

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN HOÀI THANH TÂM

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ VIÊM
QUANH KHỚP VAI ĐƠN THUẦN BẰNG
VIÊN KHỚP VINTONG KẾT HỢP ĐIỆN
CHÂM**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN HOÀI THANH TÂM

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ VIÊM
QUANH KHỚP VAI ĐƠN THUẦN BẰNG
VIÊN KHỚP VINTONG KẾT HỢP ĐIỆN
CHÂM**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. Huỳnh Quang Huy**
- 2. TS. Nguyễn Duy Tuấn**

HÀ NỘI – 2020

Lời cảm ơn

Để hoàn thành khóa học và hoàn tất luận văn này, tôi luôn nhận được sự giúp đỡ vô cùng quý báu của các thầy cô giáo, các đồng nghiệp, bạn bè và gia đình.

Tôi xin chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban giám đốc, Phòng đào tạo Sau Đại học và các thầy cô giáo trong Học Viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam đã giảng dạy, chỉ bảo tận tình, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn tới ban lãnh đạo Bệnh viện Nguyễn Tri Phương và các bạn bè đồng nghiệp đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi hoàn thành nghiên cứu của mình.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Huỳnh Quang Huy và TS. Nguyễn Duy Tuân, Thầy đã tận tình hướng dẫn, góp ý, giúp đỡ tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn 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 đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu để tôi hoàn thành và bảo vệ thành công luận văn này.

Cuối cùng, tôi cũng rất biết ơn những người thân trong gia đình, cùng bạn bè, đồng nghiệp đã luôn động viên khích lệ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Nguyễn Hoài Thanh Tâm

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Hoài Thanh Tâm, học viên Cao học khóa 11, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Huỳnh Quang Huy và TS. Nguyễn Duy Tuân.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

HỌC VIÊN

Nguyễn Hoài Thanh Tâm

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
ALT		Aspartate Amino Transferase
AST		Alanin Amino Transferase
BV	Bệnh viện	
BVNTP	Bệnh viện Nguyễn Tri Phương	
BN	Bệnh nhân	
CTM	Công thức máu	
ĐT	Điều trị	
KQ	Kết quả	
NC	Nghiên cứu	
ĐC	Đối chứng	
SĐ T	Sau điều trị	
TĐ T	Trước điều trị	
TK	Thần kinh	
VQKV	Viêm quanh khớp vai	
YHCT	Y học cổ truyền	
YHHD	Y học hiện đại	
WHO	Tổ chức Y tế thế giới	World Health Organization

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Sơ lược về giải phẫu chức năng khớp vai.....	3
1.1.1. Phần xương khớp (hình 1.1)	3
1.1.2. Phần mềm.....	4
1.2. Viêm quanh khớp vai theo YHHD.....	7
1.2.1. Định nghĩa	7
1.2.2. Cơ chế bệnh sinh viêm quanh khớp vai.....	7
1.2.3. Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai theo YHHD	9
1.2.4. Điều trị viêm quanh khớp vai theo YHHD.....	13
1.3. Bệnh lý viêm quanh khớp vai theo YHCT	14
1.3.1. Bệnh danh.....	14
1.3.2. Bệnh nguyên.....	14
1.3.3. Triệu chứng	15
1.3.4. Điều trị y học cổ truyền	16
1.4. Tổng quan về viên khớp VINTONG.....	18
1.4.1 : Xuất xứ : Viên khớp VINTONG.....	18
1.4.2 : Thành phần viên khớp VINTONG bao gồm	18
1.4.3: Phân tích viên khớp VINTONG	19
1.4.4. Chỉ định và các dùng thuốc.....	21
1.5. Tổng quan về phương pháp điện châm	22
1.5.1 : Khái niệm về châm.....	22
1.5.2 : Phương pháp điện châm.....	22
1.5.3 : Cơ chế tác dụng của châm theo Y học hiện đại	23
1.5.4 : Cơ chế tác dụng của châm theo Y học cổ truyền.....	24
1.6. Tổng quan về siêu âm, x-quang trong chẩn đoán điều trị viêm bao hoạt dịch khớp vai.....	26
1.7. Tình hình nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai trên thế giới và ở Việt Nam	30

1.7.1. Trên thế giới.....	30
1.7.2. Tại Việt Nam.....	30
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	32
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	32
2.1.1. Đối tượng	32
2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh theo YHHĐ	32
2.1.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh theo YHCT.....	32
2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi diện nghiên cứu.....	33
2.1.5. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	33
2.2. Phương pháp nghiên cứu	33
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	33
2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	33
2.2.3. Các nội dung nghiên cứu	34
2.2.4. Các biến số nghiên cứu.....	35
2.2.5. Chất liệu, phương tiện nghiên cứu	39
2.2.6. Các bước tiến hành	41
2.2.7. Xử lý số liệu	43
2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	44
2.4. Sơ đồ nghiên cứu.....	45
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	46
3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	46
3.1.1. Đặc điểm về tuổi.....	46
3.1.2. Đặc điểm về giới.....	47
3.1.3. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	47
3.1.4. Vị trí mắc bệnh.....	48
3.2. Đặc điểm lâm sàng, siêu âm và xquang của bệnh nhân VQKV	48
3.2.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS.....	48
3.2.2. Đặc điểm tầm vận động khớp vai trước điều trị	49
3.2.3. Đặc điểm siêu âm và x-quang	51
3.3. Kết quả điều trị.....	52
3.3.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS.....	52

3.3.2. Mức độ cải thiện vận động khớp vai theo McGill - Mc ROMI.....	54
3.3.3. Kết quả điều trị chung.....	60
3.3.4. Biến đổi một số chỉ số cận lâm sàng	62
3.3.5. Một số tác dụng không mong muốn.....	65
Chương 4: BÀN LUẬN.....	67
4.1. Bàn về đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	67
4.2. Bàn về hiệu quả điều trị của phương pháp dùng viên khớp VINTONG kết hợp điện châm.....	72
4.3. Tác dụng không mong muốn	78
KẾT LUẬN.....	79
KHUYẾN NGHỊ.....	80
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Liệt kê các biến số nghiên cứu.....	35
Bảng 2.2. Cách tính điểm mức độ hoạt động hằng ngày	37
Bảng 2.3. Bảng đánh giá tầm vận động khớp vai theo tác giả the McGill - McROMI [51].	37
Bảng 2.4. Chức năng của khớp.....	38
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	46
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới.....	47
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	47
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí mắc bệnh	48
Bảng 3.5. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị	48
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo động tác dạng trước điều trị.....	49
Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo động tác xoay trong trước điều trị	49
Bảng 3.8. Động tác xoay ngoài trước điều trị	50
Bảng 3.9. Đặc điểm siêu âm viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bệnh nhân trước điều trị.....	51
Bảng 3.10. Đặc điểm hình ảnh XQuang khớp vai.....	51
Bảng 3.11. Biến đổi mức độ đau sau điều trị theo thang điểm VAS.....	53
Bảng 3.12. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác dạng theo McGill- McROMI	55
Bảng 3.13. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay trong theo McGill- McRomi	57
Bảng 3.14. Biến đổi mức độ hạn chế vận động khớp vai động tác xoay ngoài theo McGill- McRomi	59
Bảng 3.15. Biến đổi giá trị trung bình chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987	60
Bảng 3.16. Kết quả điều trị theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987	61
Bảng 3.17. Sự thay đổi dấu hiệu viêm quanh khớp vai thể đơn thuần trên siêu âm khớp vai nhóm nghiên cứu sau điều trị	62
Bảng 3.18. Sự thay đổi hình ảnh viêm quanh khớp vai thể đơn thuần trên Xquang khớp vai nhóm nghiên cứu sau điều trị.....	64

Bảng 3.19. Sự biến đổi tần số mạch và huyết áp.....	64
Bảng 3.20. Sự biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu	65
Bảng 3.21. Tác dụng không mong muốn của viên khớpVINTONG.....	65
Bảng 3.22. Tác dụng không mong muốn của điện châm.....	66

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Cấu tạo phần xương khớp của khớp vai [6], [55]	3
Hình 1.2. Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng [6], [55]	4
Hình 1.3. Cấu tạo gân cơ quay và các cơ tham gia vào hoạt động của khớp vai [6], [55]	5
Hình 1.4. Cấu tạo bao khớp, mạch máu và thần kinh khớp vai [6], [55]	6
Hình 1.5. Viêm cơ nhị đầu	26
Hình 1.6. Tụ dịch bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai	27
Hình 1.7. Viêm gân cơ trên gai.....	27
Hình 1.8. Vôi hóa gân cơ trên gai.....	27
Hình 1.9. Viêm gân cơ dưới gai.....	28
Hình 1.10. Viêm gân cơ dưới vai.....	28
Hình 1.11. Vôi hóa gân cơ trên gai.....	39
Hình 2.1: Máy điện châm M8 do bệnh viện Châm cứu Trung ương	40
Hình 2.2: Thước đo tâm vận động khớp vai	40
Hình 2.8: Thước đo độ đau VAS.....	41
Hình 3.1. Tụ dịch gân cơ nhị đầu.....	63
Hình 3.2. Tụ dịch gân cơ nhị đầu giảm sau điều trị.....	63
Hình 3.3. Viêm tụ dịch gân cơ nhị đầu	63
Hình 3.4. Viêm tụ dịch gân cơ nhị đầu giảm sau điều trị	63
Hình 3.5. Tụ dịch bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai	63
Hình 3.6. Tụ dịch bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai giảm sau điều trị	63

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.4. Các bước nghiên cứu	45
--------------------------------------	----

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Biến đổi giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS	52
Biểu đồ 3.2. Biến đổi góc trung bình tâm vận động khớp vai động tác dạng...	54
Biểu đồ 3.3. Biến đổi góc trung bình tâm vận động khớp vai động tác xoay trong.....	56
Biểu đồ 3.4. Biến đổi góc trung bình tâm vận động khớp vai động tác xoay ngoài	58
Biểu đồ 3.5. Biến đổi giá trị trung bình tổng điểm trong quá trình điều trị.....	61

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là thuật ngữ dùng để chỉ các bệnh viêm, đau khớp vai do tổn thương phần mềm (gân, cơ, dây chằng, bao hoạt dịch, bao khớp) mà không có tổn thương ở sụn và xương khớp vai, không do nhiễm khuẩn. Biểu hiện lâm sàng là đau khớp vai, kèm theo có hoặc không có hạn chế vận động khớp vai [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 [2], [3]

Theo một số nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh VQKV vào khoảng 2% đến 5% dân số [39].

Trong 10 năm (1991 - 2000) số bệnh nhân viêm quanh khớp vai điều trị ngoại trú tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai chiếm 13,24% tổng số bệnh nhân điều trị ngoại trú [4], [23].

Y học hiện đại điều trị viêm quanh khớp vai thường bằng nội khoa, chủ yếu thường sử dụng thuốc kháng viêm, giãn cơ, giảm đau (nonsteroid, steroid và các dẫn xuất...). Các thuốc này thường có các tác dụng phụ như suy giảm sức đề kháng của cơ thể, loãng xương, viêm loét dạ dày, tổn thương gan, thận... làm bệnh nhân không thể sử dụng dài ngày được hoặc không thể sử dụng thuốc được [22]. Do đó, việc tìm ra các phương pháp điều trị đơn giản, hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân là vấn đề cấp thiết cần được đặt ra.

Theo Y học cổ truyền bệnh viêm quanh khớp vai thuộc phạm vi chứng kiên tý. Dựa vào triệu chứng lâm sàng và nguyên nhân bệnh, bệnh được phân làm 3 thể: kiên thống, kiên ngưng và lậu kiên phong. Để điều trị bệnh này người xưa đã có nhiều phương pháp như điện châm, giác hơi, xoa bóp bấm huyệt, dùng thuốc sắc uống... [10], [29].

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

Việc chẩn đoán xác định viêm quanh khớp vai và theo dõi sau điều trị là cần thiết, trong đó có sự trợ giúp quan trọng của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Chụp X Quang quy ước là kỹ thuật khảo sát thường quy. Tuy nhiên khảo sát tình trạng viêm quanh khớp vai còn rất nhiều hạn chế. Trong những năm gần đây vai trò của siêu âm trong chẩn đoán xác định và đánh giá sau điều trị viêm quanh khớp vai ngày càng được khẳng định [38], [46], [47], [62], [63], [64]. Từ đó chúng tôi tiến hành đề tài: ***“Đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần bằng viên khớp VINTONG kết hợp điện châm”*** nhằm mục tiêu sau:

1. *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần bằng viên khớp VINTONG kết hợp điện châm trên một số chỉ số siêu âm, X-Quang và lâm sàng.*

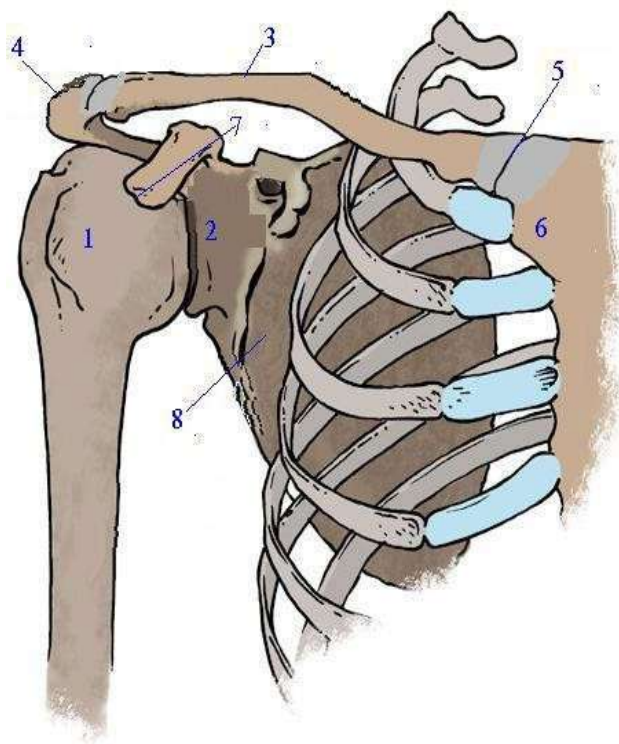
2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.*

1.1. Sơ lược về giải phẫu chức năng khớp vai

Khớp vai là khớp linh hoạt của cơ thể, nhưng cũng dễ bị tổn thương nhất vì bao khớp mỏng, lỏng lẻo, dây chằng không đủ chắc và cũng do động tác của khớp đa dạng, biên độ lớn gồm các động tác của cánh tay (ra trước, ra sau, lên trên, vào trong, ra ngoài, xoay tròn) và động tác của riêng vai (lên trên, ra trước, ra sau) [3], [12], [18], [21], [23].

Có được nhiều động tác như vậy là do khớp vai có cấu tạo rất phức tạp với sự tham gia của nhiều xương, khớp, gân, cơ, dây chằng [23].

1.1.1. Phân xương khớp (hình 1.1)



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 phân xương khớp của khớp vai [6], [55]

- Khớp vai cấu tạo bởi 3 xương (xương bả vai, xương đòn, chỏm xương cánh tay) và 5 khớp sau [3], [6], [9], [23], [58].

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

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

+ Khớp giữa xương bả vai và lồng ngực.

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

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

Động tác: khớp vai có thể quay 3 trục thẳng góc với nhau nên động tác rất rộng rãi [61]

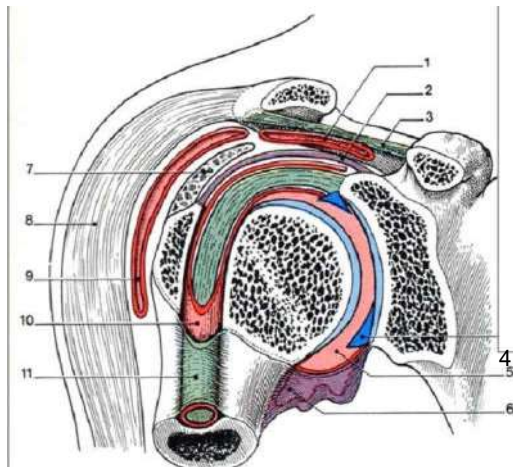
+ Quanh trục trước - sau: Giạng 180° , khép 0° (tầm 180°)

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

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

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

1.1.2. Phần mềm



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

Hình 1.2. Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng [6], [55]

- Bao khớp: (hình 1.2)

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

- Dây chằng: (hình 1.2)

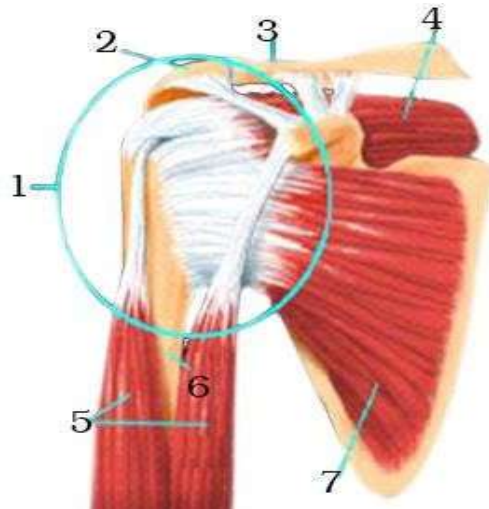
+ Dây chằng ổ chảo - cánh tay: đi từ ổ chảo đến đầu trên xương cánh tay, gồm 3 dây: dây trên, dây giữa và dây dưới.

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

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

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

- Phân cơ, gân (hình 1.3):



1. Nhóm gân mũ cơ quay

2. Mỏm cùng vai

3. Xương đòn

4. Cơ trên gai

5. Cơ nhị đầu cánh tay

6. Xương cánh tay

7. Cơ dưới vai

Hình 1.3. Cấu tạo gân cơ quay và các cơ tham gia vào hoạt động của khớp vai [6], [55]

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

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

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

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

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

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

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

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



Hình 1.4. Cấu tạo bao khớp, mạch máu và thần kinh khớp vai [6], [55]

Gồm có bao thanh mạc dưới mỏm cùng và bao thanh mạc dưới cơ delta, nằm giữa các cơ delta và chụm các cơ xoay, hệ thống này giúp cho hệ vận động của các cơ xoay, trong khi đó ở phía trên nó dính lỏng lẻo vào cơ delta. Do đó, khi bao thanh mạc bị tổn thương sẽ làm hạn chế vận động của khớp vai. Vì thế bao thanh mạc này được gọi là “khớp phụ” dưới mỏm cùng [3], [58].

- Mạch máu và thần kinh:

Các thành phần của khớp vai được nuôi dưỡng bởi các ngành lên và ngành tận của bó mạch - thần kinh cánh tay. Ngoài ra, vùng khớp vai còn liên quan đến các rễ thần kinh của vùng cổ và phần trên của lưng, liên quan đến các hạch giao cảm cổ, ở đây có những đường phản xạ ngắn, vì vậy khi có một tổn thương gây kích thích ở vùng đốt sống cổ, vùng trung thất, lồng ngực đều có thể gây nên các dấu hiệu ở vùng khớp vai [3].

1.2. Viêm quanh khớp vai theo YHHD

1.2.1. Định nghĩa

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, túi thanh dịch, 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 [3], [23]. 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.

1.2.2. Cơ chế bệnh sinh viêm quanh khớp vai

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 [4], [23]. Gân là tổ chức có tính chất đặc biệt về quá trình dinh dưỡng và chuyển hóa. Những mạch máu đi từ cơ, xương, tổ chức quanh gân chỉ đi tới lớp ngoài cùng của bó gân thứ hai. Do vậy bó gân thứ nhất, các tế bào xơ, sợi collagen được coi là tổ chức dinh dưỡng hoàn toàn bằng con đường thẩm thấu. Vì thế gân được coi là tổ chức dinh dưỡng chậm. Các gân xung quanh khớp vai có thể bị tổn thương do những nguyên nhân sau [3], [21].

* Giảm lưu lượng máu tới gân

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

* Chấn thương cơ học

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

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

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

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

*** Thuốc và hormone**

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

Dùng steroid tăng đồng hóa kéo dài thì sau đó là giai đoạn dị hóa gây ra hoại tử tế bào và tiêu hủy tổ chức xơ có thể gây đứt gân [51], [53]. Gân của các cơ xoay thường bị tổn thương ở:

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

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

- Đứt hoàn toàn là đứt toàn bộ bề dày của gân cũng như bao khớp, do vậy có sự thông thương giữa bao thanh mạc dưới mỏm cùng và ổ khớp.
- Đứt không hoàn toàn (đứt bán phần) là chỉ đứt một phần bề dày của gân (mặt trên hoặc dưới) hoặc đứt ở trong gân.

*** Hiện tượng lắng đọng canxi ở tổ chức gân quanh khớp vai**

Quá trình phụ thuộc vào lưu lượng máu tới gân. Canxi lắng đọng ở những tổ chức được dinh dưỡng kém, thậm chí là những tổ chức chết, do đó gọi là canxi hóa do loạn dưỡng. Trên thực tế có những bệnh nhân có lắng đọng canxi ở gân thì rất đau nhưng có những người lại hoàn toàn không đau. Lý do để cắt nghĩa hiện tượng này còn chưa rõ ràng. Có tác giả cho rằng vị trí mà canxi lắng đọng là yếu tố quyết định [53]. Nếu canxi lắng đọng ở trong gân thì không gây đau, nhưng nếu canxi 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 canxi 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 canxi từ gân vào bao thanh mạc gây tình trạng viêm bao thanh mạc cấp và gây đau nhiều.

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

Có 4 thể bệnh khác nhau của viêm quanh khớp vai [3], [21], [23], [59]

1.2.3.1. Thể đau vai đơn thuần

* Nguyên nhân:

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

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

Do thời tiết lạnh ẩm.

Do thói quen nghề nghiệp, thể thao và một số ít không tìm được nguyên nhân [23], [51].

* Triệu chứng lâm sàng:

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

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

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

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

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

Tổn thương cơ dưới vai: nghiệm pháp tay - gáy, tay - lưng và nghiệm pháp Gerber [45].

* Cận lâm sàng:

Chụp X quang quy ước khớp vai:

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

Siêu âm: hình ảnh viêm gân [11],[23],[49]

+ 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.

* Tiến triển:

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

- Không thuận lợi: Một số trường hợp chuyển thành đau vai cấp, thậm chí cứng khớp vai. Một số ít trường hợp dẫn tới đứt gân, bao gồm các thể sau:

+ Đứt mũ các gân cơ xoay

+ Khớp vai tuổi già chảy máu

+ Đứt gân bó dài cơ nhị đầu

+ Sự lắng đọng canxi trong bao hoạt dịch dưới mỏm cùng – cơ delta gây hội chứng chèn ép (hội chứng va chạm), đau rất nhiều, đau khi duỗi tay chủ động. Đó là sự cọ sát của cơ xoay, nhất là gân cơ trên gai với mỏm cùng - quạ. Đau khi duỗi tay chủ động từ 60° - 120° và khi chuyển tư thế duỗi tay về tư thế nghỉ.

* Điều trị:

- Nội khoa: giảm đau, chống viêm không steroid, giãn cơ. Tiêm corticoid tại chỗ (tiêm vào dưới mỏm cùng vai ngoài đối với gân cơ trên gai), tối đa 3 lần, cách nhau 15 ngày [16], [23], [48].

Vật lý trị liệu - phục hồi chức năng [23].

- Ngoại khoa: Đối với hội chứng chèn ép có thể thực hiện cắt dây chằng

cùng - qua đôi khi phối hợp phẫu thuật tạo hình mỏm qua.

1.2.3.2. *Thể đau vai cấp*

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

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

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

* Siêu âm: thấy hình ảnh canxi hóa gân dưới dạng một vùng tăng âm có tiêu điểm [21], [23].

* Điều trị: Bất động khớp vai, chườm đá lên vai đau, thuốc giảm đau chống viêm không steroid. Tiêm corticoid tại chỗ khi đã loại trừ trường hợp nhiễm trùng. Nội soi rửa khớp loại bỏ canxi hóa [23], [47].

1.2.3.3. *Thể giả liệt khớp vai*

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

* Triệu chứng lâm sàng:

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

- Thực thể: Hạn chế vận động chủ động, không thực hiện được hoặc hạn chế < 40° động tác duỗi ra, vận động thụ động trái lại là bình thường. Có sự teo cơ tại chỗ.

* Cận lâm sàng:

X quang quy ước:

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

- Giảm khoảng cách mỏm cùng - xương cánh tay.

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

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

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

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

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

* Tiến triển: Hiếm khi tiến triển nhanh đến phục hồi hoàn toàn.

* Điều trị:

- Nội khoa: Giảm đau, chống viêm.

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

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

- Ngoại khoa:

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

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

1.2.3.4. *Thở đông cứng khớp vai*

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

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

- Thứ phát: do các bệnh lý lồng ngực, trung thất, sau chấn thương đứt bao khớp, co thắt mạch do trật khớp, gãy xương.

* Triệu chứng lâm sàng:

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

- Thực thể: Vai cứng lại, chủ yếu hạn chế động tác vận động giạng và xoay ngoài [23]. Cứng khớp vai đôi khi kết hợp với đau do loạn dưỡng bàn tay. Đau vai trầm trọng, phù, biến đổi da với tăng xuất tiết, cứng khớp và cơ, tạo nên hội chứng vai tay.

* Cận lâm sàng

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

Siêu âm: thấy hình ảnh dày bao khớp, không thấy co thắt bao khớp

Chụp bao khớp cản quang: Thấy hình ảnh co thắt bao khớp, khoang khớp thu hẹp

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

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

* Điều trị:

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

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

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

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

1.2.4. Điều trị viêm quanh khớp vai theo YHHD

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

* Điều trị không dùng thuốc: vật lý trị liệu phục hồi chức năng như: nhiệt trị liệu, điện trị liệu, xoa bóp, kéo giãn, vận động... [9].

* Điều trị dùng thuốc: Dùng các thuốc giảm đau, chống viêm, chống co thắt như: Meloxicam, Celecoxib, Diclofenac, Mydocalm, Myonal...[3], [23].

* Điều trị tại chỗ: Phong bế và tiêm thuốc tại chỗ bằng Novocain, Hydrocortison. Cắt đứt phản xạ bằng phong bế giao cảm cổ [3], [23].

* Điều trị can thiệp: Chỉ định phẫu thuật ở những bệnh nhân không cải thiện sau 6 tháng điều trị bảo tồn hay ở bệnh nhân dưới 60 tuổi rách cơ chụm xoay nặng ảnh hưởng đến chức năng, với điều kiện tầm vận động thụ động của khớp còn tốt. Với bệnh nhân trên 60 tuổi lời khuyên chung là điều trị bảo tồn [3], [23].

1.3. Bệnh lý viêm quanh khớp vai theo YHCT

1.3.1. 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” [37].

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

1.3.2. 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 [8], [18], [28], [29].

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

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 tủy, can huyết hư không nuôi dưỡng gân, dẫn tới khớp xương đau nhức, vận động khó [8]...

1.3.3. Triệu chứng

Trong YHCT bệnh VQKV được chia làm 3 thể: kiên thống, kiên ngưng và lậu kiên phong [8].

- **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. Chết 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 tròn dễ gãy. Chết lưỡi tím nhợt, có điểm ứ huyết, mạch huyền hoặc tế nhược.

1.3.4. 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 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:

1.3.4.1. Thể kiên thống: (tương ứng với viêm quanh khớp vai thể đơn thuần)

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

Điều trị cụ thể: Bài thuốc cổ phương thường sử dụng bài thuốc “Quyên Tý Thang” (Tế sinh phương)

Khuong hoạt 8g	Phòng phong 8g	Xích thược 12g
Khuong hoàng 12g	Đương quy 12g	Trích cam thảo 4g
Gừng tươi 4 lát	Đại táo 3 quả	Hoàng kỳ 12g

Sắc uống ngày 1 thang

Phương pháp không dùng thuốc:

+ *Châm cứu:* [8], [7], [10], [17]

Thủ thuật: châm tả các huyệt: Kiên tinh, kiên ngưng, kiên ngoại du, Kiên liêu, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Vân môn, Hợp cốc, Khúc trì, A thị.

Có thể hào châm, ôn châm, điện châm, nhĩ châm, trường châm...

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

+ *Xoa bóp bấm huyệt:* [8], [17], [19], [28], [29]

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

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

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

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

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

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

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

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

Sắc với mật ong uống ngày một thang.

Phương pháp không dùng thuốc:

+ *Châm cứu:* [7], [8], [10]

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

+ *Xoa bóp bấm huyết:*

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

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

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

Pháp điều trị: Bổ khí dưỡng huyết, hoạt huyết tiêu ú.

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

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

Sắc uống ngày 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 ú huyết gia Tô mộc 10g, Nghệ vàng 08g để tăng sức hoạt huyết tiêu ú.

Phương pháp không dùng thuốc:

+ *Châm cứu:*

Thủ thuật: châm tả các huyệt: như thể kiên ngưng, thêm khúc trì, thủ tam

lý, ngoại quan, dương trì, hợp cốc bên đầu.

+ **Xoa bóp:** là chủ yếu

Thủ thuật: như thể kiên ngưng và làm thêm ở bàn tay.

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

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

1.4. Tổng quan về viên khớp VINTONG



1.4.1 : **Xuất xứ :**

Viên khớp VINTONG có xuất xứ từ bài thuốc “KNC” là bài thuốc kinh nghiệm của PGS.TS.Đậu Xuân Cảnh.

Bài thuốc “KNC” đã được nghiên cứu độc tính cấp và độc tính bán trường diễn trên động vật thực nghiệm và có kết luận an toàn ở các mức liều và thời gian đã dùng [26].

1.4.2 : **Thành phần:** Mỗi gói 5g hoạt chất có chứa:

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

Vị thuốc	Khối lượng (g)	Vị thuốc	Khối lượng (g)
Độc hoạt	05	Phòng phong	05
Tần giao	05	Tang ký sinh	03
Ngưu tất	05	Bạch thược	05
Thục địa	2,5	Khương hoạt	2,5
Tế tân	2,5	Đẳng sâm	05
Đương quy	2,5	Đỗ trọng	2,5
Xuyên khung	2,5	Cam thảo	01
Tá dược vừa đủ	05		

Thuốc do công ty TNHH dược phẩm USAPHA (số TCCS 02:2020/USA-CPSK) sản xuất đạt tiêu chuẩn chất lượng: TCCS. Quy trình sản xuất dựa theo bản tiêu chuẩn sản phẩm [phụ lục 3] và đã được Bộ y tế tiếp nhận đăng ký bản công bố sản phẩm(số: 4546/2020/ĐKSP) [phụ lục 4]

1.4.3: Phân tích viên khớp VINTONG [24] [36] [32].

Viên khớp VINTONG là sự kết hợp của pháp tiêu bản đồng trị. Vừa dùng các thuốc tả đề khu phong tán hàn, trừ thấp thông lạc lại dùng các vị thuốc bổ để kiện tỳ, ích khí huyết bổ can thận. Cụ thể:

Độc hoạt khử phong hàn thấp, trừ tê chỉ thống làm chủ dược; Thần có Tần giao, Phòng phong, Tế tân trừ hàn chỉ thống, khử phong thắng thấp, thư kinh hoạt lạc, lợi quan tiết, quân thần tương ngũ, cùng khử phong hàn thấp tà; Tá dược gồm Tang ký sinh, Ngưu tất, Đỗ trọng bổ ích can thận, cường cân tráng cốt; Xuyên khung, Đương quy, Thục địa, Bạch thược bổ huyết hoạt huyết; Khương hoạt tán biểu hàn, khử phong thấp, lợi quan tiết, chỉ tê thông; Đảng sâm, Cam thảo ích khí kiện tỳ, đều có tác dụng trợ lực trừ phong thấp. Trong đó Bạch thược kết hợp cam thảo có thể nhu can hoãn cấp thư cân; Cam thảo điều hòa chư dược làm sứ dược chi dụng. Các vị thuốc hợp lại bào chế thành viên khớp VINTONG có tác dụng vừa trị tiêu bản, vừa phù chính khu tà [32].

Độc hoạt vị cay, đắng, ôn, quy kinh Can, Thận, Bàn quang có tác dụng khử phong hàn thấp, trừ tê chỉ thống, giải biểu. Chủ trị chứng phong thấp tý thống, thiếu âm đầu thống, phong hàn biểu chứng kiêm thấp.

Phòng phong vị cay ngọt, tính ấm, quy kinh Bàn quang, Can có tác dụng tán hàn giải biểu, trừ phong thấp, giải kinh phong.

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

Tang ký sinh vị đắng tính bình quy kinh Can Thận có tác dụng chữa đau xương khớp, đau dây thần kinh ngoại biên, đau lưng ở người già.

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

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

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

Khuông hoạt vị cay, đắng, tính ôn, quy kinh Bàng quang, Thận có tác dụng tán biểu hàn, khử phong thấp, lợi quan tiết, chỉ tê thống.

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

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

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

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

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

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

Theo dược lý học hiện đại, Độc hoạt có tác dụng giảm đau, an thần và kháng viêm rõ rệt. Thuốc có thành phần chống loét dạ dày. Đối với hội tràng thỏ, thuốc có tác dụng co thắt. Phòng phong làm ra mồ hôi, hạ nhiệt, giảm đau, lợi tiểu trên thực nghiệm. Tần giao có tác dụng kháng viêm rõ rệt, do thành phần Gentianine A tác động lên hệ thần kinh làm hưng phấn chức năng tuyến yên –

vỏ thượng thận. Thuốc còn có tác dụng an thần, giảm đau, giải nhiệt, kháng histamine, chống choáng do dị ứng. Nguừ tất có tác dụng thúc đẩy quá trình tổng hợp protein. Glucozit Bạch thực ức chế trung khu thần kinh nên có tác dụng an thần, giảm đau, ức chế cơ trơn của tử cung và dạ dày, ruột, ức chế tiết vị toan phòng được loét ở chuột cống thực nghiệm, chống viêm và hạ nhiệt, có tác dụng bảo vệ gan, làm hạ men Transaminaza. Thục địa có tác dụng kháng viêm. Đối với chuột cống, thực nghiệm gây sưng tấy bằng Formalin vùng chân đùi, thuốc làm giảm sưng rõ; không ảnh hưởng đến đường huyết bình thường của thỏ, cường tim, hạ áp, cầm máu, bảo vệ gan, lợi tiểu, chống chất phóng xạ, chống nấm. Thuốc có tác dụng ức chế miễn dịch kiểu corticoid nhưng không làm ức chế hoặc teo vỏ thượng thận. Đẳng sâm có tác dụng tăng cường sức khỏe, chống mệt mỏi và tăng sự thích nghi của súc vật trong môi trường nhiệt độ cao. Thực nghiệm trên súc vật cũng chứng minh Đẳng sâm có tác dụng trên cả hai mặt hưng phấn và ức chế của võ não đồng thời làm tăng khả năng miễn dịch cơ thể. Đương quy có tác dụng làm dẫn huyết quản ngoại vi, làm dịu co thắt cơ trơn của huyết quản ngoại vi, tăng lưu lượng máu; vì thế mà đương quy có tác dụng giảm đau. Đỗ trọng có tác dụng chống viêm, tăng cường chức năng vỏ tuyến thượng thận, tác dụng hưng phấn hệ thống tuyến yên, vỏ tuyến thượng thận, tác dụng hưng phấn hệ thống tuyến yên, vỏ tuyến thượng thận, an thần giảm đau (trán kinh, trán thông), tăng tính miễn dịch của cơ thể.

1.4.4. Chỉ định và cách dùng thuốc :

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

Cách dùng và liều dung: Mỗi lần uống 1 gói sau ăn 30 phút:

- + Bệnh cấp tính và nặng uống 3 gói/ngày
- + Bệnh mạn tính duy trì uống 2 gói/ngày

1.5. TỔNG QUAN VỀ PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM

1.5.1. 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 huyết 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 huyết để gây kích thích đạt tới phản ứng của cơ thể nhằm mục đích chữa bệnh [8].

1.5.2. Phương pháp điện châm

Điện châm là phương pháp dùng dòng xung điện tác động lên các huyết 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 huyết châm [7], [10].

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 huyết 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 huyết, ngoài tác dụng do huyết 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.

1.5.3. 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.

1.5.3.1. Hiện tượng chiếm ưu thế vỏ não của Utomski [8]

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 độ da thay đổi, bạch cầu tập trung, phù nề tại chỗ, các phản xạ đột trực 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.

1.5.3.2. 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 [8]

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

Mỗi tiết đoạn thần kinh chi phối cảm giác ở một vùng da nhất định của cơ

thể có thể liên quan đến hoạt động của nội tạng nằm tương ứng với nó. Khi nội tạng có bệnh, người ta thấy có sự tăng cường cảm giác vùng da cùng tiết đoạn với nó như cảm giác đau, thay đổi điện sinh vật.

Hiện tượng này xảy ra do những 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.

1.5.3.3. Lý thuyết về đau của Melzak và Wall (cổng kiểm soát- 1965) [14]

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

1.5.3.4. Thuyết phản xạ thần kinh

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

1.5.4. 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

thể, 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" [7], [27].

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 mụt 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 huyết có quan hệ với hoạt động của "thần khí" [15].

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 đạt được mục đích điều trị [8].

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

Tóm lại, theo lý luận YHCT, châm là dùng kim châm vào huyết 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 huyết vị. Tác động lên huyết 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.

1.6. Tổng quan về siêu âm, X-Quang trong chẩn đoán điều trị viêm bao hoạt dịch khớp vai [11], [13], [23], [49], [57].

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

❖ Về siêu âm:

Siêu âm là một kỹ thuật chẩn đoán dựa vào các sóng siêu âm để tạo ra hình ảnh về cơ quan, bộ phận cần khám. Siêu âm khớp vai là một trong những phương pháp hiện đại an toàn được sử dụng để chẩn đoán các bệnh liên quan đến khớp vai.

Kỹ thuật siêu âm khớp vai:

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

+ Kỹ thuật siêu âm:

Thực hiện khảo sát mặt trước của khớp vai để quan sát hình ảnh của gân nhị đầu và gân dưới vai, và để xem có dịch ở trong hoặc ngoài ổ khớp không.

Khảo sát mặt trên khớp vai để quan sát gân cơ trên gai.

Khảo sát mặt sau khớp vai để quan sát gân dưới gai.

Đánh giá các dấu hiệu:

- Viêm gân cơ nhị đầu: + Gân cơ nhị đầu giảm âm và phù nề.
- + Dịch bao quanh gân cơ nhị đầu.



Hình 1.5. Viêm cơ nhị đầu

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



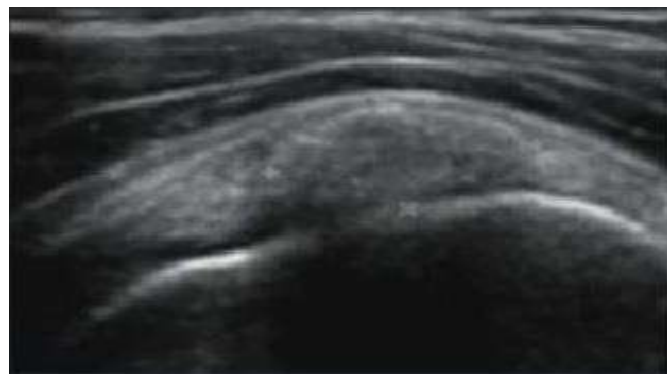
Hình 1.6: Tụ dịch bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai

- Viêm gân cơ trên gai:
 - + Gân cơ trên gai giảm âm và phù nề.
 - + Dịch bao quanh gân cơ trên gai.



Hình 1.7. Viêm gân cơ trên gai

- Can xi hóa gân cơ trên gai.



Hình 1.8. Vô hóa gân cơ trên gai

- Viêm gân cơ dưới gai:
 - + Gân cơ dưới gai giảm âm và phù nề.
 - + Dịch bao quanh gân cơ dưới gai.



Hình 1.9. Viêm gân cơ dưới gai

- Viêm gân cơ dưới vai:
 - + Gân cơ dưới vai giảm âm và phù nề.
 - + Dịch bao quanh gân cơ dưới vai.



Hình 1.10. Viêm gân cơ dưới vai

- Tổn thương khớp cùng-đòn:
 - + Hình ảnh phù nề, giảm âm quanh ổ khớp.
 - + Bờ ổ khớp không đều.
 - + Dày bao hoạt dịch.
 - + Có dịch tại ổ khớp.

❖ Về X-quang:

Việc chụp X-quang giúp chẩn đoán phân biệt giữa các bệnh lý tại khớp vai. Hình ảnh chụp X-quang sẽ được các bác sĩ phân tích, dựa vào sự khác biệt để đưa ra chẩn đoán phù hợp.

Chụp X-quang khớp vai còn giúp điều trị bệnh quanh khớp vai. Việc bơm thuốc cản quang có tác dụng điều trị đối với một số bệnh như cứng khớp, hạn chế vận động việc bơm thuốc vào có tác dụng nong rộng khoang khớp, sau thủ thuật bệnh nhân vận động dễ dàng hơn.

Kỹ thuật chụp:

- + Đặt ngang phim và lưới chống mờ trên giá Xquang, khu trú chùm tia X ngăn đôi phim theo chiều ngang, cố định đường dọc tia X vào giữa phim.
 - + Bệnh nhân đứng trước giá giữ phim, mặt bệnh nhân quay về phía bóng.
 - + Hai chân đứng thẳng, 2 tay xuôi theo cơ thể, bàn tay bên cần chụp ngửa.
 - + Phim áp sát mặt sau của vai bên cần chụp, chỉnh khớp vai vào giữa phim.
 - + Chỉnh lưng bệnh nhân tạo với mặt bàn 1 góc 35 - 40 độ, chỉnh cạnh trên của casset cao hơn mỏm cùng vai bên cần chụp 5cm.
 - + Bóng Xquang ngang vuông góc với phim.
 - + Tia trung tâm khu trú vào điểm dưới đỉnh mỏm quạ bên cần chụp một khoát ngón tay, tia X chiếu qua khe khớp vai và tia ra vào giữa phim.
 - + Khoảng cách bóng - phim 1 mét, khu trú chùm tia X, đặt tên dấu F hoặc T.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân giữa nguyên tư thế.
 - + Tiêu chuẩn chụp: $U = 85 - 90 \text{ KV}$, $I = 200 \text{ mA}$, $t = 0,012 - 0,016 \text{ s}$, có lưới chống mờ.
 - + Kiểm tra lại các núm trên tủ điều khiển, quan sát bệnh nhân qua kính, ấn núm phát tia X.
- Đánh giá các biến số:
- + Không có tổn thương.
 - + Bào mòn máu động lớn.
 - + Lắng đọng canxi gân cơ trên gai.



Hình 1.11. Vôi hóa gân cơ trên gai

1.7. Tình hình nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai trên thế giới và ở Việt Nam

1.7.1. Trên thế giới

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

1999 - Klein G và cộng sự sử dụng Enzym (Phlogenzym) và hoặc Diclofenac [52].

2013 - Park KD và cộng sự, công bố kết quả nghiên cứu trên 90 bệnh nhân ĐCKV chia thành 2 nhóm. Một nhóm tiêm nong khớp vai bằng Triamcinolone và Lidocain. Một nhóm tiêm nong khớp vai bằng axit Hyaluronic và Lidocain. Ở cả 2 nhóm đều cho kết quả tương đương về hiệu quả giảm đau và tăng chức năng khớp vai. Do đó, ở những bệnh nhân có chống chỉ định với corticosteroid có thể dùng axit Hyaluronic để thay thế [58].

2014 - Jae Hyun Bae và cộng sự, so sánh hiệu quả của tiêm nong khớp vai bằng đường trước dưới hướng dẫn của X quang và tiêm nong khớp vai bằng đường sau dưới hướng dẫn của siêu âm với mục đích tìm ra phương pháp hiệu quả nhất trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng. 44 bệnh nhân nghiên cứu được chia thành 2 nhóm đánh giá dựa vào thang điểm VAS, tầm vận động khớp và thang điểm SPADI. Sau 1 tuần, 5 tuần và 9 tuần sự cải thiện ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt. Các tác giả kết luận tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của siêu âm bằng đường sau có tác dụng tương tự như tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của X quang bằng đường trước [56].

1.7.2. Tại Việt Nam

Năm 2009, Đặng Ngọc Tân, đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm Corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai đạt kết quả tốt và khá là 92,7% [31].

Năm 2011, Nguyễn Hữu Huyền và Lê Thị Kiều Hoa, nghiên cứu hiệu quả điều trị 60 bệnh nhân viêm quanh khớp vai tại khoa Vật Lý Trị Liệu - Phục hồi chức năng bệnh viện 103 bằng vật lý trị liệu (parafin + điện xung) kết hợp tập

vận động nhận thấy 100% bệnh nhân giảm đau và đạt tốt 63,33% với động tác giạng, 13,33% với động tác xoay trong và 10% với động tác xoay ngoài [20].

Năm 2014, Lương Thị Dung, nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng bài thuốc “Quyên Tý Thang” kết hợp điện châm và vận động trị liệu tại Bệnh viện YHCT Bộ công an trên 60 bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá là 93,3%, trung bình 6,7% [14].

Năm 2018, Hoàng Huyền Châm, Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt đạt kết quả tốt 96,7%[13].

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân trên 18 tuổi không phân biệt nam nữ được chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng viêm quanh khớp vai đơn thuần.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh theo YHHĐ

* 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:

+ 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 theo YHCT

Chọn bệnh nhân được chẩn đoán bệnh danh “Kiên Tý” thể “Kiên Thống”:

- Vọng chẩn: Chất lưỡi hồng, rêu lưỡi trắng.

- Văn chẩn: Tiếng nói, hơi thở bình thường.

- Vấn chẩn: Đau là triệu chứng chính, đau nhiều, đau cố định một chỗ, trời lạnh ảm đau tăng, chườm nóng đỡ đau. Đau tăng khi vận động, làm hạn chế

một số động tác như chải đầu, gãi lưng. Khớp vai không sưng, không nóng, không đỏ, cơ chưa teo.

- Thiết chân: Mạch phù khăn, khi đau nhiều mạch có thể huyền khăn.

2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi diện 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.
- Quá mẫn với meloxicam hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc.
- Tiền sử bị chứng mày đay, phù mạch, co thắt phế quản, viêm mũi trầm trọng, hoặc sốc khi kết hợp với aspirin hoặc các thuốc NSAID khác.
- Tiền sử nhạy cảm với aspirin, bệnh hen suyễn và polyp mũi.

2.1.5. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Thời gian: từ tháng 03/2020 đến tháng 10/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng trước và sau điều trị.

2.2.2. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu có chủ đích, gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu điều trị tại khoa YHCT Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

- Đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm có chủ đích sao cho tương đồng về tuổi giới:

Nhóm 1 (nhóm NC): điều trị bằng viên khớp VINTONG kết hợp điện châm.

Nhóm 2 (nhóm ĐC): điều trị bằng thuốc non-steroid kết hợp điện châm.

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

- Trên thực tế, chúng tôi phải lấy số lượng bệnh nhân cao hơn để đề phòng phải loại trừ những bệnh nhân bỏ cuộc hoặc không tuân thủ quy trình nghiên cứu.

2.2.3. Các nội dung nghiên cứu

1) Đặc điểm lâm sàng viêm quanh khớp vai đơn thuần

Đặc điểm về tuổi, giới và thời gian mắc bệnh

Vị trí khớp viêm

Mức độ đau theo thang điểm Constant C.R và Murley A.H.G

Mức độ hoạt động hàng ngày của bệnh nhân trước điều trị

Tầm vận động khớp vai trước điều trị (gập, giạng, xoay trong, xoay ngoài)

Lực của vai trước điều trị

Đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm Constant C.R và Murley A.H.G trước điều trị.

2) Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả xét nghiệm: Tổng phân tích tế bào máu, ure, creatinin, ALT, AST.

Kết quả siêu âm khớp vai

Kết quả X quang khớp vai

3) Đánh giá kết quả sau điều trị: so sánh trước điều trị và đối chiếu với nhóm ĐC về:

- Mức độ đau, hoạt động hàng ngày, tầm vận động khớp vai và lực của vai theo Constant C.R và Murley A.H.G

- Kết quả siêu âm.

- Kết quả điều trị chung.

4) Tác dụng không mong muốn

- Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng
- Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng

2.2.4. Các biến số nghiên cứu**2.2.4.1. Liệt kê các biến số nghiên cứu**

Bảng 2.1. Liệt kê các biến số nghiên cứu

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị (đối với biến định tính)
<i>Các biến số về lâm sàng</i>		
Tuổi	Định lượng	
Giới	Định tính	Nam, nữ
Tần số mạch	Định lượng	
Huyết áp	Định lượng	
Thời gian bị bệnh	Định lượng	
Vị trí khớp viêm	Định tính	Phải, trái, 2 bên
Mức độ đau	Định tính	Nhẹ, vừa, nặng
Hoạt động hàng ngày	Định tính	<6 điểm; 6-10 điểm; > 10 điểm
Tầm vận động khớp	Định lượng	
Lực của vai	Định lượng	
Kết quả điều trị	Định tính	Tốt, khá, trung bình, kém
Nôn, buồn nôn	Định tính	Có, không
Đi ngoài	Định tính	Có, không
Dị ứng	Định tính	Có, không
Đau bụng	Định tính	Có, không
Vụng châm	Định tính	Có, không
Chảy máu	Định tính	Có, không
Tụ máu	Định tính	Có, không
<i>Các biến số về xét nghiệm</i>		
Số lượng HC máu	Định lượng	
Số lượng BC máu	Định lượng	
Số lượng TC máu	Định lượng	
AST	Định lượng	

ALT	Định lượng	
Ure	Định lượng	
Creatinin	Định lượng	
Các biến số về siêu âm		
Viêm gân cơ nhị đầu	Định tính	Có; không
Viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai	Định tính	Có; không
Viêm gân cơ trên gai	Định tính	Có; không
Can xi hóa gân cơ trên gai	Định tính	Có; không
Viêm gân cơ dưới gai	Định tính	Có; không
Viêm gân cơ dưới vai	Định tính	Có; không
Tổn thương khớp cùng-đòn	Định tính	Có; không
Các biến số X quang		
Calci hóa dây chằng	Định tính	Có; không
Gai xương	Định tính	Có; không

2.2.4.2. Định nghĩa, tiêu chuẩn, kỹ thuật xác định một số biến số

- **Thời gian bị bệnh:** là thời gian từ lúc mắc bệnh đến lúc được đánh giá.
- **Mức độ đau:** Đánh giá tình trạng đau khớp vai của bệnh nhân theo thang điểm VAS.



- Mức 0 - 1 điểm: Không đau Mức 2 - 3 điểm: Đau nhẹ
Mức 4 - 5 điểm: đau vừa Mức 6 - 7 điểm: Đau nặng
Mức 8 - 10 điểm: Đau rất nặng

- Hoạt động hàng ngày:

Bảng 2.2. Cách tính điểm mức độ hoạt động 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 điểm

- Tầm vận động khớp:

Bảng 2.3. Bảng đánh giá tầm vận động khớp vai theo tác giả the McGill - Mc ROMI [51].

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

Bảng 2.4. Chức năng của khớp

*Nâng vai ra trước, lên trên (⁰), dùng thước đo độ:	
- 0 - 30 ⁰	0
- 31 - 36 ⁰	2
- 61 - 90 ⁰	4
- 91 - 120 ⁰	6
- 121 - 150 ⁰	8
- 151 - 180	10
Số điểm tối đa đánh giá nâng vai lên trước	10 điểm
* Dạng vai sang bên, lên trên	
(cho điểm như nâng vai ra trước)	10 điểm
*Quay ngoài (vị trí)	
- Đỡ tay dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
- Tay đỡ dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
- Tay đỡ trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
- Tay đỡ trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
- Tay đỡ quá đỉnh đầu	2
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay ngoài	10 điểm
*Quay trong (vị trí)	
- Bàn tay đặt ở đùi	0
- Bàn tay đặt ở hông	2
- Bàn tay đặt ở điểm nối của đốt sống lưng và xương chậu	4
- Bàn tay đặt ở xương sống thắt lưng (L5)	6
- Bàn tay đặt ở điểm xương sống ngực thứ 12 (D12)	8
- Bàn tay đặt được ở vùng xương bả vai	10
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay trong	10 điểm
*Tình trạng bệnh nhân	
* Đau	
- Không đau	15
- Đau nhẹ	10
- Đau vừa phải	5
- Đau nặng	0
- Số điểm tối đa đánh giá đau	15
*Lực của vai	

Theo phương pháp của Moseley, bệnh nhân nâng tay ở một góc 90 độ bình thường nâng được 25 bảng Anh (1 bảng Anh = 0,4536kg).	25 điểm
TỔNG ĐIỂM	100

- **Kết quả điều trị:** Sau khi cho điểm theo Constant C.R và Murley

A.H.G, phân loại kết quả điều trị chung như sau:

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

2.2.5. Chất liệu, phương tiện nghiên cứu

2.2.5.1. Chất liệu nghiên cứu

❖ Viên khớp *VINTONG*

LSX 01 2020

NSX 200220 HD 200223

Thành phần : Mỗi gói 5g hoạt chất có chứa:

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

Vị thuốc	Khối lượng(g)	Vị thuốc	Khối lượng(g)
Độc hoạt	05	Phòng phong	05
Tần giao	05	Tang ký sinh	03
Ngưu tất	05	Bạch thược	05
Thục địa	2,5	Khương hoạt	2,5
Tế tân	2,5	Đẳng sâm	05
Đương quy	2,5	Đỗ trọng	2,5
Xuyên khung	2,5	Cam thảo	01
Tá dược vừa đủ	05		

Tiêu chuẩn chất lượng: TCCS

❖ Thuốc Meloxicam 7,5mg



- Quy cách đóng gói: Hộp 5 vỉ x 10 viên

- Thành phần: Meloxicam 7,5 mg

Tá dược vừa đủ 1 viên

(Lactose monohydrat, tinh bột bắp, povidon, croscarmellose natri, talc, magnesi stearat, màu vàng quinolin).

2.2.5.2. Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm cứu: dùng 1 lần của hãng Khánh Phong, kích thước 0.30 x 25mm, mỗi hộp gồm 10 kim/vỉ x 10 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

- Panh, bông cotton.

-Khay quả đậu.

-Hộp chống sốc.

* Thước đo tầm vận động khớp vai.

Đo tầm vận động khớp vai bằng thước đo MN-ROMN1 do công ty PhaNa Việt Nam sản xuất.



Hình 2.3. Thước đo tầm vận động khớp vai

* Thước đo độ đau VAS

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ của hãng Astra-Zenec.



Hình 2.4. Thước đo độ đau VAS

*Bệnh án nghiên cứu.

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.

2.2.6. Các bước tiến hành

2.2.6.1. Thăm khám lâm sàng

* *Hỏi bệnh:* Lưu ý những điểm sau:

- Vị trí, mức độ đau, tính chất đau.
- Mức độ hạn chế vận động.
- Thời gian mắc bệnh, diễn biến của bệnh.
- Các triệu chứng liên quan (Sốt, gầy.)
- Tiền sử chấn thương
- Các phương pháp điều trị trước đó (nếu có) và kết quả.

* *Khám thực thể:*

- Khám toàn thân: Tim mạch, huyết áp, phổi, vú (đối với nữ)...
- Khám khớp vai: So sánh hai bên
- + Nhìn: Sung nề? Teo cơ?
- + Sờ, nắn: Tìm điểm đau khu trú: máu động lớn, đỉnh mỏm cùng, mỏm quạ, dây chằng cùng quạ, khớp cùng đòn, rãnh nhị đầu (có thể sờ thấy sự trật ra khỏi rãnh của bó dài gân cơ nhị đầu).

+ Đo góc vận động của khớp vai khi thực hiện các động tác thụ động và chủ động (đưa ra trước, ra sau, khép, dạng, xoay trong, xoay ngoài, đưa lên trên) bằng phương pháp Zero [9], [15].

+ Sử dụng một số nghiệm pháp đặc biệt để định khu các tổn thương như: nghiệm pháp Neer, nghiệm pháp Hawkins, nghiệm pháp Jobe, Patte.. [23], [54].

* *Đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987 [40]*

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

2.5.6.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: tại khoa xét nghiệm Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, ở các thời điểm D₀, D₂₀ gồm công thức máu, Ure, creatinin, AST, ALT.

- Siêu âm khớp vai: tại khoa chẩn đoán hình ảnh BVNTP bằng máy siêu âm Philip HD đầu dò tần số 5-12MHz, ở các thời điểm D₀, D₂₀.

- Chụp Xquang khớp vai: tại khoa chẩn đoán hình ảnh BVNTP bằng máy chụp X quang kỹ thuật số CR 85-X (Đức), ở các thời điểm D₀, D₂₀.

2.2.6.3. Tiến hành điều trị

- Nhóm NC: điều trị bằng ”viên khớp VINTONG” kết hợp điện châm.
- Nhóm ĐC: điều trị bằng thuốc non-steroid kết hợp điện châm.

***Nhóm nghiên cứu**

- Viên khớp VINTONG: Uống 3 gói/ngày, uống 1 gói/lần sau ăn 30 phút
Thời gian dùng thuốc: 20 ngày

- Tiêu chuẩn chất lượng: TCCS.

Điện châm [10]:

Điều trị bằng phương pháp điện châm: (dùng kim 0,30x25mm)

* Châm các huyệt: theo quy trình chẩn đoán và chữa bệnh chuyên ngành châm cứu của Bộ Y tế [10].

- 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 ngưng	LI15
Kiên trình	SI9
Thiên tông	SI11
Ngoại quan	TE5
Kiên liêu	TE14

- Kỹ thuật châm kim:

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

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

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

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

Bước 3: Kích thích bằng máy điện châm:

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bỏ

- tả của máy điện châm:

+ Tần số: tần số bỏ từ 1-3 Hz, tần số tả từ 5-10Hz

+ Cường độ: Nâng từ từ cường độ từ 0 đến 150 microampe (tùy theo mức chịu đựng của bệnh nhân).

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

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

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

- Kỹ 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.

*** Nhóm đối chứng:**

- Được điều trị bằng điện châm theo phác đồ nghiên cứu với liệu trình 1 lần/ngày x 20 ngày .

- Meloxicam 7,5mg ngày 1 viên uống sau ăn sáng.

2.2.7 Xử lý số liệu

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

- Các test thống kê được dùng:

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

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

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

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

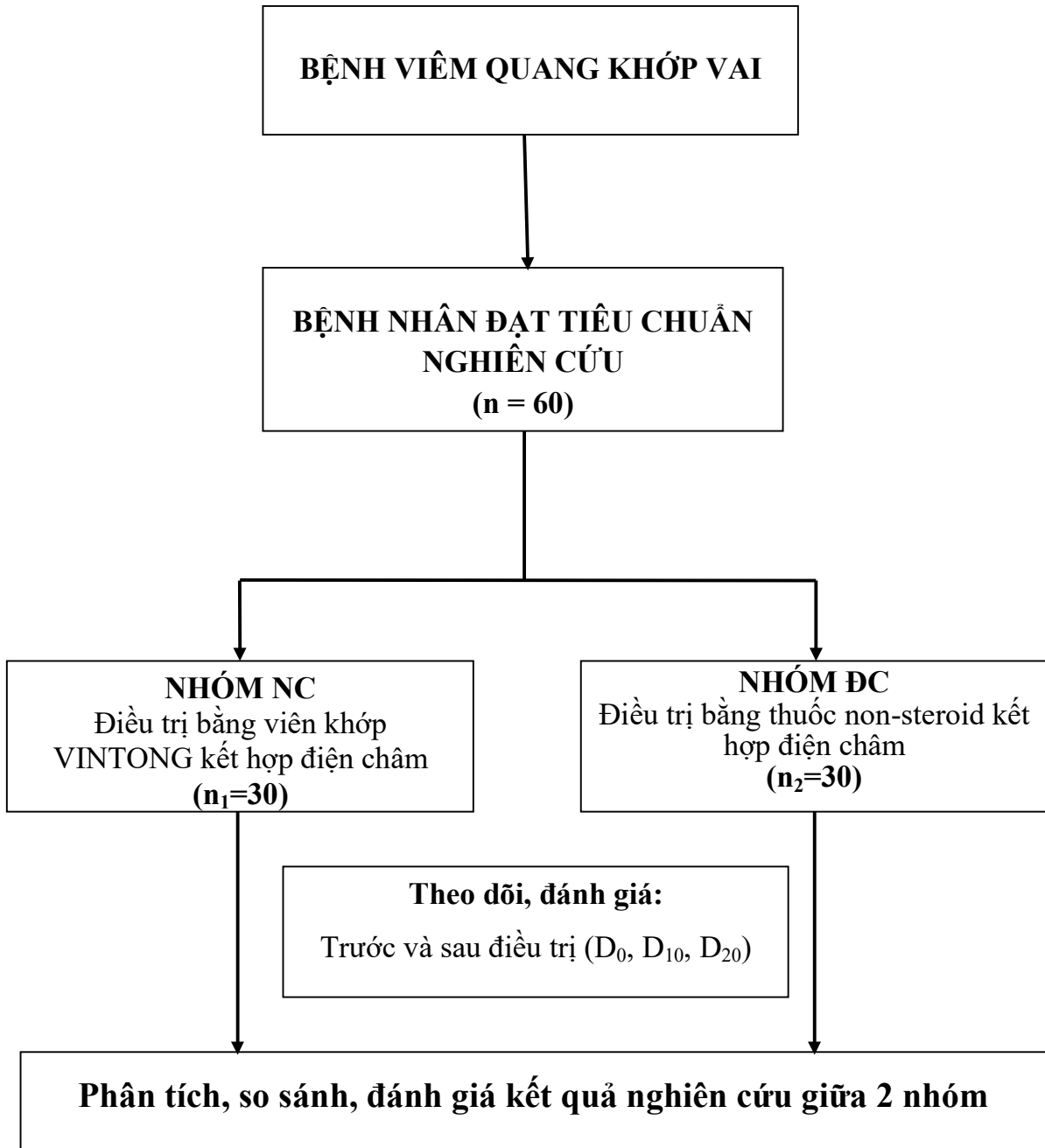
- Nghiên cứu được sự đồng ý của hội đồng thông qua đề cương và hội đồng đạo đức của Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam

- Bệnh nhân được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia chương trình nghiên cứu.

- Các thông tin về bệnh và cá nhân đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

- Trong quá trình nghiên cứu, nếu bệnh không đỡ hoặc nặng thêm thì bệnh nhân sẽ được ngừng nghiên cứu, đổi phương pháp điều trị và loại ra khỏi nhóm nghiên cứu, hoặc người bệnh không muốn tiếp tục tham gia nữa.

2.4. Sơ đồ nghiên cứu



Sơ đồ 2.1. Các bước nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.

Tuổi	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Chung	
	n	%	n	%	n	%
< 40	3	10,0	2	6,7	5	8,3
40 - 49	7	23,3	6	20,0	13	21,7
50 - 59	10	33,3	13	43,3	23	38,3
≥ 60	10	33,3	9	30,0	19	31,6
Tổng	30	100	30	100	60	100
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	53,0±10,6		54,97±9,89		53,99±10,2	
p	>0,05					

Nhận xét:

Ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng số bệnh nhân mắc VQKV chủ yếu là nhóm tuổi > 50 tuổi chiếm tỷ lệ 69,9%, nhóm tuổi < 40 thấp nhất chiếm tỷ lệ 8,3%. Tuổi trung bình mắc VQKV của cả 2 nhóm là 53,99. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 53,0 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 ($p > 0,05$).

3.1.2 Đặc điểm về giới

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới.

Giới	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Chung		
	n	%	n	%	n	%	
Nữ	18	60,0	16	53,3	34	56,7	
Nam	12	40,0	14	46,7	26	43,3	
Tổng	30	100	30	100	60	100	
p	>0,05						

Nhận xét:

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

Nữ nhiều hơn nam ở cả 2 nhóm nghiên cứu (nhóm nghiên cứu nữ chiếm 60,0% và nhóm đối chứng chiếm 53,3%). Không có sự khác biệt tỷ lệ về giới giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.1.3 Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

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

Thời gian	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Chung		
	n	%	n	%	n	%	
Dưới 3 tháng	25	83,3	26	86,7	51	85,0	
Trên 3 tháng	5	16,7	4	13,3	9	15,0	
Tổng	30	100	30	100	60	100	
p	> 0,05						

Nhận xét:

Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm BN mắc bệnh dưới 3 tháng (85,0%), nhóm mắc bệnh trên 3 tháng có tỷ lệ thấp hơn (15,0%). Không có sự khác biệt về thời gian và có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm NC và ĐC ($p > 0,05$).

3.1.4 Vị trí mắc bệnh

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí mắc bệnh

Vị trí \ Nhóm	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Vai trái	14	46,7	15	50,0	29	48,3
Vai phải	16	53,3	15	50,0	31	51,7
Hai bên	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	100	30	100	60	100
p	> 0,05					

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân bị tổn thương 1 bên vai (vai trái hoặc vai phải) không có sự khác biệt rõ, có 29 BN tổn thương vai bên trái trong nghiên cứu (48,3%), tổn thương vai bên phải với 31 bệnh nhân (51,7%), không có tổn thương cả 2 bên khớp vai.

Giữa 2 nhóm sự phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương khớp vai không có sự khác biệt đáng kể ($p > 0,05$).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, siêu âm và xquang của bệnh nhân VQKV

3.2.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS

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

Mức \ Nhóm	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Đau nhẹ	2	6,7	1	3,3	3	5,0
Đau vừa	9	30,0	13	43,3	22	36,7
Đau nặng	19	63,3	16	53,3	35	58,3
Đau rất nặng	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	100	30	100	60	100
Điểm trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	6,38±0,99		6,45±0,86		6,42±0,93	
p	> 0,05					

Nhận xét: Trước điều trị, điểm đau VAS trung bình giữa 2 nhóm là 6,42±0,93 điểm, bệnh nhân ở hai nhóm chủ yếu ở mức độ đau vừa và nặng chiếm 95,0%, trong đó nhóm NC tỷ lệ đau nặng là 63,3%, đau vừa là 30,0%, nhóm chứng tỷ lệ đau nặng là 53,3%, đau vừa là 43,3%. Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.2.2. 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		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Độ 1	6	20,0	6	20,0	12	20,0
Độ 2	20	66,7	19	63,3	39	65,0
Độ 3	4	13,3	5	16,7	9	15,0
Tổng	30	100	30	100	60	100
Góc trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	77,0±17,5		76,0±18,4		76,5±17,95	
p	>0,05					

Nhận xét: Bệnh nhân hạn chế vận động động tác dạng đa số ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 65,0% (39 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình của động tác dạng khớp vai là 76,5.

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		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Độ 1	9	30,0	4	13,3	13	21,7
Độ 2	20	66,7	23	76,7	43	71,7
Độ 3	1	3,3	3	10,0	4	6,6
Tổng	30	100	30	100	60	100
Góc trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	55,86±12,09		54,50±12,55		55,18±12,32	
p	>0,05					

Nhận xét:

Bệnh nhân hạn chế tầm vận động động tác xoay trong đa số ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 71,7% (43 bệnh nhân), mức độ 1 chiếm 21,7% (13 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình động tác xoay trong khớp vai là 55,18.

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		Chung		
	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Độ 1	11	36,7	9	30,0	20	33,3	
Độ 2	18	60,0	21	70,0	39	65,0	
Độ 3	1	3,3	0	0,0	1	1,7	
Tổng	30	100	30	100	60	100	
Góc trung bình($\bar{X} \pm SD$)	63,1±14,8		62,2±12,50		62,6±13,6		
p	>0,05						

Nhận xét:

Bệnh nhân hạn chế tầm vận động động tác xoay ngoài đa số ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 65,0% (39 bệnh nhân), mức độ 1 chiếm 33,3% (20 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0. Góc trung bình động tác xoay ngoài khớp vai là 59,55.

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 ($p > 0,05$).

3.2.3. Đặc điểm siêu âm và X-quang

Bảng 3.9. Đặc điểm siêu âm viêm quanh khớp vai đơn thuần của bệnh nhân trước điều trị

Siêu âm khớp vai	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		p
	n	%	n	%	
Khớp vai bình thường	0	0,0	0	0,0	>0,05
Viêm gân cơ nhị đầu	5	16,7	7	23,3	>0,05
Viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai	16	53,3	15	50,0	>0,05
Viêm gân cơ trên gai	5	16,7	5	16,7	>0,05
Viêm gân cơ dưới gai	4	13,3	3	10,0	>0,05

Nhận xét:

Kết quả siêu âm khớp vai cho thấy tỷ lệ viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai ở NNC là 53,3% và NĐC là 50,0%, tỷ lệ viêm gân cơ nhị đầu là 16,7% ở NNC và 23,3% ở NĐC, tỷ lệ viêm gân trên gai ở NNC và NĐC là 16,7%, tỷ lệ viêm gân cơ dưới gai ở NNC là 13,3% và NĐC là 10,0%.

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 hình ảnh XQuang khớp vai

Kết quả X-quang	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Không có gì bất thường	24	80,0	25	83,3	49	81,6
Calci hóa dây chằng	4	13,3	3	10,0	7	11,7
Gai xương	2	6,7	2	6,7	4	6,7
Tổng	30	100	30	100	60	100
p	> 0,05					

Nhận xét:

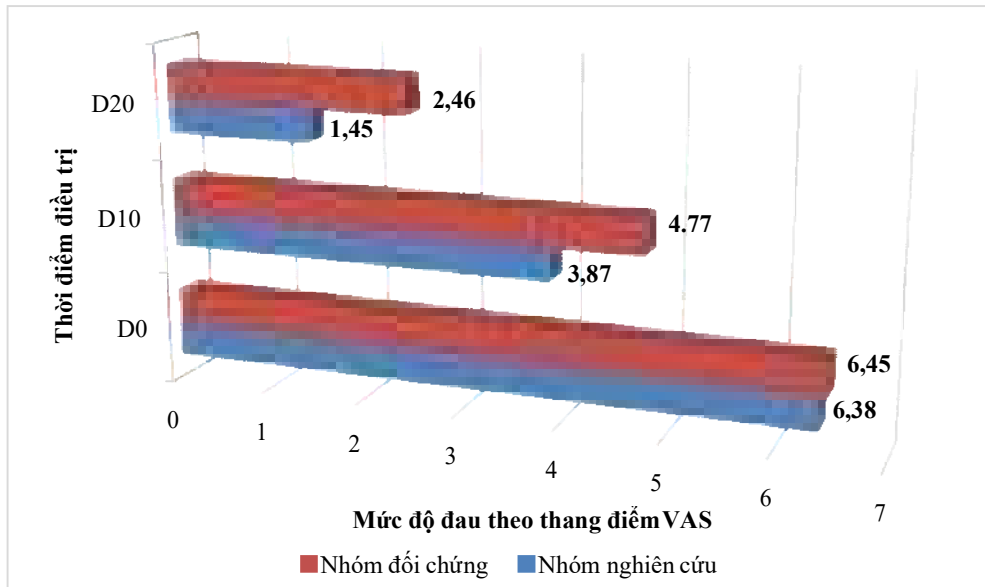
Kết quả chụp phim X-quang khớp vai phát hiện được 11 bệnh nhân có tổn thương, số bệnh nhân không phát hiện được là 49 bệnh nhân.

Các tổn thương có thể phát hiện được qua X-quang bao gồm calci hóa dây

chằng (11,7% 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 ($p > 0,05$).

3.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

3.3.1. 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:

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm nghiên cứu có sự biến đổi giá trị trung bình theo VAS giảm mạnh hơn so với nhóm đối chứng trong cả quá trình điều trị.

Sau 10 ngày điều trị triệu chứng đau theo VAS có sự cải thiện. Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là 3,87 và của nhóm đối chứng là 4,77.

Sau 20 ngày điều trị triệu chứng đau theo VAS có sự cải thiện rõ rệt ở cả 2 nhóm ($p_{0-20} < 0,01$). Điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu lúc này là 1,45 và của nhóm đối chứng là 2,46. 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.

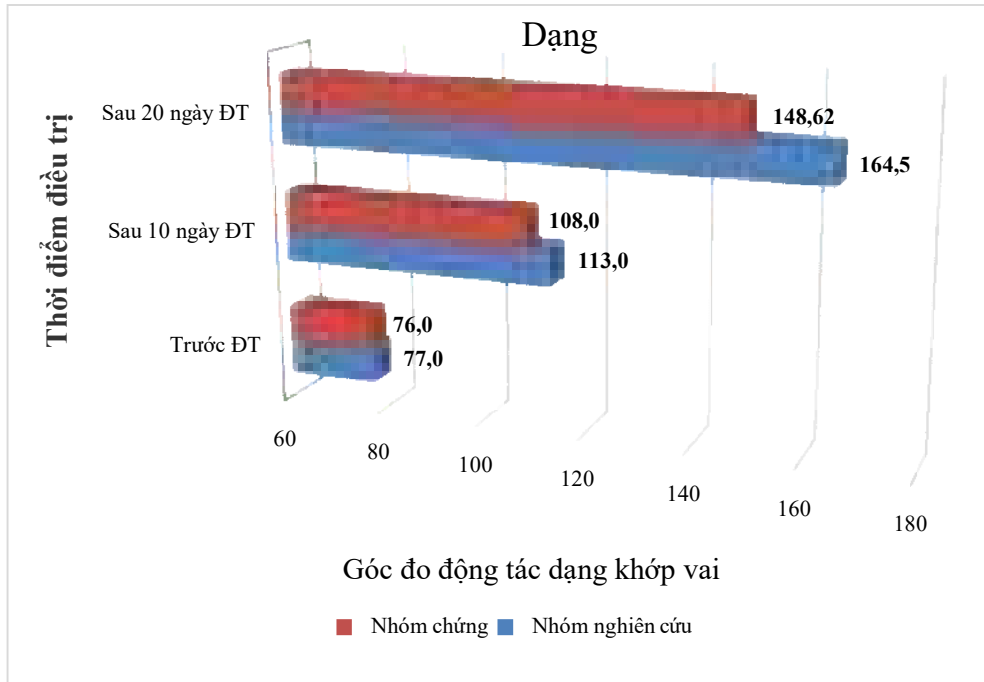
Mức độ	Nhóm NC (1)				Nhóm ĐC (2)			
	Trước ĐT		Sau ĐT		Trước ĐT		Sau ĐT	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0,0	17	56,7	0	0,0	8	26,7
Đau nhẹ	2	6,7	13	43,3	1	3,3	22	73,3
Đau vừa	9	30,0	0	0,0	13	43,3	0	0,0
Đau nặng	19	63,3	0	0,0	16	53,3	0	0,0
Đau rất nặng	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
p_{trước sau}	< 0,01				< 0,05			
p₁₋₂	< 0,05							

Nhận xét:

Trước khi điều trị 100% bệnh nhân có đau và chủ yếu ở mức độ vừa và nặng (chiếm 95,0% ở cả hai nhóm).

Sau 20 ngày điều trị, 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 (26,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p_{1-2} < 0,05$).

3.3.2. 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 ($113,0^\circ$) và của nhóm đối chứng động tác dạng ($108,0^\circ$). Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác dạng ($p_{0.20} < 0,01$). Tầm mở góc trung bình động tác dạng của nhóm nghiên cứu ($164,50^\circ$) cao hơn của nhóm đối chứng ($148,62^\circ$). 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- McROML

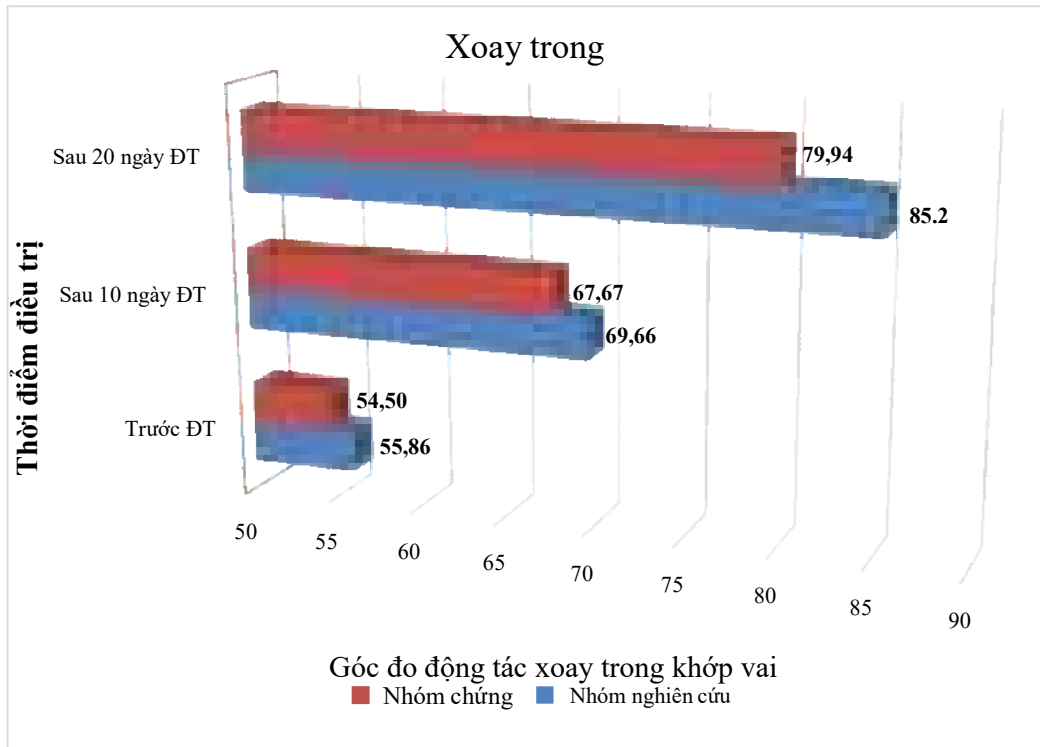
Mức độ vận động	Nhóm NC (1)				Nhóm ĐC (2)			
	Trước ĐT		Sau ĐT		Trước ĐT		Sau ĐT	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	25	83,3	0	0,0	16	53,3
Độ 1	6	20,0	5	16,7	6	20,0	14	46,7
Độ 2	20	66,7	0	0,0	19	63,3	0	0,0
Độ 3	4	13,3	0	0,0	5	16,7	0	0,0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
p_{Trước sau}	<0,05				<0,05			
p₁₋₂	< 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 với 66,7% ở nhóm nghiên cứu và 63,3% ở nhóm chứng.

Sau điều trị 20 ngày, 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 ($p_{1-2} < 0,05$).



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

Nhận xét:

Kết quả nghiên cứu cho thấy 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 ($69,66^\circ$) và của nhóm đối chứng ($67,67^\circ$), giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay trong ở cả 2 nhóm ($p < 0,05$). Góc trung bình động tác xoay trong của nhóm nghiên cứu ($85,20^\circ$) cao hơn của nhóm đối chứng ($79,94^\circ$). 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

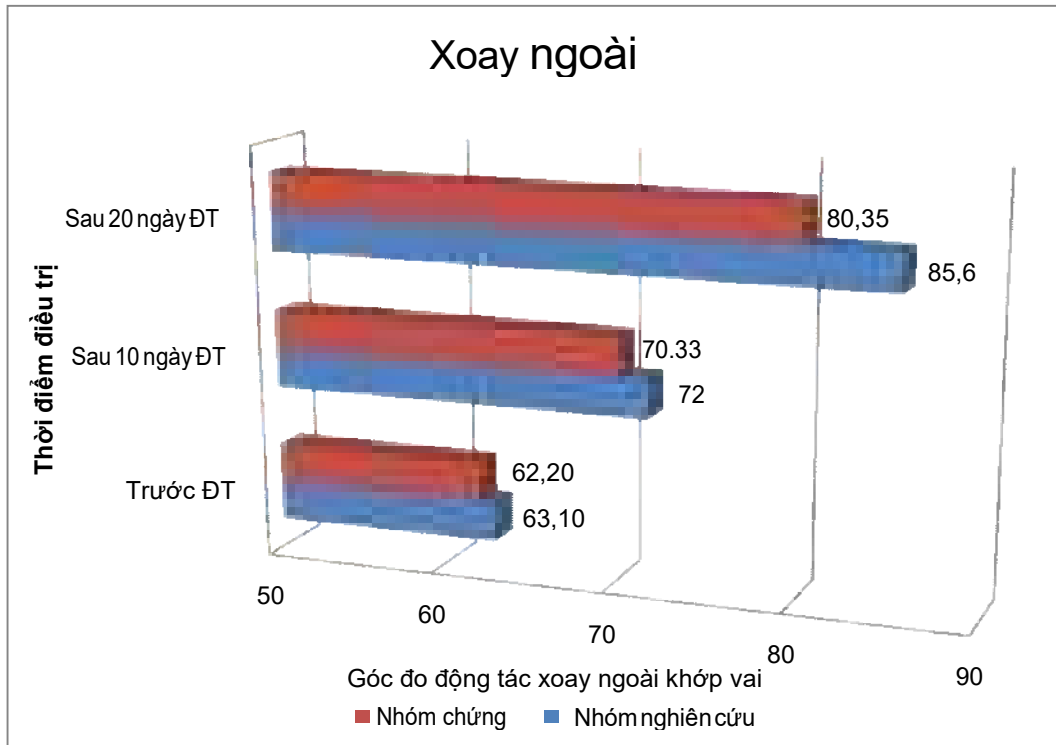
Mức độ vận động	Nhóm NC (1)				Nhóm ĐC (2)			
	Trước ĐT		Sau ĐT		Trước ĐT		Sau ĐT	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0,0	24	80,0	0	0,0	9	30,0
Độ 1	9	30,0	6	20,0	4	13,3	21	70,0
Độ 2	20	66,7	0	0,0	23	76,7	0	0,0
Độ 3	1	3,3	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
p_{Trước sau}	< 0,05				< 0,05			
p₁₋₂	< 0,05							

Nhận xét:

Trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động động tác xoay trong khớp vai chiếm chủ yếu là mức độ 2 với 66,7% ở nhóm nghiên cứu và 76,7% ở nhóm chứng.

Sau điều trị 20 ngày tầm vận động động tác xoay trong khớp vai thay đổi rõ rệt, mức độ 0 chiếm chủ yếu với 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 ($p_{1-2} < 0,05$).



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

Nhận xét:

Nghiên cứu cho thấy 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 ngoài) một cách rõ rệt ở nhóm nghiên cứu ($p < 0,05$). Góc trung bình của nhóm nghiên cứu động tác xoay ngoài ($72,0^\circ$) và của nhóm đối chứng động tác xoay ngoài ($70,33^\circ$), giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về thống kê ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị có sự cải thiện hơn tầm vận động động tác xoay ngoài ($p < 0,01$). Điểm trung bình động tác xoay ngoài của nhóm nghiên cứu ($85,6$) cao hơn của nhóm đối chứng ($80,35^\circ$). 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- McROML

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	11	30,0	6	20,0	9	30,0	20	66,7
Độ 2	18	66,7	0	0,0	21	70,0	0	0,0
Độ 3	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100
p_{Trước sau}	< 0,05				< 0,05			
p₁₋₂	< 0,05							

Nhận xét:

- Trước điều trị 100% bệnh nhân có hạn chế vận động động tác xoay ngoài khớp vai, trong đó độ 2 chiếm chủ yếu với 70,0% ở nhóm nghiên cứu và 66,7% ở nhóm chứng.

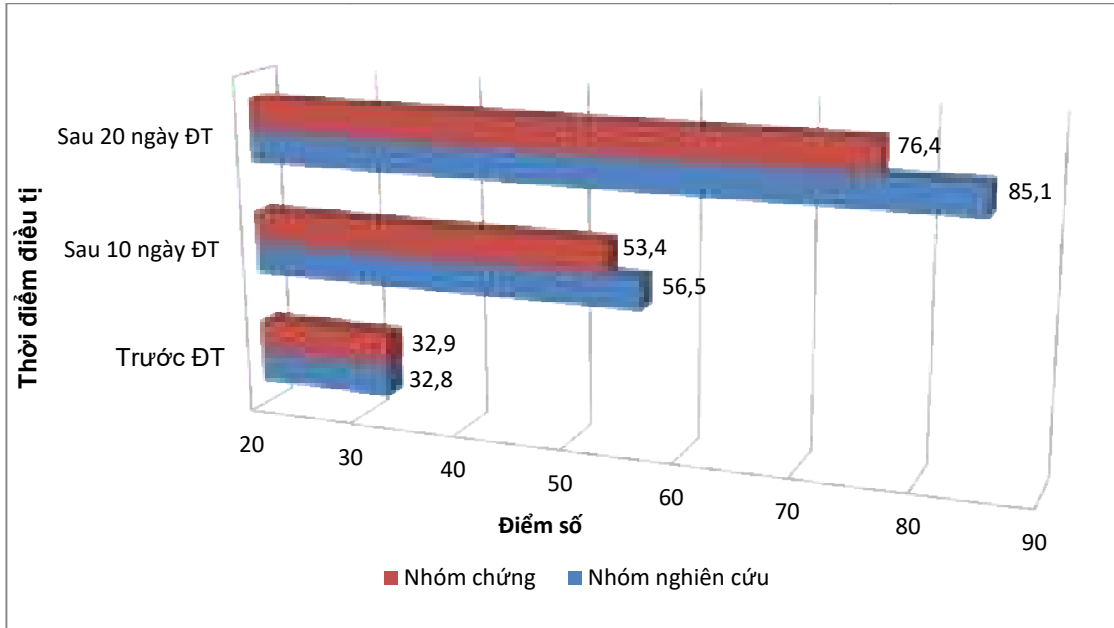
- Sau điều trị 20 ngày tầm vận động động tác xoay ngoài khớp vai tăng lên rõ rệt, mức độ 0 và 1 chiếm toàn bộ và không có mức độ 2 và mức độ 3 ở cả 2 nhóm nghiên cứu.

- Tỷ lệ bệnh 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 ($p < 0,05$).

3.3.3. 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 ĐT (1) ($\bar{X} \pm SD$)	Sau 10 ngày ĐT (2) ($\bar{X} \pm SD$)	Sau 20 ngày ĐT (3) ($\bar{X} \pm SD$)
Đau	Nghiên cứu (a)	3,3±3,0	8,7±3,7	13,8±2,2
	Đối chứng (b)	3,3±3,0	7,0±2,8	12,0±3,6
p₃₋₁ < 0,05		p_{1a-1b} > 0,05	p_{2a-2b} > 0,05	p_{3a-3b} > 0,05
Hoạt động	Nghiên cứu (a)	5,9±1,9	8,7±3,7	17,1±1,9
Hàng ngày	Đối chứng (b)	5,7±1,8	10,7±2,8	15,3±2,3
p₃₋₁ < 0,05		p_{1a-1b} > 0,05	p_{2a-2b} > 0,05	p_{3a-3b} < 0,05
Khả năng vận động	Nghiên cứu (a)	14,2±5,1	24,1±4,6	32,7±5,9
	Đối chứng (b)	14,5±5,4	21,7±6,5	28,9±6,1
p₃₋₁ < 0,05		p_{1a-1b} > 0,05	p_{2a-2b} > 0,05	p_{3a-3b} < 0,05
Lực khớp vai	Nghiên cứu (a)	9,4±1,8	15,0±1,52	21,5±2,0
	Đối chứng (b)	9,4±1,7	14,0±1,5	20,2±2,0
p₃₋₁ < 0,05		p_{1a-1b} > 0,05	p_{2a-2b} > 0,05	p_{3a-3b} < 0,05
Tổng điểm	Nghiên cứu (a)	32,8±10,5	56,5±10,7	85,1±10,8
	Đối chứng (b)	32,9±10,8	53,4±12,1	76,4±13,2
p₃₋₁ < 0,05		p_{1a-1b} > 0,05	p_{2a-2b} > 0,05	p_{3a-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, điểm trung bình chỉ số đau, hoạt động hàng ngày, khả năng vận động và lực khớp vai đều có sự cải thiện rõ rệt so với trước điều trị. 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	20	66,7	14	46,7
Khá	9	30,0	10	33,3
Trung bình	1	3,3	6	20,0
Kém	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100
p	< 0,05			

Nhận xét:

Sau 20 ngày điều trị, hiệu quả điều trị ở nhóm nghiên cứu cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng; Nhóm nghiên cứu có 20 BN (66,7%) điều trị ở mức tốt nhiều hơn so với nhóm đối chứng chỉ có 14 BN (46,7%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3.4. Biến đổi một số chỉ số cận lâm sàng

Bảng 3.17. Sự thay đổi dấu hiệu viêm quanh khớp vai đơn thuần trên siêu âm khớp vai nhóm nghiên cứu sau điều trị

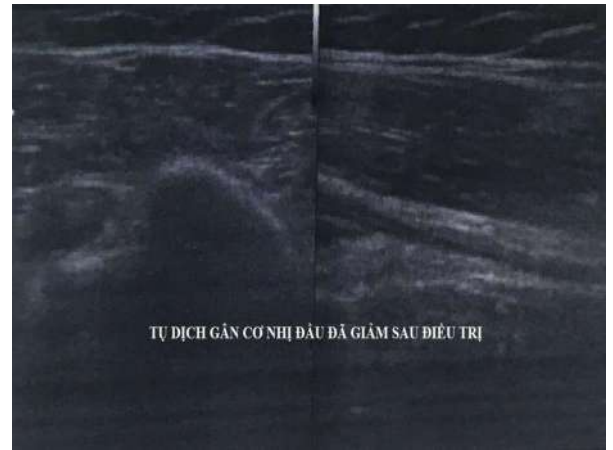
Dấu hiệu viêm		Nhóm NC		Nhóm ĐC	
		n	%	n	%
Viêm gân cơ nhị đầu	D₀	5	16,7	7	23,3
	D₁₀	4	13,3	6	20,0
	D₂₀	1	3,3	4	13,3
	p_{D0-D10}	>0,05		>0,05	
	p_{D0-D20}	<0,05		<0,05	
Viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai	D₀	16	53,3	15	50,0
	D₁₀	14	46,7	14	46,7
	D₂₀	6	20,0	10	33,3
	p_{D0-D10}	>0,05		>0,05	
	p_{D0-D20}	<0,05		<0,05	
Viêm gân cơ trên gai	D₀	5	16,7	5	16,7
	D₁₀	3	10,0	4	13,3
	D₂₀	2	6,7	3	10,0
	p_{D0-D10}	>0,05		>0,05	
	p_{D0-D20}	<0,05		<0,05	
Viêm gân cơ dưới gai	D₀	4	13,3	3	10,0
	D₁₀	3	10,0	3	10,0
	D₂₀	1	3,3	2	6,7
	p_{D0-D10}	>0,05		>0,05	
	p_{D0-D20}	<0,05		<0,05	

Nhận xét:

Sau 10 ngày điều trị các dấu hiệu trên siêu âm khớp vai ở nhóm nghiên cứu có cải thiện nhưng sự thay đổi không ý nghĩa thống kê. Sau 20 ngày điều trị các dấu hiệu này cải thiện rõ rệt và mức cải thiện cao hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$



Hình 3.1. Tụ dịch gân cơ nhị đầu
Bệnh nhân Lâm H - 73 tuổi



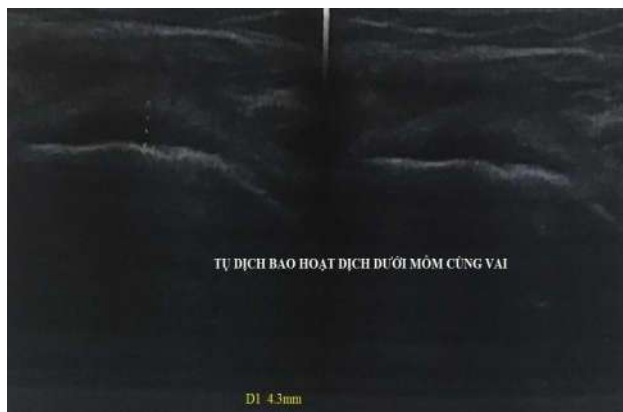
Hình 3.2. Tụ dịch gân cơ nhị đầu giảm sau điều trị
Bệnh nhân Lâm H - 73 tuổi



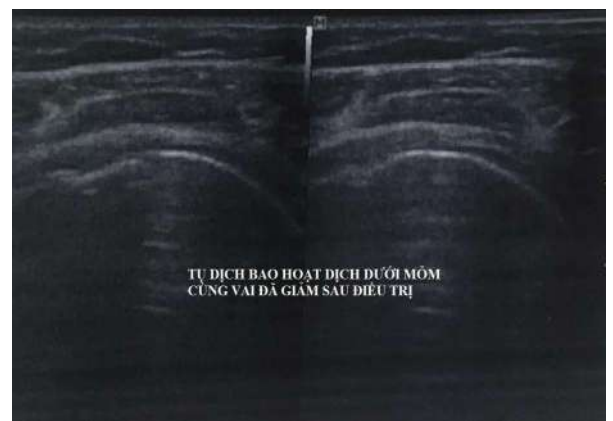
Hình 3.3. Viêm tụ dịch gân cơ nhị đầu
Bệnh nhân Nguyễn Văn P - 49 tuổi



Hình 3.4. Viêm tụ dịch gân cơ nhị đầu giảm sau điều trị
Bệnh nhân Nguyễn Văn P - 49 tuổi



Hình 3.5. Tụ dịch bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai
Bệnh nhân Tô Tuấn M - 65 tuổi



Hình 3.6. Tụ dịch bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai giảm sau điều trị:
Bệnh nhân Tô Tuấn M - 65 tuổi

Bảng 3.18. Sự thay đổi hình ảnh viêm quanh khớp vai đơn thuần trên X-quang khớp vai nhóm nghiên cứu sau điều trị.

Thời điểm nghiên cứu	Trước ĐT		Sau ĐT	
	n	%	n	%
Kết quả X-quang khớp vai				
Khớp vai bình thường	24	80,0	27	90,0
Calci hóa dây chằng	4	13,3	1	3,3
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 80,0% lên 90,0%. Số bệnh nhân có hình ảnh calci hóa dây chằng giảm đi từ 13,3% xuống 3,3%, 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. Sự biến đổi tần số mạch và huyết áp

Chức năng sinh học	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)			Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)		
	D ₀	D ₂₀	p	D ₀	D ₂₀	p
Mạch (nhịp/phút)	74,4 ± 3,1	74,4 ± 3,4	>0,05	74,1 ± 3,3	74,1 ± 3,3	>0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)	118,5 ± 4,4	119,8 ± 4,9	>0,05	118,1 ± 4,9	118,6 ± 4,8	>0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	71,9 ± 3,7	72,3 ± 3,9	>0,05	71,6 ± 3,8	72,4 ± 3,6	>0,05

Nhận xét:

Các chỉ số về mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương trước và sau điều trị ở cả hai nhóm thay đổi không đáng kể và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.20. Sự biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu

Chức năng sinh học	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)			Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$)		
	D ₀	D ₂₀	p	D ₀	D ₂₀	p
Hồng cầu (T/l)	4,56 ± 0,31	4,61 ± 0,30	>0,05	4,61 ± 0,32	4,70 ± 0,31	>0,05
Bạch cầu (G/l)	6,16 ± 1,58	6,12 ± 1,56	>0,05	6,06 ± 1,23	6,17 ± 1,27	>0,05
Tiểu cầu (T/l)	265,23 ± 12,66	266,13 ± 11,78	>0,05	257,47 ± 11,02	256,22 ± 11,14	>0,05
Ure (mmol/l)	5,12 ± 0,83	5,01 ± 0,81	>0,05	5,32 ± 0,81	5,16 ± 0,80	>0,05
Creatinin (mol/l)	76,50 ± 6,32	75,11 ± 6,88	>0,05	71,33 ± 5,67	70,28 ± 5,49	>0,05
ALT (U/l-370)	22,21 ± 4,09	23,30 ± 3,95	>0,05	25,90 ± 4,66	26,71 ± 4,94	>0,05
AST (U/l-370)	27,80 ± 4,58	28,92 ± 4,88	>0,05	24,20 ± 4,14	24,28 ± 4,19	>0,05

Nhận xét:

Sau 20 ngày điều trị, các chỉ số hồng cầu, 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 ($p > 0,05$).

3.3.5. Một số tác dụng không mong muốn

3.3.5.1 Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của viên khớp

VINTONG

Bảng 3.21 Tác dụng không mong muốn của viên khớp VINTONG

Dấu hiệu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dị ứng	0	0
Tiêu chảy	0	0
Nôn, buồn nôn	0	0
Đau bụng	0	0
Các dấu hiệu khác	0	0

Nhận xét:

Theo kết quả nghiên cứu, sau 20 ngày điều trị không ghi nhận được trường hợp nào bệnh nhân có dị ứng, tiêu chảy, buồn nôn, nôn, đau bụng sau khi uống viên khớp VINTONG.

3.3.5.2 Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của điện châm.

Bảng 3.22 Tác dụng không mong muốn của điện châm

Triệu chứng	Nhóm NC	Nhóm ĐC	Tổng số
	n	n	
Vụng châm	0	0	0
Chảy máu	2	3	5
Tụ máu	0	0	0
Các dấu hiệu khác	0	0	0
Tổng số	2	3	5

Nhận xét:

Sau 20 ngày điều trị không có trường hợp nào bệnh nhân có dấu hiệu choáng, đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, vụng châm, tụ máu trong quá trình điều trị. Ghi nhận được 5 bệnh nhân có tình trạng chảy máu chiếm 8,3% (trong đó nhóm nghiên cứu 2 trường hợp chiếm 3,3% và nhóm đối chứng 3 trường hợp chiếm 5%).

67
CHƯƠNG 4
BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $53,0 \pm 10,6$, của nhóm chứng là $54,97 \pm 9,89$ và cả 2 nhóm là $53,99 \pm 10,2$. Giữa hai nhóm, sự khác biệt về tuổi không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Kết quả này không có sự khác biệt nhiều với nghiên cứu của Lương Thị Dung [14] cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân > 50 tuổi chiếm tỉ lệ cao 60%, nghiên cứu của Đoàn Quang Huy [18] đa số bệnh nhân VQKV ở độ tuổi trên 50 tuổi chiếm 58,34%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Lược [21] phần lớn bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 62,7%.

Như vậy bệnh nhân ở độ tuổi trung niên và lớn 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 móm cùng - quạ, ảnh hưởng không ít tới hệ vận động đặc biệt là hệ thống gân, cơ, dây chằng và bao khớp, đó chính là yếu tố thuận lợi cho VQKV.

4.1.2. Đặc điểm về giới

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hai nhóm nghiên cứu đều có tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn tỉ lệ bệnh nhân nam. Ở 2 nhóm có 56,7 % bệnh nhân là nữ, 43,3% bệnh nhân là nam. So sánh giữa hai nhóm, tỉ lệ nam nữ của hai nhóm không có sự khác biệt với $P > 0,05$.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả như Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa [20], Nguyễn Thị Nga [25], Đặng Ngọc Tân [31] đã đưa ra nhận xét tỷ lệ mắc bệnh ở nữ là cao hơn nam trong bệnh VQKV.

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.

4.1.3. Thời gian mắc bệnh

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì thời gian mắc VQKV ở nhóm nghiên cứu dưới 3 tháng là 83,3%, trên 3 tháng là 16,7%. Ở nhóm đối chứng thời gian dưới 3 tháng là 86,7%, trên 3 tháng là 13,3%. Sự khác biệt về thời gian mắc VQKV giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

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, các triệu chứng đau liên tục tăng dần cho đến khi bệnh nhân không còn khả năng vận động do hạn chế tầm vận động quá nhiều, kèm theo bệnh nhân đau quá mức chịu đựng của cơ thể nên cũng ngừng cử động tay bên đau [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.

Do phạm vi và sự không 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 [31] 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 [20] thì hầu hết bệnh nhân mắc bệnh kéo dài trên 1 tháng là 81,67%.

4.1.4. Vị trí khớp vai mắc bệnh

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy tỷ lệ mắc bệnh của vai phải (51,7%) cao hơn vai trái (48,3%) và không có trường hợp nào bị VQKV cả hai vai (0%).

Theo tác giả Lê Thị Hoài Anh [1] tỷ lệ mắc bệnh của vai phải là (56%), cao hơn so với vai trái (44%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lực [21] trên 86 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ bệnh vai phải chiếm (52,3%), vai trái là (47,7%).

Nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân [31] 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%. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt với các tác giả này.

Chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào tìm hiểu mối liên quan giữa tay phải, tay trái cũng như 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

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

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” [30].

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 [37].

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 cho thấy 100% bệnh nhân VQKV có triệu chứng đau vai ở mức độ từ nhẹ đến nặng, trong đó điểm đau VAS trung bình giữa 2 nhóm là $6,42 \pm 0,93$ điểm. Ở nhóm nghiên cứu là $6,38 \pm 0,99$ điểm, nhóm chứng là $6,45 \pm 0,86$ điểm. Trong nghiên cứu, các bệnh nhân đa số có mức độ đau nặng, chiếm 63,3% nhóm nghiên cứu và 53,3% nhóm chứng. Bệnh nhân đau vừa chiếm 30,0% nhóm nghiên cứu và 43,3% nhóm chứng. Bệnh nhân đau nhẹ chiếm 6,7% nhóm nghiên cứu và 3,3% nhóm chứng. Sự khác biệt về các mức độ đau và điểm đau trung bình của 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Mức độ đau của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Chung Khánh Bằng [5] khi nghiên cứu điều trị VQKV bằng tân châm kết quả cho thấy tỷ lệ BN đau vừa và nặng như nhau (đều 41,8%), đau nhẹ chỉ chiếm 16,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga [25] 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 [31] 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.

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

4.1.6. 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. Khi có tổn thương xảy ra, người bệnh có thể bị hạn chế vận động ở 1 số động tác nhất định, điều này làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân rất nhiều. Nên việc đánh giá điều trị

tầm vận động khớp là điều quan trọng nhất.

Trước điều trị (bảng 3.6) hạn chế vận động động tác dạng khớp vai gặp ở 100% bệnh nhân nghiên cứu và mức độ hạn chế chủ yếu là mức độ 2 (chiếm tỷ lệ cao nhất 65,0% ở cả 2 nhóm, trong đó nhóm nghiên cứu chiếm 66,7%, nhóm đối chứng chiếm 63,3%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Hạn chế vận động động tác xoay trong khớp vai (bảng 3.7) có độ 1 và độ 2 chiếm đa số, trong đó 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng đều chiếm 93,4%, điểm trung bình 2 nhóm là 55,18°.

Hạn chế mức vận động động tác xoay ngoài (bảng 3.8) 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 65,0%, điểm trung bình 2 nhóm là 62,6°.

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[14].

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[14], Lê Thị Hoài Anh[1] 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[33].

Theo kết quả siêu âm khớp vai cho thấy tỷ lệ viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai ở NNC là 53,3% và NĐC là 50,0%, tỷ lệ viêm gân cơ nhị đầu là 16,7% ở NNC và 23,3% ở NĐC, tỷ lệ viêm gân trên gai ở NNC và NĐC là 16,7%, tỷ lệ viêm gân cơ dưới gai ở NNC là 13,3% và NĐC là 10,0%.

Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả như Nguyễn Thi

Lục[21], nghiên cứu các thể bệnh viêm quang khớp vai (dựa vào lâm sàng, X-quang, siêu âm), đã kết luận siêu âm có giá trị chẩn đoán dương tính cao trong viêm quanh khớp vai chiếm tỷ lệ 88%, trong đó viêm gân chiếm 80%, còn lại là 12% không phát hiện tổn thương. Nghiên cứu của Noel E [56] trong nghiên cứu 120 bệnh nhân viêm quanh khớp vai cũng đưa ra kết quả phát hiện được tổn thương viêm gân bằng siêu âm là 65%.

4.1.8. Đặc điểm X-quang khớp vai

Theo nhiều tác giả chụp phim X-quang quy ước có thể đánh giá được các trường hợp viêm gân calci hóa: phát hiện calci hóa gân cơ trên gai, gân cơ dưới gai và gân cơ dưới vai... cũng như bổ sung chẩn đoán cho phương pháp siêu âm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.10) cho thấy đa phần không thấy tổn thương khớp vai (chiếm 81,6%) ở cả 2 nhóm tổn thương calci hóa dây chằng khớp vai chiếm 11,7% (trong nhóm nghiên cứu 13,3%, nhóm đối chứng chiếm 10,0%), còn lại là gai xương chiếm 6,7%.

Nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lương Thị Dung[14] chỉ phát hiện được 10% (60 bệnh nhân) tổn thương trên phim X-quang thường quy. Phạm Việt Hoàng[19] cũng cho rằng trên phim chụp X-quang khớp vai thường quy phát hiện được tổn thương với tỷ lệ rất thấp (16,7%). Đoàn Quang Huy[18] 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.

4.2. Bàn về hiệu quả điều trị của phương pháp dùng viên khớp VINTONG kết hợp điện châm

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

Chúng tôi đánh giá mức độ đau dựa vào thang điểm VAS vì thang điểm đơn giản, dễ thực hiện, có thể lặp đi lặp lại nhiều lần để so sánh. Thang điểm dựa vào đánh giá chủ quan của bệnh nhân nên chúng tôi theo dõi tại 4 thời điểm để đạt được kết quả chính xác hơn. Việc thay đổi mức độ đau trước và sau điều trị là một trong những mục tiêu chính của nghiên cứu chúng tôi, và để đánh giá hiệu quả quá trình điều trị, chúng tôi sử dụng thang điểm VAS để lượng giá mức độ đau theo điểm số.

Sau điều trị 20 ngày, bệnh nhân trong nghiên cứu không đau hoặc đau ở mức

nhẹ. Không có bệnh nhân đau nặng hay nghiêm trọng ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Khi kết thúc điều trị, điểm trung bình của chỉ số đau VAS của nhóm nghiên cứu giảm từ 6,38 xuống 1,45, điểm trung bình của nhóm đối chứng giảm từ 6,45 xuống 2,46. 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 $p < 0,05$).

Ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều dùng phương pháp điều trị nền là điện châm. Vì vậy, sự chênh lệch về tác dụng giảm đau giữa hai nhóm là do hiệu quả điều trị của viên khớp VINTONG và thuốc non-steroid.

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 mô 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 A_{β} có tốc độ cao. Các xung thần kinh theo sợi A_{β} 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 huyết sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại A_{δ} type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ mức tủy sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các tạng phủ... Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hoá khi tác động vào huyết có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này[35].

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[27].

Như vậy, sự kết hợp giữa 2 phương pháp điều trị điện châm và viên khớp VINTONG có sự cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm đối chứng ở triệu chứng đau.

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 26,7% bệnh nhân hết đau, 73,3% 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 $p < 0,05$. Điều này cho thấy việc kết hợp giữa 2 phương pháp điều trị điện châm và sử dụng viên khớp VINTONG sẽ mang lại hiệu quả điều trị giảm đau cao hơn so với nhóm đối chứng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả như: Lương Thị Dung (2014) điều trị cho 60 bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng bài thuốc "Quyên tý thang" kết hợp điện châm và vận động trị liệu cho kết quả 80% bệnh nhân hết đau[14]. Nguyễn Thị Nga (2006) 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[25]. Paternostro - Sluga T nghiên cứu điều trị VQKV bằng siêu âm điều trị, xung điện tần số thấp kết hợp tập vận động (vận động thụ động, chủ động theo tâm vận động khớp vai, tập có kháng trở hay tập với dụng cụ như dây chun, ròng rọc) thì thấy các BN đều đạt được kết quả tốt (giảm đau và tầm vận động khớp vai phục hồi trên 70%)[60].

Theo lý luận Y học cổ truyền, VQKV là do phong, hàn thấp xâm nhập gây nên khí trệ, huyết ứ. Kinh lạc không lưu thông "bất thông, tắc thông", cân cơ

không được nuôi dưỡng lại kết hợp với hàn ngưng, huyết ú ảnh hưởng đến khí. Khí trệ, huyết ú làm cho cơ nhục không được nuôi dưỡng vì vậy hạn chế vận động. Như vậy, quan niệm của Y học cổ truyền và YHHĐ về VQKV là tương đối thống nhất.

4.2.2. Sự thay đổi tầm vận động

Tầm vận động khớp vai cho các động tác khác nhau có sự chênh lệch về biên độ, hơn nữa trong quá trình thăm khám lâm sàng, điều quan trọng nhất là phải thăm khám đủ tất cả các động tác của khớp vai. Điều này không những giúp cho thầy thuốc đánh giá một cách chính xác và toàn diện tổn thương mà còn giúp tiên lượng hiệu quả điều trị.

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

Trước điều trị, mức độ vận động khớp vai động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài của hai nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai dạng, xoay trong, xoay ngoài 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 động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài cả hai nhóm tăng lên rõ rệt và sự cải thiện mức độ vận động khớp vai ở nhóm nghiên cứu cao hơn so

với nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng không khác biệt nhiều với kết quả nghiên cứu của tác giả J.H Bae (2014) [50] công bố trên tổng số 54 bệnh nhân VQKV chia thành 2 nhóm: nhóm tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của X-quang và nhóm tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của siêu âm. Ở 27 bệnh nhân tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của siêu âm cải thiện góc vận động đáng kể sau nong 1 tuần, động tác gấp tăng 21,67 độ, sau 5 tuần tăng 30,19 độ. Lê Thị Hoài Anh [1] 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 [34] 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%. Nguyễn Thị Nga[25] 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%.

4.2.3. Về kết quả điều trị

Sau 20 ngày can thiệp, ở NNC và NĐC có sự chênh lệch rõ rệt về hiệu quả can thiệp. Tỷ lệ hiệu quả điều trị chung ở NNC là 66,7% bệnh nhân đạt tốt; 30,0% bệnh nhân đạt khá, 3,3% bệnh nhân có kết quả trung bình. Ở NĐC, số bệnh nhân đạt tốt là 46,7% và khá là 33,3%, trung bình là 20,0%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Lê Thị Hoài Anh[1] 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%). Chung Khánh Bằng[5] nghiên cứu kết quả châm cho thấy tốt và khá là 91,42%. Lương Thị Dung[14] nghiên cứu hiệu quả điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp điện châm và vận động trị liệu ở nhóm nghiên cứu: mức độ rất tốt đạt 36,7%, tốt 33,3%, khá 23,3%. Ở nhóm đối chứng: mức độ rất tốt đạt 3,3%, tốt 30%, khá 33,3%.

4.2.4. Bàn về kết quả siêu âm

Siêu âm khớp vai là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm nhập rất có giá trị trong phát hiện các tổn thương ở khớp vai. Có thể thăm dò hình ảnh của các gân chóp xoay, gân cơ nhị đầu, bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai, bao khớp và bao hoạt dịch khớp chảo-cánh tay. Có thể làm siêu âm nhiều lần để đánh giá tiến triển của tổn thương. Trong trường hợp tổn thương chỉ ở mức độ nhẹ, hình ảnh siêu âm khớp vai có thể bình thường[23].

Kết quả nghiên cứu được trình bày tại bảng 3.17 cho thấy sau 10 ngày điều trị các dấu hiệu trên siêu âm khớp vai ở NNC có cải thiện nhưng sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê. Sau 20 ngày điều trị các dấu hiệu này cải thiện rõ rệt và mức cải thiện cao hơn NDC có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Huyền Châm (2018), Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt[13]

Kết quả trên siêu âm cho thấy viên khớp VINTONG có tác dụng hỗ trợ điều trị nguyên nhân gây đau khớp vai rất tốt.

4.2.5. Bàn về kết quả X-quang

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.18 của cho thấy, sau 20 ngày điều trị tỷ lệ calci hóa dây chằng giảm từ 13,3% xuống còn 3,3% ở nhóm nghiên cứu, tỉ lệ gai xương trên phim thì không thay đổi trước và sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân không phát hiện bất thường tăng từ 80,0% lên 90,0%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Cacchio. A và cộng sự khi nghiên cứu trên thể bệnh calci hóa gân và cho rằng có 86,6% bệnh nhân mất hoàn toàn calci[44].

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

Tần số mạch, huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu của bệnh nhân đều nằm trong giới hạn bình thường trước và sau điều trị. Chỉ số huyết áp ổn định qua các thời điểm nghiên cứu.

4.2.7. Sự thay đổi chỉ số huyết học và sinh hóa máu trước và sau điều trị

Công thức máu cơ bản như số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu trước và sau điều trị ở cả hai nhóm thay đổi không đáng kể và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chỉ số sinh hóa: Chức năng gan (AST, ALT) và chức năng thận (Ure, creatinin) trước và sau điều trị ở cả hai nhóm thay đổi ít nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Điều này chứng minh rằng việc sử dụng viên khớp VINTONG kết hợp điện châm không có ảnh hưởng đến chức năng tạo máu cũng như chức năng gan thận trên lâm sàng.

4.3. Tác dụng không mong muốn

Trong quá trình điều trị chúng tôi theo dõi tỉ mỉ các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng dựa trên việc có hay không xuất hiện các biểu hiện nặng nề hơn so với thời điểm trước can thiệp. Trong quá trình bệnh nhân sử dụng viên khớp VINTONG và điện châm, các biểu hiện bất thường, các tai biến của kỹ thuật châm (nếu có) cũng như một số chỉ tiêu sinh lý sinh hóa của cơ thể sẽ được ghi chép cẩn thận và đầy đủ trong hồ sơ bệnh án.

4.3.1. Tác dụng không mong muốn của viên khớp VINTONG trong quá trình điều trị

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng được theo dõi là các biểu hiện bất thường xuất hiện trong quá trình bệnh nhân sử dụng viên khớp VINTONG gồm nôn, buồn nôn, đi ngoài phân lỏng, sản ngứa và dị ứng toàn thân...

Sau 20 ngày sử dụng viên khớp VINTONG, chúng tôi không thấy xuất hiện bất cứ bất thường nào trên lâm sàng.

4.3.2. Tác dụng không mong muốn của điện châm trong quá trình điều trị

Đối với điện châm, chúng tôi theo dõi các biểu hiện như vệt châm, tụ máu, chảy máu tại nơi châm...

Sau 20 ngày điều trị chỉ ghi nhận được 5 trường hợp bệnh nhân có tình trạng chảy máu nhẹ tại nơi châm chiếm 8,3% (trong đó nhóm nghiên cứu 2 trường hợp chiếm 3,3% và nhóm đối chứng 3 trường hợp chiếm 5%). Với 5 trường hợp chảy máu nhẹ nhưng đã cầm máu ngay khi dùng bông khô vô khuẩn ấn nhẹ tại chỗ. Chúng tôi cho rằng đây là tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm trên lâm sàng.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần bằng viên khớp VINTONG kết hợp điện châm, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Hiệu quả điều trị của viên khớp VINTONG kết hợp với điện châm điều trị VQKV đơn thuần

Mức độ cải thiện tình trạng đau: Sau 20 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu có 56,7% bệnh nhân hết đau. Ở nhóm đối chứng có 26,7% bệnh nhân hết đau ($p < 0,05$).

Mức độ cải thiện tầm vận động khớp vai: Sau 20 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài cả hai nhóm tăng lên rõ rệt và sự cải thiện mức độ vận động khớp vai ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Mức độ cải thiện tính chất viêm trên hình ảnh siêu âm: Sau 20 ngày điều trị các dấu hiệu này cải thiện rõ rệt và mức cải thiện ở NNC cao hơn NĐC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Mức độ cải thiện tình chất viêm trên hình ảnh x-quang: Sau 20 ngày điều trị các dấu hiệu viêm do calci hóa dây chằng giảm đi và sự khác biệt trước và sau điều trị có giá trị thống kê $p < 0,05$.

2. Tác dụng không mong muốn của viên khớp VINTONG kết hợp điện châm

Trong 20 ngày sử dụng viên khớp VINTONG không ghi nhận được trường hợp nào có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và các chỉ số cận lâm sàng.

Trong 20 ngày điều trị bằng điện châm ghi nhận 5 trường hợp chảy máu nhẹ tại nơi châm nhưng đã cầm máu ngay khi dùng bông khô vô khuẩn ấn nhẹ tại chỗ. Chúng tôi cho rằng đây là tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm trên lâm sàng.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả thu được chúng tôi xin đề xuất những khuyến 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. Sử dụng viên khớp VINTONG kết hợp điện châm điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần nên áp dụng rộng rãi hơn cho điều trị và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt:

1. **Lê Thị Hoài Anh (2001)**, *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Ngọc Ân (1999)**, Viêm quanh khớp vai, *Bệnh khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 334 - 344.
3. **Trần Ngọc Ân (2002)**, *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 364 - 374.
4. **Trần Ngọc Ân và cộng sự (2000)**, *Tài liệu nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội*.
5. **Chung Khánh Bằng (2011)**, *Nghiên cứu tác dụng phương pháp tân châm trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Bộ môn Giải phẫu - Đại học Y Hà Nội (1992)**, *Giải phẫu học tập I*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
7. **Bộ môn Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2005)**, *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **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
9. **Bộ môn phục hồi chức năng - Trường Đại học Y Hà Nội (2009)**, *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 232 - 237, 268 – 269.
10. **Bộ y tế (2013)**, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, 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. **Nguyễn Cẩm Châu, Trần Ngọc Ân (1994)**, Tìm hiểu tác dụng của Axit Tiaprofenic trong điều trị bệnh khớp, *Y học thực hành*, (308), tr. 9 - 11.
13. **Hoàng Huyền Châm (2018)**, *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể thể đơn thuần của bài thuốc TKI kết hợp xoa bóp bấm huyệt*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam.
14. **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.
15. **Huỳnh Minh Đức (1990)**, *Hoàng đế Nội kinh Linh khu*, Hội Y học dân tộc cổ truyền Đồng Nai.

16. **Tôn Thất Minh Đạt (2005)**, Hội chứng cơ chụp xoay, *Thời sự y học* số 10 tháng 8 năm 2005.
17. **Dương Trọng Hiếu (1992)**, *Kết hợp day bấm huyệt với điện xung điều trị viêm quanh khớp vai (kiên bối thống)*, Tổng hội Y dược học Việt Nam xuất bản, Nội khoa (2), tr. 20 - 22.
18. **Đoàn Quang Huy (1999)**, *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai của cây Bạch hoa xà*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
19. **Phạm Việt Hoàng (2005)**, *Đánh giá tác dụng của phương pháp xoa bóp bấm huyệt y học cổ truyền trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
20. **Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa (2011)**, “Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng tắc nghẽn bằng vật lý trị liệu kết hợp vận động”, *Tạp chí y học thực hành*, (772), tr. 128 - 131.
21. **Nguyễn Thị Lực (1999)**, *Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai (Dựa vào lâm sàng, X quang và siêu âm)*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
22. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2000)**, *Nghiên cứu tổn thương da dày tá tràng ở bệnh nhân mắc bệnh khớp điều trị thuốc chống viêm không steroid*, Tóm tắt luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
23. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011)**, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 165 - 176.
24. **Đỗ Tất Lợi (2009)**. *Cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Tr.45, 104, 191, 208, 770.
25. **Nguyễn Thị Nga (2006)**, *Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng thuốc kết hợp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
26. **Nguyễn Hoàng Ngân, Bùi Văn Tám (2019)**, *Nghiên cứu độc tính của bài thuốc “KNC” điều trị thoái hóa khớp gối trên thực nghiệm*
27. **Nguyễn Tử Siêu (1994)**, *Hoàng đế Nội kinh Tố vấn*, Nhà xuất bản Thành phố Hồ Chí Minh.
28. **Đoàn Quốc Sỹ (1998)**, *Đánh giá tác dụng của châm cứu, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai tắc nghẽn*, Đề tài nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền, Hà Nội.
29. **Đặng Văn Tám (1996)**, *Góp phần nghiên cứu lâm sàng và điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm xoa bóp*, tóm tắt Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.

30. **Lê Hữu Trác (2005)**, *Hải thượng y tông tâm lĩnh*, Nhà xuất bản Y học, tr. 252-256.
31. **Đặng Ngọc Tân (2009)**, *Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
32. **Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn (2009)**, *phương tế học*, Nhà xuất bản Thuận Hòa, Tr.60-67
33. **Vũ Thị Duyên Trang (2013)**, *Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
34. **Nguyễn Quang Vinh (1996)**, *Kết quả điều trị tổn thương khớp vai ở 123 bệnh nhân bằng phương pháp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
35. **Phạm Hồng Vân (2014)**, *Nghiên cứu đặc điểm huyết thận du và hiệu quả của điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể thận hư*, Nghiên cứu sinh Y học, Đại học Y Hà Nội.
36. **Viện Dược liệu (2006)**. *Cây thuốc và động vật làm thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật, Tập I, Tập II.
37. **Viện Nghiên cứu Trung y (2013)**, *Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y*, Nhà xuất bản Văn hóa dân tộc, Hà nội, tr. 768-776.

Tiếng Anh:

38. **Adler RS, Finzel KC (2005)**, *The complementary roles of MR imaging and ultrasound of tendons*. Radiol Clin North Am, 43:pp.771-807.
39. **B.Reeves (1975)**, "The natural history of the frozen shoulder syndrome". Scand J Rheumatol, 4, pp. 193-196
40. **Boissier. M.C (1992)**, "*Periarthrites Scapulo – Humesrales*", Conference de Rhematologie de Paris; pp. 21 - 28.
41. **Constant C.R., Murley A.H.G. (1987)**, "*A clinican method of functional assessment of the shoulder*", Clin. Orthop, 214, pp. 160 - 164.
42. **Cailliet.R (1998)**, "*Pericapsulitis shoulder pain*", Neck and arm pain, F.A Davis company Philadelphia, (2): pp.150 - 154.
43. **Cailliet.R (1998)**, "*Pericapsulitis shoulder pain*", Neck and arm pain, F.A Davis company Philadelphia, (2): pp.150 - 154.

44. **Cacchio, A., De Blasis, E., Necozone, S., di Orio, F., & Santilli, V. (2009),** *Mirror therapy for chronic complex regional pain syndrome type 1 and stroke.* New England Journal of Medicine, 361(6), pp.634-636.
45. **De Winter. AF, Jans MP, Scholten. RJ, Deville. W, van Schaardenburg. D, Bouter. LM (1999),** “*Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement*”, Ann Rheum Dis 1999; 58: pp.272 - 277.
46. **De Jesus JO, Parker L, Frangos AJ, Nazarian LN (2009),** *Accuracy of MRI, MR arthrography, and ultrasound in the diagnosis of rotator cuff tears: A meta-analysis.* AJR Am J Roentgenol, 192:pp.1701-7.
47. **Goldberg JA, Bruce WJ, Walsh W, Sonnabend DH (2003),** *Role of community diagnostic ultrasound examination in the diagnosis of full- thickness rotator cuff tears.* Anz J Surg, 73:pp.797-9.
48. **Jandova D, Beran V (1982),** *Our experience with reflexotherapy in shoulder pain,* Cesk. Neurol Neurochir, 45(6): pp.403 - 409, Czech.
49. **Jajic Z. (2003),** *Painful shoulder syndrome,* Reumatizam, 50(2): pp.34 - 35.Review, Croatian
50. **J. H. Bae, Y. S. Park, H. J. Chang và các cộng sự. (2014),** “*Randomized controlled trial for efficacy of capsular distension for adhesive capsulitis: fluoroscopy-guided anterior versus ultrasonography-guided posterolateral approach*”, Annals of rehabilitation medicine, 38(3), pp. 360-8.
51. **Katthagen. B. D (1990),** *Ultrasonography of the shoulder,* theme medical Publishers, Inc, Newyork, pp.1 - 118.
52. **Klein G, Klulich W. (1999),** *Reducing pain by oral enzyme therapy in rheumatic diseases.* Wien Med Wochensechr; 149 (21 - 22): pp.577 - 580. Review. German. PMID: 1066820.
53. **Luime JJ, Koes BW, Hendriksen IJ, Burdorf A, Verhagen AP (2004),** *prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review.* Scand J Reumatol. 33 (2): pp.73 - 81. Review.
54. **Melzer C, Wallny T., Wirth CJ., Hoffmann S. (1995),** “*Frozen shoulder - treatment and results*”, Arch Orthop Trauma Surg. 114 (2): pp.87 - 91. PMID: 7734240.
55. **Michael Macias (2015),** *Ultrasound leadership adecamy: intro to shouder evaluation.*
56. **Noel E, Brantus J.F (1993),** *Les tendinopathies calcifiantes de la coiffe des rotateurs. Traitement mesdical. Apropos de 124 cas. Journeses Lyonnaises de l'espaule Ly on 1 – 3 avril.* Recueil des communication. pp.199 - 213.

57. **Naredo E, Iagnocco A, Valesini G, Uson J, Beneyto P, Crespo M (2003)**, *Ultrasonographic study of Painful shoulder*, Ann Rheum Dis, 62(10): pp.1026 - 1027.
58. **Netter Frank H. (2007)**, *Atlas giải phẫu người, tài liệu dịch của Nguyễn Quang Quyên, Phạm Đăng Diệu*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, pp. 343 - 418.
59. **Peric P. (2003)**, *The Painful shoulder - functional anatomy and clinical diagnosis*. Reumatizam; 50(2): pp.36 - 37. Croatian. PMID: 15098372.
60. **Paternostro - Sluga T, Zoch C (2004)**, “*Conservative treatment and rehabilitation of shoulder problems*”, Radiologe, 44(6): 597-603, German.
61. **Park K D, Nam HS, Lee JK và các cộng sự. (2013)**, “*Treatment effects of ultrasound-guided capsular distension with hyaluronic acid in adhesive capsulitis of the shoulder*”, Archives of physical medicine and rehabilitation, 94(2), pp. 264-70.
62. **Rutten MJ, Spaargaren GJ, van Loon T, de Waal Malefijt MC, Kiemeney LA, Jager GJ (2010)**, *Detection of rotator cuff tears: The value of MRI following ultrasound*. Eur Radiol, 20:pp.450-7
63. **Teefey SA, Rubin DA, Middleton WD, Hildebolt CF, Leibold RA, Yamaguchi K, et al (2004)**, *Detection and quantification of rotator cuff tears: Comparison of ultrasonographic, magnetic resonance imaging, and arthroscopic findings in seventy-one consecutive cases*. J Bone Joint Surg Am, 86-A:pp.708-16.
64. **van Holsbeeck M, Strouse PJ (1993)**, *Sonography of the shoulder: Evaluation of subacromial-subdeltoid bursa*. AJR Am J Roentgenol, 160:pp.561-4.

PHỤ LỤC 1

Số bệnh án:

Số thứ tự:

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ tên bệnh nhân:

2. Tuổi:

3. Giới: Nam Nữ

4. Nghề nghiệp: Lao động chân tay Lao động trí óc

5. Địa chỉ:.....

6. Ngày vào viện:

Ngày ra viện:

II. LÝ DO VÀO VIỆN

1. Đau khớp vai: Trái Phải Hai bên

2. Hạn chế vận động khớp vai: Có Không

III. TIỀN SỬ

1. Bản thân:

1.1. Chấn thương khớp vai

Có Không

1.2. Điều trị trước đó:

- Dùng thuốc giảm đau chống viêm Non-steroid 1 tuần trở lại đây

Có Không

- Tiêm Corticoid vào gân nhị đầu và/hoặc gân trên gai trong vòng 3 tháng gần đây

Có Không

1.3. Các bệnh nội khoa đã mắc:

ĐTĐ THA Viêm loét dạ dày-Tá tràng Không

Bệnh khác (ghi rõ):.....

2. Gia đình: Có người mắc bệnh khớp Bệnh khác:.....

IV. BỆNH SỬ

1. Thời gian bị bệnh trước khi vào viện:

<3 tháng > 3 tháng

2. Triệu chứng hiện tại:

- Đau khớp vai: Trái Phải Hai bên

- Hạn chế vận động: Có Không

V. KHÁM LÂM SÀNG

A. THEO YHHD

1. Toàn thân

Chức năng sinh học	D ₀	D ₂₀
Mạch (nhịp/phút)		
Huyết áp tâm thu (mmHg)		
Huyết áp tâm trương (mmHg)		

2. Các chỉ số lâm sàng đánh giá:

2.1. Đánh giá mức độ đau khớp vai theo thang điểm VAS tại các thời điểm

Mức độ đau	Điểm VAS	D ₀		D ₁₀		D ₂₀	
		P	T	P	T	P	T
Không đau	0 - 1						
Đau nhẹ	2 - 3						
Đau vừa	4 - 5						
Đau nặng	6 - 7						
Đau rất nặng	8 - 10						

2.2. Đánh giá hoạt động khớp

Tình trạng bệnh nhân	D ₀	D ₁₀	D ₂₀
Đau			
Hoạt động hàng ngày			
Gập khớp vai			

Dạng khớp vai			
Xoay trong khớp vai			
Xoay ngoài khớp vai			
Lực của vai			
Tổng điểm			

2.3. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo tác giả Mc Gill - Mc ROMI

Động tác	Tầm vận động khớp vai	Mức độ	D ₀		D ₁₀		D ₂₀	
			P	T	P	T	P	T
Dạng	> 150 ⁰	Độ 0						
	101 - 150 ⁰	Độ 1						
	51 - 100 ⁰	Độ 2						
	0 - 50 ⁰	Độ 3						
Xoay trong	> 85 ⁰	Độ 0						
	61 - 85 ⁰	Độ 1						
	31 - 60 ⁰	Độ 2						
	0 - 30 ⁰	Độ 3						
Xoay ngoài	> 85 ⁰	Độ 0						
	61 - 85 ⁰	Độ 1						
	31 - 60 ⁰	Độ 2						
	0 - 30 ⁰	Độ 3						

B. THEO YHCT

TỬ CHẨN

1. Vọng:

- Thân:

Tĩnh táo

Mệt mỏi

- Sắc:

Tươi nhuận

Vàng

Đen Trắng

Đỏ Xanh

- Chất lưỡi:

Bình thường Bệu

Nhợt Đỏ

- Rêu lưỡi:

Bình thường Vàng

Trắng Dính

2. Văn chẩn:

- Tiếng nói: Bình thường Khác:.....

- Hơi thở: Bình thường Khác:.....

3. Vấn chẩn:

- Hàn nhiệt:

Sợ nóng Thích mát

Sợ lạnh Thích ấm

- Đau khớp vai:

Dữ dội Đau tăng khi vận động

Âm ỉ Đau tăng khi lạnh, ẩm

- Ngủ:

Bình thường Ngủ kém do đau

- Đầu mặt:

Đau đầu Hoa mắt chóng mặt

Ù tai

- Đại tiện:

Bình thường Nát Táo

- Tiểu tiện:

Bình thường Vàng sẫm Trong dài

4. Thiết chẩn:

4.1. Xúc chẩn: khớp vai

Thiện án Cự án

4.2. Mạch chẩn:

Phù Khẩn

Trầm Tế

Huyền Sác

CHẨN ĐOÁN

1. Bát cương:

Biểu Lý

Hàn Nhiệt

Hư Thực

2. Tạng phủ:

Can Thận

Tâm Phế

Tỳ Vị

Đờm Bàng Quang

Đại trường Tiểu trường

3. Nguyên nhân:

Nội nhân Ngoại nhân

Bất nội ngoại nhân

4. Thể bệnh:

Kiên thống

Kiên ngưng

Lậu kiên phong

C. ĐIỀU TRỊ:

1. Dùng viên khớp VINTONG kết hợp điện châm

2. Dùng thuốc non-steroid kết hợp điện châm

VI. CẬN LÂM SÀNG:

1. Siêu âm khớp vai

Kết quả siêu âm	D ₀		D ₁₀		D ₂₀	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không
Viêm gân cơ nhị đầu						
Viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai						
Viêm gân cơ trên gai						
Viêm gân cơ dưới gai						
Viêm gân cơ dưới vai						
Can xi hóa gân cơ trên gai						
Tổn thương khớp cùng đòn						

2. X-Quang khớp vai

Kết quả X-Quang	D ₀		D ₂₀	
	Có	Không	Có	Không
Khớp vai bình thường				
Canxi hóa dây chằng				
Gai xương				

3. Xét nghiệm máu

Chỉ số	D ₀	D ₂₀
Hồng cầu (T/l)		
Bạch cầu (G/l)		
Tiểu cầu (G/l)		
Ure ($\mu\text{m/l}$)		
Creatinin ($\mu\text{m/l}$)		
AST (UI/L)		
ALT (UI/L)		

4. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

4.1 Tác dụng không mong muốn của thuốc

Dấu hiệu	có	không
Dị ứng		
Tiêu chảy		
Nôn, buồn nôn		
Đau bụng		
Các dấu hiệu khác		

4.2 Tác dụng không mong muốn của điện châm

Triệu chứng	có	không
Vụng châm		
Chảy máu		
Tụ máu		
Các dấu hiệu khác		

TP.Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2020

Người làm bệnh án

Nguyễn Hoài Thanh Tâm

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):

- Huyệ 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 lỵ, cảm cúm, viêm màng tiết hợp.

2. Khúc trì (LI.11)

- Huyệ 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)

- Huyệ 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, huyết 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)

- Huyết lạc thiếu dương Tam tiêu nổi kinh Tâm bào.

- Huyết 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 huyết Kiên ngưng (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 huyết ở cách đầu trên nếp gấp nách 1 thốn.

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

2. Thiên tông (SI.11)

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

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

PHỤ LỤC 3

CÔNG TY TNHH DƯỢC PHẨM USAPHA

SỐ TCCS 02/2020/USA-CPSK

BẢN TIÊU CHUẨN SẢN PHẨM

1. Tên sản phẩm: Thực phẩm bảo vệ sức khỏe VIÊN KHỚP VINTONG.

2. Tên và địa chỉ cơ sở sản xuất:

Nhà sản xuất: CÔNG TY TNHH DƯỢC PHẨM USAPHA.

Địa chỉ: Đường TS11, Khu công nghiệp Tiên Sơn, xã Hoàn Sơn, huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh, Việt Nam.

3. Trạng thái sản phẩm:

- Trạng thái: Viên nén bao phim nhỏ, đóng trong gói nhôm.
- Màu sắc: Màu nâu đen.
- Mùi, vị: Mùi thơm đặc trưng, vị ngọt đắng.
- Khối lượng tịnh: 5 g/gói \pm 7,5%.

4. Thành phần cấu tạo:

Mỗi gói 5g viên nén bao phim có chứa:

3,5 g cao khô tương ứng với:

Độc hoạt (Radix Angelicae pubescentis).....	5g
Phòng phong (Radix Saposhnikoviae divaricatae)	5g
Tần giao (Radix Gentianae).....	5g
Tang ký sinh (Herba Loranthe Gracifilolii).....	5g
Ngưu tất (Radix Achyranthis bidentatae)	5g
Đảng sâm (Radix Codonopsis pilosulae).....	5g
Bạch thược (Radix Paeoniae lactiflorae)	2,5g
Thục địa (Radix Rehmanniae glutinosae praeparata)	2,5g
Khương hoạt (Rhizoma et Radix Notopterygii)	2,5g
Tế tân (Radix et Rhizoma Asari)	2,5g
Đương quy (Radix Angelicae sinensis)	2,5g
Đỗ trọng (Cortex Eucommiae).....	2,5g
Xuyên khung (Rhizoma Ligustici wallichii)	2,5g
Cam thảo (Radix Glycyrrhizae).....	1g

Phụ liệu: Chất tạo ngọt (Lactose), Chất ổn định (Tinh bột ngô) vừa đủ 5 g.

5. Chỉ tiêu chất lượng chủ yếu

STT	TÊN CHỈ TIÊU	Đơn vị tính	Mức công bố
1	Độc hoạt	Định tính	Dương tính
2	Phòng phong	Định tính	Dương tính
3	Tang ký sinh	Định tính	Dương tính
4	Ngưu tất	Định tính	Dương tính
5	Khương hoạt	Định tính	Dương tính



6	Đương quy	Định tính	Dương tính
7	Corticoid	Định tính	Âm tính
8	Nhóm Non-steroid	Định tính	Âm tính

6. Chỉ tiêu an toàn sản phẩm

6.1. Giới hạn về vi sinh vật

STT	Tên chỉ tiêu	Đơn vị tính	Mức tối đa
1	Tổng số vi sinh vật hiếu khí	cfu/g	10 ⁴
2	<i>Coliforms</i>	cfu/g	10
3	<i>Cl. Perfringens</i>	cfu/g	10
4	<i>E. coli</i>	cfu/g	KPH
5	<i>Salmonella</i>	cfu/25g	KPH
6	Tổng số bào tử nấm men, nấm mốc.	cfu/g	100

6.2. Giới hạn kim loại nặng

STT	Tên chỉ tiêu	Đơn vị tính	Mức tối đa
1	Pb (Chì)	ppm	3
2	Cd (Cadimi)	ppm	1
3	Hg (Thủy ngân)	ppm	0,1

7. Hướng dẫn sử dụng

7.1. Công dụng

Bổ huyết, hoạt huyết, tăng cường lưu thông khí huyết, hỗ trợ giảm triệu chứng do viêm khớp, thoái hóa khớp, khí huyết ứ trệ, đau nhức xương khớp (khớp cột sống, đốt sống cổ, đốt sống thắt lưng, khớp chân tay), đau mỏi cơ thể. Hỗ trợ hạn chế thoái hóa khớp.

Chú ý:

- Thực phẩm này không phải là thuốc, không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh.
- Không sử dụng cho người mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của sản phẩm.
- Không sử dụng cho phụ nữ có thai, phụ nữ đang cho con bú.

7.2. Đối tượng sử dụng

- Người bị viêm khớp, thoái hóa cột sống cổ, cột sống lưng, khớp chân tay.
- Người muốn hạn chế thoái hóa khớp.

7.3. Cách dùng

Người lớn và trẻ em trên 12 tuổi:

- Liều tăng cường: mỗi lần uống 1 gói, ngày uống 3 lần, uống sau ăn 30 phút.
- Liều duy trì: mỗi lần uống 1 gói, ngày uống 2 lần, uống sau ăn 30 phút.

8. Chất liệu bao bì, quy cách đóng gói

1747768
CÔNG TY
T.N.H.H
SQC PH
SAPH
DU - T. B

8.1. Chất liệu bao bì: sản phẩm được đóng gói trong gói nhôm hàn kín, mặt trong có tráng PET rồi đóng hộp giấy đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm theo quy định của Bộ Y Tế.

8.2. Quy cách đóng gói:

Hộp 20 gói × 5g/gói.

9. Thời hạn sử dụng

36 tháng kể từ ngày sản xuất, NSX và HSD ghi trên nhãn chính sản phẩm.

10. Hướng dẫn bảo quản

Bảo quản nơi khô ráo, thoáng mát, ở nhiệt độ phòng (< 30°C).

Bắc Ninh, ngày 28 tháng 04 năm 2020

CÔNG TY TNHH DƯỢC PHẨM USAPHA





GIÁM ĐỐC

Ngũ Thị Thanh



PHỤ LỤC 4

BỘ Y TẾ CỤC AN TOÀN THỰC PHẨM 	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc <i>Hà Nội, ngày 21 tháng 05 năm 2020</i>
GIẤY TIẾP NHẬN ĐĂNG KÝ BẢN CÔNG BỐ SẢN PHẨM Số: 4546/2020/ĐKSP	
<p>Cục an toàn thực phẩm xác nhận đã nhận Bản công bố sản phẩm của: Tổ chức, cá nhân: CÔNG TY CỔ PHẦN SỨC KHỎE Địa chỉ: Nhà C6, khu đô thị Xuân La, tổ 4B, phường Xuân La, quận Tây Hồ, Thành phố Hà Nội, Việt Nam Điện thoại: 7590305 Fax: Email: mjjssu@gmail.com</p> <p>Cho sản phẩm: Thực phẩm bảo vệ sức khỏe VIÊN KHỚP VINTONG; do: CÔNG TY TNHH DƯỢC PHẨM USAPHA Địa chỉ: Đường TS11, Khu công nghiệp Tiên Sơn, xã Hoàn Sơn, huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh, Việt Nam sản xuất, phù hợp: Tiêu chuẩn nhà sản xuất số TCCS 02:2020/USA-CPSK, ban hành ngày 14/05/2020 (có bản tiêu chuẩn sản phẩm đính kèm). Doanh nghiệp phải hoàn toàn chịu trách nhiệm về tính phù hợp của sản phẩm đã công bố./.</p>	
Nơi nhận: - Tổ chức, cá nhân; - Lưu trữ.	CỤC TRƯỞNG  Nguyễn Thanh Phong