3) [[4](#_ENREF_4)], [[45](#_ENREF_45)]:

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

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

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

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

Hệ thống bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai (hình 1.4) [[4](#_ENREF_4)], [[45](#_ENREF_45)].

Gồm có bao thanh mạc dưới mỏm cùng và bao thanh mạc dưới cơ delta, nằm giữa cơ delta và chụp các cơ xoay, hệ thống này giúp cho sự vận động của các cơ xoay, trong khi đó ở phía trên nó dính lỏng lẻo vào cơ delta. Do đó, khi bao thanh mạc bị tổn thương sẽ làm hạn chế vận động của khớp vai. Vì thế bao thanh mạc này được gọi là "khớp phụ" dưới mỏm cùng [[1](#_ENREF_1)], [[45](#_ENREF_45)].

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

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

1.1.2. Định nghĩa viêm quanh khớp vai

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

Từ 1981, Weling và các tác giả đều thống nhất: VQKV là một thuật ngữ để chỉ tất cả những trường hợp đau và hạn chế vận động của khớp vai mà tổn thương là ở phần mềm quanh khớp, chủ yếu là gân, cơ, dây chằng, bao khớp. VQKV không bao gồm những bệnh có tổn thương đặc thù của đầu xương, sụn khớp, màng hoạt dịch như viêm khớp, chấn thương [[1](#_ENREF_1)], [[11](#_ENREF_11)]. Thuật ngữ này mô tả một cách toàn thể chứ không phải chẩn đoán đặc hiệu và nó cũng không nói lên cụ thể vị trí tổn thương cũng như là mức độ của bệnh.

1.1.3. Các thể viêm quanh khớp vai

1.1.3.1. Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

\* Nguyên nhân:

Tổn thương thường là viêm một trong các gân cơ xoay, trong đó 95% các trường hợp liên quan đến gân cơ trên gai, thường do sự cọ sát dưới mỏm cùng trước (dưới dây chằng cùng - quạ), viêm gân bó dài của cơ nhị đầu hiếm gặp hơn [[11](#_ENREF_11)].

\* Lâm sàng:

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

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

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

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

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

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

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

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

\* Tiến triển:

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

+ Đứt mũ các gân cơ xoay.

+ Khớp vai tuổi già chảy máu.

+ Đứt gân bó dài cơ nhị đầu.

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

\* Chụp X-quang quy ước khớp vai:

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

\* Siêu âm: hình ảnh viêm gân [[11](#_ENREF_11)], [[47](#_ENREF_47)], [[65](#_ENREF_65)].

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

+ Trật gân nhị đầu: hố nhị đầu rỗng.

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

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

\* Điều trị:

Nội khoa: Giảm đau, chống viêm non-steroid, giãn cơ. Tiêm Corticoid tại chỗ (tiêm vào dưới mỏm cùng vai ngoài đối với gân cơ trên gai), tối đa 3 lần, cách nhau 15 ngày [[11](#_ENREF_11)], [[18](#_ENREF_18)], [[48](#_ENREF_48)].

Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng [[11](#_ENREF_11)].

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

1.1.3.2. Viêm quanh khớp vai thể đông cứng

\* Nguyên nhân:

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

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

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

\* Lâm sàng:

Đau ít hoặc không đau nhưng hạn chế vận động ngày càng tăng, cả chủ động và thụ động, vai cứng lại, chủ yếu hạn chế động tác dạng và xoay ngoài [[11](#_ENREF_11)]. Cứng khớp vai đôi khi kết hợp với đau do loạn dưỡng bàn tay. Đau vai trầm trọng, phù, biến đổi da với tăng xuất tiết, cứng khớp và cơ, tạo nên hội chứng vai tay.

\* Tiến triển và điều trị:

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

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

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

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

1.1.3.3. Viêm quanh khớp vai thể đau vai cấp

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

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

\* Điều trị: Bất động khớp vai, chườm đá lên vai đau, thuốc giảm đau chống viêm không steroid [[48](#_ENREF_48)]. Tiêm corticoid tại chỗ khi đã loại trừ trường hợp nhiễm trùng. Nội soi rửa khớp loại bỏ calci hóa.

#### 1.1.3.4. Viêm quanh khớp vai thể giả liệt khớp vai

\* Nguyên nhân:

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

\* Lâm sàng:

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

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

Có sự teo cơ tại chỗ.

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

+ Điều trị: Giảm đau, chống viêm.

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

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

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

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

### 1.1.4. Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế gây đau trên bệnh nhân VQKV thường nằm ở gân của các cơ xoay, gân cơ nhị đầu dài, bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai [[11](#_ENREF_11)], [[16](#_ENREF_16)]. Đặc điểm của gân các tế bào xơ, sợi collagen được coi là tổ chức dinh dưỡng hoàn toàn bằng con đường thẩm thấu, chính vì thế cơ chế bệnh sinh gây ra của bệnh VQKV bao gồm:

1.1.4.1. Giảm lưu lượng máu tới gân

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

1.1.4.2. Chấn thương cơ học

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

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

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

1.1.4.3. Thuốc và hormone

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

Dùng steroid tăng đồng hoá kéo dài thì sau giai đoạn đồng hoá, giai đoạn dị hóa xảy ra với hoại tử tế bào và tiêu hủy tổ chức xơ có thể gây đứt gân [[49](#_ENREF_49)], [[53](#_ENREF_53)].

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

- Nơi chuyển tiếp giữa tổ chức cơ và tổ chức gân.

- Gần điểm bám tận của gân vào xương (vùng vô mạch).

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

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

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

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

Quá trình này phụ thuộc vào lưu lượng máu tới gân. Calci lắng đọng ở những tổ chức được dinh dưỡng kém, thậm chí là những tổ chức chết, do đó gọi là calci hoá do loạn dưỡng. Trên thực tế có những bệnh nhân có lắng đọng calci ở gân thì rất đau nhưng có những người lại hoàn toàn không đau. Lý do để cắt nghĩa hiện tượng này còn chưa rõ ràng. Có tác giả cho rằng vị trí mà calci lắng đọng là yếu tố quyết định [[53](#_ENREF_53)]. Nếu calci lắng đọng ở trong gân thì không gây đau, nhưng nếu calci lắng đọng ở bề mặt của gân thì gây những kích thích cơ học và gây đau với mọi động tác.

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

**1.2. VIÊM QUANH KHỚP VAI THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN**

1.2.1. Bệnh danh

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

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

Theo y văn cổ, sách *Linh khu – thiên kinh mạch* còn gọi là “kiên bất cử” [[42](#_ENREF_42)].

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

1.2.2. Bệnh nguyên

Theo YHCT, khớp vai là nơi qua lại của Thủ tam âm kinh và Thủ tam dương kinh. Đặc biệt có kinh Thủ Thiếu dương Tam tiêu đi qua. Kinh tam tiêu quan hệ mật thiết với thượng tiêu, trung tiêu, hạ tiêu nơi chứa đựng tinh hoa của lục phủ, ngũ tạng hoặc khi nhân ngoài có phong tà xâm nhập, bên trong lại có khí huyết hư, bì phu tấu lý sơ hở để ngoại tà xâm nhập gây ra tắc trệ, mà ở đây là tà khí như phong, hàn, thấp thừa cơ xâm phạm bì phu kinh lạc, làm cho sự vận hành của khí huyết bị bế tắc, khí huyết không hành "bất thông tắc thống" mà sinh ra đau khớp vai [[7](#_ENREF_7)], [[24](#_ENREF_24)], [[31](#_ENREF_31)], [[32](#_ENREF_32)].

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

Ngoài ra còn do các nguyên nhân khác như chấn thương, hoặc do người cao tuổi Can Thận bị hư tổn, hoặc bệnh lâu ngày làm khí huyết hư, dẫn đến can thận hư. Thận hư không chủ được cốt tuỷ, can huyết hư không nuôi dưỡng cân, dẫn tới khớp xương đau nhức, vận động khó [[7](#_ENREF_7)]…

1.2.3. Triệu chứng

Trong YHCT bệnh VQKV được chia làm 3 thể: kiên thống, kiên ngưng và lậu kiên phong [[42](#_ENREF_42)].

**- Thể Kiên thống:** tương ứng với VQKV đơn thuần.

Trên lâm sàng bệnh thường biểu hiện 1 bên đôi khi cả hai bên đồng thời phát bệnh. Các chứng trạng phát triển tương đối chậm chạp, khoảng vài ngày hoặc vài tháng. Ngoài ra mức độ đau cũng phụ thuộc công năng hoạt động của khớp vai, vị trí trở ngại mà phát triển không ngừng.

Ban ngày đau nhức thường biểu hiện nhẹ, bệnh nhân còn có khả năng chịu đựng được. Đến đêm bệnh đau tăng lên nhiều hơn, cảm giác đau nhức rõ ràng hơn làm ảnh hưởng đến giấc ngủ làm khó ngủ, nặng hơn là mất ngủ.

Khi đau bệnh nhân hạn chế cử động vùng vai, khớp vai lâu ngày không hoạt động thì đau nhức càng tăng lên, dần dần trở thành cự án.

Ngoài ra còn có các triệu chứng như: vùng vai cảm giác lạnh lòng bàn tay thường vã ra mồ hôi, mạch tế, lưỡi không có biến đổi rõ rệt nhưng thường là lưỡi trắng nhợt, đôi khi kiêm cả ứ huyết, hoặc có điểm ứ huyết.

**- Thể Kiên ngưng:** tương ứng với VQKV thể đông cứng.

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 những đồ vật ở trên cao... Trời lạnh ẩm, nhất là ẩm, khớp lại nhức mỏi, cử động càng khó khăn. Toàn thân và khớp vai gần như bình thường. Nếu bệnh kéo dài, các cơ quanh khớp vai có thể teo nhẹ. Chất lưỡi hồng, rêu trắng dính nhớt, mạch trầm hoạt.

**- Thể Lậu kiên phong:**

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. Bàn tay phù có khi lan lên cẳng tay, phù to và cứng, bầm tím, lạnh. Toàn bộ bàn tay đau nhức suốt ngày đêm, cơ teo rõ rệt, cơ lực giảm, vận động khớp bàn ngón hạn chế, móng tay mỏng ròn dễ gẫy. Chất lưỡi tím nhợt, có điểm ứ huyết, mạch huyền hoặc tế nhược.

1.2.4. Điều trị Y học cổ truyền

Bệnh tật phát sinh đều do sự mất cân bằng âm dương mà ra. Chính vì thế việc điều hòa lại cân bằng âm dương chính là đưa cơ thể từ sự mất cân đối biểu hiện ra bên ngoài là chứng trạng như đau vai, cứng khớp… trở về lại bình thường.

Mà trong phạm vi chứng Kiên thống việc thiết lập lập lại cân bằng âm dương là điều hết sức cần thiết. Trong đó sách Linh khu – Kinh mạch cũng có đề cập qua các phương thức điều trị bằng châm cứu mà người đời sau theo đó suy luận, cải biến để đưa ra các phương pháp điều trị rõ ràng hơn trên lâm sàng:

1.2.4.1. Thể Kiên thống

Tương ứng với VQKV đơn thuần.

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

**Điều trị:**

**+ *Phương pháp dùng thuốc:***

Cổ phương thường sử dụng bài thuốc “Quyên tý thang” (*Tế sinh phương*)

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

Sắc uống ngày một thang.

***+ Châm cứu*** [[6](#_ENREF_6)], [[9](#_ENREF_9)], [[21](#_ENREF_21)]**:**

Thủ thuật: châm tả.

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

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

***+ Xoa bóp:***

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

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

***+ Thuỷ châm:***

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

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

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

1.2.4.2. Thể Kiên ngưng

Tương ứng với VQKV thể đông cứng.

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

**Điều trị:**

***+ Phương pháp dùng thuốc:***

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

Ma hoàng 08g

Xích thược 12g

Chế Xuyên ô 08g

Hoàng kỳ 15g

Chích Cam thảo 12g

Sắc uống ngày một thang.

***+ Châm cứu*** [[7](#_ENREF_7)], [[6](#_ENREF_6)], [[9](#_ENREF_9)], [[21](#_ENREF_21)]**:**

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

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

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

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

1.2.4.3. Thể Lậu kiên phong

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

**Điều trị**

***+ Phương pháp dùng thuốc:***

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

Thục địa 16g Đào nhân 10g Đương quy 12g Hồng hoa 10g

Bạch thược 12g Xuyên khung 08g

Sắc uống ngày một thang.

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

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

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

Thủ thuật: châm bổ.

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

* ***Xoa bóp:*** là chủ yếu.

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

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

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

1.3. PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM

1.3.1. Khái niệm về châm

Châm là một trong những phương pháp chữa bệnh của YHCT không dùng thuốc đã có từ lâu đời. Tác dụng của châm là "điều khí", tạo ra kích thích vào huyệt để lập lại quá trình cân bằng âm - dương, nghĩa là phục hồi trạng thái sinh lý, loại trừ trạng thái bệnh lý, đưa cơ thể trở lại hoạt động của chức năng bình thường.

Châm là dùng kim châm vào huyệt để gấy kích thích đạt tới phản ứng của cơ thể nhằm mục đích chữa bệnh [[7](#_ENREF_7)].

1.3.2. Phương pháp điện châm

Điện châm là phương pháp dùng dòng xung điện tác động lên các huyệt qua các kim châm. Điện châm là một phát triển mới của châm và là phương pháp kết hợp YHHĐ với YHCT, phát huy được cả tác dụng của dòng điện điều trị lẫn tác dụng của huyệt châm [[34](#_ENREF_34)], [[35](#_ENREF_35)], [[43](#_ENREF_43)].

Cơ sở điện sinh lý của máy điện châm là điều hoà lại các miền điện cực trên cơ thể để tuân theo một quy luật nhất định phù hợp với môi sinh. Điện châm làm kích thích xung điện của trường ngoài dẫn tới thay đổi trong tổ chức tế bào, tăng quá trình trao đổi chất, thải chất acid lactic, làm tăng chuyển hoá tổ chức tế bào bệnh lý phục hồi khả năng vận động dưới tác dụng của xung điện, nó có tác dụng như bơm hút trên tĩnh mạch và mạch bạch huyết, ở vùng bị kích thích làm cho các chất di chuyển nhanh hơn.

Ưu điểm rung kim đều kết hợp với tác dụng của dòng xung điện tạo cảm giác dễ chịu, liên tục và không gây đau, do vậy điện châm ra đời đã đáp ứng được mục đích điều khí của châm nhanh mạnh lại không gây đau đớn và đã trở thành phương pháp chủ yếu trong châm cứu hiện nay.

Dùng dòng điện kích thích lên huyệt châm đã phối hợp tác dụng của hai phương pháp khác nhau để đạt được hiệu quả tốt hơn, cơ thể được tiếp thu hai loại kích thích, mỗi loại kích thích đem lại một số tác dụng nhất định. Dùng dòng điện trong điều trị vật lý kích thích lên huyệt, ngoài tác dụng do huyệt được kích thích còn có cả tác dụng sinh bệnh lý do dòng điện gây nên.

Dù phương thức khác nhau thì điện châm vẫn tuân theo 1 mục đích chung của phương pháp châm đó là điều hòa khí huyết, phù chính khu tà, lập lại cân bằng âm dương từ đó tiêu trừ bệnh tật.

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

Cơ chế tác dụng của châm đã được nghiên cứu từ những năm 70 của thế kỷ XX. Tuy nhiên cùng với sự phát triển khoa học, các công cụ thăm dò hiện đại về cơ chế tác dụng của châm càng được quan tâm nhiều hơn trong nước cũng như trên thế giới và được khẳng định qua những đề tài khoa học.

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

1.3.3.1. Hiện tượng chiếm ưu thế võ não của Utomski [[7](#_ENREF_7)]

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

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

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

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

1.3.3.2. Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và sự liên quan giữa các tạng phủ đối với vùng cơ thể do tiết đoạn chi phối [[7](#_ENREF_7)]

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

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

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

1.3.3.3. Lý thuyết về đau của Melzak và Wall (cổng kiểm soát- 1965) [[20](#_ENREF_20)]

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.

1.3.3.4. Thuyết phản xạ thần kinh

Nhiều tác giả đều nhất trí cho rằng điện châm cũng như tác động khác lên huyệt sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại A δtype 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 huyệt có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này.

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

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

Về nguyên nhân gây đau và làm cho hết đau, trong các y văn cổ đã ghi: "Khí tổn thương thì đau”, “đau do khí huyết không lưu thông, khí huyết bị ứ trệ”, nghĩa là sự vận hành của “khí huyết” trong kinh mạch có trở ngại, không thông thì gây nên đau, do đó chữa bệnh cần “làm thông kinh mạch, điều hòa khí huyết” [[6](#_ENREF_6)], [[13](#_ENREF_13)], [[30](#_ENREF_30)], [[35](#_ENREF_35)], [[40](#_ENREF_40)].

Châm có tác dụng thúc đẩy khả năng tự điều chỉnh của cơ thể đưa cơ thể trở về trạng thái hoạt động sinh lý bình thường và duy trì cho cơ thể luôn ở trạng thái bình thường đó. Các thầy thuốc cổ đại đều nhấn mạnh châm phải gây được “đắc khí” mới đạt hiệu quả chữa bệnh. Đắc khí là cảm giác kim bị mút chặt, cảm giác nặng chặt ở tay người châm và cảm giác tức, nặng trướng của người được châm. Trong các sách cổ có viết “ Nếu thần khí đến, kim thấy chặt”, nói lên cảm giác căng nặng sinh ra lúc châm vào huyệt có quan hệ với hoạt động của “thần khí” [[19](#_ENREF_19)].

Mặt khác châm còn giúp điều hòa cơ năng hoạt động hệ kinh lạc. Mà bệnh tật là do tà khí bên ngoài xâm nhập hay do bên trong là chính khí hư suy gây ra sự bế tắc vận hành kinh khí. Việc châm thông qua hệ thống kinh lạc mạch giúp làm tăng kinh khí giúp đặt được mục đích điều trị [[7](#_ENREF_7)].

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

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

1.4. TỔNG QUAN VỀ SÓNG XUNG KÍCH

1.4.1. Khái niệm

Sóng xung kích (Sockwave) là một sóng âm cơ học mang năng lượng cao biến đổi đột ngột, biên độ lớn và ngắt quãng, dùng để điều trị các điểm đau của mô cơ xương khớp bán cấp tính, bán mãn tính và trường hợp mãn tính. Năng lượng xung kích giúp thúc đẩy quá trình làm lành vết thương.

Điều trị bằng sóng xung kích (Sockwave 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.

1.4.2. Cơ chế tác dụng

1.4.2.1. Cải thiện sự trao đổi chất và vi tuần hoàn

Trao đổi chất cần thiết để bắt đầu và duy trì các quá trình sửa chữa các cấu trúc mô bị hư hỏng. Tăng cường loại bỏ các chất chuyển hóa kích thích gây đau (nociceptive), tăng oxy hóa và cung cấp nguồn năng lượng cho các mô bị tổn thương. Đồng thời loại bỏ các histamin, acid lactic và các chất kích thích khác. Kết quả cho thấy các mạch máu mới tăng cường cung cấp máu và oxy cho những khu vực tổn thương và hỗ trợ chữa bệnh nhanh hơn về cả gân và xương.

1.4.2.2. Hoạt hóa dưỡng bào

Viêm mãn tính xảy ra khi các phản ứng viêm không hoàn toàn dừng lại, có thể gây tổn hại mô, tổ chức tại chỗ và hình thành những cơn đau dai dẳng. 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.

1.4.2.3. Kích thích sản xuất ra collagen

Việc sản xuất đủ lượng collagen là một điều kiện tiên quyết cần thiết cho quá trình sửa chữa các hư hỏng myoskeletal và cấu trúc dây chằng. Điều trị bằng sóng xung kích giúp tăng tốc tổng hợp procollagen. Liệu pháp này buộc các sợi collagen mới được tạo thành một cấu trúc theo chiều dọc mà làm cho các sợi gân mới hình thành dày đặc hơn, cứng hơn và tạo ra một cấu trúc vững chắc hơn.

1.4.2.4. Phá vỡ các điểm vôi hóa

Sóng xung kích phá vỡ sự vôi hóa nguyên bào sợi và bắt đầu quá trình loại bỏ calci nguyên phát hay triệu chứng của khớp thứ phát. Điều trị bằng sóng xung kích sẽ bắt đầu làm giảm sinh hóa của calci, dẫn đến làm trở ngại sự kết tinh các tinh thể tại gân. Các hạt calci được đào thải ra bên ngoài thông qua hệ thống mạch bạch huyết.

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

Hoạt động của hoạt chất P (trung hòa cảm giác đau và chất tăng sinh) dẫn đến sự kích thích các sợi cảm thủ (nociceptive) hướng tâm. Sóng xung kích hỗ trợ sự phát triển của phù nề và hỗ trợ sự tiết histamin. Việc giảm nồng độ hoạt chất P làm giảm đau ở các vùng bị tác động và làm giảm sự phát triển phù nề. Sóng xung kích làm giảm hoạt chất P giúp quá trình giảm đau hiệu quả hơn.

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

Xung huyết là một trong nhưng 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. Hơn thế nữa, 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.

1.4.3. Chỉ định và chống chỉ định sóng xung kích

\* Sóng xung kích được chỉ định cho những trường hợp như:

- Đau các nhóm gân.

- Đau cơ khớp không do chấn thương, viêm cấp.

\* Chống chỉ định của sóng xung kích là:

- Tình trạng chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu.

- Chấn thương cấp.

- Khối u ác tính.

- Trực tiếp lên đầu xương trẻ em, gẫy xương hoặc nghi ngờ gãy xương, thai nhi.

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

­Tại hội nghị quốc tế lần thứ 15 của Hội quốc tế điều trị sóng xung kích trong y khoa 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](#_ENREF_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 [[54](#_ENREF_54)].

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 mỏm 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 mỏm trên lồi cầu ngoài [[62](#_ENREF_62)].

Năm 2012, Orlando Hernández đưa ra kết quả cho thấy có sự giảm đau đáng kể trong nhóm can thiệp so với nhóm chứng và nhóm giả dược trong suốt quá trình điều trị, cũng như tuần một và tuần hai. Giảm điểm VAS trong nhóm can thiệp cao hơn 24% lúc điều trị, 20% lúc một tuần và 18% lúc hai tuần. Không có sự khác biệt lúc tuần 3 và 6. Nhóm giả dược và nhóm chứng tương tự nhau đáng kể tại mọi thời điểm. Tác giả đã kết luận rằng sóng xung kích cũng có là hiệu quả trong điều trị bệnh lý gân mạn tính [[46](#_ENREF_46)].

Năm 2009, nghiên cứu của M.H Ahmad Mansour tại khoa thấp khớp và phục hồi chức năng - Đại học Zagazig đã chứng minh được rằng sóng xung kích là một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, không xâm lấn cho bệnh viêm gân gan bàn chân kháng trị [[12](#_ENREF_12)].

Năm 2013, tại Hội liên hiệp quốc tế lần thứ 16 của Hội quốc tế điều trị sóng xung kích trong y khoa, E. Antonio Serrano đã nghiên cứu và kết luận rằng sóng xung kích có hiệu quả trong trong điều trị bệnh lý gân Achilles [[57](#_ENREF_57)].

1.5. CÁC NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI

1.5.1. Trong nước

Nghiên cứu của Trần Ngọc Ân từ tháng 1/1993 đến tháng 1/1995 đã ghi nhận số bệnh VQKV đến khám tại Khoa - Cơ - Xương khớp bệnh viện Bạch Mai là 794 người, chiếm 4% số người đến khám bệnh cơ xương khớp [[15](#_ENREF_15)].

Năm 1987, Trần Thúy và cộng sự nghiên cứu kết quả điều trị VQKV bằng phương pháp châm loa tai. Kết quả tốt 67,07%, khá 31,6% [[36](#_ENREF_36)].

Năm 1992, Dương Trọng Hiếu nghiên cứu điều trị VQKV bằng day bấm huyệt kết hợp với điện châm. Kết quả tốt 66,07%, khá 21,95%, không kết quả 10,97% [[21](#_ENREF_21)].

Năm 1996, Đặng Văn Tám nghiên cứu lâm sàng và điều trị VQKV bằng điện châm xoa bóp cho thấy điều trị VQKV bằng điện châm, xoa bóp là an toàn và hiệu quả, tuy nhiên kết quả tốt ở trường hợp có đau đơn thuần, và kết quả còn hạn chế ở những trường hợp đau kèm theo hạn chế vận động [[32](#_ENREF_32)].

Năm 1999, Đoàn Quang Huy nghiên cứu điều trị VQKV bằng Bạch hoa xà thấy kết quả điều trị tốt là 68,75%, khá là 20,83%, trung bình là 10,42%, không có trường hợp nào không đạt kết quả, tuy nhiên đối với thể đông cứng thì kết quả tốt, khá, trung bình là tương đương nhau 33,3% [[24](#_ENREF_24)].

Năm 1999, Nguyễn Châu Quỳnh, Nguyễn Phương Chi và CS nghiên cứu hồi cứu điều trị VQKV trên 89 bệnh nhân bằng châm cứu xoa bóp thu được kết quả 59.55% khỏi, 35.56% đỡ và 4.49% không kết quả [[20](#_ENREF_20)].

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 [[2](#_ENREF_2)].

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% [[22](#_ENREF_22)].

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% [[29](#_ENREF_29)].

Năm 2009, Đặng Ngọc Tân đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị VQKV đạt kết quả tốt và khá [[33](#_ENREF_33)].

Năm 2009, Nguyễn Hữu Huyền và Võ Xuân Nội tại Bệnh viện 103, đánh giá hiệu quả điều trị VQKV thể đông cứng bằng vật lý trị liệu kết hợp với tập vận động đã cho kết qủa 100% bệnh nhân giảm đau, 13,33% hết đau hoàn toàn, tất cả đều cải thiện tầm vận động khá và tốt [[26](#_ENREF_26)].

Năm 2011, tác giả 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 dạng, 13,33% với động tác xoay trong và 10% với động tác xoay ngoài [[25](#_ENREF_25)].

1.5.2. Ngoài nước

Năm 1994, Lin M. L. và cộng sự đã sử dụng điện châm cùng với gây tê vùng để điều trị VQKV. Các tác giả thấy nếu được điều trị kết hợp hai phương pháp trên thì hiệu quả giảm đau rất rõ, giúp đỡ tạo điều kiện cho việc tập luyện của bệnh nhân [[52](#_ENREF_52)].

Năm 1995, Itokazu M. và cộng sự đã nghiên cứu điều trị VQKV bằng tiêm vào bao hoạt dịch muối hydroluronate 25mg (1% trong ống) mỗi tuần và tiêm trong 5 tuần thấy có hiệu quả giảm đau rõ ràng [[63](#_ENREF_63)].

Năm 1995, Melzer và cộng sự nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp kết luận cho bệnh nhân uống thuốc giảm đau và hướng dẫn luyện tập là phương pháp tốt nhất [[64](#_ENREF_64)].

Đặc biệt năm 1998, Lierz và cộng sự đã đã sử dụng Bupivacain để gây tê vùng trong 4 đến 5 ngày thì mới cho bệnh nhân luyện tập. Nghiên cứu đã đưa ra kết luận chỉ sử dụng các bài tập vận động sau khi bệnh nhân đã giảm đau, sẽ cho hiệu quả điều trị tốt nhất [[51](#_ENREF_51)].

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 vôi hóa vùng vai. Nghiên cứu cho thấy vôi hóa biên 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 vôi hóa vùng vai [[44](#_ENREF_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 vôi hóa vùng vai và đưa ra kết luận rằng: liệu pháp sóng xung kích điều trị tổn thương vôi hóa vùng vai giúp giảm đau, tăng tầm vận động khớp vai [[58](#_ENREF_58)].

Năm 2014, Jiri Nedelka và Tomas Nedelka tại trung tâm phục hồi chức năng và phòng khám đau tại Đại học Charles của Hoa Kỳ đã công bố tại hội nghị quốc tế lần thứ 17 Hội quốc tế điều trị sóng xung kích trong y khoa. Các tác giả cho rằng: kết hợp liệu pháp bằng tay và áp dụng sóng xung kích rất hiệu quả trong nhưng rối loạn cấp tính và mạn tính của hệ thống vận động khớp với sự giảm đau tức thì [[55](#_ENREF_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 gồm 60 bệnh nhân không phân biệt nam nữ được chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng VQKV thể đơn thuần và điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương đủ theo tiêu chuẩn lựa chọn.

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 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 calci hóa dây chằng bao khớp, gai xương.

- Siêu âm: có thể có hình ảnh bình thường hoặc 1 trong các hình ảnh ở dưới đây:

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

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

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

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

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

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

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

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

- VQKV có kèm theo :

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

+ Bệnh Paget.

+ Hoại tử vô khuẩn đầu xương cánh tay.

+ Đau thần kinh teo cơ của Parsonage và Turner.

- Phụ nữ có thai.

- Bệnh nhân 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: Chọn mẫu chủ đích 60 bệnh nhân (là cỡ mẫu tối thiểu theo phương pháp chọn cỡ mẫu có chủ đích) từ tháng 4 cho đến tháng 10/2017.

2.1.6. Phân nhóm nghiên cứu

Bệnh nhân 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 điện châm kết hợp với sóng xung kích.

- Nhóm đối chứng: điều trị chỉ bằng sóng xung kích.

Liệu trình điều trị liên tục 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

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

\* Các máy móc dụng cụ dùng trong điện châm.

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

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



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

- Kìm kẹp kim, bông cồn.

- Một hộp bông cồn, 1 hộp bông vô khuẩn.

- Khay quả đậu.

- Hộp chống sốc.

\* Máy tạo sóng xung kích LS-5 Radialspec do Hoa Kỳ sản xuất vào năm 2012.

******

Hình 2.2. Máy tạo sóng xung kích LS-5 Radialspec do Hoa Kỳ sản xuất

\* Thước đo tầm vận động khớp vai.

*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. Chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.3.1. Chỉ tiêu đặc điểm chung

Tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân điều trị.

- Phân bố theo nhóm tuổi.

- Phân bố theo giới tính.

- Phân bố theo thời gian mắc bệnh.

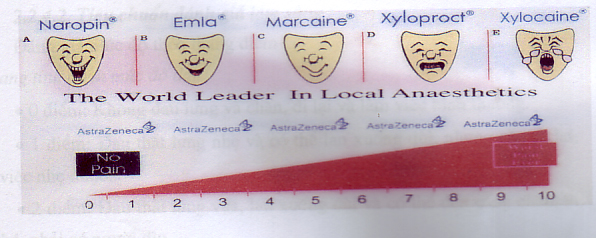
- Phân bố theo vị trị tổn thương.

2.2.3.2. Chỉ tiêu lâm sàng

Được tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân được điều trị, và sau khi điều trị 5 ngày, 10 ngày, 20 ngày gồm:

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

Đau là sự đánh giá chủ quan của bệnh nhân qua thang điểm VAS [[61](#_ENREF_61)].

****

Hình 2.3. Thước đo độ đau VAS

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

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

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

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

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

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

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

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

- Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill-McROMI [59].

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  từ 101 -150°  từ 51 – 100°  0 – 50° | Độ 0  Độ 1  Độ 2  Độ 3 |
| Xoay trong | > 85°  từ 61 – 85°  từ 31 – 60°  từ 0 – 30° | Độ 0  Độ 1  Độ 2  Độ 3 |
| Xoay ngoài | > 85°  từ 61 – 85°  từ 31 – 60°  từ 0 – 30° | Độ 0  Độ 1  Độ 2  Độ 3 |

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

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

- Đánh giá kết quả điều trị theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987 [60].

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 - 100 điểm

- Khá: 75 - 84 điểm

- Trung bình- kém: < 74 điểm

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 (0), dùng thước đo độ:*** |  |
| - Từ 0 → 300 | 0 |
| - Từ 31 → 360 | 2 |
| - Từ 61 → 900 | 4 |
| - Từ 91 →1200 | 6 |
| - Từ 121→1500 | 8 |
| - Từ 151→1800 | 10 |
| Số điểm tối đa đánh giá nâng vai lên trước | 10/100 điểm |
| ***Dạng vai sang bên, lên trên (0)*** |  |
| (cho điểm như nâng vai ra trước) | 10/100 điểm |
| ***Quay ngoài (vị trí)*** |  |
| - Để tay dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước | 2 |
| - Tay để dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau | 2 |
| - Tay để trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước | 2 |
| - Tay để trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau | 2 |
| - Tay để quá đỉnh đầu | 2 |
| Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay ngoài | 10/100 điểm |
| ***Quay trong (vị trí)*** |  |
| - Bàn tay đặt ở đùi | 0 |
| - Bàn tay đặt ở mông | 2 |
| - Bàn tay đặt ở điểm nối của đốt sống lưng và xương chậu | 4 |
| - Bàn tay đặt ở xương sống thắt lưng (L5) | 6 |
| - Bàn tay đặt ở điểm xương sống ngực thứ 12 (D12) | 8 |
| - Bàn tay đặt được ở vùng xương bả vai | 10 |
| Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay trong | 10/100 điểm |
| ***Năng lực của vai:*** |  |
| Theo phương pháp của Moseley, bệnh nhân nâng tay ở một góc 90° bình thường nâng được 25 pound Anh (1 pound Anh = 0,4536kg). | 25 điểm |
| **Tổng số điểm:** | 100 |

2.2.3.3. Chỉ tiêu cận lâm sàng

Tiến hành đánh giá một số chỉ số tại 2 thời điểm điều trị:

- Xét nghiệm: được thực hiện tại khoa xét nghiệm của bệnh viện Châm cứu Trung ương, tại các thời điểm D0, D20.

+ Công thức máu: Hồng cầu, Hemoglobin, Bạch cầu, Tiểu cầu.

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

- Siêu âm: được tiến hành tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Châm cứu Trung ương, ở các thời điểm D0, D20.

- X-quang khớp vai thường quy: được tiến tại khoa hành chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Châm cứu Trung ương, ở các thời điểm D0, D20.

2.2.4. 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.

- Nhóm nghiên cứu: gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp với sóng xung kích.

- Nhóm đối chứng: gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp sóng xung kích đơn thuần.

Các bệnh nhân được làm bệnh án và theo dõi từ đầu cho đến kết thúc quá trình nghiên cứu.

**Nhóm nghiên cứu**: *Bệnh nhân được điều trị bằng điện châm trước, rồi nghỉ 15 phút sau đó tiếp tục được điều trị bằng sóng xung kích, với liệu trình 20 ngày điện châm và 5 ngày điều trị bằng sóng xung kích.*

a. Điều trị bằng phương pháp điện châm: (dùng kim 0,40x25mm)

\* Châm các huyệt: theo quy trình chẩn đoán và chữa bệnh chuyên ngành châm cứu của Bộ Y tế [[9](#_ENREF_9)].

Châm tả các huyệt sau: (xem chi tiết ở phụ lục 2)

|  |  |
| --- | --- |
| **Tên huyệt** | **Kí hiệu quốc tế** |
| Hợp cốc | LI4 |
| Khúc trì | LI11 |
| Tý nhu | LI14 |
| Kiên ngung | LI15 |
| Kiên trinh | SI9 |
| Thiên tông | SI11 |
| Ngoại quan | TE5 |
| Kiên liêu | TE14 |

- Kỹ thuật châm kim:

*+* Xác định đúng vị trí huyệt và sát trùng da vùng huyệt.

*+* Dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ của bàn tay trái căng da vùng huyệt xuống để tán vệ khí.

*+* Tay phải đưa kim thật nhanh qua da (thì 1) và đẩy kim từ từ cho đến huyệt, kích thích kim cho đến khi người bệnh có cảm giác tức nặng và người thầy thuốc có cảm giác chặt như kim bị mút xuống, đó là hiện tượng đắc khí thì dừng lại. (thì 2)

- Kích thích bằng máy điện châm:

+ Mắc mỗi cặp dây cho 2 kim trên cùng đường kinh.

+ Điều chỉnh tần số sao cho phù hợp.

Bổ: tần số 1- 4 Hz Tả: tần số 5- 50 Hz

+ Nâng từ từ cường độ kích thích huyệt cho đến ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân (từ 1-150 microampe).

+ Thời gian kích thích cho mỗi lần điện châm là 30 phút.

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

- Kĩ thuật viên châm cứu là những người có thâm niên tay nghề cao đã làm việc lâu năm và có chứng chỉ hành nghề về châm cứu.

b. Điều trị bằng sóng xung kích: *sóng xung kích được điều trị tại thời điểm D0, D5, D10, D15, D20.*

Tiến hành tại phòng thủ thuật điều trị sóng xung kích theo các bước [[10](#_ENREF_10)]:

+ 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 xuất 2-4 *bar* tần số 10 -15 *Hz* với số xung bắt đầu là 400 xung sau đó nâng dần lên 2000 xung cho 1 lần điều trị và tiến hành theo chỉ định.

+ Hết thời gian điều trị: tắt máy, lau vùng da điều trị và đầu phát sóng.

- Mỗi lần điều trị bằng sóng xung kích cách nhau 5 ngày.

- 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.

**Nhóm đối chứng:**

- Được điều trị bằng sóng xung kích đơn thuần tại các thời điểm D0, D5, D10, D15, D20.

- Quy trình điều trị sóng xung kích giống như nhóm nhiên cứu.

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:

χ2 - 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 khoẻ cho người bệnh.

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

- Trong quá trình điều trị, bệnh không đỡ hoặc tăng lên thì bệnh nhân sẽ được ngừng nghiên cứu, đổi phương pháp điều trị 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 3/2017 cho đến tháng 10/2017, tại bệnh viện Châm cứu Trung ương.

**SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU**

**NHÓM 1**

Điều trị điện châm kết hợp sóng xung kích

**(n1 = 30)**

**BỆNH VIÊM QUANH KHỚP VAI**

**Xác định yếu tố liên quan**

- Tuổi

- Giới

- Thời gian bị bệnh

- Vị trí tổn thương

- Tầm vận động

- Các triệu chứng cơ năng

- X-quang khớp vai, siêu âm khớp vai

**BỆNH NHÂN ĐẠT TIÊU CHUẨN NGHIÊN CỨU**

**(n = 60)**

**Phân nhóm theo**

- Tuổi

- Giới

- Mức độ đau

**NHÓM 2**

Điều trị bằng sóng xung kích đơn thuần

**(n2=30)**

**Phân tích, so sánh, đánh giá kết quả nghiên cứu giữa 2 nhóm**

**Theo dõi, đánh giá:**

Trước và sau điều trị (D0, D10, D20)

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. 3.1.1.1. Đặc điểm về tuổi**

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tuổi** | **Nhóm NC** | | **Nhóm ĐC** | | **Tổng số** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **< 40** | 2 | 6,7 | 2 | 6,7 | 4 | 6,7 |
| **40 - 49** | 7 | 23,3 | 6 | 20,0 | 13 | 21,7 |
| **50 - 59** | 11 | 36,7 | 13 | 43,3 | 24 | 40,0 |
| **>60** | 10 | 33,3 | 9 | 30,0 | 19 | 31,6 |
| **Tổng** | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |
| **Tuổi trung bình (*±* SD)** | 54,87 ± 10,52 | | 54,97 ± 9,89 | | 54,92 ± 10,12 | |
| **p** | > 0,05 | | | |  | |

Nhận xét:

Tuổi mắc VQKV chủ yếu là nhóm tuổi > 50 tuổi chiếm tỷ lệ 71,6%, nhóm tuổi < 40 thấp nhất chiếm tỷ lệ 6,7%. Tuổi trung bình mắc VQKV của cả 2 nhóm là 54,92. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,87 và tuổi trung bình của nhóm đối chứng là 54,97.

Không có sự khác biệt về tỷ lệ tuổi giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

3.1.1.2. Đặc điểm về giới

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Giới** | **Nhóm NC** | | **Nhóm ĐC** | | **Tổng số** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Nam** | 13 | 43,3 | 13 | 43,3 | 26 | 43,3 |
| **Nữ** | 17 | 56,7 | 17 | 56,7 | 34 | 56,7 |
| **Tổng** | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |
| **p** | > 0,05 | | | |  | |

Nhận xét:

Có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh theo giới trong nghiên cứu, với nữ chiếm 56,7% và nam chiếm tỷ lệ 43,3%.

Nữ nhiều hơn nam ở cả 2 nhóm nghiên cứu (nhóm nghiên cứu nữ chiếm 56,7% và nhóm đối chứng chiếm 56,7%). Không có sự khác biệt tỷ lệ về giới giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

3.1.1.3. Thời gian mắc bệnh

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời gian** | **Nhóm NC** | | **Nhóm ĐC** | | **Tổng số** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Dưới 3 tháng** | 24 | 80,0 | 25 | 83,3 | 49 | 81,7 |
| **Trên 3 tháng** | 6 | 20,0 | 5 | 16,7 | 11 | 18,3 |
| **Tổng** | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |
| **p** | > 0,05 | | | | | |

Nhận xét: Chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm BN mắc bệnh dưới 3 tháng (81,7%), nhóm mắc bệnh trên 3 tháng có tỷ lệ thấp hơn (18,3%). Ở cả 2 nhóm, số bệnh nhân mắc bệnh trên 3 tháng đều chiếm đa số (> 80%) so với số bệnh nhân mắc bệnh dưới 3 tháng (< 20%). Sự phân bố bệnh nhân giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thời gian và có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3.1.1.4. Vị trí khớp vai mắc bệnh

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

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

Nhận xét: Không có sự khác biệt rõ ràng về số lượng vị trí tổn thương giữa vai bên trái và vai bên phải, có 31 BN tổn thương vai bên trái trong nghiên cứu (51,7%), tổn thương vai bên phải với 29 bệnh nhân (48,3%), không có tổn thương cả 2 bên khớp vai.

Trong mỗi nhóm, tỷ lệ bệnh nhân bị tổn thương 1 bên vai (vai trái hoặc vai phải) là tương đương nhau. Giữa 2 nhóm sự phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương khớp vai không có sự khác biệt đáng kể (p > 0,05).

3.1.2. Đặc điểm đau và hạn chế vận động của bệnh nhân VQKV

3.1.2.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nhóm**  **Mức độ** | **Nhóm NC** | | **Nhóm ĐC** | | **Tổng số** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Không đau** | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| **Đau nhẹ** | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| **Đau vừa** | 7 | 23,3 | 9 | 30,0 | 16 | 26,7 |
| **Đau nặng** | 20 | 66,7 | 17 | 56,7 | 37 | 61,7 |
| **Đau rất nặng** | 3 | 10,0 | 4 | 13,3 | 7 | 11,6 |
| **Tổng** | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |
| **Điểm trung bình (*±* SD)** | 6,23 ± 1,00 | | 6,17 ± 1,02 | | 6,20 ± 1,02 | |
| **p** | > 0,05 | | | |  | |

Nhận xét: Bênh nhân đau ở mức độ nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ lớn nhất chiếm 73,3% (trong đó đau nặng 61,7% và rất nặng 11,6%), không có bệnh nhân đau nhẹ và không đau trong nghiên cứu. Số điểm VAS trung bình trước điều trị là 6,2.

Không có sự khác biệt về tỷ lệ mức độ đau cũng như điểm trung bình (nhóm nghiên cứu là 6,23 và nhóm đối chứng là 6,17) theo thang điểm VAS giữa 2 nhóm (p > 0,05).

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tầm vận động khớp vai (động tác dạng)** | **Nhóm NC** | | **Nhóm ĐC** | | **Tổng số** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Độ 0** | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| **Độ 1** | 2 | 6,7 | 2 | 6,7 | 4 | 6,7 |
| **Độ 2** | 25 | 83,3 | 24 | 80,0 | 49 | 81,7 |
| **Độ 3** | 3 | 10,0 | 4 | 13,3 | 7 | 11,6 |
| **Tổng** | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |
| **Góc trung bình(*±* SD)** | 78,87 ± 18,18 | | 76,67 ± 18,46 | | 77,78 ± 18,21 | |
| **p** | > 0,05 | | | |  | |

Nhận xét: Bệnh nhân có hạn chế vận động động tác dạng chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 81,7% (49 bệnh nhân), mức độ 3 với tỷ lệ 11,6% (7 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình của động tác dạng khớp vai là 77,78.

Không có sự khác biệt về tỷ lệ hạn chế tầm vận động (động tác dạng) trước điều trị giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong)** | **Nhóm NC** | | **Nhóm ĐC** | | **Tổng** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Độ 0** | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| **Độ 1** | 10 | 33,3 | 9 | 30,0 | 19 | 31,7 |
| **Độ 2** | 19 | 63,4 | 20 | 66,7 | 39 | 65,0 |
| **Độ 3** | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| **Tổng** | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |
| **Góc trung bình(*±* SD)** | 56,10 ± 13,13 | | 55,86 ± 12,09 | | 55,98 ± 12,52 | |
| **p** | > 0,05 | | | |  | |

Nhận xét: Bệnh nhân có hạn chế tầm vận động động tác xoay trong chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 65% (39 bệnh nhân), mức độ 1 với tỷ lệ 31,7% (19 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình động tác xoay trong khớp vai là 55,98.

Tỷ lệ hạn chế tầm vận động động tác xoay trong giữa 2 nhóm là tương đương nhau và không có sự khác biệt về tỷ lệ tầm vận động (động tác xoay trong) trước điều trị giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

Bảng 3.8. Động tác xoay ngoài trước điều trị.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tầm vận động khớp vai (động tác xoay ngoài)** | **Nhóm NC** | | **Nhóm ĐC** | | **Tổng** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Độ 0** | 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 | 30 | 100 | 60 | 100 |
| **Góc trung bình(± SD)** | 55,53 ± 13,00 | | 56,90 ± 12,37 | | 56,21 ± 12,61 | |
| **p** | > 0,05 | | | |  | |

Nhận xét: Bệnh nhân có hạn chế vận động động tác ngoài chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 61,7% (37 bệnh nhân), mức độ 1 với tỷ lệ 35% (21 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình động tác xoay ngoài khớp vai là 56,21.

Tỷ lệ hạn chế tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài là tương đương nhau giữa 2 nhóm trong nghiên cứu. Không có sự khác biệt rõ ràng về sự phân bố bệnh nhân theo mức độ hạn chế tầm vận động (động tác xoay ngoài) trước điều trị giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

### 3.1.3. Đặc điểm siêu âm và X-quang

Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm siêu âm khớp vai trước điều trị.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kết quả siêu âm** | **Nhóm NC** | | **Nhóm ĐC** | | **Tổng số** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Không có gì bất thường** | 5 | 16,7 | 6 | 20,0 | 11 | 18,3 |
| **Có vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu** | 16 | 53,3 | 15 | 50,0 | 31 | 51,7 |
| **Có bao thanh mạc giãn to** | 5 | 16,7 | 3 | 10,0 | 8 | 13,3 |
| **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 | 30 | 100 | 60 | 100 |
| **p** | > 0,05 | | | |  | |

Nhận xét: Qua siêu âm khớp vai đã phát hiện được 49 BN (81,67%) có tổn thương, số bệnh nhân không phát hiện được là 11 BN (18,33%).

Các tổn thương có thể phát hiện được qua siêu âm bao gồm vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu (51,67%), bao thanh mạc giãn to (13,33%), có dải tăng âm trong gân (16,67%).

Không có sự khác biệt về sự phân bố bệnh nhân theo đặc điểm của siêu âm trước điều trị giữa 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng (p > 0,05).

Bảng 3.10. Đặc điểm phim chụp X-quang khớp vai.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kết quả X-quang** | **Nhóm NC** | | **Nhóm ĐC** | | **Tổng số** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Không có gì bất thường** | 22 | 73,3 | 23 | 76,6 | 45 | 75,0 |
| **Calci hóa dây chằng** | 6 | 20,0 | 5 | 16,7 | 11 | 18,3 |
| **Gai xương** | 2 | 6,7 | 2 | 6,7 | 4 | 6,7 |
| **Tổng** | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |
| **p** | > 0,05 | | | |  | |

Nhận xét: Qua chụp phim X-quang khớp vai phát hiện được 15 bệnh nhân có tổn thương, số bệnh nhân không phát hiện được là 45 bệnh nhân.

Các tổn thương có thể phát hiện được qua X-quang bao gồm calci hóa dây chằng (18,3% ở cả 2 nhóm) và gai xương (6,7%). Giữa 2 nhóm 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

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

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

Sau 5 ngày điều trị điểm VAS trung bình nhóm đối chứng là 6,0 và ở nhóm nghiên cứu là 5,87.

Sau 10 ngày điều trị triệu chứng đau theo VAS có sự cải thiện. Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là 4,07 và của nhóm đối chứng là 4,97.

Sau 20 ngày điều trị triệu chứng đau theo VAS có sự cải thiện rõ rệt ở cả 2 nhóm (p0-20 < 0,01). Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu lúc này là 1,5 và của nhóm đối chứng là 2,47. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ | **Nhóm NC**  (1) | | | | **Nhóm ĐC**  (2) | | | |
| Trước ĐT | | Sau ĐT | | Trước ĐT | | Sau ĐT | |
| n | % | n | % | n | % | n | % |
| Không đau | 0 | 0,0 | 17 | 56,7 | 0 | 0,0 | 6 | 20,0 |
| Đau nhẹ | 0 | 0,0 | 13 | 43,3 | 0 | 0,0 | 23 | 76,7 |
| Đau vừa | 7 | 23,3 | 0 | 0,0 | 9 | 30,0 | 0 | 0,0 |
| Đau nặng | 20 | 66,7 | 0 | 0,0 | 17 | 56,7 | 0 | 0,0 |
| Đau rất nặng | 3 | 10,0 | 0 | 0,0 | 4 | 13,3 | 0 | 0,0 |
| Tổng | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 |
| ptrước-sau | < 0,01 | | | | < 0,05 | | | |
| p1-2 | < 0,05 | | | | | | | |

Nhận xét: Trước điều trị 100% bệnh nhân có đau và chủ yếu là mức độ vừa và nặng (chiếm 96,7% ở cả hai nhóm).

Sau khi điều trị 20 ngày, các triệu chứng đau có sự cải thiện rõ rệt: nhóm nghiên cứu có 56,7% bệnh nhân hết đau và 43,3% bệnh nhân ở mức độ đau nhẹ, không có bệnh nhân nào ở mức độ đau vừa và nặng. Tỷ lệ BN không đau ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng (20%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p1-2 < 0,05).

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

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

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có sự biến đổi góc trung bình mạnh hơn so với nhóm đối chứng trong cả quá trình điều trị.

Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác dạng một cách rõ rệt ở nhóm nghiên cứu. Góc trung bình của nhóm nghiên cứu động tác dạng (110,43°) và của nhóm đối chứng động tác dạng (105,33°). Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê (p > 0,05).

Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác dạng (p0-20 < 0,01). Tầm mở góc trung bình động tác dạng của nhóm nghiên cứu (164,10°) cao hơn của nhóm đối chứng (148,53°). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p< 0,05).

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ vận động | **Nhóm NC *(1)*** | | | | **Nhóm ĐC *(2)*** | | | |
| Trước ĐT | | Sau ĐT | | Trước ĐT | | Sau ĐT | |
| n | % | n | % | n | % | n | % |
| Độ 0 | 0 | 0,0 | 25 | 83,3 | 0 | 0,0 | 16 | 53,3 |
| Độ 1 | 2 | 6,7 | 5 | 16,7 | 2 | 6,7 | 14 | 46,7 |
| Độ 2 | 25 | 83,3 | 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 | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 |
| ptrước-sau | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| p1-2 | < 0,05 | | | | | | | |

Nhận xét:

Trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai (động tác dạng), chiếm chủ yếu ở mức độ 2 (trên 80% ở cả 2 nhóm).

Sau 20 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai (động tác dạng) ở mỗi nhóm có sự tăng lên rõ rệt với độ 0 chiếm chủ yếu (83,3% ở nghiên cứu và 53,3% ở nhóm đối chứng).

Trong đó nhóm nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ 0 cao hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p1-2 < 0,05).

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

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

Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động động tác xoay trong một cách rõ rệt ở nhóm nghiên cứu. Góc trung bình của nhóm nghiên cứu động tác xoay trong (70,06°) và của nhóm đối chứng (69,86°), giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê (p > 0,05).

Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay trong ở cả 2 nhóm (p< 0,05). Góc trung bình động tác xoay trong của nhóm nghiên cứu (85,00°) cao hơn của nhóm đối chứng (79,93°). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p< 0,01).

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ vận động | **Nhóm NC**  (1) | | | | **Nhóm ĐC**  (2) | | | |
| Trước ĐT | | Sau ĐT | | Trước ĐT | | Sau ĐT | |
| n | % | n | % | n | % | n | % |
| Độ 0 | 0 | 0,0 | 24 | 80,0 | 0 | 0,0 | 9 | 30,0 |
| Độ 1 | 10 | 33,3 | 6 | 20,0 | 9 | 30,0 | 21 | 70,0 |
| Độ 2 | 19 | 63,3 | 0 | 0,0 | 20 | 66,7 | 0 | 0,0 |
| Độ 3 | 1 | 3,4 | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 |
| Tổng | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 |
| ptrước-sau | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| p1-2 | < 0,05 | | | | | | | |

Nhận xét:

Trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai (động tác xoay trong) chiếm chủ yếu là mức độ 2 (trên 60% ở cả 2 nhóm).

Sau 20 ngày điều trị tầm vận động khớp vai (động tác xoay trong) thay đổi rõ rệt, độ 0 chiếm chủ yếu (80% ở nhóm nghiên cứu và 30% ở nhóm đối chứng).

Trong đó nhóm nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ 0 cao hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p1-2 < 0,05).

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

Nhận xét:

Sau 10 ngày điều trị có sự cải thiện tầm vận động (động tác xoay ngoài) một cách rõ rệt ở nhóm nghiên cứu (p< 0,05). Góc trung bình của nhóm nghiên cứu động tác xoay ngoài (72,00°) và của nhóm đối chứng động tác xoay ngoài (72,00°), giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê (p > 0,05).

Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay ngoài (p < 0,01). Điểm trung bình động tác xoay ngoài của nhóm nghiên cứu (85,5) cao hơn của nhóm đối chứng (80,33°). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p< 0,01).

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mức độ vận động | **Nhóm NC**  (1) | | | | **Nhóm ĐC**  (2) | | | |
| Trước ĐT | | Sau ĐT | | Trước ĐT | | Sau ĐT | |
| n | % | n | % | n | % | n | % |
| Độ 0 | 0 | 0,0 | 24 | 80,0 | 0 | 0,0 | 10 | 33,3 |
| Độ 1 | 10 | 33,3 | 6 | 20,0 | 11 | 30,0 | 20 | 66,7 |
| Độ 2 | 19 | 63,3 | 0 | 0,0 | 18 | 66,7 | 0 | 0,0 |
| Độ 3 | 1 | 3,4 | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 |
| Tổng | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 |
| ptrước-sau | < 0,05 | | | | < 0,05 | | | |
| p1-2 | < 0,05 | | | | | | | |

Nhận xét:

- Trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai (động tác xoay ngoài), trong đó độ 2 chiếm chủ yếu ở cả 2 nhóm (trên 60%).

- Sau 20 ngày điều trị tầm vận động khớp vai (động tác xoay ngoài) tăng lên rõ rệt, mức độ 0 và 1 chiếm toàn bộ và không có mức độ 2 và mức độ 3 ở cả 2 nhóm nghiên cứu.

- Giữa 2 nhóm, tỉ lệ bênh nhân ở nhóm nghiên cứu sau điều trị có động tác xoay ngoài khớp vai ở mức độ 0 nhiều hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt này giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

3.2.3. Kết quả điều trị chung

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Chỉ số | Nhóm | Trước điều trị (1)  (± SD) | Sau 10 ngày ĐT (2)  (± SD) | Sau 20 ngày ĐT (3)  (± SD) |
| Đau | Nghiên cứu  (a) | 3,33 ± 3,03 | 8,67 ± 3,69 | 13,83 ± 2,15 |
| Đối chứng  (b) | 3,33 ± 3,03 | 7,00 ± 2,81 | 12,00 ± 3,62 |
| p3-1 < 0,05 | | p1a-1b > 0,05 | p2a-2b > 0,05 | p3a-3b > 0,05 |
| Hoạt động  Hàng ngày | Nghiên cứu  (a) | 5,87 ± 1,88 | 8,67 ± 3,69 | 17,13 ± 1,87 |
| Đối chứng  (b) | 5,67 ± 1,82 | 10,70 ± 2,81 | 15,33 ± 2,30 |
| p3-1 < 0,05 | | p1a-1b > 0,05 | p2a-2b > 0,05 | p3a-3b < 0,05 |
| Khả năng vận động | Nghiên cứu  (a) | 14,20 ± 5,10 | 24,13 ± 4,63 | 32,67 ± 5,90 |
| Đối chứng  (b) | 14,47 ± 5,37 | 21,73 ± 6,47 | 28,87 ± 6,09 |
| p3-1 < 0,05 | | p1a-1b > 0,05 | p2a-2b > 0,05 | p3a-3b < 0,05 |
| Lực khớp vai | Nghiên cứu  (a) | 9,40 ± 1,77 | 14,97 ± 1,52 | 21,50 ± 2,03 |
| Đối chứng  (b) | 9,43 ± 1,73 | 14,00 ± 1,46 | 20,20 ± 1,95 |
| p3-1 < 0,05 | | p1a-1b > 0,05 | p2a-2b > 0,05 | p3a-3b < 0,05 |
| Tổng điểm | Nghiên cứu  (a) | 32,80 ± 10,49 | 58,50 ± 10,70 | 85,10 ± 10,80 |
| Đối chứng  (b) | 32,90 ± 10,75 | 53,80 ± 12,10 | 76,40 ± 13,20 |
| p3-1 < 0,05 | | p1a-1b > 0,05 | p2a-2b > 0,05 | p3a-3b < 0,05 |

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

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị, triệu chứng đau, khả năng vận động, hoạt động hàng ngày, năng lục khớp vai đều có sự cải thiện rõ rệt trước và sau điều trị ở cả hai nhóm (p < 0,01). sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p < 0,05).

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kết quả** | **Nhóm NC** | | **Nhóm ĐC** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Tốt** | 19 | 63,3 | 11 | 36,7 |
| **Khá** | 8 | 26,7 | 6 | 20,0 |
| **Trung bình- kém** | 3 | 10,0 | 13 | 43,3 |
| **Tổng** | 30 | 100 | 30 | 100 |
| **p** | **< 0,05** | | | |

Nhận xét: Sau liệu trình 20 ngày điều trị, hiệu quả điều trị ở nhóm nghiên cứu cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng; Nhóm nghiên cứu có 19 BN (63,3%) điều trị ở mức tốt nhiều hơn so với nhóm đối chứng chỉ có 11 BN (36,7%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

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

Bảng 3.17. Biến đổi của hình ảnh siêu âm khớp vai nhóm nghiên cứu sau điều trị.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời điểm nghiên cứu**  **Kết quả SA khớp vai** | **Trước ĐT** | | **Sau ĐT** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Khớp vai bình thường** | 5 | 16,7 | 20 | 66,7 |
| **Có vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu** | 16 | 53,3 | 6 | 20,0 |
| **Có bao thanh mạc giãn to** | 5 | 16,7 | 3 | 10,0 |
| **Có dải tăng âm trong gân** | 4 | 13,3 | 1 | 3,33 |
| **Có vùng giảm âm trong gân** | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| **Tổng** | 30 | 100% | 30 | 100 |
| **p** | **< 0,05** | | | |

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ hình ảnh siêu âm bình thường từ 16,7% 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 53% xuống 20%. Sự khác biệt có giá trị thống kê với p <0,05.

Bảng 3.18. Biến đổi của hình ảnh phim chụp X-quang khớp vai   
nhóm nghiên cứu sau điều trị.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời điểm nghiên cứu**  **Kết quả X-quang khớp vai** | **Trước ĐT** | | **Sau ĐT** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Khớp vai bình thường** | 22 | 73,3 | 26 | 86,7 |
| **Calci hóa dây chằng** | 6 | 20,0 | 2 | 6,7 |
| **Gai xương** | 2 | 6,7 | 2 | 6,7 |
| **Tổng** | 30 | 100 | 30 | 100% |
| **p** | **< 0,05** | | | |

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị nhóm nghiên cứu, hình ảnh khớp vai bình thường tăng từ 73,3% lên 86,7%. Số bệnh nhân có hình ảnh calci hóa dây chằng giảm đi từ 20% xuống 6,7%, số bệnh nhân có hình ảnh gai xương 2 BN (6,7%). Sự khác biệt trước và sau điều trị có giá trị thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.19. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu nhóm nghiên cứu sau điều trị.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thời điểm nghiên cứu**  **Chỉ số cận lâm sàng** | **Trước ĐT**  **(± SD)** | **Sau ĐT**  **(± SD)** | **p** |
| **Hồng cầu (T/l)** | 4,22 ± 0,09 | 4,22 ± 0,10 | > 0,05 |
| **Hemoglobin (g/l)** | 135,3 ± 4,91 | 143,3 ± 3,66 | > 0,05 |
| **Bạch cầu (G/l)** | 5,52 ± 0,17 | 5,55 ± 0,13 | > 0,05 |
| **Tiểu cầu (G/l)** | 249,4 ± 12,39 | 258,8 ± 11,48 | > 0,05 |
| **Ure (µmol/l)** | 4,26 ± 0,09 | 4,26 ± 0,07 | > 0,05 |
| **Creatinin (µmol/l)** | 69,20 ± 3,79 | 67,19 ± 1,23 | > 0,05 |
| **AST (UI)** | 19,99 ± 1,91 | 20,33 ± 1,37 | > 0,05 |
| **ALT (UI)** | 22,94 ± 1,65 | 22,30 ± 0,84 | > 0,05 |

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị, các chỉ số hồng cầu, hemoglobin, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinin, AST, ALT đều nằm trong giới hạn bình thường, không có sự thay đổi đáng kể giữa trước và sau điều trị (p > 0,05).

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

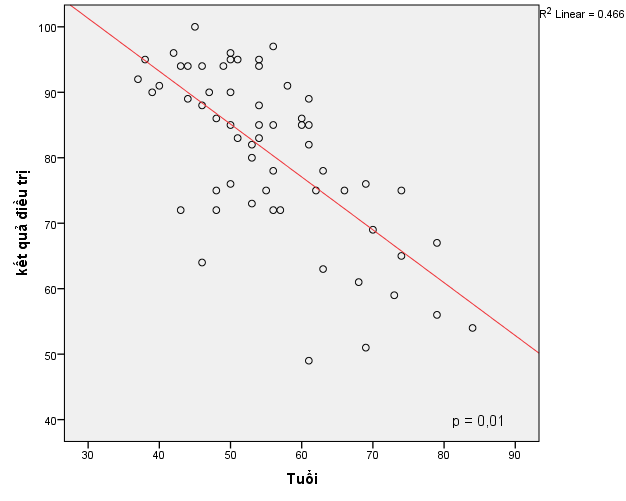
Bảng 3.20. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Nhóm NC** | **Nhóm ĐC** | **Tổng số** |
| **n** | **n** |
| **Đau tăng** | 1 | 2 | 3 |
| **Chảy máu** | 4 | 0 | 4 |
| **Tổng số** | 5 | 2 | 7 |

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị ghi nhận được có 3 bệnh nhân có trường hợp đau tăng lên (trong đó nhóm nghiên cứu có 1 bệnh nhân và nhóm đối chứng 2 bệnh nhân). Tình trạng chảy máu ghi nhận được 4 trường hợp chiếm 6,7% (trong đó toàn bộ nằm ở nhóm nghiên cứu).

3.3. Những yếu tố liên quan đến kết quả điều trị VQKV

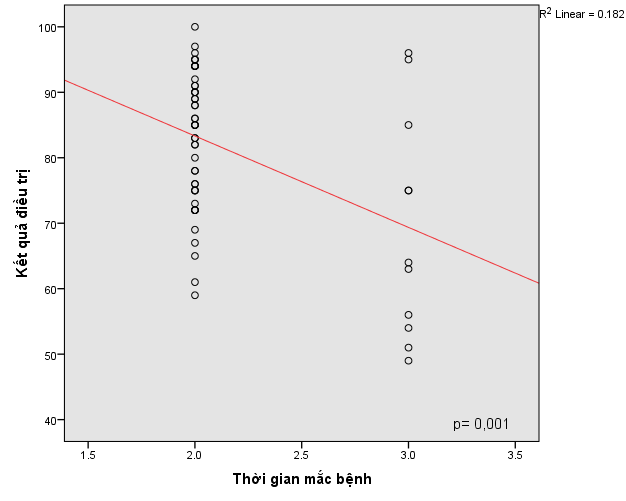
3.3.1. Tuổi



Biểu đồ 3.6. Mối tương quan tuổi và kết quả điều trị.

Nhận xét: có sự tương quan nghịch cao giữa tuổi và kết quả điều trị, hệ số tương quan r= -0,68. Sự tương quan này có giá trị thống kê (p < 0,05).

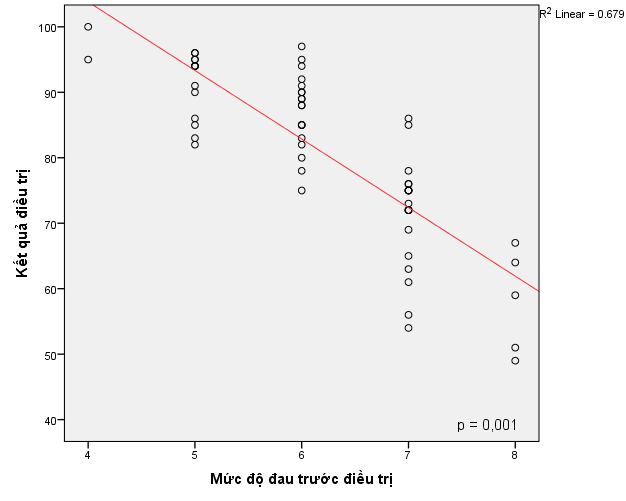
3.3.2. Thời gian mắc bệnh



Biểu đồ 3.7. Mối tương quan thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị.

Nhận xét: Có sự tương quan nghịch trung bình giữa thời gian mắc bệnh với kết quả điều trị, hệ số tương quan ­r = -0,427. Sự tương quan này có giá trị thống kê (p < 0,01).

3.3.3. Điểm VAS trước điều trị



Biểu đồ 3.8. Mối tương quan giữa mức độ đau trước điều trị và kết quả điều trị.

Nhận xét: Có sự tương quan nghịch rất cao giữa số điểm VAS trước điều trị với kết quả điều trị, hệ số tương quan ­r = -0,824. Sự tương quan này có giá trị thống kê (p < 0,01).

Chương 4  
BÀN LUẬN

## 

4.1. ĐẶC ĐIỂM ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở biểu đồ 3.1 cho thấy đa số bệnh nhân mắc bệnh ở tuổi trên 50 tuổi (chiếm 73,3% ở nhóm đối chứng và 70% ở nhóm nghiên cứu), tiếp đến là lứa tuổi 40 đến 49 (23,3% ở nhóm nghiên cứu và 20% ở nhóm đối chứng). Lứa tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất chiểm tỷ lệ 6,7% ở tất cả 2 nhóm. Tuổi trung bình của 2 nhóm là 54,92 tuổi, trong đó nhóm nghiên cứu là 54,87 và 54,97 ở nhóm đối chứng. Bệnh nhân trên 50 tuổi, do sự thoái hóa của các nhóm cơ xoay do hoạt động lâu dài và quá nhiều, đồng thời các vi chấn thương liên tiếp được tạo ra bởi sự tồn tại vùng cọ xát của mỏm cùng - quạ là yếu tố thuận lợi gây VQKV thể đơn thuần.

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

Theo Nguyễn Cẩm Châu và cộng sự [[15](#_ENREF_15)] đã tổng kết VQKV thể đơn thuần thường gặp ở lứa tuổi 40 - 60 tuổi (68,75%).

Nguyễn Thị Lực [[28](#_ENREF_28)] cũng nhận thấy phần lớn bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 62,7%.

Có tới 41 bệnh nhân trong số 82 bệnh nhân VQKV trong nghiên cứu của Dương Trọng Hiếu [[21](#_ENREF_21)] ở lứa tuổi 40 - 50 tuổi.

Còn nghiên cứu của Đoàn Quang Huy [[24](#_ENREF_24)] cho thấy đa số bệnh nhân VQKV ở độ tuổi trên 50 tuổi chiếm 58,34%.

Đoàn Quốc Sỹ [[31](#_ENREF_31)] tác giả nhận thấy rằng tổng số bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 88,7%.

Nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng [[22](#_ENREF_22)] cũng thấy đa số bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi (90%), của Nguyễn Thị Nga [[29](#_ENREF_29)] số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ 76,3%.

Nghiên cứu của Chung Khánh Bằng [[3](#_ENREF_3)] cũng cho thấy hầu hết bệnh nhân VQKV có độ tuổi > 50 tuổi (67,16%).

Nghiên cứu của Vũ Thị Duyên Trang [[39](#_ENREF_39)] cũng thấy đa số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao (71,8%).

Nghiên cứu Lương Thị Dung [[20](#_ENREF_20)] cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân > 50 tuổi chiếm tỉ lệ cao 60%.

4.1.2. Đặc điểm về giới

Một số tác giả nhận thấy VQKV tỉ lệ thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn nam giới trong mô hình dịch tễ học, phần nhiều là do phụ nữ thường phải làm nhiều công việc liên quan đến nội trợ, đồng thời quá trình lão hóa của phụ nữ tiến triển nhanh hơn nam giới [[20](#_ENREF_20)].

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.2 và tại biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh VQKV ở nữ giới (56,7%) cao hơn so với nam giới (43,3%), tuy nhiên tỉ lệ này chênh lệch này chưa phản ánh được tình hình chung của mô hình bệnh VQKV về giới tính vì lý do cỡ mẫu nghiên cứu là rất nhỏ so với yêu cầu của một cuộc điều tra dịch tễ học.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả đã công bố như Nguyễn Thị Nga [[29](#_ENREF_29)], Đặng Ngọc Tân [[33](#_ENREF_33)], Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa [[25](#_ENREF_25)] các tác giả khi nghiên cứu đã đưa ra nhận xét tỷ lệ mắc bệnh ở nữ là cao hơn nam trong bệnh VQKV.

4.1.3. Thời gian mắc bệnh

Với bệnh VQKV nói chung thì triệu chứng khởi phát thường đơn thuần chỉ có đau tại các khớp vai sau đó phát triển nặng hơn, tăng dần từ từ theo thời gian, kèm theo là các triệu chứng hạn chế vận động khớp vai bắt xuất hiện nên người bệnh mới đến các cơ sở khám chữa bệnh để điều trị.

Đối với VQKV thể đơn thuần, đau là triệu chứng nổi trội nhất, thường kéo dài 3 – 6 tuần, với các triệu chứng đau liên tục tăng dần, và sau đó tự khỏi. Quá trình này cứ lặp đi lặp lai nhiều lần cho đến khi bệnh nhân không còn khả năng vận động do hạn chế tầm vận động quá nhiều, kèm theo bệnh nhau đau quá mức chịu đựng của cơ thể nên cũng ngừng cử động tay bên đau [[11](#_ENREF_11)]. Nhiều tác giả cho rằng việc ngừng hoạt động tay bên đau làm hình thành vòng xoắn bệnh tật ở bệnh nhân VQKV ngày càng tăng nặng.

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở biểu đồ 3.3 cho thấy 100% số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 1 tháng. Trong đó dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (80% ở nhóm NC và 83,3% ở nhóm chứng), thời gian mắc bệnh trên 3 tháng (20% ở nhóm nghiên cứu và 16,7% ở nhóm chứng.

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

Do phạm vi và sự khống chế về thời gian, nên nghiên cứu của chúng tôi chỉ lấy được bệnh nhân với số lượng ít, cỡ mẫu không đủ lớn để có thể xác định được khoảng thời gian mắc bệnh tin cậy hơn như những nghiên cứu khác. Mặc dù có sự khác biệt về cỡ mẫu, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác như:

Nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân [[33](#_ENREF_33)] trên 66 bệnh nhân VQKV thể viêm gân (viêm gân nhị đầu) cho thấy: thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1- 3 tháng chiếm 81,8%. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Huyền và Lê Thị Kiều Hoa [[25](#_ENREF_25)] thì hầu hết bệnh nhân mắc bệnh kéo dài trên 1 tháng là 81,67%.

4.1.4. Vị trí khớp vai mắc bệnh

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

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

Theo Lê Thị Hoài Anh [[2](#_ENREF_2)] tỷ lệ mắc bệnh của vai phải là (56%), cao hơn so với vai trái (44%).

Nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng [[22](#_ENREF_22)] trên 60 bệnh nhân VQKV thấy tỷ lệ tổn thương vai phải (53,3%) cao hơn vai trái (35,0%).

Nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân [[33](#_ENREF_33)] thì đa số tổn thương vai bên phải (68,2%), đau vai trái chiếm tỉ lệ thấp hơn (27,3%), đau cả 2 vai chiếm tỉ lệ rất thấp là 4,5%.

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

Với tác giả Hà Hoàng Kiệm [[27](#_ENREF_27)] thì cho rằng, khi ngồi làm việc có thói quen chống khủy xuống bàn cũng gây hiện tượng thoái hóa, điều này lý giải một phần tại sao tay không thuận vẫn có khả năng bị tổn thương.

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

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

4.1.5. Phân loại bệnh nhân theo mức độ đau bằng thang điểm VAS và tầm vận động khớp vai

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

Theo *Hải thượng Y Tông Tâm Lĩnh - Y Hải Cầu Nguyên*, thiên thứ 3 chương “khí huyết” cho rằng: “khí bị hư thì tê dại, huyết bị hư thì cứng đờ” là muốn nói rằng bên ngoài da lông khí huyết không đầy đủ thì người bệnh sẽ cảm nhận được cảm giác đau tê bì, nhưng ở bên trong gân thì không cảm giác đau được mà chỉ biểu hiện ra triệu chứng cứng đờ. “Huyết là ngọn của khí, khí là gốc của huyết” khi khí, huyết hư, suy đều có ảnh hưởng nhất định đến với nhau mà sinh ra các chứng trên lâm sàng mà biểu hiện ra “thống” [[38](#_ENREF_38)].

Trong YHCT nói chung, “đau” là triệu chứng ban đầu của mọi loại bệnh mà đặc biệt trong bệnh VQKV nguyên nhân là do phong, hàn thấp xâm phạm gây nên khí trệ, huyết ứ. Kinh mạch không lưu thông, cân cơ không được nuôi dưỡng, lại kết hợp với đặc điểm hàn ngưng, huyết ứ gây ra triệu chứng đau ở vùng ngưng trệ, ngoài ra nó còn ảnh hưởng đến khí. Khí trệ, huyết ứ làm cho cơ nhục không được nuôi dưỡng vì vậy hạn chế vận động. Như vậy, quan niệm của YHCT cũng cho rằng đau là triệu chứng quan trọng để tiên lượng được khả năng điều trị với sự phục hồi khớp vai như YHHĐ [[42](#_ENREF_42)].

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

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.5 và biểu đồ 3.5) cho thấy 100% bệnh nhân VQKV có triệu chứng đau vai ở mức độ từ vừa đến rất nặng, trong đó tỷ lệ đau nặng và đau vừa cả 2 nhóm chiếm 88,4% (53 bệnh nhân), đau rất nặng chiếm 11,6% (7 bệnh nhân). Điểm VAS trung bình của 2 nhóm là 6,2, trong đó nhóm nghiên cứu là 6,23 và nhóm đối chứng là 6,17. Không có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm trong nghiên cứu (p > 0,05).

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

Chung Khánh Bằng [[3](#_ENREF_3)] khi nghiên cứu điều trị VQKV bằng tân châm kết quả cho thấy tỷ lệ BN đau vừa và nặng như nhau (đều 41,8%), đau nhẹ chỉ chiếm 16,4% .

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga [[29](#_ENREF_29)] sau khi nghiên cứu điều trị VQKV bằng thuốc và vật lý trị liệu đã cho thấy tỷ lệ đau trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%), đau nặng (33,3%), không có BN nào đau nhẹ.

Theo Đặng Ngọc Tân [[33](#_ENREF_33)] nghiên cứu với phương pháp tiêm corticoid dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong điều trị VQKV cho thấy kết quả đa số BN đau ở mức trung bình (78,8%), đau nhiều (21,2%) và không có BN nào đau nhẹ.

Theo Nguyễn Hữu Huyền và CS [[25](#_ENREF_25)] điều trị VQKV bằng vật lý trị liệu kết hợp tập vận động cho kết quả 60 BN đau ở mức độ vừa và nặng (43,33% và 56,67%).

Điều này hoàn toàn phù hợp với thời gian mắc bệnh và mức độ đau của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu, đa phần bệnh nhân thường để tổn thương nặng hơn đến ngưỡng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt cũng như đến ngưỡng đau khó chịu mới đi khám, nên tỉ lệ bênh nhân đau nặng và vừa chiếm đa số còn tỉ lệ đau nhẹ và không đau là không nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi là không có bệnh nhân có mức độ đau nhẹ. Lí do cũng có thể đây là bệnh viện YHCT châm cứu tuyến cuối nên thường chỉ có bệnh nhân đau nặng, điều trị tuyến dưới không đỡ mới được giới thiệu chuyển lên.

4.1.6. Tầm vận động khớp vai trước điều trị

Khớp vai là một khớp có tầm vận động biên độ lớn nhất trong cơ thể, khớp vai có thể quay theo 3 trục thẳng góc với nhau tạo ra các động tác mà chúng tôi nghiên cứu như dạng, xoay trong, xoay ngoài. Các động tác này phối hợp với nhau 1 cách nhuần nhuyễn, liên tục ở điều kiện bình thường. Khi có tổn thương xảy ra, người bệnh có thể bị hạn chế vận động ở 1 số động tác nhất định, điều này làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân rất nhiều. Nên việc đánh giá điều trị tầm vận động khớp là điều quan trọng nhất.

Trước điều trị (biều đồ 3.6 và bảng 3.6) hạn chế vận động khớp vai động tác dạng gặp ở 100% bệnh nhân nghiên cứu và mức độ hạn chế chủ yếu là mức độ 2 (chiếm tỷ lệ cao nhất 81,7% ở cả 2 nhóm, trong nhóm nghiên cứu chiếm 83,3%, nhóm đối chứng chiếm 80%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Tầm vận động trung bình cả 2 nhóm là 77,78°, trong đó nhóm nghiên cứu (78,87°) cao hơn nhóm đối chứng (76,67°), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p > 0,05).

Còn ở bảng 3.7 và biểu đồ 3.7 hạn chế vận động động tác xoay trong độ 1 và độ 2 chiếm đa số, trong đó 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng đều chiếm 96,7%, điểm trung bình 2 nhóm là 55,98°. Bảng 3.8 thể hiện mức vận động động tác xoay ngoài và cả 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng đều có số bệnh nhân ở độ 1 và độ 2 chiếm đa số, trong đó độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 65%.

Điều phù hợp với mô tả tình hình diễn biến của bệnh tật trong động tác khớp vai, theo một số tác giả: đau dù là lần đầu tiên thường phối hợp với hạn chế vận động nếu không hoàn toàn để ý trong động tác. Đầu tiên hạn chế vận động bắt đầu từ động tác dạng, tiến đến là hạn chế động tác 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 [[20](#_ENREF_20)].

Hạn chế vận động khớp vai là triệu chứng quan trọng bắt người bệnh phải đến khám và điều trị bệnh. Các tác giả như Lương Thị Dung [[20](#_ENREF_20)], Lê Thị Hoài Anh [[2](#_ENREF_2)], Vũ Thị Duyên Trang [[39](#_ENREF_39)] cũng đồng ý và cho rằng 100% bệnh nhân đều có hạn chế vận động khớp vai và mức độ vừa và nặng chiếm phần lớn.

4.1.7. Đặc điểm siêu âm khớp vai

Theo Codman sự thoái hóa của gân được đánh dấu bằng sự tổn thương bao thanh mạc dưới mỏm cùng, bao thanh mạc dưới cơ delta, viêm gân mũ các cơ xoay và viêm gân cơ nhị đầu là nguyên nhân chủ yếu của VQKV [[39](#_ENREF_39)].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở biểu đồ 3.9 cho thấy siêu âm khớp vai đã phát hiện được 81,7% trường hợp tổn thương trên 60 bệnh nhân, chỉ có 18,3% trường hợp không phát hiện tổn thương. Các tổn thương được phát hiên bao gồm, vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu (51,7%), bao thanh mạc giãn to (13,3%), có dải tăng âm trong gân (16,7%).

Kết quả này chúng tôi thấy phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hoài Anh [[2](#_ENREF_2)], Đoàn Quang Huy [[24](#_ENREF_24)], Chung Khánh Bằng [[3](#_ENREF_3)], Nguyễn Thi Lực [[28](#_ENREF_28)], Vũ Thị Duyên Trang [[39](#_ENREF_39)] cho rằng siêu âm khớp vai có giá trị chẩn đoán nguyên nhân trong VQKV.

4.1.8. Đặc điểm X-quang khớp vai

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

Còn trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở biểu đồ 3.10 cho thấy đa phần không thấy tổn thương khớp vai (chiếm 75%) ở cả 2 nhóm tổn thương calci hóa dây chằng khớp vai chiếm 18,3% (trong nhóm nghiên cứu 20%, nhóm đối chứng chiếm 16,7%), còn lại là gai xương chiếm 6,7%.

Nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Quang Huy [[24](#_ENREF_24)] khi cho 48 BN chụp phim và phát hiện ra được 20,83% có tổn thương và 79,71% không phát hiện được tổn thương.

Phạm Việt Hoàng [[22](#_ENREF_22)] cũng cho rằng trên phim chụp X-quang khớp vai thường quy phát hiện được tổn thương với tỷ lệ rất thấp (16,7%).

Lương Thị Dung [[20](#_ENREF_20)] chỉ phát hiện được 10% (60 bệnh nhân) tổn thương trên phim X-quang thường quy.

4.2. BÀN VỀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ điện CHÂM KẾT HỢP VỚI SÓNG XUNG KÍCH

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

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

Kết quả ở biểu đồ 3.11 cho thấy: sau 5 ngày điều trị, điểm trung bình của nhóm nghiên cứu là 5,87 và nhóm đối chứng là 6,0. Sau 10 ngày điều trị điểm trung bình của chỉ số đau của nhóm nghiên cứu giảm xuống còn 4,07, điểm trung bình của nhóm đối chứng giảm xuống còn 4,77. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm giảm rõ rệt giá trị trung bình trước và sau 5 ngày (p < 0,01), và giữa hai nhóm có ý nghĩa thông kê (p < 0,05).

Trên biểu đồ 3.11 cho thấy giữa 2 nhóm đối chứng và nghiên cứu có sự khác biệt nhau không rõ ràng sau 5 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có mức độ giảm đau hơn so với nhóm đối chứng. Sau 10 ngày điều trị mức sự chênh lệch rõ ràng hơn giữa 2 nhóm.

Đến ngày thứ 20 của điều trị, điểm trung bình của chỉ số đau VAS của nhóm nghiên cứu giảm từ 6,23 xuống 1,50, điểm trung bình của nhóm đối chứng giảm từ 6,17 xuống 2,47. Điều này cho thấy kết điều trị của nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện tình trạng giảm đau tốt hơn so với nhóm đối chứng (với p < 0,05).

Kết quả bảng 3.11 cũng cho thấy sau 20 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu có 56,7% bệnh nhân hết đau và 43,3% bệnh nhân ở mức độ đau nhẹ. Ở nhóm đối chứng có 20% bệnh nhân hết đau, 76,7% bệnh nhân đau nhẹ và cả 2 nhóm đều không còn bệnh nhân đau vừa và nặng. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm giảm rõ rệt mức độ đau (p < 0,05). Đặc biệt mức độ giảm đau ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn hẳn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều dùng phương pháp điều trị nền là sóng xung kích. Vì vậy, sự chênh lệch về tác dụng giảm đau giữa hai nhóm là do hiệu quả điều trị của châm nói chung và điện châm nói riêng.

Đa số các tác giả nghiên cứu về châm đều đồng ý thuyết "Cổng kiểm soát" của Melzack R. và Wall P.D. cũng như thuyết "hai cửa" của Hsiang Tung C mổ tả cơ chế giảm đau của châm một cách hợp lý. Trong đó thuyết "Cổng kiểm soát" của Melzack R. và Wall P.D. quan niệm rằng sừng sau tủy sống ví như cánh cửa có thể đóng mở. Cửa đóng khi có kích thích lên các thụ cảm thể ngoại biên với nguồn kích thích thấp khoảng 0,03 đến 0,04 V và kích thích đều đặn, nghĩa là tác động lên những thụ cảm thể xúc giác và áp lực, đó là tận cùng của những sợi thần kinh Aβ có tốc độ cao. Các xung thần kinh theo sợi Aβ vào tủy sống tạo ra một điện trường âm ở sừng sau làm ức chế dẫn truyền cảm giác đau (cửa đóng), không cho cảm giác đau đi tiếp nên cảm giác đau được giảm đi hoặc mất hẳn.

Ngoài ra, có một số tác giả còn cho rằng châm có tác dụng làm tăng nồng độ Beta - endorphin (có tác dụng mạnh gấp hơn 200 lần morphin), serotonin, catecholamin, cortisol và ACTH do đó làm giảm cơn đau. Theo cơ chế thần kinh cổ điển, châm có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Điện châm cũng như tác động khác lên huyệt sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại Aδ 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 huyệt có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này [[41](#_ENREF_41)].

Theo sách *Hoàng Đế Nội Kinh Linh khu*, "Khí tổn thương thì đau”, “đau do khí huyết không lưu thông, khí huyết bị ứ trệ”, nghĩa là sự vận hành của “khí huyết” trong kinh mạch có trở ngại, không thông thì gây nên đau, do đó chữa bệnh cần “làm thông kinh mạch, điều hòa khí huyết”. 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 cân bằng đó làm cho khí huyết lưu thông thì triệu chứng đau sẽ hết [[19](#_ENREF_19)].

Mặt khác, khi sử dụng phương pháp sóng xung kích có tác dụng tăng chuyển hóa nhóm gân, mô cơ, giảm phù nề các tổ chức quanh khớp vai nên tăng cường thêm khả năng giảm đau khớp vai [[12](#_ENREF_12)].

Như vậy, sự kết hợp giữa 2 phương pháp điều trị điện châm và sử dụng sóng xung kích có sự cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm đối chứng ở triệu chứng đau.

Theo nghiên cứu của Lê Thị Hoài Anh [[2](#_ENREF_2)] điều trị VQKV bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu thấy triệu chứng đau được cải thiện đáng kể ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu (độ chênh lệch mức độ đau trung bình trước và sau điều trị là 7,8 so với 5,6).

Nguyễn Thị Nga [[29](#_ENREF_29)] điều trị VQKV thể đơn thuần bằng thuốc chống viêm không steroid kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng cho kết quả 73,3% bệnh nhân hết đau.

Ngoài ra, Paternostro - Sluga T [[56](#_ENREF_56)] nghiên cứu điều trị VQKV bằng siêu âm điều trị, xung điện tần số thấp kết hợp tập vận động (vận động thụ động, chủ động theo tầm vận động khớp vai, tập có kháng trở hay tập với dụng cụ như dây chun, ròng rọc) thì thấy các BN đều đạt được kết quả tốt (giảm đau và tầm vận động khớp vai phục hồi trên 70%).

4.2.2. Sự thay đổi tầm vận động

Sự biến đổi của tầm vận động khớp vai là một trong hai mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá khách quan hiệu quả điều trị của 2 phương pháp điện châm kết hợp với sóng xung kích trong điều trị VQKV. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tầm vận động khớp vai của các bệnh nhân thông qua động tác dạng vai, động tác xoay trong, động tác xoay ngoài. Hạn chế tầm vận động khớp vai do đau, do co cơ, xơ hóa gân, bệnh nhân VQKV trước điều trị có hạn chế vận động từ nhẹ đến nặng. Khi khớp vai giảm đau, tầm vận động khớp vai cũng được cải thiện nhưng không hết tầm vận động. Nếu chúng ta chỉ chú trọng đến điều trị giảm đau cho bệnh nhân và tập luyện nhẹ nhàng, không sử dụng các phương pháp điều trị cải thiện tầm vận động thì kéo theo các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng khó khăn, ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân. Dẫn đến bệnh nhân khả năng có xu hướng tâm lý ngại làm việc, giao tiếp cũng như hoạt động sẽ dẫn đến vòng xoắn bệnh lý nhóm khớp vai tăng lên, các triệu chứng đau và cứng khớp sẽ tái xuất hiện sau một thời gian dài nếu tiếp diễn liên tục.

Kết quả ở biểu đồ 3.12 và bảng 3.12 cho thấy sau điều trị 20 ngày, tầm vận động động tác dạng từ 78,96° tăng lên thành 164,10° ở nhóm nghiên cứu, còn ở nhóm chứng động tác dạng từ 76,67° tăng lên 148,53°.

Có sự cải thiện mức độ hạn chế động tác dạng ở nhóm nghiên cứu với 25 bệnh nhân độ 0 và ở nhóm đối chứng là 16 bệnh nhân. Trước điều trị, sự phân bố bệnh nhân theo mức độ vận động động tác dạng vai của hai nhóm là tương đương (p > 0,05). Sau 10 ngày điều trị, mức độ vận động động tác dạng vai của cả hai nhóm đều cải thiện rõ (p < 0,05) tuy nhiên không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Đến ngày thứ 20 của điều trị, động tác dạng vai của cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị (p < 0,05). Trong đó, mức độ vận động động tác dạng vai của nhóm nghiên cứu: độ 0 và độ 1 tăng từ 0% lên 83,3% và 6,7% lên 16,7%, nhóm đối chứng tăng từ 0% lên 53,3% và 6,7% lên 46,7%.

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

Còn ở biểu đồ 3.13 và bảng 3.13 cho thấy sau điều trị 20 ngày, tầm vận động trung bình động tác xoay trong từ 56,10° tăng lên 85,00° ở nhóm nghiên cứu, còn ở nhóm chứng động tác xoay trong từ 55,86° tăng lên 79,93°. Nhóm nghiên cứu có xu hướng tăng mạnh hơn từ sau 10 ngày điều trị.

Sự cải thiện mức độ hạn chế động tác xoay trong ở nhóm nghiên cứu với 24 bệnh nhân có tầm vận động gần như hoàn toàn bình thường (độ 0) và ở nhóm đối chứng là 9 bệnh nhân (độ 0).

Trước điều trị, mức độ vận động khớp vai động tác xoay trong của hai nhóm là tương đương nhau (p > 0,05). Sau 10 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai xoay trong ở cả hai nhóm tăng lên tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p >0,05). Sau 20 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai xoay trong góc ở cả hai nhóm tăng lên rõ rệt, trong đó: của nhóm nghiên cứu độ 0 tăng từ 0% lên 80%; Nhóm đối chứng độ 0 tăng từ 0% lên 30%. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm tăng rõ rệt tầm vận động khớp vai xoay trong (p < 0,01), và sự cải thiện mức độ vận động khớp vai động tác xoay trong ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Còn ở biểu đồ 3.14 và bảng 3.14 cho thấy sau điều trị 20 ngày tầm vận động trung bình động tác xoay ngoài từ 55,53° tăng lên 85,5° ở nhóm nghiên cứu, còn ở nhóm đối chứng động tác xoay ngoài từ 56,90° tăng lên 80,33°.

Sự cải thiện mức độ hạn chế động tác xoay ngoài ở nhóm nghiên cứu với 24 bệnh nhân gần hoàn toàn (độ 0) và ở nhóm đối chứng là 10 bênh nhân (độ 0).

Cũng như trên, mức độ vận động khớp vai xoay ngoài của hai nhóm là tương đương nhau (p > 0,05). Sau 10 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai xoay ngoài ở cả hai nhóm tăng nhưng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p > 0,05). Đồ thị ở thời điểm cho hình ảnh đi lên và 2 đường thẳng chưa có sự tách biệt rõ rệt. Sau 20 ngày điều trị, mức độ vận động khớp vai động tác xoay ngoài ở cả hai nhóm tăng lên rõ rệt (p < 0,01) trong đó: của nhóm nghiên cứu độ 0 tăng từ 0% lên 80%, nhóm đối chứng độ 0 tăng từ 0% lên 33,3%. Lúc này thì đồ thị có sự thay đổi nhiều hơn so với thời điểm 10 ngày, nhóm nghiên cứu có đường biểu diễn cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng. Như vậy, phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều có hiệu quả làm tăng rõ rệt tầm vận động khớp vai xoay trong (p < 0,05) và mức độ tăng tầm vận động khớp vai xoay ngoài ở nhóm nghiên cứu có sử dụng phương pháp điện châm cao hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

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

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Thị Cẩm Châu và cs [[14](#_ENREF_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%.

Lê Thị Hoài Anh [[2](#_ENREF_2)] sử dụng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu điều trị bệnh nhân VQKV, cho thấy ở nhóm kết hợp vận động trị liệu với châm cứu xoa bóp hồi phục tốt hơn nhóm điều trị đơn thuần bằng châm cứu, xoa bóp (trung bình và độ lệch chuẩn trước và sau điều trị là 12,28 so với 15,28).

Nguyễn Quang Vinh điều trị cho 123 bệnh nhân VQKV bằng vật lý trị liệu - phục hồi chức năng kết quả phục hồi tầm vận động khớp vai trên 70% [[20](#_ENREF_20)].

Nguyễn Thị Nga [[29](#_ENREF_29)] điều trị VQKV đạt kết quả ở động tác dạng vai tốt 40,0% (nhóm 2), động tác xoay trong 43,3%, động tác xoay ngoài 46,7%.

Nguyễn Tiến Tính [[37](#_ENREF_37)] và cs cho rằng sóng xung kích có khả năng cải thiện tốt tầm vận động động tác dạng khớp vai 82,36%, 72,55% ở động tác xoay ngoài khớp vai và 64,71% ở động tác xoay trong khớp vai.

Tóm lại, sự cải thiện của tầm vận động khớp vai (động tác: dạng, xoay trong, xoay ngoài) sau 20 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu dùng điện châm kết hợp với sóng xung kích trị liệu cao hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Có được sự cải thiện theo chiều hướng tốt này, là do châm có tác dụng hành khí hoạt huyết, khứ ứ thông lạc, hoạt huyết chỉ thống. Theo cơ chế thần kinh, 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 lên. Mặt khác nhờ có sóng xung kích trị liệu mà tầm vận động của khớp vai đã được cải thiện nhanh chóng.

Theo tác giả Trần Ngọc Ân, một khớp bình thường nếu không vận động chỉ sau vài tuần đã gây nên tình trạng thiếu máu tổ chức trong 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 [[1](#_ENREF_1)]. Đặc biệt trong tình trạng viêm các tổ chức phần mềm như gân, cơ, dây chằng và bao khớp thì tình trạng xơ dính diễn ra rất nhanh. Sóng xung kích làm giảm căng cơ do đó làm giảm các chèn ép mạch máu thần kinh, cắt vòng luẩn quẩn gây đau. Sóng xung kích làm mất các điểm đau do khai thông kênh calci, tăng quá trình tái tạo sửa chữa các mô bị tổn thương và làm giảm quá trình viêm, do đó làm tăng khả năng vận động khớp vai.

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

4.2.3. Về kết quả điều trị

Việc đánh giá 1 kết quả điều trị có đạt hiệu quả hay không, không chỉ dựa vào các chỉ số lâm sàng đơn thuần để đánh giá được kết quả điều trị, mà còn phải đánh giá bệnh nhân trên các thang điểm sinh hoạt, vận động hàng ngày. Chính vì điều này chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi mới Constant C.R và Murley A.H.G 1987mà một số tác giả như Lê Thị Hoài Anh, Lương Thị Dung, hay Vũ Thị Duyên Trang đã sử dụng để có sự đánh giá khách quan hơn trên bệnh nhân mà thang điểm VAS và thang điểm McGill - McROMI không thể thực hiện được.

Kết quả bảng 3.15 chỉ ra sự thay đổi sau 10 ngày, 20 ngày điều trị trong các chỉ số theo dõi như đau, hoạt động hàng ngày, khả năng hoạt động khớp vai, năng lực khớp vai giữa 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng, mà trong đó sau 20 ngày điều trị so với trước điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với

p < 0,05 trong tất cả các mục.

Ở chỉ số đau, nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng trước điều trị đều có điểm trung bình là 3,33, nhưng sau 10 ngày ở mục đánh giá đau thì nhóm nghiên cứu có tăng lên là 8,67 ở nhóm nghiên cứu và 7,00 ở nhóm đối chứng, nếu đối chứng qua thang điểm VAS ở thời điểm này thì việc đánh giá giữa 2 nhóm này hoàn toàn chính xác, nhóm nghiên cứu ở giai đoạn này có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng. Đến thời điểm sau 20 ngày nhóm nghiên cứu có điểm trung bình là 13,83 và nhóm đối chứng có giá trị 12,00, thấp hơn so với nhóm nghiên cứu.

Chỉ số hoạt động hàng ngày, cho chúng ta thấy trước điều trị và sau 10 ngày điều trị, 20 ngày điều trị có sự khác biệt nhau khá rõ ràng. Sau 10 ngày điều trị nhóm nghiên cứu tăng lên 8,67 và nhóm đối chứng 10,70 tuy nhiên giữa 2 nhóm không có sự khác biệt quá đáng kể (p > 0,05). Tuy nhiên sau 20 ngày điều trị thì chỉ số hoạt động hàng ngày của nhóm nghiên cứu là 17,13 lớn hơn nhóm đối chứng là 15,33, giữa 2 nhóm có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Cũng tương tự ở các chỉ só trên trên, chỉ số khả năng vận động giữa 2 nhóm nghiên cứu có sự thay đổi lớn sau 20 ngày điều trị, điểm trung bình nhóm nghiên cứu tăng lên từ 14,2 lên đến 32,67 và ở nhóm đối chứng là 14,47 tăng lên 28,87. Lực nâng khớp vai sau 20 ngày điều trị, 2 nhóm đều có sự thay đổi lớn từ 9,4 lên 21,5 ở nhóm nghiên cứu và 9,43 lên 20,20 ở nhóm đối chứng.

Kết quả trình bày trên biểu đồ 3.15 cho thấy có sự khác biệt rõ rệt về mức độ hiểu quả điều trị giữa 2 nhóm nghiên cứu tại thời điểm trước điều trị và sau 20 ngày điều trị (p < 0,01).

Qua bảng 3.16, đánh giá mức độ hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng tôi thấy rằng nhóm nghiên cứu có hiệu quả điều trị cao hơn so với nhóm đối chứng. Tại thời điểm sau 20 ngày điều trị, chức năng khớp vai hồi phục ở nhóm BN nghiên cứu là tốt (63,3%), khá (26,7%), trung bình - kém (10%). Còn ở nhóm đối chứng có tốt (36,7%), khá (20%) và trung bình - kém (43,3%), sự khác biết giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

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

Lê Thị Hoài Anh [[2](#_ENREF_2)] với 100 BN VQKV được điều trị theo hai phương pháp khác nhau cho kết quả: nhóm điều trị bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu cho kết quả rất tốt và tốt (62%), khá (32%), trung bình (6%); Nhóm điều trị bằng điện châm xoa bóp đạt kết quả tốt 38%, khá 48%, trung bình (14%).

Theo Chung Khánh Bằng [[3](#_ENREF_3)] nghiên cứu kết quả châm cho thấy tốt và khá là 91,42%.

Vũ Thị Duyên Trang [[39](#_ENREF_39)] nghiên cứu 60 BN với nhóm vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu có tốt và rất tốt là 62,5%, khá là 28,1% và trung bình 9,4%.

Lương Thị Dung [[20](#_ENREF_20)] nghiên cứu hiệu quả điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp điện châm và vận động trị liệu ở nhóm nghiên cứu: mức độ rất tốt đạt 36,7%, tốt 33,3%, khá 23,3%. Ở nhóm đối chứng: mức độ rất tốt đạt 3,3%, tốt 30%, khá 33,3%.

Sự khác biệt giữa 2 nhóm BN nghiên cứa của các tác giả trên có thể cao hơn kết quả nghiên cứa của chúng tôi là do có nhiều yếu tố trong đó đặc điểm của BN, cỡ mẫu, thời điểm nghiên cứu cũng như cách phân loại kết quả điều trị cũng khác nhau. Vì vậy, mà kết quả của chúng tôi khác với kết quả của tác giả khác.

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

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

4.3.1. Bàn về kết quả siêu âm

Kết quả nghiên cứu được trình bày tại bảng 3.17 cho thấy sau điều trị tỷ lệ bệnh nhân có SÂ khớp vai bình thường tăng từ 16,7% lên 66,7% ở nhóm nghiên cứu.

Điều này hoàn toàn phù hợp trên lâm sàng, tỉ lệ các đặc điểm siêu âm bất thường như vòng trống âm gân nhị đầu, có dải tăng âm trong gân, bao thanh mạc giãn to giảm xuống.

Nguyễn Tịnh Tiến [[37](#_ENREF_37)] cũng đồng ý cho rằng sử dụng sóng xung kích có giá trị trong điều trị VQKV.

Phan Trọng Lưu cho rằng sóng xung kích hỗ trợ điều trị, cải thiện chức năng các nhóm khớp, trong đó có nhóm khớp vai 28,93%.

4.3.2. Bàn về kết quả X-quang

Kết quả ở bảng 3.18 của nghiên cứu của chúng tôi cho rằng, tỉ lệ calci hóa dây chằng giảm từ 20% xuống còn 6,7% ở nhóm nghiên cứu, tỉ lệ gai xương trên phim thì không thay đổi trước và sau điều trị, tỉ lệ bệnh nhân không phát hiện bất thường tăng lên 86,7%.

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

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Cacchio. A và cs khi nghiên cứu trên thể bệnh calci hóa gân và cho rằng có 86,6% bệnh nhân mất hoàn toàn calci [[39](#_ENREF_39)].

Avancini - Dobrović cho rằng liệu pháp sóng xung kích điều trị tổn thương calci 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 calci hóa chóp xoay [[58](#_ENREF_58)].

4.3.3. Sự thay đổi trong kết quả xét nghiệm máu

Kết quả từ bảng 3.19, cho thấy các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu của nhóm nghiên cứu như chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinin, AST, ALT gần như không thay đổi so với trước điều trị và đều nằm trong giới hạn bình thường của bệnh nhân. Không sự khác biệt thống kê giữa trước và sau điều trị của các chỉ số này (p > 0,05).

Điều này chứng minh rằng việc kết hợp 2 phương pháp điện châm và sóng xung kích trong điều trị VQKV không có ảnh hưởng đến chức năng tạo máu, chức năng thận cũng như sự toàn vẹn của tế bào gan trên lâm sàng.

4.4. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

4.4.1. Tuổi mắc bệnh liên quan đến kết quả điều trị

Kết quả ở biểu đồ 3.16 cho thấy có sự tương quan cao giữa kết quả điều trị và tuổi. Mối liên quan này thể hiện rằng bệnh nhân càng lớn tuổi sẽ có khả năng điều trị thấp hơn so với nhóm bệnh nhân mắc bệnh VQKV ở độ tuổi thấp hơn.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác.

Theo Lê Thị Hoài Anh [[2](#_ENREF_2)], kết quả điều trị rất tốt với nhóm BN dưới 50 tuổi là cao hơn so với nhóm trên 50 tuổi.

Kết qủa của Nguyễn Thị Nga [[29](#_ENREF_29)] cũng cho rằng, BN dưới 50 tuổi đạt kết quả điều trị cao hơn nhóm BN trên 50 tuổi.

4.4.2. Thời gian mắc bệnh liên quan đến kết quả điều trị

Kết quả ở biểu đồ 3.17 cho thấy có sự tương quan nghịch trung bình giữa kết quả điều trị và thời gian mắc bệnh. Điều này cho thấy rằng có mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị. Khi bệnh nhân mắc bệnh càng dài thì khả năng cho kết quả điều trị tốt càng thấp.

Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả như:

Lê Quang Đạo [[17](#_ENREF_17)], thời gian mắc bệnh càng dài thì thời gian điều trị càng dài, 100% bênh nhân có thời gian mắc bệnh < 1 tuần chỉ cần 1 - 2 tuần để điều trị và 66,7% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 2 tháng cần thời gian điều trị trên 4 tuần.

Vũ Thị Duyên Trang [[39](#_ENREF_39)], thời gian mắc bệnh càng dài thì hiệu quả điều trị càng kém.

4.4.3. Mức độ đau liên quan đến kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên biểu đồ 3.18 cho thấy, bệnh nhân có mức độ đau càng cao thì kết quả điều trị sau 20 ngày điều trị càng thấp.

Theo tác giả Nguyễn Tịnh Tiến [[37](#_ENREF_37)], bệnh nhân VQKV ban đầu có mức độ đau càng cao thì khả năng cho kết quả điều trị càng thấp hơn so với nhóm bệnh nhân có điểm đau ban đầu thấp.

4.4.4. Triệu chứng không mong muốn

Kết quả ở bảng 3.20 của nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được có 7 trường hợp trên lâm sàng có các triệu chứng không mong muốn như đau tăng lên nhẹ (có 3 trường hợp, trong đó nhóm NC có 1 trường hợp và nhóm ĐC có 2 trường hợp) và chảy máu nhẹ (có 4 trường hợp). Lý giải điều này chúng tôi cho rằng bệnh nhân chưa thích nghi được với sóng xung kích nên mới có tình trạng đau tăng lên nhẹ. Và triệu chứng này cũng được khuyến cáo là tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của Sóng xung kích ở khi được điều trị lần đầu. Sau các lần điều trị tiếp theo thì không còn ghi nhận tình trạng đau tăng lên.

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

KẾT LUẬN

Nghiên cứu hiệu quả của điện châm kết hợp sóng xung kích trong điều trị VQKV thể đơn thuần, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

**1. Điện châm kết hợp với sóng xung kích có tác dụng giảm đau trong viêm quanh khớp vai thể đơn thuần:**

- Mức độ cải thiện tình trạng đau: 56,7% bệnh nhân hết đau của nhóm nghiên cứu và 20% bệnh nhân hết đau của nhóm đối chứng (p < 0,05).

- Điểm trung bình của mức độ đau từ 6,23 trước điều trị giảm xuống còn 1,50 sau điều trị, giảm nhiều hơn so điều trị sóng xung kích đơn thuần (từ 6,17 giảm xuống còn 2,47), (p< 0,05).

**2. Điện châm kết hợp sóng xung kích có tác dụng cải thiện tầm vận động khớp vai tốt hơn so với điều trị sóng xung kích đơn thuần:**

- Tầm vận động trung bình động tác dạng khớp vai từ trước điều trị là 78,86° sau điều trị tăng lên 164,10°, tăng cao hơn so với nhóm đối chứng là 148,53°; Có 83,3% bệnh nhân mức độ 0 (nhóm nghiên cứu) cao hơn 53,3% bệnh nhân mức độ 0 (nhóm đối chứng).

- Tầm vận động trung bình động tác xoay trong khớp vai từ trước điều trị là 56,10° sau điều trị tăng lên 85,00°, tăng cao hơn so với nhóm chứng là 79,93°; Có 80,3% bệnh nhân mức độ 0 (nhóm nghiên cứu) cao hơn 30% bệnh nhân mức độ 0 (nhóm đối chứng).

- Tầm vận động trung bình động tác xoay ngoài khớp vai từ trước điều trị là 55,53° sau điều trị tăng lên 85,5°, tăng cao hơn so với nhóm chứng là 80,33°; Có 80% bệnh nhân mức độ 0 (nhóm nghiên cứu) cao hơn 33,3% bệnh nhân mức độ 0 (nhóm đối chứng).

KIẾN NGHỊ

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

1. Nghiên cứu nên được triển khai tiếp với phạm vi rộng, số lượng lớn hơn và thời gian nghiên cứu dài hơn.

2. Phương pháp điện châm kết hợp với sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần nên áp dụng rộng rãi hơn cho các cơ sở y tế tuyến dưới.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**TIẾNG VIỆT**

1. Trần Ngọc Ân (2002), *Bệnh thấp khớp*,Nhà xuất bản Y học,trg 364-374.

2. 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,

3. Chung Khánh Bằng (2001), *Nghiên cứu tác dụng phương pháp tân châm trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Luận văn Thạc sĩ 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 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.

6. Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2005), *Châm cứu,* Nhà xuất bản Y học.

7. 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,

8. Bộ Y tế (2013), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc,* Nhà xuất bản y học,tr. 327-329.

9. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*,Nhà xuất bản y học.

10. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng*,Nhà xuất bản Y học.

11. Bộ Y tế (2016), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa,* Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam,Hà Nội,tr. 165-176.

12. BTL medical (2016), *liệu pháp sóng xung kích nền tảng lâm sàng và nghiên cứu*, BTL mediacal VietNam,tr. 12.

13. 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.

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. 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.

16. Dương Xuân Đạm (2004), *Vật lý điều trị - Đại cương - Nguyên lý và thực hành,* Nhà xuất bản Văn hóa thông tin,tr. 49-63,164-185.

17. Lê Quang Đạo (2005), *Nghiên cứu tác dụng phục hồi chức năng,* Nhà xuất bản Thể dục Thể thao,tr. 57-59.

18. Tôn Thất Minh Đạt (2005), "Hội chứng cơ chụp xoay". *Thời sự y học,* số 10, tr. 23-25.

19. Huỳnh Minh Đức (1990), *Hoàng đế Nội kinh Linh khu,* Hội Y học dân tộc cổ truyền Đồng Nai,

20. 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,

21. 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.

22. 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 sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội,

23. 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.

24. Đoàn Quang Huy (1999), *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai của cây Bạch hoa xà*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

25. 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.

26. 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.

27. Hà Hoàng Kiệm (2015), *Viêm quang khớp vai chẩn đoán và điều trị*,Nhà xuất bản Thể dục Thể thao, tr7, 35-36.

28. 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.

29. 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.

30. Nguyễn Tử Siêu (1994), *Hoàng đế Nội kinh Tố vấn,* Nhà xuất bản Thành phố Hồ Chí Minh.

31. Đoàn Quốc Sỹ (1998), *Đánh giá tác dụng của châm cứu, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai tắc nghẽn*, Đề tài nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền.

32. 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.

33. Đặng Ngọc Tân (2009), *Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

34. Nguyễn Tài Thu (2004), *Mãng châm chữa bệnh,* Nhà xuất bản Y học.

35. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1997), *Châm cứu sau đại học,* Nhà xuất bản y học.

36. Trần Thúy (1987), "Kết quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng châm ở loa tai". *Thông tin Y học cổ truyền dân tộc,* tr. 57, 40.

37. 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.

38. Lê Hữu Trác (2005), *Hải thượng y tông tâm lĩnh*,Nhà xuất bản Y học, tr. 252-256.

39. 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,

40. Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Chuyên đề về nội khoa y học cổ truyền,* Nhà xuất bản Y học,Hà Nội.

41. Phạm Hồng Vân (2014), *Nghiên cứu đặc điểm huyệt 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.

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.

43. Viện Y học cổ truyền Việt Nam (1984), *Châm cứu học,* Nhà xuất bản Y học,Hà Nội.

**TIẾNG ANH**

44. Augustin Dima, Simona Popescu, Sebastian Diaconescu, Gina Galbeaza, Victorita, Marcu, Daniela Poenaru, Delia Cinteza (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, Carlos Leal (2012), *The effects of topic analgesics in pain control before and after extra orporeal shockwave therapy*.

47. Z. Jajic (2003), "Painful shoulder syndrome". *Reumatizam,* Sindrom bolnog ramena., 50 (2), pp. 34-5.

48. D. Jandova, V. Beran (1982), "Our experience with reflexotherapy in shoulder pain", *Cesk Neurol Neurochir*, 45 (6), pp. 403-9.

49. B.D. Katthagen (1990), *Ultrasonography of the shoulder: technique, anatomy, pathology,* pp. 235-287*.*

50. Carlos Leal, Orlando Hernández, María Camila Gallo, Margarita Cardozo (2012), *Shockwave therapy in patellar tendinopathies.*

51. P. Lierz, P. Hoffmann, P. Felleiter, K. Horauf (1998), "Interscalene plexus block for mobilizing chronic shoulder stiffness". *Wien Klin Wochenschr*, 110 (21), pp. 766-9.

52. M. L. Lin, C. T. Huang, J. G. Lin, S. K. Tsai (1994), "A comparison between the pain relief effect of electroacupuncture, regional never block and electroacupuncture plus regional never block in frozen shoulder", *Acta Anaesthesiol Sin,* 32 (4), pp. 237-42.

53. J. J. Luime, B. W. Koes, I. J. M. Hendriksen, A. Burdorf, A. P. Verhagen, H. S. Miedema, J. A. N. Verhaar (2004), "Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population, a systematic review", *Scandinavian Journal of Rheumatology,* 33 (2), pp. 73-81.

54. N.I.Sheveleva, L.S. Minbaeva (2014), "Shockwave Therapy for Knee Osteoarthritis". *chief doctor,* autumn (4), pp. 45-49.

55. Tomas Nedelka, Jiri Nedelka, Jakub Schlenker, Christopher Hankins, Radim Mazanec (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.

56. T. Paternostro-Sluga, C. Zoch (2004), "Conservative treatment and rehabilitation of shoulder problems", *Radiologe,* Konservative Therapie und Rehabilitation von Schulterbeschwerden, 44 (6), pp. 597-603.

57. Edison Antonio Serrano (2013), *Extracorporeal Radial Shockwave Therapy for the Treatment of Achilles Tendinopathies*.

58. Avancini-Dobrović V, Frlan-Vrgoc L, Stamenković D, Pavlović I, Vrbanić TS (2011), "Radial Extracorporeal Shockwave Therapy in the Treatment of Shoulder Calcific Tendinitis", *Coll Antropol*, pp. 221-226.

59. M. Baron, R. Steele (2007), "Development of the McGill Range of Motion Index", *Clin Orthop Relat Res,* 456, pp. 42-50.

60. C. R. Constant, A. H. Murley (1987), "A clinical method of functional assessment of the shoulder", *Clin Orthop Relat Res,* (214), pp. 160-166.

61. E. C. Huskisson (1974), "Measurement of pain", *Lancet,* 2 (7889), pp. 1127-1158.

62. E. M. Ilieva, R. M. Minchev, N. S. Petrova (2012), "Radial shock wave therapy in patients with lateral epicondylitis", *Folia Med (Plovdiv),* 54 (3), pp. 35-41.

63. M. Itokazu, T. Matsunaga (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.

64. C. Melzer, T. Wallny, C. J. Wirth, S. Hoffmann (1995), "Frozen shoulder--treatment and results", *Arch Orthop Trauma Surg,* 114 (2), pp. 87-91.

65. E. Naredo, A. Iagnocco, G. Valesini, J. Uson, P. Beneyto, M. Crespo (2003), "Ultrasonographic study of painful shoulder", *Ann Rheum Dis,* 62 (10), pp. 1026-1033.

66. B. Reeves (1975), "The natural history of the frozen shoulder syndrome". *Scand J Rheumatol,* 4, pp. 193-196.

**PHỤ LỤC**

# PHỤ LỤC I

*Số bệnh án: Số thứ tự:*

**MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**

Họ và tên bệnh nhân: Giới: nam, nữ

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), mấu động to, rãnh gân nhị đầu, gai xương bả.

- Khám các gân cơ vai.

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

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 |  |  |

IV. KHÁM YHCT:

1. **Vọng chẩn:**

* Thần
* Lưỡi

1. **Văn chẩn:**

* Hơi thở:
* Tiếng nói:

1. **Vấn chẩn:**

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

1. **Thiết chẩn:**

4.1. Xúc chẩn:

* Da vùng bị bệnh:
* Cơ nhục:

4.2. Mạch chẩn:

V. CHẨN ĐOÁN YHCT:

**1.Bát cương:**

**2. Kinh lạc:**

**3. Nguyên nhân:**

VI. ĐIỀU TRỊ:

1. Điện châm kết hợp với sóng xung kích.
2. Điều trị bằng sóng xung kích đơn thuần.

VII. 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 2017*

**Người làm bệnh án**

# PHỤ LỤC 2

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

**I. KINH THỦ DƯƠNG MINH ĐẠI TRƯỜNG:**

**1. Hợp cốc (LI.4):**

**-** Huyệt nguyên của đường kinh dương minh Đại trường.

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

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

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

**2. Khúc trì (LI.11)**

- Huyệt hợp, thuộc thổ (ngũ du huyệt).

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

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

**3. Tý nhu (LI.14)**

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

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

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

**4. Kiên ngung (LI.15)**

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

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

**II. KINH THỦ THIẾU DƯƠNG TAM TIÊU**

**1. Ngoại quan (TE.5)**

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

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

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

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

**2. Kiên liêu (TE.14)**

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

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

**III. KINH THỦ THÁI DƯƠNG TIỂU TRƯỜNG**

**1. Kiên trinh (SI.9)**

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

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

**2. Thiên tông (SI.11)**

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

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

**HÌNH ẢNH MINH HỌA NGHIÊN CỨU**



