

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



HUỲNH THỊ HỒNG NHUNG

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA
BÀI THUỐC THÁI BÌNH HV KẾT HỢP
XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ
VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



HUỲNH THỊ HỒNG NHUNG

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA
BÀI THUỐC THÁI BÌNH HV KẾT HỢP
XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ
VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

Người hướng dẫn khoa học: **TS. Trần Đức Hữu**

HÀ NỘI - 2022

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành khóa học và Luận văn Thạc sĩ, tôi đã nhận được sự quan tâm, tạo điều kiện giúp đỡ vô cùng quý báu của các cơ quan, các thầy cô giáo, gia đình cùng bạn bè đồng nghiệp.

Với tất cả lòng kính trọng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Đảng ủy, Ban Giám đốc, phòng Đào tạo sau đại học, các phòng ban của Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập tại trường và hoàn thành luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn thầy TS. Trần Đức Hữu người thầy trực tiếp hướng dẫn, tận tâm giảng dạy, và chỉ bảo tôi những kinh nghiệm quý báu trong học tập, nghiên cứu và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm Luận văn Thạc sĩ của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để nhóm nghiên cứu kịp thời sửa đổi để nâng cao chất lượng nghiên cứu.

Xin gửi tới Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, lãnh đạo khoa cùng toàn thể cán bộ, viên chức Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh viện Châm cứu Trung ương lời cảm tạ sâu sắc vì đã tạo điều kiện cho tôi trong quá trình thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

Xin chân thành cảm ơn các thầy giáo, cô giáo tại Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy đã giảng dạy và giúp đỡ tôi trong thời gian học tập và hoàn thành luận văn.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới những người thân trong gia đình, cũng như toàn thể bạn bè, đồng nghiệp đã động viên khích lệ, giúp đỡ và tạo mọi điều kiện thuận lợi để tôi yên tâm học tập và nghiên cứu.

Hà Nội, ngày tháng năm 2022

LỜI CAM ĐOAN

Tên tôi là Huỳnh Thị Hồng Nhung, học viên lớp Cao học 12, 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 khoa học của thầy TS. Trần Đức Hữu.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp nhận 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 2022

Người viết cam đoan

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
NC	Nhóm chứng
NNC	Nhóm nghiên cứu
VAS	Thang đánh giá mức độ đau (Visual Analog Scale)
VQKV	Viêm quanh khớp vai
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt
YHCT	Y học cổ truyền
YHHD	Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Thành phần của bài thuốc “Thái Bình HV”	27
Bảng 2.2. Phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS.....	31
Bảng 2.3. Phân loại tầm vận động khớp vai theo McGill – Mc ROMI [59].....	32
Bảng 2.4. Phân loại kết quả điều trị chung theo thang Constant – Murley A.H.G	33
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	41
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương	42
Bảng 3.3. Đặc điểm mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị.....	42
Bảng 3.4. Đặc điểm tầm vận động khớp vai bệnh nhân nghiên cứu trước điều trị	43
Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm khớp vai trên siêu âm.....	44
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo kết quả trên phim X-Quang	45
Bảng 3.7. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS trước – sau điều trị....	46
Bảng 3.8. Sự thay đổi giá trị trung bình điểm đau VAS trước – sau điều trị	47
Bảng 3.9. Sự thay đổi động tác dạng vai trước – sau điều trị	48
Bảng 3.10. Sự thay đổi giá trị trung bình động tác dạng vai trước – sau điều trị.	49
Bảng 3.11. Sự thay đổi động tác xoay trong trước – sau điều trị	50
Bảng 3.12. Sự thay đổi giá trị trung bình động tác xoay trong trước – sau điều trị ...	51
Bảng 3.13. Sự thay đổi động tác xoay ngoài trước – sau điều trị.....	52
Bảng 3.14. Sự thay đổi giá trị trung bình động tác xoay ngoài trước – sau điều trị...	53
Bảng 3.15. Sự thay đổi lực nâng của vai	54
Bảng 3.16. Sự thay đổi điểm thành phần theo thang điểm Constant – Murley ...	55
Bảng 3.17. Sự thay đổi điểm tổng theo thang điểm Constant - Murley	56
Bảng 3.18. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu	60
Bảng 3.19. Một số tác dụng không mong muốn của bài thuốc Thái Bình HV ...	61
Bảng 3.20. Tác dụng không mong muốn của phương pháp XBBH.....	61

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi	39
Biểu đồ 3.2.. Phân bố bệnh nhân theo giới	40
Biểu đồ 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu.....	40
Biểu đồ 3.4. Kết quả chung sau 10 ngày điều trị.....	58
Biểu đồ 3.5. Kết quả chung sau 20 ngày điều trị.....	59

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1. Giải phẫu khớp và xương của khớp vai	3
Hình 1.2. Giải phẫu khớp và dây chằng của khớp vai	4
Hình 1.3. Giải phẫu cơ vùng khớp vai	4
Hình 1.4. Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng	5
Hình 1.5. Các động tác của khớp vai.....	6
Hình 1.6. Sách “Toa thuốc Đông y cổ truyền Việt Nam”	15
Hình 2.1. Thang điểm đánh giá đau VAS.....	31

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu	38
---------------------------------------	----

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN.....	3
1.1. Tổng quan viêm quanh khớp vai theo Y học hiện đại	3
1.1.1. Giải phẫu khớp vai.....	3
1.1.2. Sinh lí khớp vai	6
1.1.3. Viêm quanh khớp vai theo Y học hiện đại.....	6
1.2. Viêm quanh khớp vai theo Y học cổ truyền.....	12
1.2.1. Bệnh danh.....	12
1.2.2. Bệnh nguyên.....	12
1.2.3. Các thể bệnh và điều trị.....	13
1.3. Tổng quan về bài thuốc nghiên cứu	15
1.3.1. Tên bài thuốc: Thái Bình HV.	15
1.3.2. Xuất xứ	15
1.3.3. Công năng – chủ trị	16
1.3.4. Cách dùng:.....	16
1.3.5. Phân tích bài thuốc.....	16
1.3.6. Các nghiên cứu về Bài thuốc “Thái Bình HV”.....	21
1.4. Tổng quan về xoa bóp bấm huyệt	22
1.5. Tình hình nghiên cứu viêm quanh khớp vai trên thế giới và Việt Nam	23
1.5.1. Trên thế giới	23
1.5.2. Tại Việt Nam.....	25
Chương 2. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	27
2.1. Chất liệu nghiên cứu	27
2.1.1. Bài thuốc nghiên cứu.....	27

2.1.2. Phương pháp XBBH điều trị Viêm quanh khớp vai	28
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	28
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ	28
2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT	29
2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ.....	29
2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	29
2.4. Phương pháp nghiên cứu	30
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	30
2.4.2. Cỡ mẫu.....	30
2.4.3. Chọn mẫu	30
2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu	30
2.5.1. Chỉ tiêu đặc điểm chung.....	30
2.5.2. Chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị.....	30
2.6. Các bước tiến hành nghiên cứu	33
2.7. Không chế sai số.....	36
2.8. Xử lý số liệu.....	36
2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	36
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	39
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	39
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	39
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính.....	40
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	40
3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	41
3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương.....	42
3.1.6. Đặc điểm mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị	42
3.1.7. Đặc điểm tầm vận động khớp vai trước điều trị	43
3.1.8. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm khớp vai trên siêu âm.....	44
3.1.9. Phân bố bệnh nhân theo kết quả trên phim X-Quang	45

3.2. Kết quả điều trị của Bài thuốc Thái Bình HV kết hợp XBBH.....	46
3.2.1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS	46
3.2.2. Sự thay đổi tầm vận động khớp vai trước – sau điều trị	48
3.2.3. Sự thay đổi thang điểm Constant – Murley A.H.R	55
3.3. Kết quả điều trị chung.....	58
3.3.1. Kết quả chung sau 10 ngày điều trị.....	58
3.3.2. Kết quả chung sau 20 ngày điều trị.....	59
3.4. Tác dụng không mong muốn	60
3.4.1. Biến đổi một số chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng.....	60
3.4.2. Một số tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	61
Chương 4. BÀN LUẬN.....	62
4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	62
4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	62
4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính.....	63
4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	65
4.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	65
4.1.5. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương.....	65
4.1.6. Đặc điểm mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị	66
4.1.8. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm khớp vai trên siêu âm.....	67
4.1.9. Phân bố bệnh nhân theo kết quả trên phim X-Quang	68
4.2. Kết quả điều trị của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp XBBH điều trị VQKV thể đơn thuần	68
4.2.1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS trước – sau điều trị .	68
4.2.2. Sự thay đổi tầm vận động khớp vai trước – sau điều trị	71
4.2.3. Sự thay đổi điểm theo thang điểm Constant - Murley	75
4.2.4. Sự thay đổi kết quả điều trị chung.....	76
4.3. Tác dụng không mong muốn	79
4.3.1. Biến đổi một số chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng.....	79

4.3.2. Một số triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng	79
KẾT LUẬN	80
KIẾN NGHỊ	82
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp vai là khớp có tầm vận động rộng và linh hoạt nhất so với các khớp khác trong cơ thể. Sự hoạt động linh hoạt của khớp vai cũng làm cho khớp vai chịu nhiều áp lực và rất dễ bị tổn thương do các vi chấn thương, chấn thương, sự căng giãn quá mức và vấn đề thiếu dưỡng [1]. Viêm quanh khớp vai là một bệnh lý khớp thường gặp trong nhóm bệnh ở phần mềm quanh khớp đã được mô tả trong danh mục phân loại bệnh tật ICD-10 là M75 [2]. Viêm quanh khớp vai (Periarthritis humeroscapularis) là thuật ngữ dùng chung cho các bệnh lý viêm các cấu trúc phần mềm quanh khớp vai: gân, túi thanh dịch, bao khớp; không bao gồm các bệnh lý có tổn thương đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch như viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp [3]. Bệnh có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, nhưng biểu hiện trên lâm sàng thường là đau và hạn chế vận động khớp vai, các triệu chứng này gây ảnh hưởng nhiều đến lao động và sinh hoạt của người bệnh [4].

Theo một số nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh VQKV vào khoảng 2% đến 5% dân số [5], ở những người lao động Pháp tỷ lệ bệnh là 8,6 % [6]. Trong 10 năm (1991- 2000) số bệnh nhân viêm quanh khớp vai chiếm 13,24% tổng số bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khoa Cơ - Xương - Khớp bệnh viện Bạch Mai [7]. Tại Mỹ có 80% dân số trong đời ít nhất một lần bị viêm quanh khớp vai [8]. Kết quả từ một nghiên cứu dân số dọc ở Na Uy trong vòng 14 năm từ 1990 đến 2004, tỷ lệ đau vai trong 1 năm là 46,7% vào năm 1990, 48,7% vào năm 1994 và 55,2% vào năm 2004 [9].

Y học hiện đại điều trị VQKV thường sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau (non-steroid, corticoid hoặc các dẫn xuất...), thuốc giãn cơ. Tuy nhiên, chưa có bằng chứng rõ ràng về hiệu quả lâu dài cũng như chưa có phác đồ cụ thể được khuyến cáo [7]. Do đó việc tìm ra 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, VQKV thuộc phạm vi chứng kiên tý và có nhiều phương pháp khác nhau để điều trị như: châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, dùng thuốc sắc uống.... [10]. Vấn đề 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, để tìm ra thêm một phương pháp kết hợp, giúp bệnh nhân cũng như các nhà lâm sàng có thêm sự lựa chọn về phương pháp đa trị liệu.

Việc sử dụng bài thuốc YHCT kết hợp phương pháp xoa bóp bấm huyệt đã được áp dụng điều trị từ rất lâu tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh mang lại hiệu quả rõ rệt trên bệnh nhân VQKV. Trên thực tế điều trị lâm sàng, chúng tôi thấy Bài thuốc Thái Bình HV, mà tiền thân là Bài thuốc Thái Bình, được cố Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng sưu tầm, giới thiệu trong quyển sách Toa thuốc Đông y cổ truyền Việt Nam, là bài thuốc được sử dụng và lưu truyền từ lâu trong dân gian, xây dựng từ các vị thuốc Nam quen thuộc, rẻ tiền, có tác dụng khu phong, trừ thấp, thông kinh lạc, ích can thận, chống viêm, giảm đau [11] được ứng dụng điều trị VQKV có hiệu quả cao. Tuy nhiên, chưa có tác giả nào nghiên cứu phương pháp điều trị viêm quanh khớp vai bằng Bài thuốc Thái Bình HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt mang tính hệ thống. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **“Đánh giá kết quả của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần”** với mục tiêu:

- 1. Đánh giá kết quả của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.*
- 2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp.*

Chương 1. TỔNG QUAN

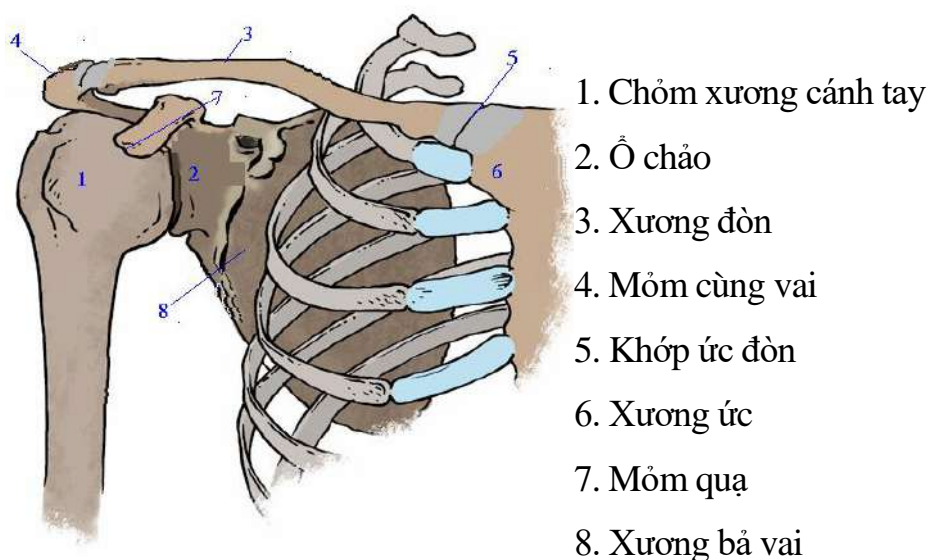
1.1. Tổng quan viêm quanh khớp vai theo Y học hiện đại

1.1.1. Giải phẫu khớp vai

Khớp vai là khớp có tầm vận động rộng nhất so với các khớp khác trong cơ thể, nhờ đó hoạt động của tay được linh hoạt. Trong quá trình tiến hoá, con người đi bằng 2 chân ở tư thế đứng thẳng, 2 tay được tự do, khớp vai cũng tiến hoá phù hợp với hoạt động linh hoạt của chi trên [1]. Tuy 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, khớp cho phép cánh tay xoay theo 3 chiều trong không gian 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) [4], [6], [12], [13].

Tham gia vào các động tác của khớp có rất nhiều thành phần bao gồm : xương, khớp, cơ, gân, dây chằng.

1.1.1.1. Giải phẫu xương

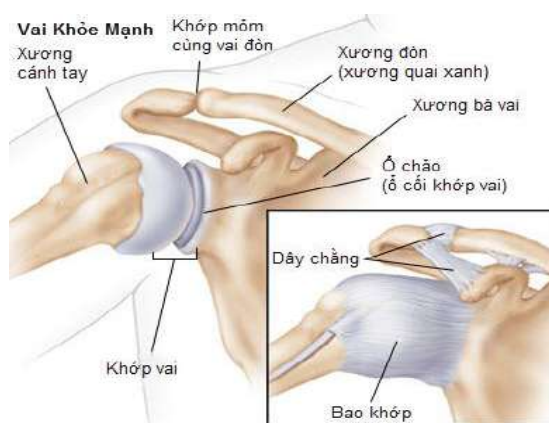


Hình 1.1. Giải phẫu khớp và xương của khớp vai

Khớp vai được cấu tạo bởi 3 xương là xương bả vai, xương đòn, chỏm xương cánh tay và 5 khớp là khớp giữa ổ chảo xương bả vai và chỏm xương cánh tay, khớp mỏm cùng – cánh tay, khớp mỏm cùng – xương đòn, khớp ức – đòn và khớp xương bả vai – lồng ngực [4], [14], [15], [16].

1.1.1.2. Giải phẫu khớp và dây chằng

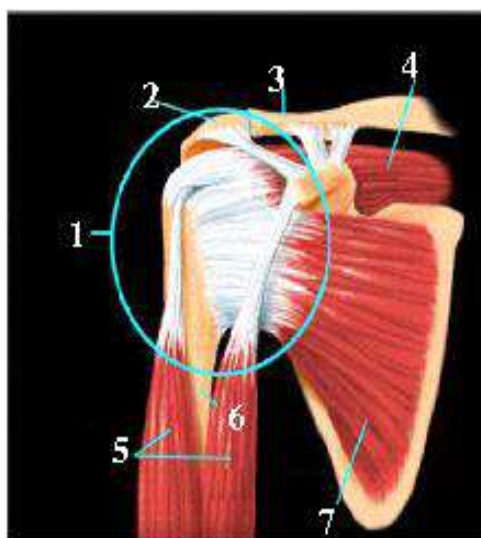
Hệ thống dây chằng khớp vai



Hình 1.2. Giải phẫu khớp và dây chằng của khớp vai

1.1.1.3. Giải phẫu cơ

Gân của 4 cơ: 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 [12], [13].

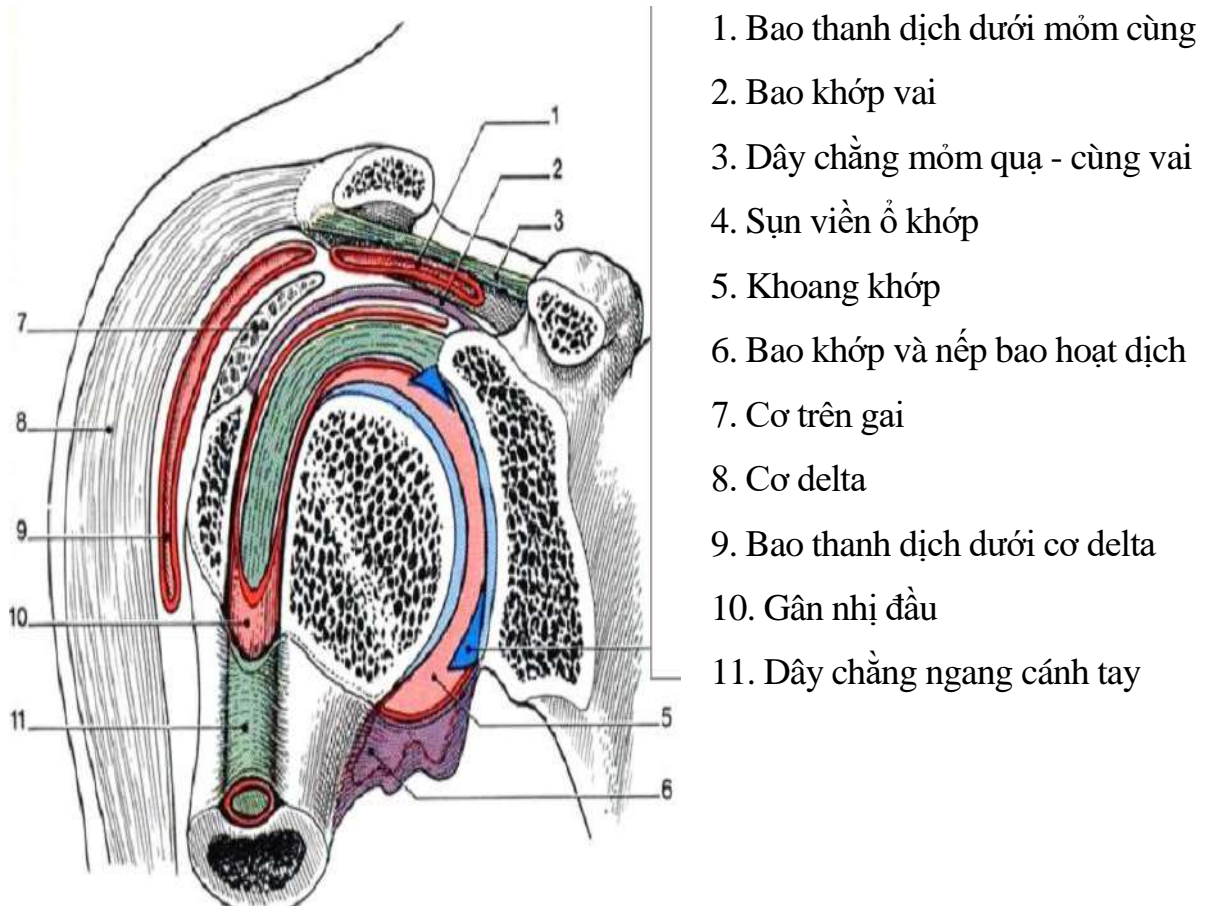


1. Nhóm gân mũ cơ quay
2. Mỏm cùng vai
3. Xương đòn
4. Cơ trên gai
5. Cơ nhị đầu cánh tay
6. Xương cánh tay
7. Cơ dưới vai

Hình 1.3. Giải phẫu cơ vùng khớp vai

1.1.1.4. Giải phẫu mỏm cùng vai

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



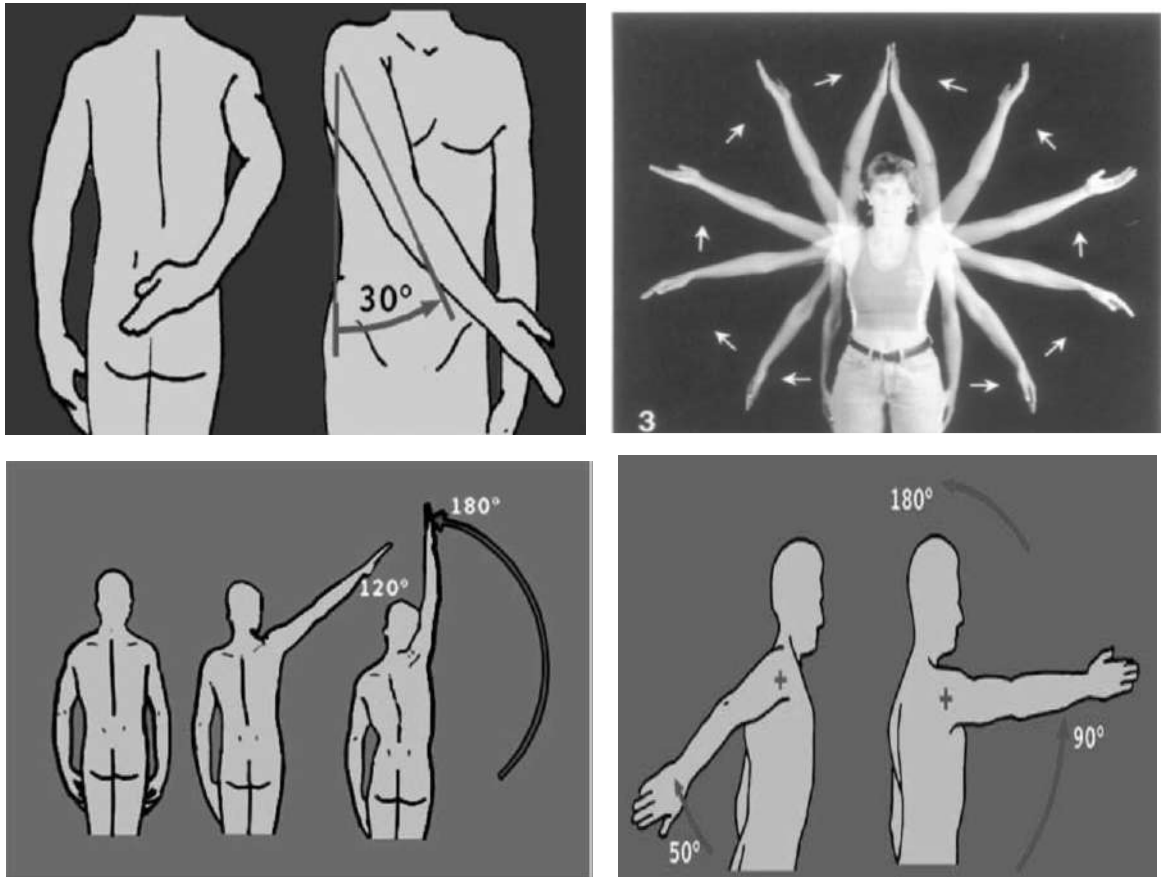
1. Bao thanh dịch dưới mỏm cùng
2. Bao khớp vai
3. Dây chằng mỏm quạ - cùng vai
4. Sụn viền ổ khớp
5. Khoảng khớp
6. Bao khớp và nếp bao hoạt dịch
7. Cơ trên gai
8. Cơ delta
9. Bao thanh dịch dưới cơ delta
10. Gân nhị đầu
11. Dây chằng ngang cánh tay

Hình 1.4. Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng

1.1.1.5. Giải phẫu mạch máu và thần kinh khớp vai

Các thành phần của khớp vai được nuôi dưỡng bởi các ngành bên và ngành tận của bó mạch, thần kinh cánh tay. Ngoài ra vùng khớp vai còn liên quan đến các rễ thần kinh vùng cổ, ngực và các hạch giao cảm cổ. Ở đây có các đường phản xạ ngắn vì vậy khi có một tổn thương các đốt sống cổ, ngực thì đều có thể kích thích gây biểu hiện ở khớp vai [12], [13], [18].

1.1.2. Sinh lý khớp vai



Hình 1.5. Các động tác của khớp vai

Khớp vai có thể xoay vào trong được 90° , xoay ra ngoài 80° - 90° , dạng tay 180° , và khép tay 50° , đưa ra trước 180° , ra sau 50° (Hình 1.5). Bao khớp có tác dụng giữ cho ổn định các xương và được tăng cường bởi các dây chằng, khi cơ delta vận động thì mũ gân cơ quay (rotator cuff – Coiffe des rotateurs) giữ cho chỏm của xương cánh tay ổn định tại ổ khớp [19].

1.1.3. Viêm quanh khớp vai theo Y học hiện đại

1.1.3.1. Định nghĩa

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

Từ 1981, Weling và các tác giả đều thống nhất rằng: Viêm quanh khớp vai là

một thuật ngữ để chỉ tất cả những trường hợp đau và hạn chế vận động của khớp vai mà tổn thương là ở phần mềm quanh khớp, chủ yếu là gân, cơ, dây chằng, bao khớp. Viêm quanh khớp vai không bao gồm những bệnh có tổn thương đặc thù của đầu xương, sụn khớp, màng hoạt dịch như viêm khớp, chấn thương [2], [3], [4]. Thuật ngữ này chỉ được chấp nhận như một sự mô tả toàn thể chứ không phải chẩn đoán đặc hiệu. Thuật ngữ này không nói lên được cấu trúc nào bị tổn thương.

1.1.3.2. Nguyên nhân

Các tổn thương hay gặp trong viêm quanh khớp vai là tổn thương gân của các cơ xoay, bó dài gân cơ nhị đầu và bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai [20], gân là tổ chức được dinh dưỡng kém và chủ yếu là do sự giảm tưới máu ở vùng gân gần với điểm bám tận, do sự chẹt hẹp của khoang dưới mỏm cùng và sự bám chặt của gân vào xương [2], [4].

Các chấn thương cấp tính với cường độ mạnh có thể gây tổn thương gân cơ, tuy nhiên trong bệnh lý khớp vai thì chủ yếu là các vi chấn thương tái diễn gây nên tổn thương bệnh lý [21]. Các gân ở xung quanh khớp vai có thể bị tổn thương do những nguyên nhân sau:

Giảm lưu lượng máu tới gân, cơ:

Vùng gân ít được cung cấp máu sinh lý là gần điểm bám tận do sự chẹt hẹp của khoang dưới mỏm cùng và sự bám rất chặt của gân vào xương. Sự giảm tưới máu do quá trình thoái hoá theo tuổi, do bệnh làm thay đổi cấu trúc và tính thấm 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 VQKV, phần lớn các thương tổn là do các vi chấn thương lặp đi lặp lại nhiều lần. Các tổn thương do vận động sai tư thế, quá tầm vận động sinh lý, quá tải thường xuyên về cơ học có thể làm viêm gân, trật gân nhị đầu do đứt sợi xơ ngang của rãnh và đứt gân.

Thuốc và hormone:

Corticoid ức chế các tế bào và quá trình tổng hợp glycosaminoglycan. Dùng steroid tăng đồng hoá kéo dài thì sau giai đoạn đồng hoá, giai đoạn dị hóa xảy ra với hoại tử tế bào và tiêu hủy tổ chức xơ có thể gây đứt gân [22].

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

Calci lắng đọng ở những tổ chức được dinh dưỡng kém, thậm chí là những tổ chức chết, do đó gọi là calci hoá do loạn dưỡng. Lý do để cắt nghĩa hiện tượng này còn chưa rõ ràng. Có tác giả cho rằng vị trí mà calci lắng đọng là yếu tố quyết định [22]. Nếu calci lắng đọng ở trong gân thì không gây đau, nhưng nếu calci lắng đọng ở bề mặt của gân thì gây những kích thích cơ học và gây đau với mọi động tác.

Trong khi đó hiện tượng tăng cung cấp máu ở giai đoạn sau hay phối hợp với sự di chuyển của tinh thể calci từ gân vào bao thanh mạc gây tình trạng viêm bao thanh mạc cấp và gây đau nhiều.

1.1.3.3. Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai

Có 4 thể bệnh khác nhau của viêm quanh khớp vai [4], [23].

Thể viêm quanh khớp vai đơn thuần (Tendinite - Thể viêm gân):

Nguyên nhân: Tổn thương thường là viêm một trong các gân cơ xoay, trong đó 95% các trường hợp liên quan đến gân cơ trên gai [7], thường do sự cọ sát dưới mỏm cùng trước (dưới dây chằng cùng - quạ), viêm gân bó dài của cơ nhị đầu hiếm gặp hơn [2].

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 gần tổn thương mà có các triệu chứng khác nhau:

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

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

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

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

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

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

Tiến triển:

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

Chụp X-Quang quy ước khớp vai:

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

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 ổ 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 [7], [24].

Một số tổn thương trên siêu âm hay gặp trong thể viêm quanh khớp vai đơn thuần: Gân nhị đầu giảm âm và phù nề to lên lấp gần kín rãnh nhị đầu (cắt ngang). Xuất tiết dịch trong bao thanh mạc gân nhị đầu (cắt dọc). Đứt bán phần gân cơ

trên gai. Đứt hoàn toàn gân cơ trên gai. Calci hóa gân cơ trên gai, tổn thương gân các cơ chóp xoay, tổn thương khớp cùng – đòn.

Thể đau vai cấp (Epaule aigue hyperalgie - viêm khớp do lắng đọng canxi):

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

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

X-Quang: Khoảng cùng vai - máu chuyển rộng ra. Thường thấy hình canxi hóa ở khoảng cùng vai - máu động.

Siêu âm: Hình canxi hóa gân dưới dạng một vùng tăng âm có tiêu điểm [1].

Thể giả liệt khớp vai (Rupture de la coiffe des rotateurs – Thể đứt gân mũ gân cơ quay):

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

Lâm sàng:

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

Hạn chế vận động chủ động, có sự teo cơ tại chỗ.

X-Quang: Chỉ ra những dấu hiệu gián tiếp của đứt chụp các cơ xoay. có thể có trường hợp X-Quang quy ước bình thường.

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

Thể đông cứng khớp vai

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

Lâm sàng: Đau ít hoặc không đau nhưng hạn chế vận động ngày càng tăng, cả chủ động và thụ động, vai cứng lại, chủ yếu hạn chế động tác dạng và xoay

ngoài [3].

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

Siêu âm: Không thấy co thắt bao khớp.

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

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

1.1.3.4. Điều trị viêm quanh khớp vai

Điều trị nội khoa: Phong bế và tiêm thuốc tại chỗ bằng Novocain, Hydrocortion,... Dùng các thuốc giảm đau theo bậc của Tổ chức Y tế Thế giới, chống viêm, thuốc chống thoái hoá khớp tác dụng chậm: Glucosamin sulfat, Diacerein,... [3], [4], [7].

Điều trị can thiệp: Nội soi ổ khớp lấy tinh thể calci lắng đọng, tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, Chỉ định phẫu thuật ở những bệnh nhân không cải thiện sau 6 tháng điều trị bảo tồn hay ở bệnh nhân dưới 60 tuổi rách cơ chụp xoay nặng ảnh hưởng đến chức năng, với điều kiện tầm vận động thụ động của khớp vai còn tốt. Với bệnh nhân trên 60 tuổi lời khuyên chung là điều trị bảo tồn... [3], [4], [7].

Điều trị bằng vật lý trị liệu phục hồi chức năng như: Nhiệt trị liệu, điện trị liệu, xoa bóp, kéo giãn, vận động trị liệu: Vận động thụ động, vận động chủ động có trợ giúp, vận động chủ động có đề kháng kéo giãn bằng tay, bằng hệ thống ròng rọc, các bài tập theo tầm vận động, tập với dụng cụ nhằm giảm đau, cải thiện tuần hoàn, Giảm bớt sự kết dính, phục hồi và duy trì tầm vận động của khớp, tăng cường sức mạnh cơ [25].

1.2. Viêm quanh khớp vai theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

VQKV là bệnh thuộc phạm vi chứng tý, bệnh danh là Kiên 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 (triệu chứng đau là chủ yếu), Kiên ngưng (vận động hạn chế là chủ yếu) , Lậu kiên phong (teo cơ, cứng khớp). 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”, Theo sách Kim quỹ yếu lược gọi là “đãn tý bất toái” [26].

1.2.2. Bệnh nguyên

Theo YHCT, khớp vai là nơi qua lại của Thủ tam âm kinh và Thủ tam dương kinh. Đặc biệt có kinh Thủ Thiếu dương Tam tiêu đi qua. Kinh tam tiêu quan hệ mật thiết với thượng tiêu, trung tiêu, hạ tiêu nơi chứa đựng tinh hoa của lục phủ, ngũ tạng hoặc khi nhân ngoài có phong tà xâm nhập, bên trong lại có khí huyết hư, bì phu tẩu 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 [27], [28].

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” [27], [28].

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 [27], [28].

1.2.3. Các thể bệnh và điều trị

Trong YHCT bệnh VQKV được chia làm 3 thể: kiên thống, kiên ngưng và lậu kiên phong [26].

1.2.3.1. Thể Kiên thống

Triệu chứng: Đau là dấu hiệu chính, đau nhiều, đau cố định một chỗ, trời lạnh ẩm đau tăng, chườm ấm đỡ đau. Đau tăng khi vận động, làm hạn chế một số động tác như chải đầu, gãi lưng. Khớp vai không sưng, không nóng, không đỏ, cơ chưa teo. Ngủ kém, mất ngủ vì đau. Chất lưỡi hồng, rêu trắng, mạch phù, khi đau nhiều mạch có thể huyền khẩn.

Pháp điều trị: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc [28], [29], [30].

Phương: Cổ phương thường sử dụng bài thuốc “Quyên tý thang”.

Châm cứu:

Châm tả: Kiên tinh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Tý nhu, Cự cốt, Vân môn, A thị.

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

Xoa bóp bấm huyết:

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

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

Thuỷ châm:

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

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

1.2.3.2. Thể Kiên ngưng

Triệu chứng: Khớp vai đau ít hoặc không, chủ yếu là hạn chế vận động ở hầu hết các động tác. Khớp như đông cứng lại, bệnh nhân hầu như không làm được các động tác chủ động, như chải đầu, gãi lưng, lấy đồ vật ở trên cao... Trời

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

Pháp điều trị: Tán hàn, trừ thấp, ôn kinh chỉ thống, bổ dưỡng khí huyết [28], [29], [30].

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

Châm cứu: Châm bổ các huyết như thể kiên thống.

Xoa bóp bấm huyết:

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

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

1.2.3.3. *Thế Lậu kiên phong*

Triệu chứng: Đây là một thể bệnh rất đặc biệt gồm viêm quanh khớp vai thể đông cứng và rối loạn thần kinh vận mạch ở bàn tay. Khớp vai đau ít, hạn chế vận động rõ. Bàn tay phù có khi lan lên cẳng tay, phù to và cứng, bầm tím lạnh. Toàn bộ bàn tay đau nhức suốt ngày đêm, cơ teo rõ rệt, cơ lực giảm, vận động khớp bàn ngón hạn chế, móng tay mỏng tròn dễ gãy. Chất lưỡi tím nhạt, có điểm ứ huyết.

Pháp điều trị: bổ khí dưỡng huyết, hoạt huyết tiêu ứ [28], [29], [30].

Phương: Bài thuốc cổ phương thường sử dụng: “Đào hồng tứ vật thang”.

Châm cứu: Là biện pháp kết hợp, dùng khi đau nhiều.

Xoa bóp bấm huyết: Thủ thuật: Như thể Kiên Ngung, có làm thêm ở bàn tay.

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

1.3. Tổng quan về bài thuốc nghiên cứu

1.3.1. Tên bài thuốc: Thái Bình HV.

1.3.2. Xuất xứ

Bài thuốc nghiên cứu “Thái Bình HV” được xây dựng dựa trên “bài thuốc Thái Bình” – là một bài thuốc Nam kinh nghiệm của nước ta, được ghi lại trong sách “**Toa thuốc Đông y cổ truyền Việt Nam**” của cố Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng [11]. Đây là bài thuốc được sử dụng điều trị VQKV trên lâm sàng tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, kết quả cho thấy bài thuốc có tác dụng cải thiện rõ ràng tình trạng VQKV.



Hình 1.6. Sách “Toa thuốc Đông y cổ truyền Việt Nam”

Bài thuốc gốc bao gồm các vị: Cầu tích 10g, Dây đau xương 10g, Cà gai leo 10g, Tỳ giải 10g, Phòng kỷ 10g, Củ khúc khắc 10g, Ngũ gia bì chân chim 10g, Cam thảo nam 05g, Thiên niên kiện 10g

Trong đó, có vị thuốc Phòng kỷ vốn là thuốc Bắc, việc tìm kiếm, khai thác để sử dụng còn nhiều hạn chế. Bên cạnh đó, với tính chất đắng hàn, Phòng kỷ dễ gây nên tổn thương tỳ vị nên không được dùng cho những người bị tỳ vị vốn hư, âm hư và không có chứng thấp nhiệt. Ngoài ra, theo Y học hiện đại, trong vị thuốc Phòng kỷ chứa một lượng axit aristolochic có thể gây ngộ độc nghiêm trọng đến

thận, thậm chí gây tử vong. Do đó, để tạo sự hài hòa và tăng tính an toàn, tiện dụng cho bài thuốc, dựa trên lý luận dược lý Đông y, chúng tôi đã thay đổi vị Phòng kỷ bằng Cốt khí củ, để vừa tăng tác dụng khu phong trừ thấp hoạt huyết, tiêu viêm của bài thuốc, vừa đảm bảo tính an toàn, hướng đến việc ưu tiên sử dụng các vị thuốc Nam có sẵn, giúp người dân dễ tìm kiếm, áp dụng mà vẫn không thay đổi cơ sở lập phương và công năng – chủ trị chính của bài thuốc.

1.3.3. Công năng – chủ trị

Công năng: Khu phong trừ thấp, thư cân hoạt lạc, chỉ thống, mạnh gân cốt, bổ dưỡng vào góc của cân cốt, cơ nhục là can, thận, tỳ.

Chủ trị: Đợt cấp của viêm khớp dạng thấp, viêm khớp cấp, viêm khớp mạn...

1.3.4. Cách dùng:

Sắc uống ngày 01 thang.

1.3.5. Phân tích bài thuốc

Theo Y học hiện đại:

Cấu tích: Thân rễ Cấu tích đã được nghiên cứu dược lý và nhận thấy có tác dụng chống viêm, tác dụng ức chế chủ yếu giai đoạn viêm cấp tính, tác dụng yếu trên giai đoạn mạn tính của phản ứng viêm [31].

Tỳ giải: có tác dụng kháng khuẩn, kháng viêm. Nước sắc Tỳ giải có tác dụng trị viêm khớp, đau cơ, viêm tuyến tiền liệt và làm tan cục máu đông. Nó làm giảm có ý nghĩa sự tăng sản của hFLSCs¹ vốn được kích thích bởi interleukin-1beta (IL-1beta) yếu tố alpha gây hoại tử khối u (TNF-alpha).

Thỏ phục linh: Rễ củ của Thỏ phục linh là các saponin, b - sitosterol, stigmasterol, các chất tanin và chất nhựa [31]. Nghiên cứu trên chuột cống trắng có tác dụng chống viêm rõ rệt đối với giai đoạn viêm cấp tính cũng như mạn tính thực nghiệm trong mô hình phù bàn chân gây bằng kaolin và mô hình u hạt thực nghiệm gây bằng amiant, đồng thời có tác dụng gây thu teo tuyến ức chuột cống

non, ức chế miễn dịch, nâng cao được tỷ lệ chuột lang sống qua cơn choáng phản vệ, làm giảm nhẹ cơn dị ứng trong thí nghiệm tiêm miễn cảm chuột lang bằng kháng nguyên. Thổ phục linh có những tính chất của một thuốc chống viêm steroid ngoài ra còn có tác dụng kháng histamin. Trong thử nghiệm invitro Thổ phục linh làm giảm co thắt cơ trơn ruột chuột lang cô lập bởi histamin và acetylcholin. Flavonoid của Thổ phục linh có tác dụng ức chế men oxy hoá khử peroxydase và catalase máu chuột và huyết thanh người. Cao chiết với methanol từ thân rễ Thổ phục linh với liều 100mg/kg thể trọng, tiêm phúc mạc, đã làm hạ glucose máu của chuột trắng bình thường 4 giờ sau khi tiêm và cũng làm giảm glucose máu chuột nhất gây đái tháo đường không phụ thuộc insulin. Cao lỏng chế từ Thổ phục linh phối hợp với Ngưu tất và Hy thiêm hoặc Cà gai leo được dùng điều trị thấp khớp đã tỏ ra có tác dụng tốt đối với chứng đau nhức, nhất là với những bệnh khớp không có tiêu chuẩn chẩn đoán và kết quả tốt nhất và tương đối nhanh với đau lưng cấp do lạnh và sang chấn. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng đã chứng minh tác dụng chống viêm giảm đau của Thổ phục linh [31], [32].

Cà gai leo: Có tác dụng chống viêm, ức chế phù thực nghiệm và gây teo tuyến ức. Nó còn chống co thắt phế quản. Rễ cây Cà gai leo có tác dụng chống độc của nọc rắn độc Cobra, và còn có khả năng ngăn chặn sự tiến triển xơ gan trên chuột cống trắng thí nghiệm [31], [32].

Dây đau xương: Nghiên cứu trên thực nghiệm cho thấy Dây đau xương có tác dụng ức chế hoạt tính gây co thắt cơ trơn của histamin và acetylcholin trong ruột cô lập. Dây đau xương có ảnh hưởng trên huyết áp động vật thí nghiệm, có tác dụng ức chế hệ thần kinh trung ương biểu hiện trên các hiện tượng quan sát bên ngoài của động vật, có tác dụng hiệp đồng với thuốc ngủ, tác dụng an thần và lợi tiểu. Bài thuốc chữa viêm khớp gồm có 5 vị trong đó có Dây đau xương trên thử nghiệm dược lý và dược lâm sàng được xác minh hiệu lực chống viêm

[31], [33].

Thiên niên kiện: Các nghiên cứu dược lý cho thấy tinh dầu trong Thiên niên kiện có tác dụng diệt nhiều loại trực khuẩn và ức chế virus gây mụn rộp loại I (Herpes simplex virus type 1); Nước sắc Thiên niên kiện có tác dụng thúc đẩy lưu thông huyết dịch, giảm đau và chống đông máu tương đối mạnh; Cồn thuốc Thiên niên kiện có tác dụng chống viêm, giảm đau và kháng Histamin, chống dị ứng [31].

Cam thảo Nam: Phần trên mặt đất của cây Cam thảo dây có tác dụng trên huyết áp của mèo và chó. Ngưng kết tố của *Abrus agglutinin* tỏ ra có khả năng gây hoạt tính miễn dịch, chống lại các tế bào ung thư. Cao cồn lá Cam thảo dây ức chế co thắt gây nên do acetylcholin trên cơ trơn bụng cóc và cơ hoành chuột [31].

Ngũ gia bì chân chim: Có tác dụng chống mệt mỏi tốt hơn Nhân sâm. Có tác dụng tăng sức chịu đựng đối với thiếu oxy, nhiệt độ cao, điều tiết nội tiết rối loạn, điều tiết hồng bạch cầu và huyết áp, chống phóng xạ, giải độc. Tác dụng kháng viêm, cả đối với viêm cấp và mạn tính; giãn mạch làm tăng lưu lượng máu động mạch vành và hạ huyết áp; Có tác dụng an thần rõ, điều tiết sự cân bằng giữa 2 quá trình ức chế và hưng phấn của trung khu thần kinh. Tác dụng hưng phấn của thuốc không làm ảnh hưởng giấc ngủ bình thường [31].

Cốt khí củ: Có tác dụng chống viêm trên các mô hình gây viêm thực nghiệm, ức chế tác dụng gây co thắt cơ trơn ruột cô lập của histamin và acetylcholine. Thuốc cũng ghi nhận tác dụng làm giảm mức cholesterol trong mô hình gây tăng lipid máu [31], [34].

Theo Y học cổ truyền:

Phân tích theo phối ngũ:

Trong bài thuốc Thái Bình HV, Củ khúc khắc vị ngọt, nhạt tính bình có tác dụng thanh nhiệt, giải độc, trừ phong thấp, tiêu viêm chỉ thống là quân. Cầu tích vị,

Thiên niên kiện có tác dụng bổ can thận, mạnh gân xương, trừ phong thấp, tiêu viêm chỉ thống là thần. Dây đau xương cùng phối hợp Củ khúc khắc, Thiên niên kiện hỗ trợ khu phong trừ thấp, giúp thư cân hoạt lạc, chỉ thống. Ngũ gia bì chân chim vốn được dùng rộng rãi trong dân gian với cái tên Sâm nam vừa giúp khử phong thấp, sơ cân hoạt lạc, lại bồi bổ cơ thể, làm tăng sinh lực. Cốt khí củ vị ngọt, đắng, tính mát, có tác dụng khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu viêm, thông kinh, giảm đau. Tỳ giải giải độc trừ phong, phân thanh khử trọc, là thuốc chủ yếu trị lở loét ung nhọt, trị thống phong lịch tiết (viêm khớp đốt kiểu phong thấp). Cà gai leo có tác dụng trừ phong thấp, tiêu độc, giảm đau. Cam thảo dây với tác dụng bồi bổ tỳ, hòa hoãn các vị thuốc là sứ. Toàn bài gộp lại có tác dụng trừ phong thấp, thư cân hoạt lạc, chỉ thống, mạnh gân xương, bổ can, thận.

Phân tích theo tính vị quy kinh:

Cầu tích vị đắng ngọt, tính âm, quy kinh Can, Thận có tác dụng bổ can thận, mạnh gân xương, trừ phong thấp [35], [36].

Tỳ giải vị đắng, tính bình quy kinh Can, Vị, Thận và Bàng quang có tác dụng khử phong thấp, phân thanh khử trọc, giải độc. Dùng làm thuốc chữa bạch trọc, lợi tiểu tiện, uống vào có tác dụng tiêu độc, chữa mụn nhọt, đau gân cốt, lưng đau gối mỏi, khớp xương tê nhức [35].

Thỏ phục linh vị ngọt nhạt, tính bình quy kinh Can, Vị được dùng để chữa phong thấp, đau xương khớp, mẩn ngứa ngoài da, ung thũng (ung nhọt sưng đau), giải độc [35], [36]. Ở Trung Quốc, Thỏ phục linh được sử dụng từ rất lâu đời với công dụng: Thanh nhiệt, giải độc, lợi quan tiết, trừ thấp [37].

Cà gai leo vị hơi the, tính âm, hơi có độc Chủ trị Tán phong thấp, tiêu độc, tiêu đờm, trừ ho, giảm đau, cầm máu. Thường dùng trị cảm cúm, dị ứng, ho gà, đau lưng, đau nhức xương, thấp khớp [31], [35].

Dây đau xương vị đắng, tính mát vào kinh Can có tác dụng khu phong trừ thấp, thư cân hoạt lạc, chỉ thống. Thường dùng chữa sốt rét, phong thấp, chứng

đau nhức gân cốt, đau dây thần kinh hông đòn ngã tổn thương và để bổ sức [31], [35].

Thiên niên kiện có vị đắng, cay, tính ấm quy kinh Can, Thận có tác dụng trừ phong thấp, bổ gân cốt [35].

Cam thảo nam vị ngọt, hơi đắng, tính mát. Tác dụng thông cửu khiếu, sát trùng, tiêu viêm. Thường dùng chữa cảm sốt, chữa ho, giải cảm, giải độc, điều hòa các vị thuốc [31].

Ngũ gia bì chân chim vị cay, tính ấm quy kinh Can, Thận có tác dụng trừ phong thấp, mạnh gân xương. Thường dùng chữa đau khớp và đau dây thần kinh, đau các cơ do lạnh; chữa các chứng chậm biết đi, người già gân cốt mềm yếu, lưng đau [31].

Cốt khí củ có vị ngọt, đắng, tính mát có tác dụng khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu viêm, thông kinh, giảm đau, lợi tiểu, chống ho, tiêu đờm. Được dùng chữa phong thấp tê bại, đau nhức gân xương, chấn thương, ngã sưng đau ứ huyết, kinh nguyệt bế tắc [35].

Các vị Thổ phục linh, Dây đau xương, Thiên niên kiện cùng phối hợp hỗ trợ khu phong trừ thấp, giúp thư cân hoạt lạc, chỉ thống. Ngũ gia bì chân chim vốn được dùng rộng rãi trong dân gian với cái tên Sâm nam vừa giúp khử phong thấp, sơ cân hoạt lạc, lại bồi bổ cơ thể, làm tăng sinh lực. Cốt khí củ vị ngọt, đắng, tính mát, có tác dụng khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu viêm, thông kinh, giảm đau. Tỳ giải giải độc trừ phong, phân thanh khử trọc, là thuốc chủ yếu trị lở loét ung nhọt, trị thống phong lịch tiết (viêm khớp đốt kiểu phong thấp). Cà gai leo có tác dụng trừ phong thấp, tiêu độc, giảm đau. Cam thảo nam thường được dùng trong các bài thuốc dân tộc với tác dụng bồi bổ tỳ, hòa hoãn các vị thuốc. Toàn bài thuốc có tác dụng trừ phong thấp, thư cân hoạt lạc, chỉ thống, mạnh gân xương, bổ dưỡng vào gốc của cân cốt, cơ nhục là can, thận, tỳ.

1.3.6. Các nghiên cứu về Bài thuốc “Thái Bình HV”

Nghiên cứu tác dụng chống viêm giảm đau của Bài thuốc “Thái Bình HV” trên động vật thực nghiệm: Cao lỏng “Thái Bình HV” (11,9g/kg/ngày và 23,8g/kg/ngày) có tác dụng tốt trong điều trị viêm khớp gây bởi tá chất Freund trên chuột cống trắng, thông qua các chỉ tiêu: Làm giảm đường kính khớp cổ chân có ý nghĩa thống kê so với lô chứng gây viêm ($p < 0,01$); Làm giảm rõ rệt tổn thương trên hình ảnh vi thể khớp cổ chân chuột.

Cao lỏng “Thái Bình HV” (11,9g/kg/ngày và 23,8g/kg/ngày) có tác dụng chống viêm cấp tốt trên mô hình gây phù chân chuột cống trắng bằng Carragenan, thông qua các chỉ tiêu: Làm giảm thể tích phù viêm bàn chân chuột; Phần trăm ức chế phù viêm ở 2 lô dùng cao lỏng “TBHV” tương đương so với lô dùng Diclofenac sodium liều 15 mg/kg/ngày.

Cao lỏng “Thái Bình HV” (11,9g/kg/ngày và 23,8g/kg/ngày) có tác dụng chống viêm mạn tốt trên mô hình gây u hạt trên chuột cống trắng, làm giảm khối lượng u hạt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng gây viêm ($p < 0,01$). Tác dụng này tương đương so với khi dùng Diclofenac liều 15 mg/kg/ngày [38].

Cao lỏng “Thái Bình HV”(20,40g/kg/ngày và 40,80g/kg/ngày) có tác dụng giảm đau tốt khi thử trên mô hình Hotplate, làm thời gian xuất hiện đáp ứng với đau kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh lý ($p < 0,05$) với đau kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh lý ($p < 0,05$). Tác dụng này tương đương với khi dùng codein phosphat 20mg/kg/ngày.

Cao lỏng “Thái Bình HV”(20,40g/kg/ngày và 40,80g/kg/ngày) có tác dụng giảm đau tốt khi thử trên mô hình Koster, làm số cơn đau quận giảm hơn so với lô chứng sinh lý ($p < 0,01$) với đau kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh lý ($p < 0,05$). Tác dụng này tương đương với khi dùng Aspegic 180mg/kg/ngày.

- **Nghiên cứu về độc tính cấp, độc tính bán trường diễn của Bài thuốc “Thái Bình HV” trên động vật thực nghiệm:** Với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống là 375,0g/kg TLCT (tính theo dược liệu khô), mà không gây chết chuột nhất trắng thực nghiệm chứng tỏ bài thuốc Thái Bình HV an toàn trong thử nghiệm độc tính cấp theo đường uống. Trên các lô chuột cống trắng uống cao đặc bài thuốc Thái Bình HV liều 11,90g/kg/24h và 35,70g/kg/24h (tính theo dược liệu khô), liên tục trong 30 ngày cho thấy: Tất cả các chỉ số theo dõi về tình trạng chung, cân nặng, công thức máu ngoại vi, các chỉ số sinh hoá (AST, ALT, Bilirubin, Albumin, Cholesterol, Creatinin), hình ảnh đại thể và mô bệnh học gan, lách, thận không có sự khác biệt so với lô chứng. Như vậy bài thuốc Thái Bình HV an toàn ở các mức liều và thời gian đã dùng [39].

1.4. Tổng quan về xoa bóp bấm huyệt

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

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

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

Tại Việt Nam từ lâu đời xoa bóp kết hợp với bấm huyệt theo hệ kinh lạc thành XBBH, “tắm quất”, “đánh gió”... nhằm bồi bổ sức khỏe và chữa bệnh cho nhân dân được áp dụng trong lao động, sản xuất và chiến đấu. Bấm huyệt cũng như châm cứu, khi tác động vào huyệt là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới, có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý.

Tác dụng chính của XBBH theo YHHĐ là giảm đau, tăng cường hồi phục chức năng vùng bị bệnh, cụ thể:

- **Tác dụng đối với hệ thần kinh:** Do vai trò quan trọng của hệ thần kinh nên cơ thể thông qua việc hệ thần kinh phản ứng tích cực với những kích thích của xoa bóp (Học thuyết Paplop).

- **Đối với da:** XBBH có tác dụng tăng cường chức năng tuyến mồ hôi tăng dinh dưỡng da, góp phần tăng đào thải các chất cặn bã qua tuyến mồ hôi. XBBH làm cho mạch máu giãn, tăng cường tuần hoàn động mạch và tĩnh mạch, tạo thuận lợi cho dinh dưỡng ở da, có tác dụng tốt đối với chức năng bảo vệ cơ thể của da [39], [40].

- **Đối với cơ, gân khớp:** XBBH làm tăng tính đàn hồi của cơ, làm giảm phù nề, co cứng và đau. Tăng cường dinh dưỡng cho cơ, do làm tăng giãn mạch. Tăng tính hoạt động của gân dây chằng, thúc đẩy tuần hoàn quanh khớp. Mặt khác, nhờ XBBH, chức năng thần kinh trung ương và ngoại vi đều được cải thiện nên độ nhạy cơ, khớp cũng tăng lên [40], [41].

- **Đối với hệ tuần hoàn, bạch huyết:** XBBH làm giãn mạch, tăng tuần hoàn, tăng bạch huyết. Ngoài ra, XBBH còn có tác dụng tốt với quá trình hô hấp và tiêu hoá [42].

Tác dụng chính của XBBH theo YHCT:

- Điều hoà khí huyết; Sơ kinh hoạt lạc; Hoạt huyết hoá ứ; Lý gân phục vị; Thăng bằng âm dương; Ôn kinh tán hàn.

1.5. Tình hình nghiên cứu viêm quanh khớp vai trên thế giới và Việt Nam

1.5.1. Trên thế giới

Năm 2008, Wang Jiewei và Cao Yujuan từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 1 năm 2008 đã sử dụng phương pháp phong bế và xoa bóp tại chỗ để điều trị cho 108 bệnh nhân VQKV, kết quả tốt. Có 108 bệnh nhân, gồm 42 nam và 66 nữ, 6 bệnh nhân dưới 40 tuổi, 64 bệnh nhân 41 - 50 tuổi, 38 bệnh nhân

trên 51 tuổi; 63 bệnh nhân đau vai trái và 45 bệnh nhân đau vai phải; thời gian mắc bệnh 17 bệnh nhân dưới 6 tháng, 80 bệnh nhân từ 6 tháng đến 1 năm, 11 bệnh nhân trên 1 năm [43].

Năm 2009, Luo Zhengyuan và cộng sự quan sát 30 trường hợp VQKV được điều trị bằng châm cứu, xoa bóp kết hợp bài thuốc Đông y bổ sung bằng các bài tập chức năng. Kết quả: khỏi 26 ca, cải thiện 4 ca, tỷ lệ hiệu quả đạt 100%. Kết luận: Sự kết hợp giữa châm cứu và xoa bóp để điều trị VQKV bổ sung bằng các bài tập chức năng đạt được kết quả tốt [44].

Năm 2010, Wei Hanju và cộng sự quan sát tác dụng của phong bế và xoa bóp tại chỗ đối với VQKV. 56 bệnh nhân mắc VQKV được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm A và B, với 28 trường hợp trong mỗi nhóm và tất cả đều được điều trị bằng phong bế cục bộ. Nhóm A được kết hợp dùng XBBH. Kết quả: Sau 1 tháng điều trị điểm đau (VAS) ở 2 nhóm giảm rõ rệt, nhóm A thấp hơn nhóm B; tầm vận động khớp vai (ROM) ở 2 nhóm được cải thiện rõ rệt, nhóm A cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm B (tất cả $P < 0,05$). Sau khi điều trị, tỷ lệ khỏi bệnh và tổng tỷ lệ hiệu quả của nhóm A tốt hơn đáng kể so với nhóm B ($P < 0,05$) [45].

Năm 2014, Greenberg DL và cộng sự khẳng định điều trị đau vai bằng việc kiểm soát cơn đau kết hợp với các bài tập trị liệu đem lại hiệu quả lớn [46].

Năm 2017 – Jiangmen và cộng sự quan sát hiệu quả lâm sàng của phương pháp châm cứu kết hợp xoa bóp trong điều trị VQKV, NĐC được điều trị bằng châm cứu và NNC được điều trị bằng phương pháp châm cứu và xoa bóp. Kết quả: Tổng tỷ lệ có hiệu quả là 92,1% ở nhóm quan sát và 81,2% ở NĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Tác dụng của châm cứu kết hợp xoa bóp tốt hơn hẳn so với châm cứu đơn thuần trong điều trị viêm quanh khớp vai [47].

Năm 2018 - Wang Qian quan sát hiệu quả điều trị của châm cứu kết hợp xoa bóp trên bệnh nhân VQKV. Tổng số 84 bệnh nhân bị VQKV chia ngẫu nhiên thành NNC và NĐC, NĐC được điều trị bằng châm cứu đơn thuần và NNC được điều trị bằng châm cứu kết hợp xoa bóp. Kết quả tỷ lệ có hiệu quả của NNC điều trị kết hợp cao hơn so với NĐC điều trị bằng châm cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [48].

Năm 2021, K. P. Chandran cùng đồng nghiệp nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị Viêm quanh khớp vai thể thông thường khi châm cứu sử dụng huyết tại chỗ và huyết toàn thân. Kết quả cho thấy, cả hai nhóm nghiên cứu và đối chứng đều có sự cải thiện rõ rệt, tuy nhiên các huyết toàn thân như Điều khẩu, Dương lăng tuyền, Túc lâm khắp, Đại trử có tác dụng tốt hơn các huyết tại chỗ như Kiên ngưng, Thiên liêu, Kiên tinh, Kiên trinh [49].

1.5.2. Tại Việt Nam

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 93,33% trung bình 6,7% [50].

Năm 2018, Hoàng Huyền Châm và cộng sự thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyết”. Thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên 60 bệnh nhân chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm (n=30), nhóm nghiên cứu uống TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyết, nhóm chứng xoa bóp bấm huyết. Sau 21 ngày điều trị, các tiêu chuẩn đánh giá gồm điểm đau VAS, tầm vận động khớp và điểm vận động Costant & Murley, tính chất viêm trên siêu âm khớp vai đều cải thiện đáng kể và có ý nghĩa thống kê [51].

Năm 2018, Phạm Văn Minh đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị bệnh nhân viêm khớp vai thể đơn thuần tại Bệnh viện 108.

Sau 30 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu đạt kết quả tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,01$). Nhóm chứng chỉ có 2 BN đạt kết quả rất tốt (6,2%), 4 BN đạt kết quả tốt (12,5%). Nhóm nghiên cứu có 4 BN đạt kết quả rất tốt (12,5%), 16 BN đạt kết quả tốt (50%) [52].

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

Năm 2019, Nguyễn Hữu Dũng và cộng sự nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả lâm sàng của bài thuốc KNC kết hợp điện châm trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần”. Thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước sau có nhóm chứng. Nghiên cứu thực hiện trên 60 bệnh nhân chia thành 2 nhóm: 1 nhóm uống KNC kết hợp điện châm, 1 nhóm uống vitamin 3B kết hợp điện châm. Sau 21 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu cho thấy hiệu quả tốt 66,7%, khá 33,3% so với nhóm chứng hiệu quả tốt 50%, khá 23,3%, trung bình 26,7%, không hiệu quả 2,8% [54].

Năm 2020, Nguyễn Thị Minh Thuý và cộng sự nghiên cứu “Đánh giá tác dụng của viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần”. Nghiên cứu thực hiện trên 60 bệnh nhân, sau 20 ngày điều trị kết quả thu được: Ở NNC kết quả điều trị tốt đạt 66,67%, khá 20%, trung bình 13,33% cao hơn ở NĐC là tốt 43,33%, khá 33,33%, trung bình 23,33% [55].

Chương 2.

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Bài thuốc nghiên cứu

Tên bài thuốc: Thái Bình HV

Xuất xứ bài thuốc: Toa thuốc đông y cổ truyền Việt Nam

Công năng: Khu phong trừ thấp, thư cân hoạt lạc, chỉ thống, mạnh gân cốt, bổ dưỡng vào gốc của cân cốt, cơ nhục là can, thận, tỳ

Bài thuốc có công thức như sau:

Bảng 2.1. Thành phần của bài thuốc “Thái Bình HV”

STT	Tên dược liệu	Tên khoa học	Số lượng
1	Cẩu tích	<i>Rhizoma Cibotii Culi</i>	10g
2	Tỳ giải	<i>Rhizoma Dioscoreae</i>	10g
3	Ngũ gia bì chân chim	<i>Cortex Schefflera heptaphyllae</i>	10g
4	Dây đau xương	<i>Caulis Tinosporae tomentosae</i>	10g
5	Cốt khí củ	<i>Radix Polygoni cuspidaii</i>	10g
6	Cam thảo nam	<i>Herba et Radix Scopariae</i>	05g
7	Cà gai leo	<i>Radix et Ramulus Solani</i>	10g
8	Củ khúc khắc	<i>Rhizoma Smilacis glabrae</i>	10g
9	Thiên niên kiện	<i>Rhizoma Homalomenae occultae</i>	10g
Tổng			85g

Tiêu chuẩn thuốc: Nguyên liệu thuốc sử dụng trong bài thuốc được dùng dưới dạng nguyên liệu khô và đạt tiêu chuẩn trong Dược điển Việt Nam V [56] và tiêu chuẩn cơ sở.

- **Dạng thuốc sử dụng trên lâm sàng:** Thuốc được sắc cô bằng máy sắc tự động hiện đại của Bệnh viện Tuệ Tĩnh, 1 thang sắc đóng làm 02 túi (thể

tích mỗi túi là 150ml), ngày uống 2 lần, mỗi lần một túi, uống sau bữa ăn.

- **Thời gian sử dụng thuốc:** Liệu trình 20 ngày.

- **Nơi sản xuất:** Khoa Dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

2.1.2. Phương pháp XBBH điều trị Viêm quanh khớp vai

Phác đồ xoa bóp bấm huyệt sử dụng trong nghiên cứu là phác đồ của Bộ y tế được ban hành trong cuốn “Quy trình kỹ thuật chuyên ngành châm cứu” (Kèm theo quyết định 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế) [57].

- Xoa, day, lăn vùng vai.

- Vòn, bóp cơ cánh tay.

- Ấn các huyệt:

+ Hợp cốc

+ Khúc trì

+ Kiên ngưng

+ Tý nhu

+ Kiên trình

+ Thiên tông

+ Cự cốt

+ Thiên tuyền

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

- Phát vùng trên và sau vai.

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

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán lâm sàng viêm quanh khớp vai thể đau vai đơn thuần.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHD

Tiêu chuẩn lâm sàng:

Bệnh nhân được chẩn đoán VQKV thể đơn thuần theo tiêu chuẩn của Boissier MC (1992) với các triệu chứng [21]:

- Đau vai kiểu cơ học;

- Hạn chế vận động chủ động;

- Đau tăng khi vận động;

- Bệnh nhân có điểm đau VAS ≤ 6 .

Cận lâm sàng:

- X-Quang khớp vai quy ước không có tổn thương hoặc có thể có calci hóa dây chằng bao khớp, gai xương.

- Siêu âm: Có thể có 1 trong các hình ảnh: viêm gân cơ trên gai, viêm gân mũ các cơ xoay, viêm gân cơ nhị đầu.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT

- Bệnh nhân viêm quanh khớp vai bệnh danh “Kiên Tý” thể “Kiên Thống”.

- Triệu chứng chính: Đau nhiều, đau không lan, trời lạnh ảm đau tăng, chườm nóng đỡ đau, đau tăng khi vận động và về đêm.

- Triệu chứng phụ: Chát lưỡi hồng, rêu trắng mỏng, mạch phù hoặc đôi khi huyền [10], [28].

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- VQKV thể giả liệt, thể đông cứng, giả liệt, hội chứng Sudeck, thể viêm gân do lắng đọng Canxi;

- Điểm đau VAS > 6 ;

- 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 một trong các bệnh sau: 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 tuân thủ thời gian điều trị và phương pháp điều trị.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Bệnh viện Châm cứu Trung

ương.

- Thời gian: Từ tháng 05/2021 đến tháng 02/2022.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng theo dõi trước sau điều trị.

2.4.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện 60 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn mục 2.2.2 và không vi phạm tiêu chuẩn mục 2.2.3.

2.4.3. Chọn mẫu

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

- **Nhóm nghiên cứu:** Điều trị VQKV bằng bài thuốc Thái Bình HV kết hợp XBBH trong thời gian 20 ngày.

- **Nhóm chứng:** Điều trị VQKV bằng XBBH trong thời gian 20 ngày.

2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

2.5.1. Chỉ tiêu đặc điểm chung

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, vị trí mắc bệnh, vị trí tổn thương, đặc điểm X-quang khớp vai, siêu âm khớp vai

Đặc điểm một số triệu chứng trên lâm sàng: Mức độ đau, ảnh hưởng các hoạt động hàng ngày, tầm vận động và năng lực khớp vai.

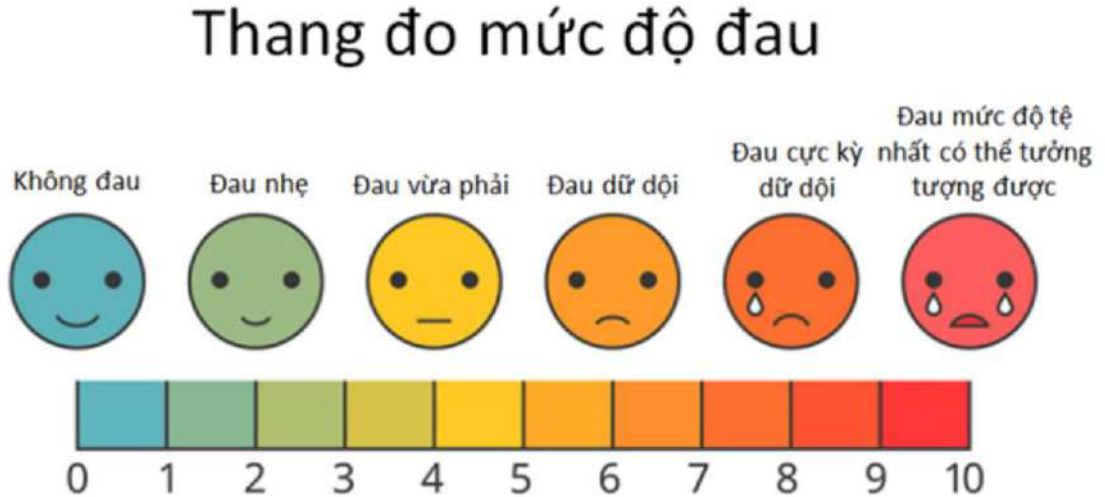
2.5.2. Chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị

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

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

Mức độ đau chủ quan của bệnh nhân được lượng giá bằng thang VAS (Visual Analogue Scale). Thang VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ

0 (hoàn toàn không đau) đến 10 (đau nghiêm trọng, không thể chịu được, có thể choáng ngất). Thang VAS được chia thành 6 mức độ sau [58]:



Hình 2.1. Thang điểm đánh giá đau VAS

Bảng 2.2. Phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS

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

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

Phương pháp đo tầm vận động cột sống cổ dựa trên phương pháp đo tầm vận động khớp do Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình của Mỹ đề ra. Tầm vận động khớp được đo chủ động hoặc thụ động. Vận động chủ động là chuyển động khớp của bệnh nhân qua tầm vận động góc quy định của khớp. Vận động

thụ động là chuyển động khớp của người khám qua tầm vận động quy định của khớp.

Bảng 2.3. Phân loại tầm vận động khớp vai theo McGill – Mc ROMI [60]

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

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

Khớp được tiến hành đánh giá theo các động tác tương ứng và quy ra mức độ

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

Đánh giá tình trạng bệnh dựa vào 4 triệu chứng chủ yếu là đau, hoạt động hàng ngày, tầm vận động, lực khớp vai với tổng số điểm là 100 (phụ lục 2). Sau khi cho điểm theo Constant C.R và Murley A.H.G, phân loại tình trạng bệnh và kết quả điều trị với 4 mức bao gồm: Tốt, khá, trung bình, kém [59].

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

Bảng 2.4. Phân loại kết quả điều trị chung theo thang Constant – Murley A.H.G

Phân loại	Tốt	Khá	Trung bình	Kém
Mức điểm	85 – 100	75 – 84	60 – 74	< 60

2.5.3. Chỉ tiêu đánh giá tác dụng không mong muốn

- Tác dụng không mong muốn của bài thuốc “Thái Bình HV” trên lâm sàng: đau đầu, hoa mắt chóng mặt, nôn, buồn nôn, đau bụng, đi ngoài.
- Tác dụng không mong muốn của phương pháp xoa bóp bấm huyệt trên lâm sàng: bầm tím, sần ngứa, đau tăng.
- Xét nghiệm:
 - + Công thức máu: Hồng cầu, Hemoglobin, Bạch cầu, Tiểu cầu.
 - + Sinh hóa máu: Ure, Creatinin, AST, ALT.

2.6. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Tiếp nhận đối tượng nghiên cứu

Chọn bệnh nhân được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần theo tiêu chuẩn của Boisser (1992) [21]. Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được làm theo một mẫu bệnh án của nghiên cứu.

Bước 2: Thăm khám lâm sàng

Khám triệu chứng cơ năng: Vị trí, mức độ đau, tính chất đau, thời gian mắc bệnh, diễn biến của bệnh, mức độ hạn chế vận động, 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: Dấu hiệu sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở), Tim mạch, huyết áp, phổi...

Khám khớp vai:

Nhìn: Hình dáng khớp vai có biến dạng? Sung nề? Teo cơ? Đỏ da?

Sờ, nắn: Nhiệt độ da. Tìm điểm đau khu trú: mấu 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 [61].

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..

Đánh giá tình trạng đau khớp vai của bệnh nhân theo thang điểm VAS [58] tại thời điểm D_0, D_{10}, D_{20} .

Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill-McROMI [60] tại thời điểm D_0, D_{10}, D_{20} .

Đánh giá chức năng khớp vai (theo Constant C.R và Murley A.H.G) [59] tại thời điểm D_0, D_{10}, D_{20} .

Đánh giá kết quả điều trị chung D_{10}, D_{20} .

Bước 3: Tiến hành xét nghiệm một số chỉ số cận lâm sàng tại thời điểm D_0, D_{20} :

Huyết học: Hồng cầu, Bạch cầu, Tiểu cầu, tốc độ máu lắng;

Sinh hóa máu: CRP, Ure, Creatinin, AST, ALT;

X-Quang, Siêu âm khớp vai

Bước 4: Phân nhóm nghiên cứu

Sau khi thăm khám lâm sàng, bệnh nhân (theo tiêu chuẩn lựa chọn) được chia ngẫu nhiên (đảm bảo sự tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và mức độ đau) thành hai nhóm:

Nhóm nghiên cứu nhận phương pháp điều trị bằng bài thuốc Thái Bình HV kết hợp với xoa bóp bấm huyệt

Nhóm chứng nhận phương pháp điều trị đơn thuần bằng xoa bóp bấm huyệt.

Bước 4: Tiến hành can thiệp**Nhóm nghiên cứu**

Bài thuốc Thái Bình HV: Sắc uống ngày 1 thang. Thuốc được sắc cô bằng dây chuyền công nghệ hiện đại của Bệnh viện Tuệ Tĩnh, 1 thang sắc đóng làm 02 túi (thể tích mỗi túi là 150ml), ngày uống 2 lần, mỗi lần một túi, uống sau bữa ăn 1 giờ. Mỗi liệu trình điều trị kéo dài 20 ngày.

Điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt: Liệu trình: 30 phút/lần/ngày trong 20 ngày. Phương pháp điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt, theo hướng dẫn quy trình của Bộ Y tế [57], [62].

Tư thế: Bệnh nhân ngồi tư thế thoải mái, thầy thuốc đứng ở sau bệnh nhân, hơi chéch sang phía vai đau. Trường hợp bệnh nhân yếu, cao tuổi nằm nghiêng, vai đau lên trên. Bệnh nhân sẽ được tiến hành thực hiện các thủ thuật sau:

Xoa bóp bấm huyệt: Các thủ thuật áp dụng bao gồm: Xát; Xoa; Day; Bóp; Bấm; Phát; Rung.

Vận động khớp vai: Một tay giữ vai, một tay cầm cổ tay bệnh nhân quay tròn 2 – 3 lần để chuẩn bị vận động cũng như xem phạm vi hoạt động của khớp đến đâu. Kéo giãn cánh tay ra ngang, rồi đưa lên cao, ra trước, qua sát ngực, rồi vòng xuống dưới, từ 3 – 5 lần khi đưa lên cao chú ý phạm vi hoạt động hiện tại của vai, đưa lên đến mức người bệnh vừa tấ đau là đủ, không nên đưa lên cao quá. Hai bàn tay thầy thuốc gài với nhau để lên vai người bệnh, tay người bệnh để trên khuỷu tay thầy thuốc. Sau đó, thầy thuốc vừa ấn vai người bệnh xuống vừa từ từ đưa tay người bệnh lên trên cao rồi hạ xuống 3 - 4 lần. Nắm ngón tay cái người bệnh, vòng cánh tay từ dưới lên trên từ sau ra trước rồi kéo xuôi tay người bệnh ra phía sau lưng 2 – 3 lần.

Lưu ý: Khi xoa bóp cần chú ý xoa bóp theo hướng từ tay lên lưng, vai, cổ; Đối với vai không bị bệnh cũng bấm huyệt nhưng nhẹ hơn; Khi bấm lưu ý thể trạng bệnh, tình trạng người bệnh nặng hay nhẹ, cấp tính hay mạn tính;

Trước khi dùng bấm cần giảm dần lực tác động.

Thời gian: Xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần/ngày.

Nhóm chứng:

Điều trị VQKV bằng XBBH áp dụng quy trình và các phương pháp tương tự như bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu.

Bước 4: Theo dõi các tác dụng không mong muốn tại thời điểm D_0, D_{20} .

Bước 5: Tổng hợp và xử lý dữ liệu.

Bước 6: Báo cáo tổng kết đề tài.

2.7. Khống chế sai số

Để hạn chế các sai số trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi thực hiện một số quy định yêu cầu được tuân thủ như sau:

- Bệnh nhân nghiên cứu được theo dõi và giám sát chặt chẽ sự tuân thủ quy trình điều trị trong suốt quá trình điều trị.
- Việc ghi chép phiếu theo dõi và đánh giá các chỉ số lâm sàng do một người thực hiện.
- Các chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị được làm trên cùng một máy và tại cùng một địa điểm.

2.8. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo chương trình SPSS 20.0.

Các test thống kê được dùng:

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

T - student test: So sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

Nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng ngưỡng của giá trị $p < 0,05$ sẽ được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Đề tài nghiên cứu được Hội đồng Khoa học Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Bệnh viện Châm cứu TW và được Hội đồng đạo đức YHCT Học viện Y - Dược học cổ

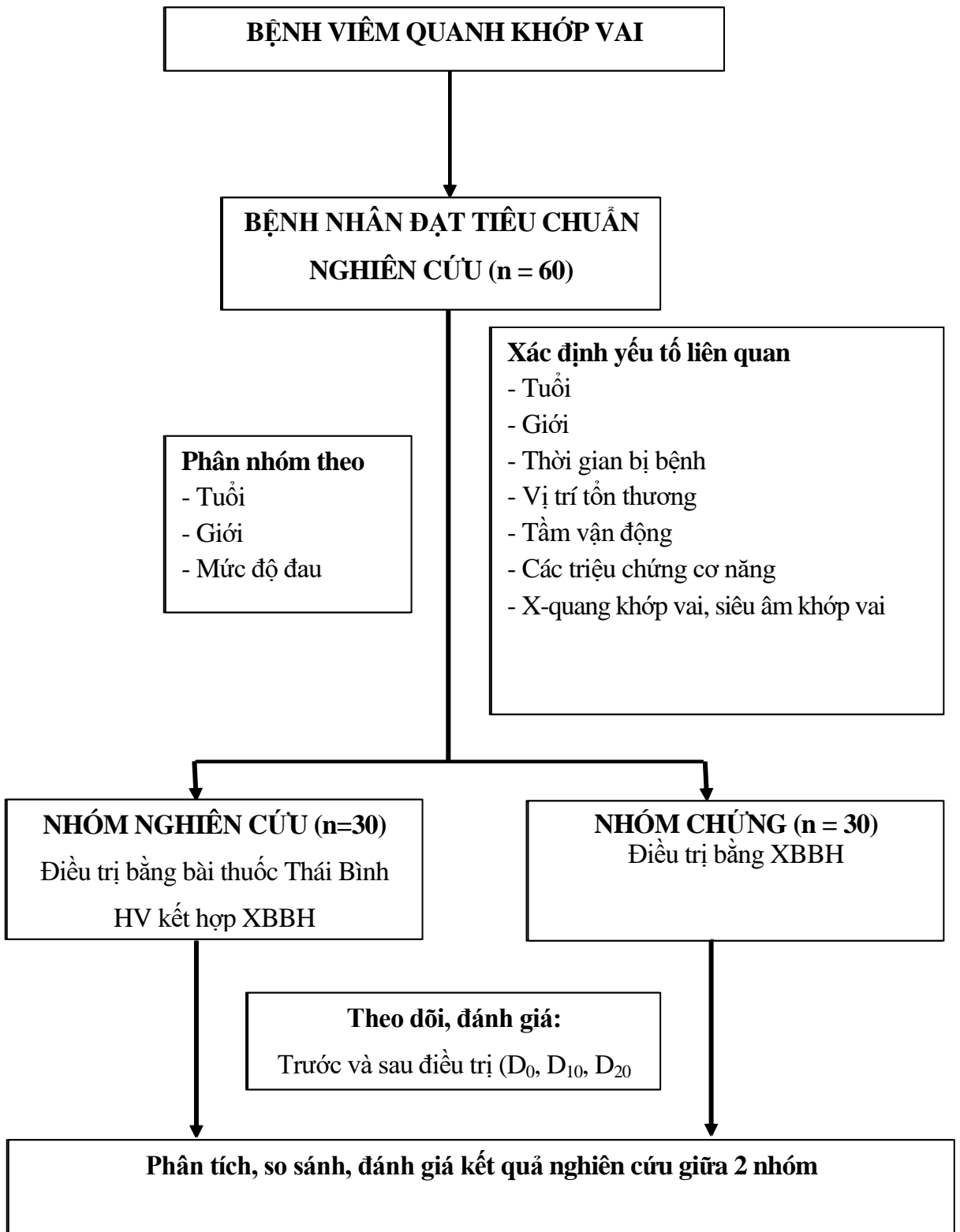
truyền Việt Nam thông qua trước khi tiến hành.

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

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

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

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

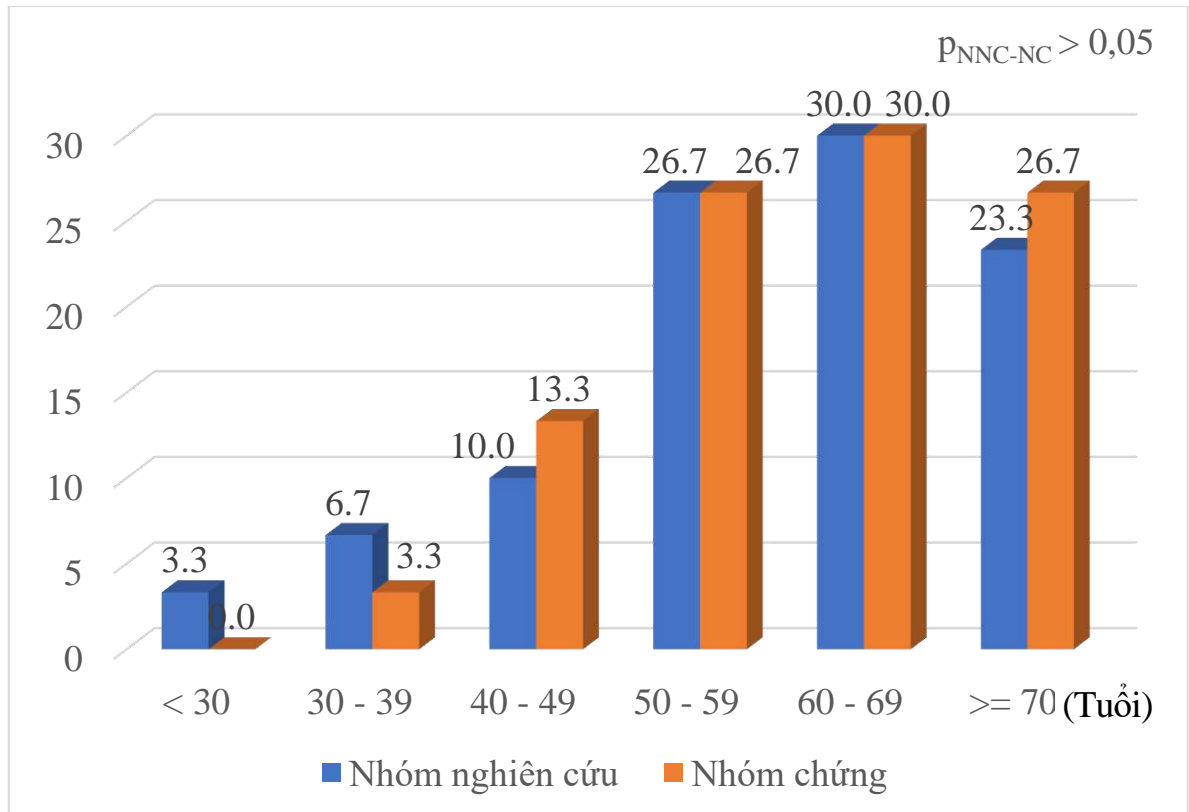


Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi



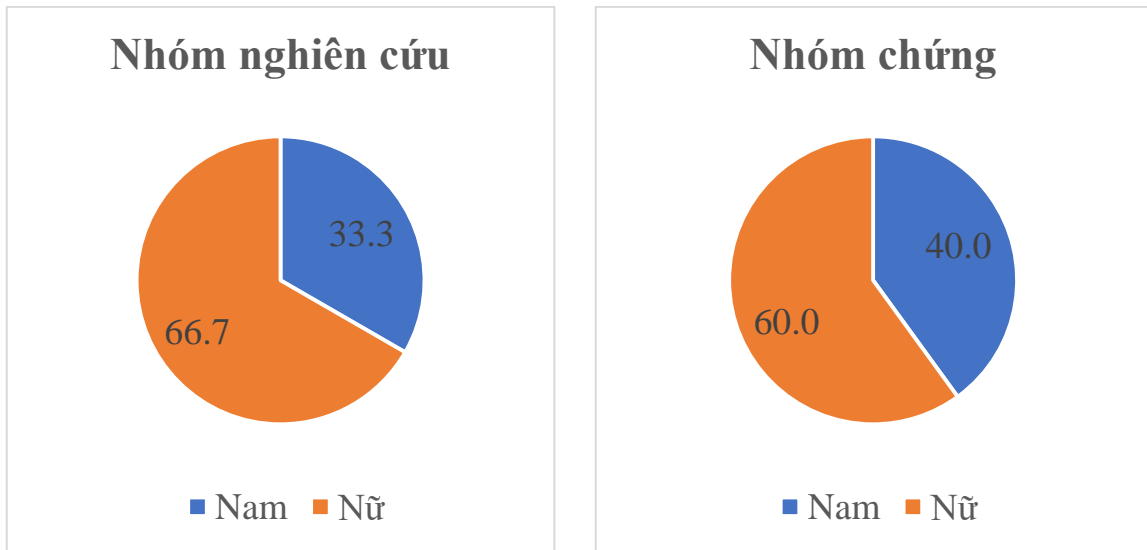
Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét

Biểu đồ 3.1 cho thấy đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi trên 60 ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với tỷ lệ lần lượt là 53,3% và 56,7%. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,93 \pm 12,90$ (tuổi), nhóm chứng là $61,73 \pm 11,07$ (tuổi), sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi nhỏ nhất là 25 tuổi và bệnh nhân tuổi cao nhất là 86 tuổi.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

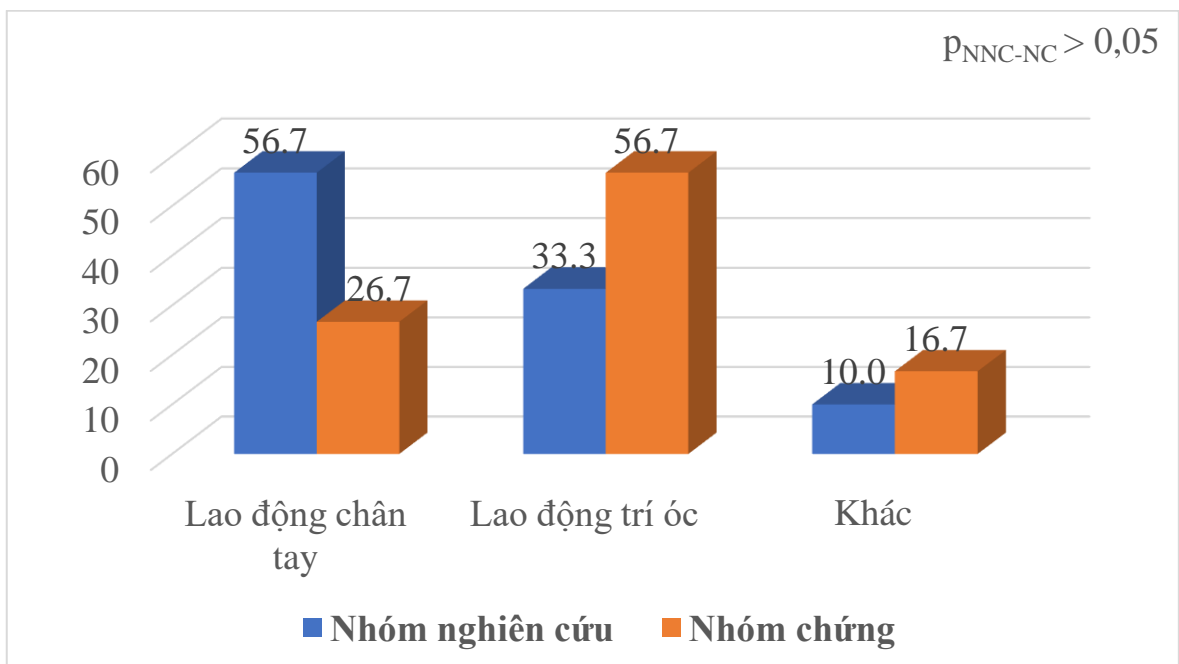


Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét:

Biểu đồ 3.2 cho thấy bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ giới, tỷ lệ này ở nhóm nghiên cứu là 66,7% và ở nhóm chứng là 60,0%. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng theo giới không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp



Biểu đồ 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét:

Bảng 3.3 cho thấy trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,7%, tỷ lệ này ở nhóm chứng là 26,7%, ngược lại ở nhóm chứng tỷ lệ lao động chân tay là 26,7% và tỷ lệ này ở nhóm nghiên cứu là 56,7%. Tuy nhiên, Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng theo nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh**

Nhóm Thời gian	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		P _{NNC-NC}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
≤ 1 tháng	19	63,33	16	53,33	> 0,05
1 – 3 tháng	7	23,33	11	36,67	
> 3 tháng	4	13,33	3	10,00	

Nhận xét:

Bảng 3.1 cho thấy đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có thời gian bị bệnh nhỏ hơn 1 tháng với tỷ lệ tương ứng là 63,3% ở nhóm nghiên cứu và 53,3% ở nhóm chứng. Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương

Vị trí \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		P _{NNC-NC}
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Vai trái	10	33,33	15	50,00	> 0,05
Vai phải	18	60,00	14	46,67	
Cả hai bên	2	6,67	1	3,33	

Nhận xét:

Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc viêm quanh khớp vai cả hai bên chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,67% ở nhóm nghiên cứu và 3,33% ở nhóm chứng. Tỷ lệ mắc bệnh ở vai trái và vai phải của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu khá tương đồng nhau và sự khác biệt giữa hai nhóm theo vị trí tổn thương không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

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

Bảng 3.3. Đặc điểm mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị.

Mức độ \ Nhóm	NNC (n = 30)		NĐC (n = 30)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0,00%	0	0,00%	0	0
Đau nhẹ	1	3,33%	0	0,00%	1	1,67
Đau vừa	20	66,67%	20	66,67%	40	66,67
Đau nặng	9	30,00%	10	33,33%	19	31,66
Điểm trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	5,27 \pm 0,52		5,33 \pm 0,48			
p	p > 0,05					

Nhận xét:

Bệnh nhân đau ở mức độ vừa chiếm tỷ lệ lớn nhất tổng số bệnh nhân nghiên cứu chiếm 66,67%, bệnh nhân đau nặng chiếm 31,66%, bệnh nhân đau nhẹ chiếm 1,67%. Điểm VAS trung bình NNC là 5,27 và NC là 5,33. Sự khác biệt về tỷ lệ mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

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

Bảng 3.4. Đặc điểm tầm vận động khớp vai bệnh nhân nghiên cứu trước điều trị

Phân loại		NNC (n=30)		NC (n=30)		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Dạng vai	Độ 0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Độ 1	2	6,67%	2	6,67%	4	6,66%
	Độ 2	27	90,00%	24	80,00%	51	85%
	Độ 3	1	3,33%	4	13,33%	5	8,33%
Xoay trong	Độ 0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Độ 1	4	13,33%	4	13,33%	8	13,33%
	Độ 2	26	86,67%	26	86,67%	52	86,67%
	Độ 3	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Xoay ngoài	Độ 0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Độ 1	1	3,33%	4	13,33%	5	8,33%
	Độ 2	29	96,67%	26	86,67%	55	91,67%
	Độ 3	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
P		$> 0,05$					

Nhận xét:

Trước điều trị bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai động tác dạng chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 85% (51 bệnh nhân) và mức độ 3 với tỷ lệ 8,33% (5 bệnh nhân); hạn chế động tác xoay trong chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 86,67% (52 bệnh nhân) và mức độ 1 với tỷ lệ 13,33% (8 bệnh nhân), không có bệnh nhân ở mức độ 0; hạn chế động tác xoay ngoài chủ yếu ở mức độ 3 chiếm tỷ lệ 91,67% (55 bệnh nhân) và mức độ 1 với tỷ lệ 8,33% (5 bệnh nhân)

Bảng 3.4 cho thấy mức độ dạng vai ra trước – lên trên, góc xoay trong, góc xoay ngoài trước điều trị của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

3.1.8. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm khớp vai trên siêu âm

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm khớp vai trên siêu âm

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

Nhận xét:

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

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

3.1.9. Phân bố bệnh nhân theo kết quả trên phim X-Quang

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo kết quả trên phim X-Quang

Kết quả	NNC (n=30)		NC (n=30)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Khớp vai bình thường	19	63,3	21	70	40	66.67
Canci hóa dây chằng	7	23.3	5	16,7	12	20.0
Gai xương	4	13.3	4	13,3	8	13.3
Tổng	30	100.0	30	100	60	1000
p	>0,05					

Nhận xét:

Tổn thương trên kết quả chụp X quang khớp vai thường quy của bệnh nhân trước điều trị chủ yếu khớp vai bình thường, chiếm 66.67%; tiếp đến Canci hóa dây chằng, chiếm 20.0% và Gai xương 13.3%

Giữa 2 nhóm nghiên cứu, không có sự khác biệt về tổn thương trên kết quả chụp X quang khớp vai thường quy, $p > 0.05$

3.2. Kết quả điều trị của Bài thuốc Thái Bình HV kết hợp XBBH

3.2.1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.7. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS trước – sau điều trị

Phân loại		Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		pNNC- NC
		n	%	n	%	
D0	Không đau	0	0,00%	0	0,00%	> 0,05
	Đau nhẹ	1	3,33%	0	0,00%	
	Đau vừa	20	66,67%	20	66,67%	
	Đau nặng	9	30,00%	10	33,33%	
D10	Không đau	0	0,00%	0	0,00%	> 0,05
	Đau nhẹ	28	93,33%	27	90,00%	
	Đau vừa	2	6,67%	3	10,0%	
	Đau nặng	0	0,00%	0	0,00%	
D20	Không đau	28	93,33%	16	53,33%	< 0,05
	Đau nhẹ	2	6,67%	14	46,67%	
	Đau vừa	0	0,00%	0	0,00%	
	Đau nặng	0	0,00%	0	0,00%	
p0-10; p10-20; p0-20		<0,05; <0,05; <0,05		<0,05; <0,05; <0,05		

Nhận xét:

Trước điều trị 59/60 bệnh nhân có đau là ở mức độ vừa và nặng mức độ đau vừa của cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều là 66,67%.

Sau khi điều trị 10 ngày, triệu chứng đau có sự cải thiện, NNC có 93,33% bệnh nhân đau nhẹ, 6,67% bệnh nhân đau vừa. Tỷ lệ này tương đương ở NC có

90% bệnh nhân đau nhẹ, 10% bệnh nhân đau vừa. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa NNC và NC ở D10 ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị, điểm đau VAS của cả NNC và NC đều tập trung ở mức không đau và đau nhẹ, tỷ lệ không đau trong NNC là 93,33% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với NC là 53,33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại D20 ($p < 0,05$).

Bảng 3.8. Sự thay đổi giá trị trung bình điểm đau VAS trước – sau điều trị

Nhóm		Nhóm NC (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	NC (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	P_{NNC-NC}
Thời điểm				
D ₀		5,27 ± 0,52	5,33 ± 0,48	> 0,05
D ₁₀		3,33 ± 0,71	3,53 ± 0,57	> 0,05
D ₂₀		0,63 ± 0,61	1,23 ± 0,90	< 0,05
Hiệu suất giảm điểm	D ₀₋₁₀	1,93 ± 0,37	1,80 ± 0,41	> 0,05
	D ₁₀₋₂₀	2,70 ± 0,79	2,30 ± 0,70	< 0,05
	D ₀₋₂₀	4,63 ± 0,67	4,10 ± 0,88	< 0,05
P ₀₋₁₀ ; P ₁₀₋₂₀ ; P ₀₋₂₀		< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Nhận xét: Bảng 3.8 cho thấy trước điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS ở nhóm nghiên cứu trung bình là $5,27 \pm 0,52$ (điểm), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm nghiên cứu tương ứng là $3,33 \pm 0,71$ (điểm) và $0,63 \pm 0,61$ (điểm). Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị ở nhóm chứng trung bình là $5,33 \pm 0,48$ (điểm), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm nghiên cứu tương ứng là $3,53 \pm 0,57$ (điểm) và $1,23 \pm 0,90$ (điểm). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên

cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sau 10 ngày điều trị hiệu suất giảm điểm của nhóm nghiên cứu là $1,93 \pm 0,37$ (điểm) cao hơn so với nhóm chứng là $1,80 \pm 0,41$ (điểm), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị điểm VAS của nhóm nghiên cứu giảm $4,63 \pm 0,67$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $4,10 \pm 0,88$ (điểm).

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

3.2.2.1. Sự thay đổi động tác dạng vai

Bảng 3.9. Sự thay đổi động tác dạng vai trước – sau điều trị

Phân loại		Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		P _{NNC-NC}
		n	%	n	%	
D₀	Độ 0	0	0,00%	0	0,00%	> 0,05
	Độ 1	2	6,67%	2	6,67%	
	Độ 2	27	90,00%	24	80,00%	
	Độ 3	1	3,33%	4	13,33%	
D₁₀	Độ 0	0	0,00%	0	0,00%	> 0,05
	Độ 1	22	73,33%	16	53,33%	
	Độ 2	8	26,67%	13	43,33%	
	Độ 3	0	0,00%	1	3,33%	
D₂₀	Độ 0	22	73,33%	16	53,33%	< 0,05
	Độ 1	8	26,67%	8	26,67%	
	Độ 2	0	0,00%	6	20,00%	
	Độ 3	0	0,00%	0	0,00%	
P₀₋₁₀; P₁₀₋₂₀; P₀₋₂₀		<0,05; <0,05; <0,05		<0,05; <0,05; <0,05		

Nhận xét:

Bảng 3.9 cho thấy trước điều trị tỷ lệ hạn chế động tác dạng vai mức độ 2

của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều cao nhất với giá trị tương ứng là 90,00% và 80,00%, sau điều trị 20 ngày tỷ lệ không hạn chế trong nhóm nghiên cứu là 73,33% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là 53,33%. Sự khác biệt của chỉ số này trước - sau điều trị 20 ngày ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tại thời điểm ngày 10 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.10. Sự thay đổi giá trị trung bình động tác dạng vai trước – sau điều trị

Thời điểm		Nhóm nghiên cứu (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	$P_{\text{NNC-NC}}$
D₀		78,00 ± 18,50	74,67 ± 23,00	> 0,05
D₁₀		119,50 ± 18,63	105,67 ± 28,34	< 0,05
D₂₀		160,87 ± 18,72	143,07 ± 34,09	< 0,05
Hiệu suất tăng điểm	D₀₋₁₀	41,50 ± 23,01	31,00 ± 15,05	< 0,05
	D₁₀₋₂₀	41,37 ± 22,06	37,40 ± 20,66	> 0,05
	D₀₋₂₀	82,87 ± 19,24	68,40 ± 25,25	< 0,05
P₀₋₁₀; P₁₀₋₂₀; P₀₋₂₀		<0,05; <0,05; <0,05	<0,05; <0,05; <0,05	

Nhận xét:

Bảng 3.10 cho thấy trước điều trị hạn chế động tác dạng ở nhóm nghiên cứu trung bình là 78,00 ± 18,50 (độ), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị động tác dạng của nhóm nghiên cứu tương ứng là 119,50 ± 18,63 (độ) và 160,87 ± 18,72 (độ). Động tác dạng trước điều trị ở nhóm chứng trung bình là 74,67 ± 23,00 (độ), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị động tác dạng của nhóm nghiên cứu tương ứng là 105,67 ± 28,34 (độ) và 143,07 ± 34,09 (độ). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị hiệu suất tăng tầm vận động dạng khớp vai ra của nhóm nghiên cứu là

41,50 ± 23,01 (độ) cao hơn so với nhóm chứng là 31,00 ± 15,05 (độ), sự khác biệt này có ý thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu tăng 82,87 ± 19,24 (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là 68,40 ± 25,25 (độ)

3.2.2.2. Sự thay đổi động tác xoay trong

Bảng 3.11. Sự thay đổi động tác xoay trong trước – sau điều trị

Phân loại		Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		P _{NNC-NC}
		n	%	n	%	
D₀	Độ 0	0	0,00%	0	0,00%	> 0,05
	Độ 1	4	13,33%	4	13,33%	
	Độ 2	26	86,67%	26	86,67%	
	Độ 3	0	0,00%	0	0,00%	
D₁₀	Độ 0	0	0,00%	0	0,00%	> 0,05
	Độ 1	28	93,33%	28	93,33%	
	Độ 2	2	6,67%	2	6,67%	
	Độ 3	0	0,00%	0	0,00%	
D₂₀	Độ 0	25	83,33%	12	40,00%	< 0,05
	Độ 1	5	16,67%	18	60,00%	
	Độ 2	0	0,00%	0	0,00%	
	Độ 3	0	0,00%	0	0,00%	
P₀₋₁₀; P₁₀₋₂₀; P₀₋₂₀		<0,05; <0,05; <0,05		<0,05; <0,05; <0,05		

Nhận xét:

Bảng 3.11 cho thấy trước điều trị tỷ lệ bệnh nhân hạn chế động tác xoay trong mức độ 2 của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều chiếm 86,67%, khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Sau 10 ngày điều trị, Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay trong độ 2 giảm từ 86.67% xuống 6,67% ở NNC và

NC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P_{D_0-D_{10}} < 0,05$. Sau 20 ngày điều trị, Tỷ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay trong độ 0 của NNC là 83,33% khác biệt có ý nghĩa thống kê so với NC đạt tỷ lệ 40,00%. Sự khác biệt của chỉ số này trước sau điều trị ở hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 3.12. Sự thay đổi giá trị trung bình động tác xoay trong trước – sau điều trị

Thời điểm		Nhóm (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	P_{NNC-NC}
D₀		53,30 ± 5,84	53,90 ± 5,30	> 0,05
D₁₀		73,17 ± 5,83	67,37 ± 4,80	< 0,05
D₂₀		84,97 ± 2,99	80,67 ± 4,72	< 0,05
Hiệu suất tăng điểm	D₀₋₁₀	19,87 ± 6,52	13,47 ± 7,85	> 0,05
	D₁₀₋₂₀	11,80 ± 4,80	13,30 ± 5,27	> 0,05
	D₀₋₂₀	31,67 ± 5,41	26,77 ± 6,63	< 0,05
P₀₋₁₀; P₁₀₋₂₀; P₀₋₂₀		<0,05; <0,05; <0,05	<0,05; <0,05; <0,05	

Nhận xét:

Bảng 3.12 cho thấy trước điều trị tầm vận động xoay trong ở nhóm nghiên cứu trung bình là $53,30 \pm 5,84$ (độ), sau 10 ngày, 20 ngày điều trị tầm vận động xoay trong của nhóm nghiên cứu tương ứng là $73,17 \pm 5,83$ (độ) và $84,97 \pm 2,99$ (độ). Tầm vận động xoay trong trước điều trị ở nhóm chứng là $53,90 \pm 5,30$ (độ), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị tầm vận động xoay trong của nhóm nghiên cứu tương ứng là $67,37 \pm 4,80$ (độ) và $80,67 \pm 4,72$ (độ). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị hiệu suất tăng tầm vận động xoay trong của nhóm nghiên cứu là $19,87 \pm 6,52$ (độ) cao hơn so với nhóm đối chứng là $13,47 \pm 7,85$ (độ), sự khác biệt này không có ý thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị chỉ số này của nhóm

nghiên cứu tăng $31,67 \pm 5,41$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $26,77 \pm 6,63$ (độ).

3.2.2.3. Sự thay đổi động tác xoay ngoài

Bảng 3.13. Sự thay đổi động tác xoay ngoài trước – sau điều trị

Phân loại		Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		P _{NNC-NC}
		n	%	n	%	
D₀	Độ 0	0	0,00%	0	0,00%	> 0,05
	Độ 1	1	3,33%	4	13,33%	
	Độ 2	29	96,67%	26	86,67%	
	Độ 3	0	0,00%	0	0,00%	
D₁₀	Độ 0	1	3,33%	0	0,00%	> 0,05
	Độ 1	16	53,33%	11	36,67%	
	Độ 2	13	43,33%	18	60,00%	
	Độ 3	0	0,00%	1	3,33%	
D₂₀	Độ 0	22	73,33%	15	50,00%	< 0,05
	Độ 1	8	26,67%	10	33,33%	
	Độ 2	0	0,00%	5	16,67%	
	Độ 3	0	0,00%	0	0,00%	
P₀₋₁₀; P₁₀₋₂₀; P₀₋₂₀		<0,05; <0,05; <0,05		<0,05; <0,05; <0,05		

Nhận xét:

Bảng 3.13 cho thấy trước điều trị tỷ lệ bệnh nhân của nhóm nghiên cứu hạn chế vận động xoay ngoài mức độ 2 là 96,67%, cao hơn nhóm chứng với tỷ lệ là 86,67%, khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ không hạn chế của nhóm nghiên cứu là 73,33% khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng đạt tỷ lệ 50,00%. Sự khác biệt của chỉ số này trước sau điều trị ở hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.14. Sự thay đổi giá trị trung bình động tác xoay ngoài trước – sau điều trị

Thời điểm \ Nhóm		Nhóm nghiên cứu (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	P _{NNC-NĐC}
D₀		49,63 ± 5,57	49,90 ± 10,12	> 0,05
D₁₀		68,67 ± 8,30	62,67 ± 9,54	< 0,05
D₂₀		86,03 ± 6,61	79,40 ± 11,88	< 0,05
Hiệu suất tăng điểm	D₀₋₁₀	19,03 ± 9,51	12,77 ± 9,23	> 0,05
	D₁₀₋₂₀	17,37 ± 8,21	16,73 ± 8,49	> 0,05
	D₀₋₂₀	36,40 ± 7,82	29,50 ± 9,05	< 0,05
P₀₋₁₀; P₁₀₋₂₀; P₀₋₂₀		<0,05; <0,05; <0,05	<0,05; <0,05; <0,05	

Nhận xét:

Bảng 3.14 cho thấy, trước điều trị tầm vận động xoay ngoài ở nhóm nghiên cứu trung bình là $49,63 \pm 5,57$ (độ), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị tầm vận động xoay ngoài của nhóm nghiên cứu tương ứng là $68,67 \pm 8,30$ (độ) và $86,03 \pm 6,61$ (độ). Tầm vận động xoay ngoài trước điều trị ở nhóm chứng là $49,90 \pm 10,12$ (độ), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị tầm vận động xoay ngoài của nhóm nghiên cứu tương ứng là $62,67 \pm 9,54$ (độ) và $79,40 \pm 11,88$ (độ). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị hiệu suất tăng tầm vận động xoay ngoài của nhóm nghiên cứu là $19,03 \pm 9,51$ (độ) cao hơn so với nhóm đối chứng là $12,77 \pm 9,23$ (độ), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu tăng $36,40 \pm 7,82$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $29,50 \pm 9,05$ (độ).

3.2.2.4. Sự thay đổi lực nâng của vai

Bảng 3.15. Sự thay đổi lực nâng của vai

Thời điểm		Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	P _{NNC-NĐC}
D₀			15,43 ± 1,17	15,87 ± 1,93	> 0,05
D₁₀			19,13 ± 2,11	17,80 ± 2,50	< 0,05
D₂₀			23,17 ± 2,23	21,53 ± 2,13	< 0,05
Hiệu suất tăng điểm	D₀₋₁₀		3,70 ± 2,15	1,93 ± 2,72	< 0,05
	D₁₀₋₂₀		4,03 ± 2,17	3,73 ± 2,45	> 0,05
	D₀₋₂₀		7,73 ± 1,86	5,67 ± 2,32	< 0,05
P₀₋₁₀; P₁₀₋₂₀; P₀₋₂₀			<0,05; <0,05; <0,05	<0,05; <0,05; <0,05	

Nhận xét:

Bảng 3.15 cho thấy trước điều trị lực nâng vai ở nhóm nghiên cứu trung bình là 15,43 ± 1,17 (pound), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị lực nâng vai của nhóm nghiên cứu tương ứng là 19,13 ± 2,11 (pound) và 23,17 ± 2,23 (pound). Lực nâng vai trước điều trị ở nhóm chứng trung bình là 15,87 ± 1,93 (pound), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị lực nâng vai của nhóm nghiên cứu tương ứng là 17,80 ± 2,50 (pound) và 21,53 ± 2,13 (pound). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị hiệu suất tăng lực nâng khớp vai của nhóm nghiên cứu là 3,70 ± 2,15 (pound) cao hơn so với nhóm đối chứng là 1,93 ± 2,72 (pound), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu tăng 7,73 ± 1,86 (pound) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là 5,67 ± 2,32 (pound).

3.2.3. Sự thay đổi thang điểm Constant – Murley A.H.R

Bảng 3.16. Sự thay đổi điểm thành phần theo thang điểm Constant – Murley

		Thời điểm	NNC (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	NC (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	pNNC- NC
Tình trạng					
Mức độ đau		D0	3,67 ± 2,60	3,33 ± 2,40	> 0,05
		D10	8,33 ± 2,40	7,50 ± 2,54	> 0,05
		D20	14,67 ± 1,27	12,67 ± 2,54	< 0,05
Hoạt động hàng ngày	A. Mức độ hoạt động	D0	3,20 ± 3,09	4,27 ± 3,39	> 0,05
		D10	7,87 ± 2,29	7,53 ± 2,45	> 0,05
		D20	9,07 ± 1,80	7,80 ± 2,64	< 0,05
	B. Vị trí	D0	4,13 ± 2,10	4,53 ± 2,29	> 0,05
		D10	7,13 ± 1,36	6,93 ± 1,55	> 0,05
		D20	9,47 ± 1,04	8,87 ± 1,46	< 0,05
Khả năng vận động khớp vai	Nâng vai ra trước – lên trên	D0	4,27 ± 1,55	4,33 ± 1,58	> 0,05
		D10	7,60 ± 1,33	6,80 ± 2,07	> 0,05
		D20	9,47 ± 1,66	8,53 ± 2,34	< 0,05
	Dạng vai sang bên – lên trên	D0	5,60 ± 0,97	5,33 ± 1,09	> 0,05
		D10	8,93 ± 1,46	6,80 ± 1,99	< 0,05
		D20	9,13 ± 2,01	7,60 ± 1,98	< 0,05
	Quay ngoài	D0	3,53 ± 2,71	4,53 ± 2,57	> 0,05
		D10	8,13 ± 2,10	8,27 ± 2,02	> 0,05
		D20	9,13 ± 1,87	7,67 ± 1,60	< 0,05
	Quay trong	D0	5,87 ± 0,51	5,53 ± 0,86	> 0,05
		D10	8,00 ± 1,39	6,60 ± 1,59	< 0,05

		D20	9,20 ± 1,79	8,60 ± 1,90	< 0,05
Năng lực của vai		D0	15,43 ± 1,17	15,87 ± 1,93	> 0,05
		D10	19,13 ± 2,11	17,80 ± 2,50	< 0,05
		D20	23,17 ± 2,23	21,53 ± 2,13	< 0,05

Nhận xét: Bảng 3.16 cho thấy mức điểm đau quy đổi theo thang Constant – Murley của nhóm nghiên cứu là $3,67 \pm 2,60$ (điểm) tại thời điểm D_0 , và $8,33 \pm 2,40$ (điểm) tại thời điểm D_{10} , sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tại thời điểm D_{20} chỉ số này của nhóm nghiên cứu là $14,67 \pm 1,27$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $12,67 \pm 2,54$ (điểm). Xu hướng tương tự cũng xuất hiện khi so sánh mức điểm quy đổi theo thang Constant – Murley theo hoạt động hàng ngày, tầm vận động khớp vai, góc nâng vai ra trước – lên trên, góc dạng vai sang bên – lên trên, góc quay ngoài.

Riêng với giá trị quy đổi của góc dạng vai sang bên – lên trên, góc quay trong, năng lực của vai trước điều trị sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tại thời điểm D_{10} , D_{20} sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.17. Sự thay đổi điểm tổng theo thang điểm Constant - Murley

Thời điểm		Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	$P_{NNC-NDC}$
D₀			46,70 ± 6,10	48,73 ± 6,07	> 0,05
D₁₀			74,00 ± 6,13	68,83 ± 8,85	< 0,05
D₂₀			89,83 ± 7,59	81,67 ± 13,15	< 0,05
Hiệu suất	D₀₋₁₀		27,30 ± 6,92	20,17 ± 10,43	< 0,05

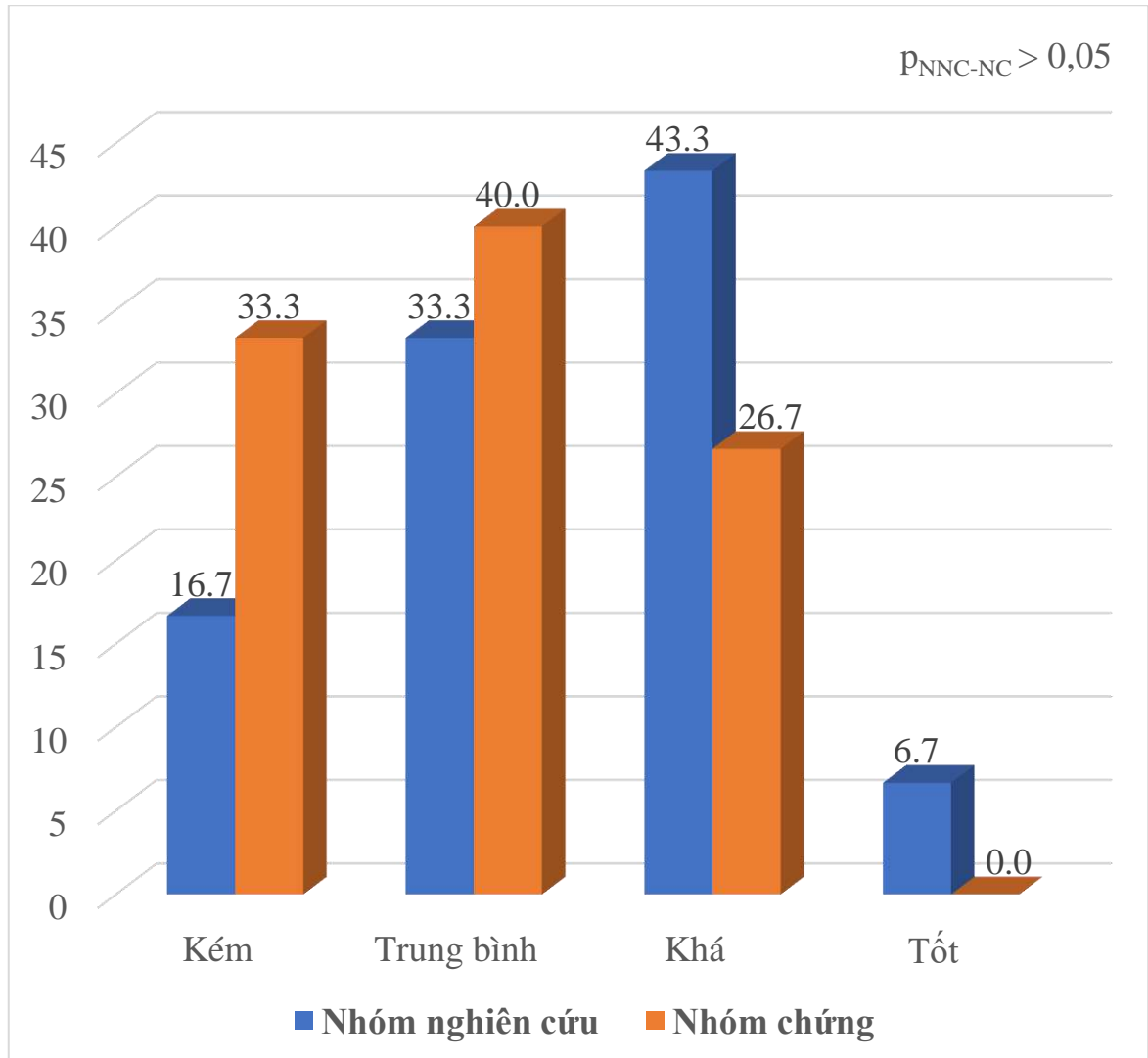
tăng điểm	D₁₀₋₂₀	15,83 ± 9,51	12,83 ± 9,37	> 0,05
	D₀₋₂₀	43,13 ± 9,74	32,93 ± 13,53	< 0,05
P₀₋₁₀; P₁₀₋₂₀; P₀₋₂₀		<0,05; <0,05; <0,05	<0,05; <0,05; <0,05	

Nhận xét:

Bảng 3.17 cho thấy trước điều trị điểm Theo thang Constant - Murley ở nhóm nghiên cứu trung bình là $46,70 \pm 6,10$ (điểm), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị điểm Theo thang Constant - Murley của nhóm nghiên cứu tương ứng là $74,00 \pm 6,13$ (điểm) và $89,83 \pm 7,59$ (điểm). Điểm Theo thang Constant - Murley trước điều trị ở nhóm chứng trung bình là $48,73 \pm 6,07$ (điểm), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị điểm Theo thang Constant - Murley của nhóm nghiên cứu tương ứng là $68,83 \pm 8,85$ (điểm) và $81,67 \pm 13,15$ (điểm). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị hiệu suất tăng điểm Theo thang Constant - Murley của nhóm nghiên cứu là $27,30 \pm 6,92$ (điểm) cao hơn so với nhóm chứng là $20,17 \pm 10,43$ (điểm), sự khác biệt này có ý thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu tăng $43,13 \pm 9,74$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $32,93 \pm 13,53$ (điểm).

3.3. Kết quả điều trị chung

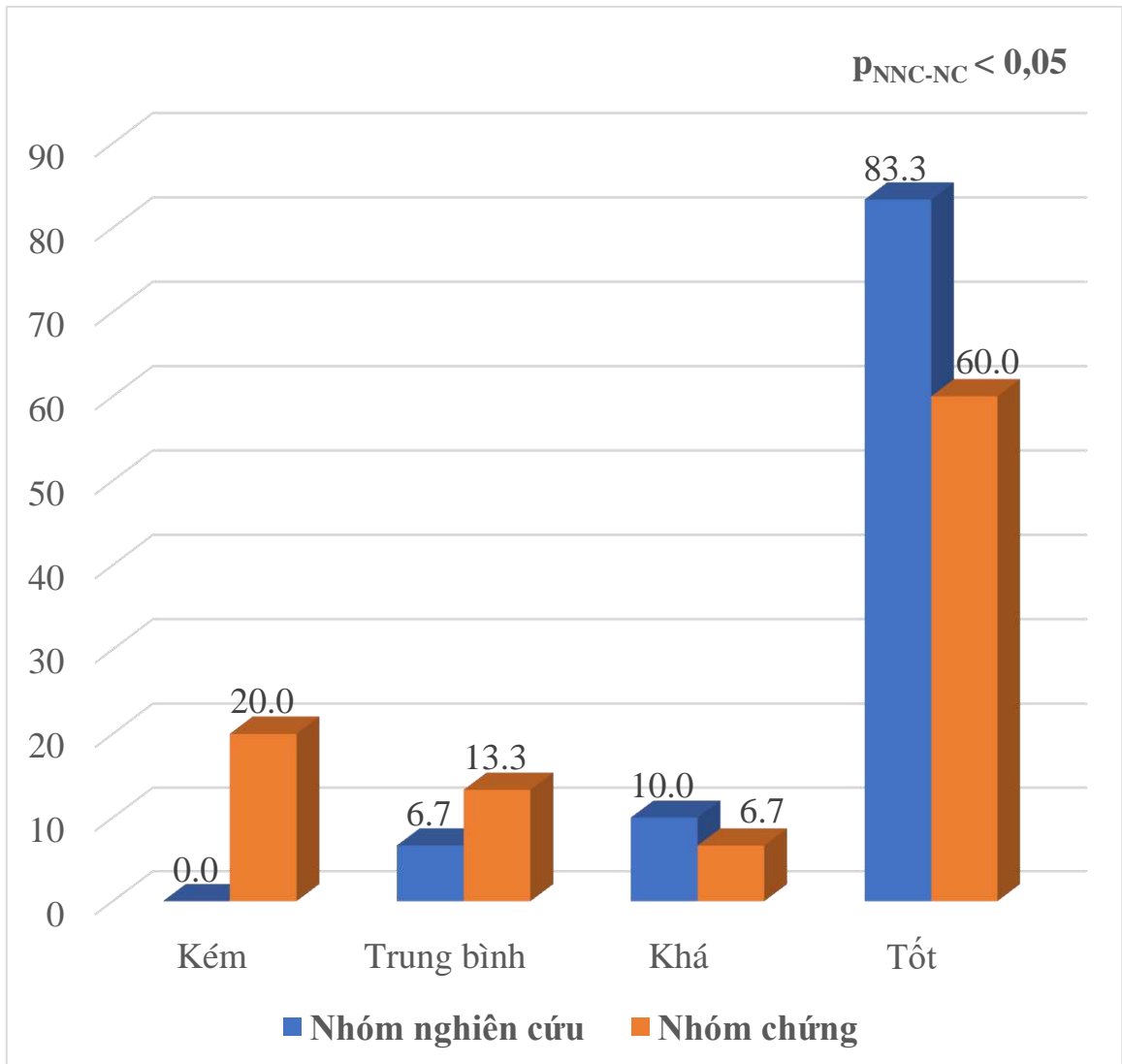
3.3.1. Kết quả chung sau 10 ngày điều trị



Biểu đồ 3.4. Kết quả chung sau 10 ngày điều trị

Biểu đồ 3.4 cho thấy sau điều trị 10 ngày chỉ có 6,67% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đáp ứng điều trị ở mức tốt, tỷ lệ này ở nhóm chứng là 0,0%. Tỷ lệ đáp ứng điều trị ở mức khá cũng ghi nhận xu hướng tương tự với mức đáp ứng khá ở nhóm nghiên cứu là 46,67% và nhóm chứng là 36,67%. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3.2. Kết quả chung sau 20 ngày điều trị



Biểu đồ 3.5. Kết quả chung sau 20 ngày điều trị

Biểu đồ 3.5 cho thấy sau điều trị 20 ngày có 83,3% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đáp ứng điều trị ở mức tốt, tỷ lệ này ở nhóm chứng là 60,0%. Tỷ lệ đáp ứng điều trị ở mức khá cũng ghi nhận xu hướng tương tự với mức đáp ứng khá ở nhóm nghiên cứu là 10,0% và nhóm chứng là 6,7%. Sự khác biệt theo đáp ứng điều trị giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.4. Tác dụng không mong muốn

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

Bảng 3.18. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu

Xét nghiệm	Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm chứng (n=30) ($\bar{X} \pm SD$)	P _{NNC-NĐC}
	Hồng cầu (T/L)	D ₀	4,53 ± 0,49	4,70 ± 0,51
D ₂₀		4,55 ± 0,38	4,59 ± 0,46	> 0,05
Bạch cầu (G/L)	D ₀	7,14 ± 1,05	7,69 ± 1,14	> 0,05
	D ₂₀	7,13 ± 1,05	7,17 ± 1,20	> 0,05
Tiểu cầu (G/L)	D ₀	266,73 ± 51,10	276,53 ± 53,82	> 0,05
	D ₂₀	258,73 ± 44,00	264,13 ± 62,93	> 0,05
Ure (mmol/L)	D ₀	6,56 ± 1,44	6,37 ± 1,63	> 0,05
	D ₂₀	9,84 ± 19,35	6,32 ± 1,79	> 0,05
Creatinine (μmol/L)	D ₀	89,52 ± 23,18	87,28 ± 19,66	> 0,05
	D ₂₀	83,65 ± 17,00	86,48 ± 21,30	> 0,05
AST (U/L)	D ₀	28,09 ± 8,25	27,91 ± 10,75	> 0,05
	D ₂₀	28,36 ± 7,02	30,96 ± 11,54	> 0,05
ALT (U/L)	D ₀	27,79 ± 7,69	30,48 ± 14,54	> 0,05
	D ₂₀	28,50 ± 7,40	31,33 ± 16,47	> 0,05

Nhận xét:

Bảng 3.18 cho thấy các chỉ số xét nghiệm của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu trước sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sự thay đổi chỉ số cận lâm sàng trước sau điều trị của cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4.2. Một số tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.19. Một số tác dụng không mong muốn của bài thuốc Thái Bình HV

Triệu chứng	Nhóm nghiên cứu (n = 30)		Nhóm chứng (n = 30)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	0	0	0	0
Hoa mắt	0	0	0	0
Chóng mặt	0	0	0	0
Nôn	0	0	0	0
Buồn nôn	0	0	0	0
Đau bụng	0	0	0	0
Đi ngoài	0	0	0	0

Nhận xét:

Sau 20 ngày điều trị không ghi nhận triệu chứng không mong muốn của bài thuốc Thái Bình HV trên lâm sàng ở cả NNC và NC

Bảng 3.20. Tác dụng không mong muốn của phương pháp XBBH

Tác dụng không mong muốn	NNC (n=30)		NĐC (n=30)	
	n	%	n	%
Bầm tím	0	0	0	0
Sần ngứa	0	0	0	0
Đau tăng	0	0	0	0

Nhận xét:

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

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Biểu đồ 3.1 cho thấy đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi trên 60 ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với tỷ lệ lần lượt là 53,3% và 56,7%. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều với các tác giả trong và ngoài nước: Nguyễn Thị Tân cho thấy tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi tham gia nghiên cứu là 56,7% [62]; Nghiên cứu của tác giả Cho thực hiện năm 2016 cho thấy trên 50% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi > 60 [64]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Gallacher thực hiện năm 2018 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân dưới 60 tuổi tham gia nghiên cứu là 44% [65].

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,93 \pm 12,90$ (tuổi), nhóm chứng là $61,73 \pm 11,07$ (tuổi), sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi nhỏ nhất là 25 tuổi và bệnh nhân tuổi cao nhất là 86 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lo thực hiện năm 2020 cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 59,6 tuổi [66]; Nghiên cứu của tác giả Min Yao (2017) cho thấy tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu này là 59,94 [67]. Tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt so với tác giả Klç thực hiện năm 2015 cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 48,4 tuổi [68]. Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Gallacher thực hiện năm 2018

bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 53,9 năm [65]; Nghiên cứu của tác giả Khallaf thực hiện năm 2018 cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 47,3 tuổi [69]; Nghiên cứu của tác giả Kim thực hiện năm 2017 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 55,2 tuổi [70]; Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Renalletta thực hiện năm 2015 cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 63,4 tuổi [71]; Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tân thực hiện năm 2019 cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 61,87 (tuổi) [62].

Từ những nhận xét và kết quả trên cho thấy VQKV cũng như các bệnh cơ xương khớp khác là bệnh của những người trung niên và lớn tuổi vì nó liên quan nhiều tới các bệnh chuyển hóa, nội tiết và quá trình cấp máu nuôi dưỡng khớp vai. Cùng với tuổi tác thì quá trình lão hóa cũng tăng dần và ảnh hưởng không nhỏ tới hệ vận động đặc biệt là hệ thống gân cơ, dây chằng, bao khớp. Bệnh nhân trên 50 tuổi, do sự thoái hóa của các nhóm cơ xoay do hoạt động lâu dài và quá nhiều, đồng thời các vi chấn thương liên tiếp được tạo ra bởi sự tồn tại vùng cọ xát của móm cùng - quạ là yếu tố thuận lợi gây VQKV thể đơn thuần.

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

4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Biểu đồ 3.2 cho thấy bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ giới, tỷ lệ này ở nhóm nghiên cứu là 66,7% và ở nhóm chứng là 60,0%. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng theo giới tính không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả

Nguyễn Thị Tân thực hiện năm 2019 cho thấy tỷ lệ nữ giới của đối tượng nghiên cứu là 63,3% [62]; Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Thuý thực hiện năm 2021 cho thấy tỷ lệ nữ giới tham gia nghiên cứu là 61,67%, nam là 38,33% [67]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ giới cao hơn nghiên cứu của tác giả Ziegler thực hiện năm 2019 cho thấy tỷ lệ nữ giới tham gia nghiên cứu này là 53,3% [72].

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ giới tham gia thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Narendran Pushpasekaran thực hiện năm 2017 cho thấy 72,1% bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nữ giới [74]; Nghiên cứu của tác giả Mun và Baek thực hiện năm 2016 cho thấy tỷ lệ nữ giới trong group B của nghiên cứu này chiếm tỷ lệ là 65,5% [73].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ giới tham gia cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Duyên Trang (2013) nghiên cứu về đánh giá hiệu quả vận động trị liệu trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần cũng cho kết quả nữ là (51.6%), nam là (48.4%) [74]; Trương Văn Chúc năm 2016, cho thấy tỷ lệ mắc bệnh viêm quanh khớp vai ở bệnh nhân nữ (53.3%) và nam (46.7%) [75]; Nghiên cứu của tác giả Min Yao thực hiện năm 2017 cho thấy tỷ lệ nữ giới tham gia nghiên cứu là 57,5% [67]

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

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

4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Biểu đồ 3.3 cho thấy trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,7%, tỷ lệ này ở nhóm chứng là 26,7%, ngược lại ở nhóm chứng tỷ lệ lao động chân tay là 26,7% và tỷ lệ này ở nhóm nghiên cứu là 56,7%. Tuy nhiên, Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng theo nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ lao động chân tay tham gia nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả nghiên cứu của tác giả Hoàng Huyền Châm (2018) 63,3% lao động chân tay, 30% lao động trí óc [51]; Nguyễn Thị Tân thực hiện năm 2019 cho thấy bệnh nhân là người lao động chân tay tham gia nghiên cứu chiếm tỷ lệ 70% [62]; Nghiên cứu của tác giả Narendran Pushpasekaran thực hiện năm 2017 cho thấy 65% bệnh nhân tham gia nghiên cứu là lao động chân tay [74]; Nguyễn Thị Minh Thuý thực hiện năm 2021 cho thấy tỉ lệ nhóm bệnh nhân lao động chân tay chiếm đa số với 60%, lao động trí óc chiếm 31,67%. [55]

4.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.1 cho thấy đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có thời gian bị bệnh nhỏ hơn 1 tháng với tỷ lệ tương ứng là 63,3% ở nhóm nghiên cứu và 53,3% ở nhóm chứng. Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt tương đối lớn so với nghiên cứu của tác giả Narendran Pushpasekaran thực hiện năm 2017 cho thấy thời gian mắc bệnh của đối tượng tham gia nghiên cứu thường kéo dài trung bình là 8,5 – 9 tháng [74]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tân cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh <1 tháng trong nghiên cứu này chiếm trên 50% ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng [62]

4.1.5. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương

Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc viêm quanh khớp vai cả hai bên

chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,67% ở nhóm nghiên cứu và 3,33% ở nhóm chứng. Tỷ lệ mắc bệnh ở vai trái và vai phải của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu khá tương đồng nhau và sự khác biệt giữa hai nhóm theo vị trí tổn thương không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Các chỉ số nêu trên của chúng tôi cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tân thực hiện năm 2019 [62].

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

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.3) cho thấy 59/60 bệnh nhân nghiên cứu có triệu chứng đau vai ở mức độ từ vừa đến nặng, trong đó đau nặng 31,66%; tiếp đến đau vừa 66,67%, không có bệnh nhân không đau trong nghiên cứu. Số điểm VAS trung bình trước điều trị của NNC là 5,27 và NĐC là 5,33

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Theo Lương Thị Dung (2014), 100% bệnh nhân VQKV đều có triệu chứng đau ở mức độ từ nhẹ đến nặng, trong đó tỷ lệ đau nặng và đau vừa chiếm (96,7%) [50]; Theo Trương Văn Chúc năm 2016, cho thấy tỷ lệ 100% bệnh nhân VQKV có triệu chứng đau vai ở mức độ từ vừa đến nặng trong đó đau vừa chiếm tỷ lệ là (66,7%), đau nặng chiếm tỷ lệ là (33,3%) [75]; Theo Nguyễn Thị Tân (2019) tỷ lệ bệnh nhân đau nặng chiếm 36,7%, đau vừa chiếm 53,3% [53].

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

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

Khớp vai có các động tác rất phong phú: Vai có thể đưa ra trước 180° , ra sau 50° , dạng 180° và khép tay 50° , xoay vào trong 90° , xoay ra ngoài 90° . Các động tác này phối hợp với nhau 1 cách nhuần nhuyễn, liên tục ở điều kiện bình

thường. Khi có tổn thương xảy ra, người bệnh có thể bị hạn chế vận động ở 1 số động tác nhất định, điều này làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân rất nhiều [2], [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi từ bảng 3.4 thấy 100% số bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai động tác dạng chủ yếu ở mức độ 2 chiếm 85% và mức độ 3 với tỷ lệ 8,33%, không có bệnh nhân ở mức độ 0. Trước điều trị 100% bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai động tác xoay trong chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 86,67% và mức độ 1 với tỷ lệ 13,33%, không có bệnh nhân ở mức độ 0. 100% bệnh nhân nghiên cứu có hạn chế vận động khớp vai động tác xoay ngoài chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 91,67% và mức độ 1 với tỷ lệ 8,33% không có bệnh nhân ở mức độ 0.

Tỷ lệ này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Theo Lương Thị Dung (2014), 100% bệnh nhân nghiên cứu đều có hạn chế vận động khớp vai từ mức độ vừa đến nặng, trong đó mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao (83,3%) [50]. Theo Trương Văn Chúc năm 2016, cho thấy tỷ lệ hạn chế vận động khớp vai gặp ở 100% bệnh nhân nghiên cứu, trong đó mức độ nặng chiếm (80 – 86,7%), mức độ vừa chiếm (13,3 - 20%) [75].

4.1.8. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm khớp vai trên 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 cơ chóp xoay, gân cơ nhị đầu, bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai, bao khớp và bao hoạt dịch khớp ổ chảo – cánh tay. Trong trường hợp tổn thương chỉ ở mức độ nhẹ, hình ảnh siêu âm khớp vai có thể bình thường [1]

Bảng 3.5 cho thấy siêu âm khớp vai đã phát hiện được 78,33% trường hợp tổn thương trên 60 bệnh nhân, chỉ có 21,67% trường hợp không phát hiện tổn thương. Các tổn thương được phát hiện bao gồm vòng trống âm bao quanh gân

nhị đầu (51,67%) bao thanh mạc giãn to (11,67%), có dải tăng âm trong gân (15%).

Kết quả này chúng tôi thấy phù hợp với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Duyên Trang (2013) [7] cho rằng siêu âm khớp vai có giá trị chẩn đoán nguyên nhân trong VQKV.

4.1.9. Phân bố bệnh nhân theo kết quả trên phim X-Quang

X-quang là kỹ thuật hình ảnh cơ bản được chỉ định cho tất cả các bệnh nhân bị viêm quanh khớp vai bởi đưa ra nhiều thông tin có giá trị tiên lượng, đánh giá mức độ tiến triển của bệnh, ngoài ra còn giúp chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác như vôi hoá trong hoặc quanh ổ khớp, thoái hoá khớp, tiêu xương do viêm nhiễm, u xương vùng vai, mặc dù mức độ phát triển tổn thương không cao. Theo nhiều tác giả, đối với VQKV cần phải chụp XQ quy ước để có thể đánh giá được các tổn thương viêm bao thanh mạc, gai xương, viêm gân canxi hóa...cũng như bổ sung chẩn đoán cho phương pháp siêu âm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.8) cho thấy chụp Xquang thường quy khớp vai đa số không phát hiện tổn thương chiếm 66.67%; tiếp đến Canxi hóa dây chằng, chiếm 20.0% và Gai xương 13.3%.

Theo Trương Văn Chúc năm 2016 [75], cho thấy chụp Xquang thường quy khớp vai đa số không phát hiện tổn thương (90%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lương Thị Dung (2014), trong nghiên cứu 60 bệnh nhân VQKV thể đơn thuần cũng thấy rằng (13.3%) là phát hiện được tổn thương còn (86.7%) là không phát hiện được tổn thương [50].

4.2. Kết quả điều trị của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp XBBH điều trị VQKV thể đơn thuần

4.2.1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS trước – sau điều trị

Bảng 3.8 cho thấy trước điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS ở nhóm nghiên cứu trung bình là $5,27 \pm 0,52$ (điểm), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm nghiên cứu tương ứng là $3,33 \pm 0,71$ (điểm) và $0,63 \pm 0,61$ (điểm). Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị ở nhóm chứng trung bình là $5,33 \pm 0,48$ (điểm), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm nghiên cứu tương ứng là $3,53 \pm 0,57$ (điểm) và $1,23 \pm 0,90$ (điểm). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, hiệu suất giảm điểm của nhóm nghiên cứu là $1,93 \pm 0,37$ (điểm) cao hơn so với nhóm đối chứng là $1,80 \pm 0,41$ (điểm), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị điểm VAS của nhóm nghiên cứu giảm $4,63 \pm 0,67$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $4,10 \pm 0,88$ (điểm).

Mức độ đau theo thang điểm VAS trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tân thực hiện năm 2019, trong nghiên cứu bệnh nhân được điều trị bằng châm cứu kết hợp với sử dụng bài thuốc Quyên tý thang trong thời gian 15 ngày. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị là $5,67 \pm 1,63$ (điểm), sau điều trị 7 ngày chỉ số này giảm xuống còn $3,03 \pm 1,67$ (điểm) và chỉ số này tương ứng tại thời điểm 15 ngày là $0,53 \pm 1,14$ (điểm) [62].

Kết quả bảng 3.7 cũng cho thấy sau khi điều trị 10 ngày, các triệu chứng đau có sự cải thiện, NNC có 93,33% bệnh nhân đau nhẹ, 6,67% bệnh nhân đau vừa, 0% đau nặng. Tỷ lệ này tương đương với NĐC có 90,00% bệnh nhân đau nhẹ, 10% bệnh nhân đau vừa, 0% đau nặng, cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào ở mức độ không đau. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê phân loại điểm VAS giữa NNC và NĐC ở D10 ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, điểm đau VAS của cả NNC và NĐC đều tập trung ở mức không đau và đau nhẹ. Triệu chứng đau có sự

cải thiện rõ rệt, ở NNC số bệnh nhân không đau nhiều hơn NĐC là 93,33% so với 53,33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NNC và NĐC tại D20. ($p < 0,05$)

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

Wei Hanju (2010) Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng xoa bóp và phong bế cục bộ cho kết quả 76% hết đau, 20% đau ít [45];

Lương Thị Dung (2014), điều trị cho 60 bệnh nhân VQKV 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 [50];

Trương Văn Chúc năm 2016 ,điều trị cho 30 bệnh nhân VQKV thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần cho kết quả (70%) bệnh nhân hết đau [75];

Nguyễn Thị Tân thực hiện năm 2019, trong nghiên cứu bệnh nhân được điều trị bằng châm cứu kết hợp với sử dụng bài thuốc Quyên tý thang trong thời gian 15 ngày. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau vừa theo thang điểm VAS trước điều trị của nhóm nghiên cứu là 53,3% và sau 15 ngày điều trị tỷ lệ không đau trong nghiên cứu này là 73,3% [62].

Như vậy so với chúng tôi, sau điều trị tỷ lệ không đau trong nhóm nghiên cứu là 93,33% thì kết quả các tác giả thấp hơn. Qua đó có thể thấy được hiệu quả giảm đau của Bài thuốc Thái Bình HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

Xoa bóp bấm huyệt dưới góc nhìn Y học hiện đại tác động trực tiếp lên các thụ thể thần kinh dày đặc ở dưới da tạo ra các cung phản xạ thần kinh đáp ứng từ đó gây nên tác dụng điều hòa quá trình hưng phấn hay ức chế thần kinh trung ương, gây thư giãn thần kinh, giảm căng thẳng, tăng khả năng tập trung, giảm đau, giãn cơ và điều hòa chức năng nội tạng. Một số công trình nghiên cứu cho thấy, XBBH còn có tác dụng kích thích thần kinh trung ương tiết ra endorphin (có tác dụng mạnh gấp hơn 200 lần morphin) gây cảm giác dễ chịu, khoan khoái, giảm

căng thẳng [76].

Theo sách Hoàng Đế Nội Kinh Linh khu, "Khí tổn thương thì đau", "đau do khí huyết không lưu thông, khí huyết bị ứ trệ", nghĩa là sự vận hành của "khí huyết" trong kinh mạch có trở ngại, không thông thì gây nên đau, do đó chữa bệnh cần "làm thông kinh mạch, điều hòa khí huyết". Theo y học cổ truyền, xoa bóp thông qua tác động vào các huyết, kinh lạc (kinh cân) có thể đuổi được ngoại tà, điều hòa được dinh vệ, thông kinh hoạt lạc và điều hòa chức năng tạng phủ, giảm đau [77].

Bài thuốc Thái Bình HV được xây dựng dựa trên "bài thuốc Thái Bình" - là một bài thuốc Nam kinh nghiệm của nước ta, được ghi lại trong sách "**Toa thuốc Đông y cổ truyền Việt Nam**" của cố Bác sĩ Nguyễn Văn Hương [11] Đây là bài thuốc được Ts.Trần Đức Hữu sử dụng dựa trên cơ sở biện chứng của YHCT, qua nhiều năm điều trị trên lâm sàng tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh cho thấy kết quả rất tốt trong điều trị chứng đau nhức xương khớp cũng như việc phối ngũ các vị thuốc theo pháp phương hài hòa với các vị dược liệu để nâng cao tác dụng điều trị đã được nghiên cứu thử nghiệm độc tính và nghiên cứu tác dụng dược lý chống viêm giảm đau hiệu quả.

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

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

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tầm vận động khớp vai của các bệnh nhân thông qua động tác dạng vai, động tác xoay trong, động tác xoay ngoài. Hạn chế tầm vận động khớp vai do đau, 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.

4.2.2.1. Sự thay đổi động tác dạng vai

Bảng 3.9 cho thấy trước điều trị tỷ lệ hạn chế động tác dạng vai độ 2 của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều cao nhất với giá trị tương ứng là 90,00% và 80,00%, sau điều trị tỷ lệ độ 0 trong nhóm nghiên cứu là 73,33% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là 53,33%. Sự khác biệt của chỉ số này trước sau điều trị ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.10 cho thấy trước điều trị, động tác dạng vai ở nhóm nghiên cứu trung bình là $78,00 \pm 18,50$ (độ), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị động tác dạng vai của nhóm nghiên cứu tương ứng là $119,50 \pm 18,63$ (độ) và $160,87 \pm 18,72$ (độ). Tầm vận động dạng vai trước điều trị ở nhóm chứng trung bình là $74,67 \pm 23,00$ (độ), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị động tác dạng vai của nhóm nghiên cứu tương ứng là $105,67 \pm 28,34$ (độ) và $143,07 \pm 34,09$ (độ). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị hiệu suất tăng tầm vận động dạng vai của nhóm nghiên cứu là $41,50 \pm 23,01$ (độ) cao hơn so với nhóm đối chứng là $31,00 \pm 15,05$ (độ), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu tăng $82,87 \pm 19,24$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $68,40 \pm 25,25$ (độ).

4.2.2.2. Sự thay đổi động tác xoay trong

Bảng 3.11 cho thấy trước điều trị tỷ lệ hạn chế động tác xoay trong mức độ 2 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều ở mức 86,67%, khác biệt

giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Sau 20 ngày điều trị, tỉ lệ tầm vận động khớp vai động tác xoay trong độ 0 của NNC là 83,33% khác biệt có ý nghĩa thống kê so với NC đạt tỷ lệ 40,00%. Sự khác biệt của chỉ số này trước sau điều trị ở hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 3.12 cho thấy trước điều trị động tác xoay trong ở nhóm nghiên cứu trung bình là $53,30 \pm 5,84$ (độ), sau 10 ngày, 20 ngày điều trị động tác xoay trong của nhóm nghiên cứu tương ứng là $73,17 \pm 5,83$ (độ) và $84,97 \pm 2,99$ (độ). Động tác xoay trong trước điều trị ở nhóm chứng là $53,90 \pm 5,30$ (độ), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị động tác xoay trong của nhóm nghiên cứu tương ứng là $67,37 \pm 4,80$ (độ) và $80,67 \pm 4,72$ (độ). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị hiệu suất tăng tầm vận động dạng xoay trong của nhóm nghiên cứu là $19,87 \pm 6,52$ (độ) cao hơn so với nhóm đối chứng là $13,47 \pm 7,85$ (độ), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu tăng $31,67 \pm 5,41$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $26,77 \pm 6,63$ (độ).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận động tác xoay trong và tầm vận động khớp vai liên quan đến động tác xoay trong khớp vai trước điều trị tương đồng với nghiên cứu của tác giả Min Yao (2017) [67].

4.2.2.3. Sự thay đổi động tác xoay ngoài

Bảng 3.13 cho thấy trước điều trị tỷ lệ bệnh nhân của nhóm nghiên cứu hạn chế vận động xoay ngoài độ 2 là 96,67%, cao hơn nhóm chứng với tỷ lệ là 86,67%, khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ không hạn chế (độ 0) của nhóm nghiên cứu là 73,33% khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng đạt tỷ lệ 50,00%. Sự khác biệt của chỉ số này trước sau điều trị ở hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.14 cho thấy trước điều trị động tác xoay ngoài ở nhóm nghiên cứu

trung bình là $49,63 \pm 5,57$ (độ), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị động tác xoay ngoài của nhóm nghiên cứu tương ứng là $68,67 \pm 8,30$ (độ) và $86,03 \pm 6,61$ (độ). Động tác xoay ngoài trước điều trị ở nhóm chứng là $49,90 \pm 10,12$ (độ), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị động tác xoay ngoài của nhóm nghiên cứu tương ứng là $62,67 \pm 9,54$ (độ) và $79,40 \pm 11,88$ (độ). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị hiệu suất tăng tầm vận động xoay ngoài của nhóm nghiên cứu là $19,03 \pm 9,51$ (độ) cao hơn so với nhóm đối chứng là $12,77 \pm 9,23$ (độ), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu tăng $36,40 \pm 7,82$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $29,50 \pm 9,05$ (độ).

4.2.2.4. Sự thay đổi lực nâng của vai

Bảng 3.15 cho thấy trước điều trị lực nâng vai ở nhóm nghiên cứu trung bình là $15,43 \pm 1,17$ (pound), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị lực nâng vai của nhóm nghiên cứu tương ứng là $19,13 \pm 2,11$ (pound) và $23,17 \pm 2,23$ (pound). Lực nâng vai trước điều trị ở nhóm chứng trung bình là $15,87 \pm 1,93$ (pound), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị lực nâng vai của nhóm nghiên cứu tương ứng là $17,80 \pm 2,50$ (pound) và $21,53 \pm 2,13$ (pound). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị hiệu suất tăng lực nâng khớp vai của nhóm nghiên cứu là $3,70 \pm 2,15$ (pound) cao hơn so với nhóm đối chứng là $1,93 \pm 2,72$ (pound), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu tăng $7,73 \pm 1,86$ (pound) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $5,67 \pm 2,32$ (pound).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận lực nâng của vai trước điều trị tương đồng với nghiên cứu của tác giả Min Yao (2017) cho thấy mức điểm trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu này là $22,57 \pm 1,13$ (pound) [67].

4.2.3. Sự thay đổi điểm theo thang điểm Constant - Murley

Bảng 3.16 cho thấy mức điểm đau quy đổi theo thang Constant – Murley của nhóm nghiên cứu là $3,67 \pm 2,60$ (điểm) tại thời điểm D_0 , và $8,33 \pm 2,40$ (điểm) tại thời điểm D_{10} , sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tại thời điểm D_{20} chỉ số này của nhóm nghiên cứu là $14,67 \pm 1,27$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $12,67 \pm 2,54$ (điểm). Xu hướng tương tự cũng xuất hiện khi so sánh mức điểm quy đổi theo thang Constant – Murley theo hoạt động hàng ngày, tầm vận động khớp vai, góc nâng vai ra trước – lên trên, góc dạng vai sang bên – lên trên, góc quay ngoài.

Riêng với giá trị quy đổi của góc dạng vai sang bên – lên trên, góc quay trong, năng lực của vai trước điều trị sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tại thời điểm D_{10} , D_{20} sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.17 cho thấy trước điều trị điểm Theo thang Constant - Murley ở nhóm nghiên cứu trung bình là $46,70 \pm 6,10$ (điểm), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị điểm Theo thang Constant - Murley của nhóm nghiên cứu tương ứng là $74,00 \pm 6,13$ (điểm) và $89,83 \pm 7,59$ (điểm). Điểm Theo thang Constant - Murley trước điều trị ở nhóm chứng trung bình là $48,73 \pm 6,07$ (điểm), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị điểm Theo thang Constant - Murley của nhóm nghiên cứu tương ứng là $68,83 \pm 8,85$ (điểm) và $81,67 \pm 13,15$ (điểm). Sự khác biệt trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 10 ngày điều trị hiệu suất tăng điểm Theo thang Constant - Murley của nhóm nghiên cứu là $27,30 \pm 6,92$ (điểm) cao hơn so với nhóm đối chứng là $20,17 \pm 10,43$ (điểm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu tăng $43,13 \pm 9,74$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $32,93 \pm 13,53$ (điểm).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mức điểm Theo thang Constant - Murley

tương đồng với nghiên cứu của tác giả Min Yao (2017) cho thấy mức điểm trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu này là $47,78 \pm 15,34$ (điểm) [67].

4.2.4. Sự thay đổi kết quả điều trị chung

Biểu đồ 3.4 cho thấy sau điều trị 10 ngày bệnh chỉ 6,67% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đáp ứng điều trị ở mức tốt, tỷ lệ này ở nhóm chứng là 0,0%. Tỷ lệ đáp ứng điều trị ở mức khá cũng ghi nhận xu hướng tương tự với mức đáp ứng khá ở nhóm nghiên cứu là 46,67% và nhóm chứng là 36,67%. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Biểu đồ 3.5 cho thấy sau điều trị 20 ngày có 83,3% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đáp ứng điều trị ở mức tốt, tỷ lệ này ở nhóm chứng là 60,0%. Tỷ lệ đáp ứng điều trị ở mức khá cũng ghi nhận xu hướng tương tự với mức đáp ứng khá ở nhóm nghiên cứu là 10,0% và nhóm chứng là 6,7%. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Challoumas thực hiện năm 2020 cho thấy đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có cải thiện rõ rệt khi được can thiệp điều trị phù hợp [76].

Theo y văn, tình trạng VQKV có liên quan mật thiết với các tổn thương hay gặp trong viêm quanh khớp vai là tổn thương gân của các cơ xoay, bó dài gân cơ nhị đầu và bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai [20], gân là tổ chức được dinh dưỡng kém và chủ yếu là do sự giảm tưới máu ở vùng gân gần với điểm bám tận, do sự chít hẹp của khoang dưới mỏm cùng và sự bám chặt của gân vào xương [2], [4]. Vùng gân ít được cung cấp máu sinh lý là gần điểm bám tận do sự chít hẹp của khoang dưới mỏm cùng và sự bám rất chặt của gân vào xương. Sự giảm tưới máu do quá trình thoái hoá theo tuổi, do bệnh làm thay đổi cấu trúc và tính thấm thấu của thành mạch (đái tháo đường, vữa xơ động mạch...). Corticoid ức chế các tế bào và quá trình tổng hợp glycosaminoglycan. Dùng steroid tăng đồng hoá kéo dài thì sau giai đoạn đồng hoá, giai đoạn dị hóa xảy ra với

hoại tử tế bào và tiêu hủy tổ chức xơ có thể gây đứt gân [22]. Calci lắng đọng ở những tổ chức được dinh dưỡng kém, thậm chí là những tổ chức chết, do đó gọi là calci hoá do loạn dưỡng. Lý do để cắt nghĩa hiện tượng này còn chưa rõ ràng. Có tác giả cho rằng vị trí mà calci lắng đọng là yếu tố quyết định [22]. Nếu calci lắng đọng ở trong gân thì không gây đau, nhưng nếu calci lắng đọng ở bề mặt của gân thì gây những kích thích cơ học và gây đau với mọi động tác.

Do đó, phương pháp nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt nhằm cải thiện tình trạng giảm tưới máu và giải phóng sự co cứng của cơ nhị đầu cũng có tác dụng làm giảm đau và hạn chế vận động khớp vai. Phương pháp XBBH đóng vai trò quan trọng của hệ thần kinh nên cơ thể thông qua việc hệ thần kinh phản ứng tích cực với những kích thích của xoa bóp (Học thuyết Paplop), tăng cường chức năng tuyến mồ hôi tăng dinh dưỡng da, góp phần tăng đào thải các chất cặn bã qua tuyến mồ hôi. XBBH làm cho mạch máu giãn, tăng cường tuần hoàn động mạch và tĩnh mạch, tạo thuận lợi cho dinh dưỡng ở da, có tác dụng tốt đối với chức năng bảo vệ cơ thể của da [39], [40]. Ngoài ra, phương pháp XBBH còn làm tăng tính đàn hồi của cơ, làm giảm phù nề, co cứng và đau. Tăng cường dinh dưỡng cho cơ, do làm tăng giãn mạch. Tăng tính hoạt động của gân dây chằng, thúc đẩy tuần hoàn quanh khớp. Mặt khác, nhờ XBBH, chức năng thần kinh trung ương và ngoại vi đều được cải thiện nên độ nhạy cơ, khớp cũng tăng lên [40], [41]. Theo y học cổ truyền, XBBH đóng vai trò điều hoà khí huyết; Sơ kinh hoạt lạc; Hoạt huyết hoá ứ; Lý gân phục vị; Thăng bằng âm dương; Ôn kinh tán hàn. Phương pháp XBBH đã được chứng minh có tác dụng tốt trong cải thiện tình trạng VQKV thông qua nhiều công trình nghiên cứu khác nhau [62].

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được kết hợp sử dụng thêm bài thuốc Thái Bình HV, đây là một bài thuốc đã được nghiên cứu cho thấy không có độc tính cấp và bán trường diễn thông qua các công trình nghiên cứu bài bản và

có bằng chứng khoa học đầy đủ. Trong bài thuốc nghiên cứu bao gồm các vị thuốc: Cầu tích vị đắng ngọt, tính ấm, quy kinh Can, Thận có tác dụng bổ can thận, mạnh gân xương, trừ phong thấp [35], [36]. Tỳ giải vị đắng, tính bình quy kinh Can, Vị, Thận và Bàng quang có tác dụng khử phong thấp, phân thanh khử trọc, giải độc. Dùng làm thuốc chữa bạch trọc, lợi tiểu tiện, uống vào có tác dụng tiêu độc, chữa mụn nhọt, đau gân cốt, lưng đau gối mỏi, khớp xương tê nhức [35]. Thổ phục linh vị ngọt nhạt, tính bình quy kinh Can, Vị được dùng để chữa phong thấp, đau xương khớp, mẩn ngứa ngoài da, ung thũng (ung nhọt sưng đau), giải độc [35], [36]. Ở Trung Quốc, Thổ phục linh được sử dụng từ rất lâu đời với công dụng: Thanh nhiệt, giải độc, lợi quan tiết, trừ thấp [37]. Cà gai leo vị hơi the, tính ấm, hơi có độc Chủ trị Tán phong thấp, tiêu độc, tiêu đờm, trừ ho, giảm đau, cầm máu. Thường dùng trị cảm cúm, dị ứng, ho gà, đau lưng, đau nhức xương, thấp khớp [31], [35]. Dây đau xương vị đắng, tính mát vào kinh Can có tác dụng khu phong trừ thấp, thư cân hoạt lạc, chỉ thống. Thường dùng chữa sốt rét, phong thấp, chứng đau nhức gân cốt, đau dây thần kinh hông đòn ngã tổn thương và để bổ sức [31], [35]. Thiên niên kiện có vị đắng, cay, tính ấm quy kinh Can, Thận có tác dụng trừ phong thấp, bổ gân cốt [35]. Cam thảo nam vị ngọt, hơi đắng, tính mát, Tác dụng thông cửu khiếu, sát trùng, tiêu viêm. Thường dùng chữa cảm sốt, chữa ho, giải cảm, giải độc, điều hòa các vị thuốc [31]. Ngũ gia bì chân chim vị cay, tính ấm quy kinh Can, Thận có tác dụng trừ phong thấp, mạnh gân xương. Thường dùng chữa đau khớp và đau dây thần kinh, đau các cơ do lạnh; chữa các chứng chậm biết đi, người già gân cốt mềm yếu, lưng đau [31]. Cốt khí củ có vị ngọt, đắng, tính mát có tác dụng khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu viêm, thông kinh, giảm đau, lợi tiểu, chống ho, tiêu đờm. Được dùng chữa phong thấp tê bại, đau nhức gân xương, chấn thương, ngã sưng đau ứ huyết, kinh nguyệt bế tắc [35].

Tổng quan, bài thuốc gồm các vị Thổ phục linh, Dây đau xương, Thiên niên kiện cùng phối hợp hỗ trợ khu phong trừ thấp, giúp thư cân hoạt lạc, chỉ thống. Ngũ gia bì chân chim vốn được dùng rộng rãi trong dân gian với cái tên Sâm nam vừa giúp khử phong thấp, sơ cân hoạt lạc, lại bồi bổ cơ thể, làm tăng sinh lực. Cốt khí củ vị ngọt, đắng, tính mát, có tác dụng khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu viêm, thông kinh, giảm đau. Tỳ giải giải độc trừ phong, phân thanh khử trọc, là thuốc chủ yếu trị lở loét ung nhọt, trị thống phong lịch tiết (viêm khớp đốt kiểu phong thấp). Cà gai leo có tác dụng trừ phong thấp, tiêu độc, giảm đau. Cam thảo nam thường được dùng trong các bài thuốc dân tộc với tác dụng bồi bổ tỳ, hòa hoãn các vị thuốc. Toàn bài thuốc có tác dụng trừ phong thấp, thư cân hoạt lạc, chỉ thống, mạnh gân xương, bổ dưỡng vào gốc của cân cốt, cơ nhục là can, thận, tỳ.

Dựa trên cơ sở lý luận đã nêu trên chúng tôi tiến hành kết hợp điều trị bằng XBBH với bài thuốc Thái Bình HV kết quả cho thấy có sự cải thiện rõ rệt về cả các dấu hiệu lâm sàng đơn lẻ và kết quả điều trị chung.

4.3. Tác dụng không mong muốn

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

Kết quả từ bảng 3.18, cho thấy các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu của nhóm nghiên cứu như chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinin, AST, ALT gần như không thay đổi so với trước điều trị và đều nằm trong giới hạn bình thường của bệnh nhân. Không sự khác biệt thống kê giữa trước và sau điều trị của các chỉ số này ($p > 0,05$). Điều này chứng minh rằng việc kết hợp bài thuốc Thái Bình HV và XBBH trong điều trị VQKV không có ảnh hưởng đến chức năng tạo máu, chức năng thận cũng như sự toàn vẹn của tế bào gan trên lâm sàng.

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

Qua kết quả nghiên cứu ở bảng 3.19 và 3.20 cho thấy không gặp bất cứ một tác dụng không mong muốn nào của bài thuốc Thái Bình HV và phương pháp XBBH trên lâm sàng tại thời điểm trong và sau quá trình điều trị ở cả NNC và NC.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 60 bệnh nhân VQKV chia thành hai nhóm: Nhóm nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng thuốc Thái Bình HV kết hợp với xoa bóp bấm huyệt, nhóm đối chứng 30 bệnh nhân được điều trị bằng XBBH đơn thuần với liệu trình kéo dài 20 ngày, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Kết quả của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp XBBH điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

- Mức độ cải thiện tình trạng đau theo thang điểm VAS: 93,33% bệnh nhân hết đau của nhóm nghiên cứu và 53,33% bệnh nhân hết đau của nhóm chứng ($p < 0,05$). Điểm trung bình của mức độ đau NNC giảm từ $5,27 \pm 0,52$ trước điều trị giảm xuống còn $0,63 \pm 0,61$ sau điều trị, giảm nhiều hơn so với NC điều trị xoa bóp bấm huyệt đơn thuần (từ $5,33 \pm 0,48$ giảm xuống còn $1,23 \pm 0,90$) ($p < 0,05$).

- Tầm vận động khớp vai theo McGill - McROMI

+ Tầm vận động trung bình động tác dạng khớp vai NNC trước điều trị là $78,00 \pm 18,50$ sau điều trị tăng lên $160,87 \pm 18,72$, tăng cao hơn so với NC là từ $74,67 \pm 23,00$ lên $143,07 \pm 34,09$; NNC có 73,33% bệnh nhân mức độ 0 cao hơn NC có 53,33% bệnh nhân mức độ 0

+ Tầm vận động trung bình động tác xoay trong khớp vai NNC từ trước điều trị là $53,30 \pm 5,84$ lên $84,97 \pm 2,99$, tăng cao hơn so với nhóm chứng là từ $53,90 \pm 5,30$ lên $80,67 \pm 4,72$; NNC có 83,33% bệnh nhân mức độ 0 cao hơn NC có 40% bệnh nhân mức độ 0.

+ Tầm vận động trung bình động tác xoay ngoài khớp vai NNC từ trước điều trị là $49,63 \pm 5,57$ lên $86,03 \pm 6,61$ tăng cao hơn so với nhóm chứng là $49,90 \pm 10,12$ lên $79,40 \pm 11,88$; NNC có 73,33% bệnh nhân mức độ 0 cao hơn NC có 50% bệnh nhân mức độ 0.

- Kết quả điều trị chung theo thang điểm Constan – Murley A.H.G: Ở NNC kết quả điều trị tốt đạt 83.3%, khá 10%, trung bình 6,7% cao hơn ở NC là tốt 60%, khá 6,7%, trung bình 13,33%.

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

Không có tác dụng không mong muốn của bài thuốc Thái Bình HV, phương pháp XBBH trên lâm sàng và các chỉ số xét nghiệm hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinin, AST, ALT

KIẾN NGHỊ

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

- 1. Có thể chuyển dạng cao lỏng của Bài thuốc Thái Bình HV sang dạng thuốc thuận tiện hơn cho bệnh nhân trong qua trình sử dụng*
- 2. Đưa bài thuốc Thái bình HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần và áp dụng rộng rãi hơn cho các cơ sở y tế tuyến dưới.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Hoàng Hà Kiệt (2015)**, Viêm quanh khớp vai Chẩn đoán và điều trị, NXB Thể dục Thể thao, tr. 3, 7, 35. 37
- 2 **Bộ Y tế (2016)**, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 165-176.
- 3 **Bộ Y tế (2016)**, Hướng dẫn và điều trị các bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản Y học, tr.154, 156, 157
- 4 **Trần Ngọc Ân (2002)**, *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, tr. 364-374.
- 5 **B. Reeves (1975)**, "The natural history of the frozen shoulder syndrome". *Scand J Rheumatol*, 4, pp. 193-196.
- 6 **Carola C. Würgler-Hauri, R.Sheikh, B. Jost, C. Gerber** : *Pôriarthrite scapulohumôrale ? Diagnostic et traitement* . Forum Med Suisse 2007;7: 81–86
- 7 **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011)**, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 165 - 176.
- 8 **Luime JJ, Koes BW, Hendriksen IJ, Burdorf A, Verhagen AP (2004)**. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. *Scand J Rheumatol*.2004; 33 (2): 73-81. Review.
- 9 **Kaia B Engebretsen, Margreth Grotle, Bård Natvig (2015)**. Patterns of shoulder pain during a 14-year follow-up: results from a longitudinal population study in Norway, *Shoulder Elbow*, 7(1), pp 49–59.
- 10 **Bộ y tế (2013)**, *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 327 - 329.
- 11 **Nguyễn Văn Hưởng (2012)**, *Toa thuốc Đông y cổ truyền Việt Nam*, Nhà xuất bản Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh, tr 297.
- 12 **Netter Frank H. (2007)**, *Atlas giải phẫu người*, tài liệu dịch của Nguyễn

- Quang Quyền, Phạm Đăng Diệu, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 418 - 343.
- 13 **Bộ môn Giải phẫu - Đại học Y Hà Nội** (1992) *Giải phẫu học tập 1*, Nhà xuất bản Y học.
 - 14 **Lê Quang Đạo** (2005), “*Nghiên cứu tác dụng phục hồi chức năng*”, Nhà xuất bản thể thao, Hà Nội, tr. 57 – 59.
 - 15 **Bộ môn Phục hồi chức năng - Đại học Y Hà Nội** (2009), *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 232-237, 268-269
 - 16 **T. Paternostro-Sluga, C. Zoch** (2004), "Conservative treatment and rehabilitation of shoulder problems", *Radiologe, Konservative Therapie und Rehabilitation von Schulterbeschwerden*, 44 (6), pp. 597-603.
 - 17 **G. Walch** (2005), Etude anatomo-clinique de l'épaule douloureuse simple, *Morphologie*, Volume 89, Issue 287, pp. 216.
 - 18 **B.D. Katthagen** (1990), *Ultrasonography of the shoulder: technique, anatomy, pathology*, pp. 235-287.
 - 19 **Catone Y, Delattre O, Pascal-Mousselard H, d'Istria FC, Busson J, Rouvillain JL** (1995), Rupture of the distal tendon of the biceps brachialis: apropos of 43 cases. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1995;81(2):163-72.
 - 20 **de Winter AF, Jans MP, Scholten RJ, Deville W, van Schaardenburg D, Bouter LM** : *Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement.* *Ann Rheum Dis* 1999 ; 58 : 272-7
 - 21 **M.C Boissier** : Épaule douloureuse : Orientation Diagnostic. *Rev. Part* 1993, 43,6: 21-28
 - 22 **J. J. Luime, B. W. Koes, I. J. M. Hendriksen, A. Burdorf, A. P. Verhagen, H. S. Miedema, J. A. N. Verhaar** (2004), "Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population, a systematic review", *Scandinavian*

- Journal of Rheumatology*, 33 (2), pp. 73-81.
- 23 **Peric P.** [*The painful shoulder – functional anatomy and clinical diagnosis*]. *Reumatizam*.2003; 50(2): 36-7.
 - 24 **Tomas Nedelka, Jiri Nedelka, Jakub Schlenker, Christopher Hankins, Radim Mazanec** (2014), "Mechano-transduction Effect of Shockwaves in the Treatment of Lumbar Facet Joint Pain: Comparative Effectiveness Evaluation of Shockwave Therapy, Steroid Injection and Radiofrequency Medial Branch Neurotomy". *Neuroendocrinology Letters*, 35, pp. 393-397.
 - 25 **Dương Xuân Đạm** (2004), *Vật lý điều trị - Đại cương – Nguyên lý và thực hành*, Nhà xuất bản Văn hóa thông tin, Hà Nội, tr 49 – 63, 164 – 185
 - 26 **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.
 - 27 **Đoàn Quang Huy** (1999), *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai của cây bạch hoa xà*, Luận văn thạc sỹ y học, Hà Nội.
 - 28 **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.
 - 29 **Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội** (2005), *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học.
 - 30 **Bộ Y tế** (2013), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản y học.
 - 31 **Viện Dược liệu** (2006), *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, Tập I, Tập II, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Trang 293 - 295, 331-332, 366 – 368, 636 - 637, 883 – 885.
 - 32 **Đoàn Thanh Hiền, Đỗ Trung Đàm** (1996), *Nghiên cứu vai trò của Thổ phục linh trong các bài thuốc chữa thấp khớp*, Tạp chí Dược học - số 8/1996 tr 15 – 18.
 - 33 **Đào Diệu Thúy** (2005), *Nghiên cứu tác dụng chống viêm, chống oxy hóa của*

- cây thuốc Dây đau xương trên chuột được gây viêm bằng carrageenin*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 34 **Nguyễn Tiến Phụng** (2000), “*Nghiên cứu tác dụng chống viêm giảm đau của cốt khí củ trên thực nghiệm*”, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 35 **Đỗ Tất Lợi** (2016), *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Thời Đại.
- 36 **Võ Văn Chi** (2012), *Từ điển cây thuốc Việt Nam*, Tập I, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 380 – 381.
- 37 **Lisha Dong, Jinqiu Zhu, Hongzhi Du, Heng Nong, Xicheng He, and Xiaoyu Chen** (2017), *Astilbin from Smilax glabra Roxb. Attenuates inflammatory Response in Complete Freund’s Adjuvant -Induced Arthritis Rats*, Hindawi, volume, Article ID 8246420, 1- 9.
- 38 **Nguyễn Thị Như Quý** (2020). *Nghiên cứu tác dụng chống viêm của Bài thuốc “Thái Bình HV” trên động vật thực nghiệm*”, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện dược học cổ truyền Việt Nam.
- 39 **Nguyễn Thị Mai Linh** (2021), *Nghiên cứu độc tính cấp, độc tính bán trường diễn của cao đặc Thái Bình Hv trên động vật thực nghiệm*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
- 40 **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2008), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr 15 – 225.
- 41 **Lâm Tinh, Tuy Văn Phát** (2003), *Xoa bóp, bấm huyệt chữa bệnh và tăng cường sức khỏe* (Hà Kim Sinh dịch), Nhà xuất bản Thể dục- thể thao, tr 188-192.
- 42 **Romoli M., Van der Windt D., Giovanzana P. et al.** (2000), "International research project to devise a protocol to test the effectiveness of acupuncture on painful shoulder", *J. Altern. Complement. Med.*, 6(3), pp. 281- 287.

43 王洁伟, 曹玉娟, 寻治泉 (2008). 局部封闭加手法治疗肩周炎, 中国民间疗法, 2008 年第 6 期.

Vương Khiết Vĩ, Tào Ngọc Quyên, Tầm Trị Tuyên (2008), *Điều trị phong bế cục bộ viêm quanh khớp vai kết hợp thủ pháp.* Tập san Liệu Pháp Dân Gian Trung Quốc, phụ san kỳ 6 năm 2008

44 罗正元 (2009). 针灸推拿结合治疗肩周炎疗效观察, 医学理论与实践, 2009 年第 8 期.

La Chính Nguyên (2009). *Quan sát hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng phương pháp xoa bóp kết hợp châm cứu.* Tập san Lý Luận Y Học Và Thực Tiễn, số phát hành thứ tám năm 2009.

45 魏汉菊, 罗君 (2010). 局部阻滞配合按摩治疗肩部撞击综合征, 中国康复, 2010 年第 5 期.

Nguy. Hán Cúc, La Quân (2010), *Điều trị hội chứng viêm bao hoạt dịch trở trệ cục bộ dưới mỏm cùng vai kết hợp xoa bóp trị liệu.* Tập san Khang Phục Trung Quốc, số phát hành thứ 5 năm 2010.

46 **Greenberg DL (2014),** "Evaluation and treatment of shoulder pain", Med Clin N Am 98, pp. 487–504.

47 彭克坚 (2017). 针灸结合推拿治疗肩周炎疗效观察, 实用中医药杂志, 2017 年第 4 期.

Bành Khắc Kiên (2017). *Quan sát hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng phương pháp xoa bóp kết hợp châm cứu.* Tạp chí Trung Y Dược Thực Dụng, số phát hành thứ 4 năm 2017.

48 王倩 (2018). 针灸与推拿结合治疗肩周炎的疗效观察, 世界最新医学信息文摘, 2018 年 56 期第 168 页.

Vương Sảnh (2018). *Xoa bóp và châm cứu viêm quanh khớp vai kết hợp quan sát hiệu quả điều trị* Trích văn Thông Tin Y Học Tối Tân Thế Giới, số phát

hành 56 năm 2018 trang 168.

- 49 **Chandran, K. P., Chandran, P. P., Arumugam, N., & Muthappan, S.** (2021). *Effect of Remote and Local Acupuncture Points on Periarthritis of Shoulder: A Comparative Study.*
- 50 **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.
- 51 **Hoàng Huyền Châm** (2018), *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam
- 52 **Phạm Văn Minh** (2018). *Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị bệnh nhân viêm khớp vai thể đơn thuần tại Bệnh viện 108.* Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
- 53 **Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Thị Lệ Viên, Nguyễn Văn Hưng** (2019). *Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp bài thuốc "Quyên tý thang".* Luận văn tốt nghiệp, Trường Đại học y dược Huế.
- 54 **Nguyễn Hữu Dũng** (2019), *Đánh giá hiệu quả lâm sàng của bài thuốc KNC kết hợp điện châm trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
- 55 **Nguyễn Thị Minh Thuý** (2021), *"Đánh giá tác dụng của viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần"*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
- 56 **Bộ Y tế** (2018), *Dược điển Việt Nam V*, NXB Y học.
- 57 **Bộ Y tế** (2015). *Quy trình kỹ thuật châm cứu, Tài liệu hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Quy trình 42*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

- 58 **Victoria Quality Council** (2007). *Acute pain management measurement toolkit, Rural and Regional Health and Aged Care Services Division*, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia.
- 59 **Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Văn Chương, Trần Trọng Hải, Cao Minh Châu, Phạm Quang Lung và cộng sự** (1995) *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 60 **Constant C.R., Murley A. H. G. (1987)**, “A clinical method of functional assessment of the shoulder”, *Clin. Orthop*, 214, pp. 160 - 164.
- 61 **Hội phục hồi chức năng Việt Nam** (1995), *Tài liệu tập huấn về chấn thương chỉnh hình và phục hồi chức năng bệnh khớp*, tr. 15 – 18.
- 62 **Danh mục quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cấy chỉ và laser châm chuyên ngành châm cứu** (Ban hành kèm theo Quyết định số 2279 /QĐ-BYT, ngày 02 tháng 06 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
- 63 **Cho CH, Kim H, Bae KC, Lee D, Kim K (2016)**. Proper site of corticosteroid injection for the treatment of idiopathic frozen shoulder: results from a randomized trial. *Joint Bone Spine*. 83(3):324-329.
- 64 **Gallacher S, Beazley JC, Evans J, et al (2018)**. A randomized controlled trial of arthroscopic capsular release versus hydrodilatation in the treatment of primary frozen shoulder. *J Shoulder Elbow Surg*. 27(8):1401-1406.
- 65 **Lo MY, Wu CH, Luh JJ, et al (2020)**. The effect of electroacupuncture merged with rehabilitation for frozen shoulder syndrome: a single-blind randomized sham-acupuncture controlled study. *J Formos Med Assoc*. 119(1 Pt 1):81-88.
- 66 **Yao M, Yang L, Cao ZY (2107)**, Chinese version of the Constant-Murley questionnaire for shoulder pain and disability: a reliability and validation study. *Health Qual Life Outcomes*, 15(1):178.
- 67 **Klę Z, Filiz MB, Çakır T, Toraman NF (2015)**. Addition of suprascapular

- nerve block to a physical therapy program produces an extra benefit to adhesive capsulitis: a randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 94(10)(suppl 1):912-920.
- 68 **Khallaf SF, Hussein MI, El-Barbary AM, et al (2018).** Efficacy of ultrasonography guided intra-articular steroid injection of the shoulder and exercising in patients with adhesive capsulitis: glenohumeral versus subacromial approaches. *The Egyptian Rheumatologist.* 40(4):277-280.
- 69 **Kim KH, Suh JW, Oh KY (2017).** The effect of intra-articular hyaluronate and tramadol injection on patients with adhesive capsulitis of the shoulder. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 30(4):913-920.
- 70 **Ranalletta M, Rossi LA, Bongiovanni SL, Tanoira I, Elizondo CM, Maignon GD (2014).** Corticosteroid injections accelerate pain relief and recovery of function compared with oral NSAIDs in patients with adhesive capsulitis: a randomized controlled trial. *Am J Sports Med.* 44(2):474-481.
- 71 **Ziegler, P., Kühle, L., Stöckle, U. et al (2019).** Evaluation of the Constant score: which is the method to assess the objective strength?. *BMC Musculoskelet Disord* 20, 403.
- 72 **Pushpasekaran N, Kumar N, Chopra RK, Borah D, Arora S (2017).** Thawing frozen shoulder by steroid injection. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 25(1):2309499016684470.
- 73 **Mun SW, Baek CH (2016).** Clinical efficacy of hydrodistention with joint manipulation under interscalene block compared with intra-articular corticosteroid injection for frozen shoulder: a prospective randomized controlled study. *J Shoulder Elbow Surg.* 25(12):1937-1943.
- 74 **Vũ Thị Duyên Trang (2013),** *Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

- 75 **Trương Văn Chúc (2016).** *Đánh giá tác dụng điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
- 76 **Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2004).** *Xoa bóp bấm huyệt*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 77 **Huỳnh Minh Đức (1990).** *Hoàng đế Nội kinh Linh khu*, Hội Y học dân tộc cổ truyền Đồng Nai.
- 78 **Challoumas D, Biddle M, McLean M, Millar NL (2020).** Comparison of Treatments for Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 3(12):e2029581.

PHỤ LỤC 1

Số bệnh án:

Số thứ tự:

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

ĐỀ TÀI: “Đánh giá tác dụng của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

A. Hành chính:

1. Họ và tên:
2. Tuổi:.....
3. Giới: ₁ Nam ₂ Nữ
4. Nghề nghiệp: ₁ LĐ chân tay ₂ LĐ trí óc ₃ Khác
5. Địa chỉ:
6. Ngày vào viện: .. /.../202...
7. Ngày ra viện: : .. /.../202...

B. Tiền sử

- Tiền sử chấn thương: ₁ Có ₂ Không
- Bệnh kèm theo: ₁ Đái tháo đường ₂ Tăng huyết áp
₃ RL lipid máu ₄ Khác.....
- Tiền sử sử dụng thuốc điều trị VQKV: ₁ Có ₂ Không

C. Đặc điểm lâm sàng

Thời gian mắc bệnh:

- Vị trí khớp đau: ₁ Phải ₂ Trái ₃ Hai bên
- Các nghiệm pháp: ₁ Neer ₂ Hawkins ₃ Patte
₄ Gerber ₅ Jobe ₆ Palm-up ₇ Yocum

D. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm về siêu âm:

Hình ảnh	D ₀
Khớp vai bình thường	
Có vòng trắng âm bao quanh gân nhị đầu	
Có bao thanh mạc giãn to	
Có dải tăng âm trong gân	
Có vùng giảm âm trong gân	

Đặc điểm về X-quang:

Hình ảnh	D ₀
Khớp vai bình thường	
Canci hóa dây chằng	
Gai xương	
Tổng	

Đặc điểm về xét nghiệm máu:

Xét nghiệm máu	D ₀	D ₂₀
Hồng cầu (T/L)		
Bạch cầu (G/L)		
Tiểu cầu (G/L)		
Ure (mmol/l)		
Creatinin (umol/l)		
AST (UI/L)		
ALT(UI/L)		

IV. KHÁM YHCT:

1. Vọng chẩn:

- Thần
- Lưỡi

3. Vấn chẩn:

2. Văn chẩn:

- Hơi thở
- Tiếng nói

4. Thiết chẩn:

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

4.1. Xúc chẩn:

- Da vùng bị bệnh:

- Cơ nhục:

4.2. Mạch chẩn:

V. CHẨN ĐOÁN YHCT:

1, Bất cương:

2. Kinh lạc:

3. Nguyên nhân:

VI. ĐIỀU TRỊ:

Bài thuốc Thái Bình HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

VII. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

Đánh giá điểm đau theo VAS:

Thời điểm		D ₀	D ₁₀	D ₂₀
Điểm đạt	Trái			
	Phải			

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

Tình trạng bệnh nhân	D ₀	D ₁₀	D ₂₀
Đau			
Hoạt động hàng ngày			
Nâng vai ra trước, lên trên			
Dạng vai sang bên			
Quay ngoài			
Quay trong			
Lực của vai			
Tổng điểm			

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

Động tác	D₀		D₁₀		D₂₀	
	Góc đo	Độ	Góc đo	Độ	Góc đo	Độ
Dạng						
Xoay trong						
Xoay ngoài						

Kết quả điều trị chung

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng:

Hà Nội, ngày ... tháng...năm 202...

Người làm bệnh án

PHỤ LỤC 2

Mã số:.....

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

Tình trạng bệnh nhân	Điểm
<i>Mức độ đau</i>	
- Không đau	15
- Đau nhẹ	10
- Đau vừa phải	5
- Đau nặng	0
- Số điểm tối đa đánh giá đau	15/100 điểm
<i>Hoạt động trong cuộc sống hàng ngày:</i>	
A. Mức độ hoạt động:	
- Làm việc	4
- Giải trí (thể thao)	4
- Ngủ sâu	2
B. Vị trí	
- Hướng về hông	2
- Hướng về lưng	4
- Hướng về cổ	6
- Hướng về đỉnh đầu	8
- Trên đầu	10
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động trong cuộc sống hàng ngày	20/100 điểm
<i>Nâng vai ra trước, lên trên (⁰), dùng thước đo độ:</i>	
- Từ 0 → 30 ⁰	0
- Từ 31 → 36 ⁰	2
- Từ 61 → 90 ⁰	4
- Từ 91 → 120 ⁰	6

Tình trạng bệnh nhân	Điểm
- Từ 121→150 ⁰	8
- Từ 151→180 ⁰	10
Số điểm tối đa đánh giá nâng vai lên trước	10/100 điểm
<i>Dạng vai sang bên, lên trên (°)</i>	
(cho điểm như nâng vai ra trước)	10/100 điểm
<i>Quay ngoài (vị trí)</i>	
- Đỡ tay dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
- Tay đỡ dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
- Tay đỡ trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
- Tay đỡ trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
- Tay đỡ quá đỉnh đầu	2
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay ngoài	10/100 điểm
<i>Quay trong (vị trí)</i>	
- Bàn tay đặt ở đùi	0
- Bàn tay đặt ở hông	2
- Bàn tay đặt ở điểm nối của đốt sống lưng và xương chậu	4
- Bàn tay đặt ở xương sống thắt lưng (L5)	6
- Bàn tay đặt ở điểm xương sống ngực thứ 12 (D12)	8
- Bàn tay đặt được ở vùng xương bả vai	10
Số điểm tối đa đánh giá hoạt động quay trong	10/100 điểm
<i>Năng lực của vai:</i>	
Theo phương pháp của Moseley, bệnh nhân nâng tay ở một góc 90° bình thường nâng được 25 pound Anh (1 pound Anh = 0,4536kg).	25 điểm
Tổng số điểm:	100

PHỤ LỤC 3

CÁC VỊ THUỐC DÙNG TRONG NGHIÊN CỨU

1. *Cẩu tích*

Tên khác: Lông cu ly (cây), Kim mao (cây), Kòl tón (Mường), Út cu ly (Tày).

Tên khoa học: *Cibotium barometz* (L.) J. Sm., họ Cẩu tích (Dicksoniaceae).

Bộ phận dùng: Thân rễ và lông phủ ngoài thân rễ.



Thành phần hóa học: Thân rễ Cẩu tích chứa 30% tinh bột và aspidinol. Theo các tác giả Trung Quốc Yuan Zhong và cs (1996) thì vị Cẩu tích còn chứa β -sitosterol, acid stearic, daucosterol, acid protocatechic, acid cafeic. Lông vàng ngoài thân rễ chứa tanin và sắc tố.

Tác dụng dược lý: Thân rễ Cẩu tích đã được nghiên cứu dược lý và nhận thấy có tác dụng chống viêm, tác dụng ức chế chủ yếu giai đoạn viêm cấp tính, tác dụng yếu trên giai đoạn mạn tính của phản ứng viêm.

Tính vị, quy kinh: Vị đắng, ngọt; tính ôn. Quy 2 kinh Can và Thận

Công dụng: Bổ can thận, mạnh gân xương, trừ phong thấp. Dùng chữa thấp khớp, nhức mỏi chân tay, đau lưng, khí hư, chứng đi tiểu són không cầm, di tinh, bạch đới. Lông ngoài thân rễ có tính cơ học làm cho máu chóng đông, dùng để cầm máu vết thương

Cách dùng, liều lượng Ngày dùng từ 10 g đến 20 g, dạng thuốc sắc. Thường phối hợp với một số vị thuốc khác.

Kiêng kỵ Thận hư nhiệt, nước tiểu vàng không nên dùng.

2. *Tỳ giải*

- *Tên khác:* Xuyên tỳ giải, Tất già, Phấn tỳ giải.

- *Tên khoa học:* *Dioscorea tokoro* Makino., thuộc họ Củ nâu (Dioscoreaceae).

- *Bộ phận dùng:* Thân rễ phơi hay sấy khô của cây Tỳ giải.



Thành phần hóa học: Năm 1936, các nhà hóa học Nhật Bản Tsukhano và Ueno đã tách được diosgenin từ củ Tỳ giải. Đây là saponin steroid đầu tiên được biết, có nối đuôi ở 5-6. Ngoài ra, trong Tỳ giải còn có những saponin khác: yonogenin, tokorogenin, kogagenin, igagenin, isodiotigenin. Hàm lượng saponin toàn phần vào khoảng 1-1,5%. Các saponin được biết trong Tỳ giải gồm dioscin, gracillin và prosapogenin B, yononin A... Hàm lượng và thành phần các saponin trong Tỳ giải phụ thuộc nhiều vào tuổi và giai đoạn phát triển của cây. Ngoài saponin, trong củ Tỳ giải còn có một số flavanonol là dihydroquercetin, smitilbin, engeletin, isoengeletin, astilbin và isoastilbin.

Tác dụng dược lý: Tỳ giải có tác dụng kháng khuẩn, kháng viêm. Nước sắc Tỳ giải có tác dụng trị viêm khớp, đau cơ, viêm tuyến tiền liệt và làm tan cục máu đông. Nó làm giảm có ý nghĩa sự tăng sản của hFLSCs¹ vốn được kích thích bởi interleukin-1beta (IL-1beta) yếu tố alpha gây hoại tử khối u (TNF-alpha). Tỳ giải có tác dụng hạ glucose huyết trên cả chuột bình thường và dòng KK-Ay nhưng không có tác dụng trên mô hình thử với streptozocin.

Tính vị, quy kinh: Vị đắng, tính bình. Quy kinh can, vị, thận và bàng quang.

Công dụng: Khử phong thấp, phân thanh khử trọc, giải độc. Dùng làm thuốc chữa bạch trọc, lợi tiểu tiện, uống vào có tác dụng tiêu độc, chữa mụn nhọt, đau gân cốt, lưng đau gối mỏi, khớp xương tê nhức. Hiện nay, Tỳ giải còn là nguồn nguyên liệu được nhiều nước dùng chiết saponin sterolic, nguyên liệu trung gian để chế hormon và cortisol

Cách dùng, liều lượng Ngày dùng từ 9 g đến 15 g, dạng thuốc sắc, phối hợp trong các bài thuốc.

Kiêng kỵ Không dùng cho người âm hư hỏa vượng, đau lưng do thận hư.

3. *Thỏ phục linh*

- *Tên khác*: Khúc khắc, Kim cang, Khau đầu (Tày), D'rang lò (Châu mã), Tơ pót (K'ho), Lái (K'dong), Mọt hoi đòi (Dao).

- *Tên khoa học*: *Smilax glabra* Roxb., thuộc họ Khúc khắc (Smilacaceae).

- *Bộ phận dùng*: Phần thân rễ đã phơi hay sấy khô của cây Thỏ phục linh (*Rhizoma Smilacis Glabrae*)



Thành phần hoá học: Rễ củ của Thỏ phục linh là các saponin, b - sitosterol, stigmasterol, các chất tanin và chất nhựa. Các nghiên cứu sâu về thành phần hóa học của Thỏ phục linh cho thấy các thành phần chính của nó là các flavonoid và phenylpropanoid esters, ngoài ra còn có các terpenoids, mannose - binding lectin, và glycoproteins...

Tác dụng dược lý: Nghiên cứu trên chuột cống trắng có tác dụng chống viêm rõ rệt đối với giai đoạn viêm cấp tính cũng như mạn tính thực nghiệm trong mô hình phù bàn chân gây bằng kaolin và mô hình u hạt thực nghiệm gây bằng amiant, đồng thời có tác dụng gây thu teo tuyến ức chuột cống non, ức chế miễn dịch, nâng cao được tỷ lệ chuột lang sống qua cơn choáng phản vệ, làm giảm nhẹ cơn dị ứng trong thí nghiệm tiêm mẫn cảm chuột lang bằng kháng nguyên. Thỏ phục linh có những tính chất của một thuốc chống viêm steroid ngoài ra còn có tác dụng kháng histamin. Trong thử nghiệm invitro Thỏ phục linh làm giảm cơ thắt cơ trơn ruột chuột lang cô lập bởi histamin và acetylcholin. Flavonoid của Thỏ phục linh có tác dụng ức chế men oxy hoá khử peroxydase và catalase máu chuột

và huyết thanh người. Cao chiết với methanol từ thân rễ Thổ phục linh với liều 100mg/kg thể trọng, tiêm phúc mạc, đã làm hạ glucose máu của chuột trắng bình thường 4 giờ sau khi tiêm và cũng làm giảm glucose máu chuột nhắt gây đái tháo đường không phụ thuộc insulin. Cao lỏng chế từ Thổ phục linh phối hợp với Ngưu tất và Hy thiêm hoặc Cà gai leo được dùng điều trị thấp khớp đã tỏ ra có tác dụng tốt đối với chứng đau nhức, nhất là với những bệnh khớp không có tiêu chuẩn chẩn đoán và kết quả tốt nhất và tương đối nhanh với đau lưng cấp do lạnh và sang chấn.

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng đã chứng minh tác dụng chống viêm giảm đau của Thổ phục linh.

Tính vị quy kinh: Ngọt nhạt, bình. Quy kinh can vị.

Công dụng: Thổ phục linh được dùng để chữa phong thấp, đau xương khớp, mẩn ngứa ngoài da, ung thũng (ung nhọt sưng đau), giải độc... Ở Trung Quốc, Thổ phục linh được sử dụng từ rất lâu đời với công dụng: Thanh nhiệt, giải độc, lợi quan tiết, trừ thấp. Dùng để điều trị: mụn nhọt, rôm sảy, nhiệt độc sưng lở, chứng thấp chân (Da nổi những nốt lấm tẩm đỏ, rát, ngứa do nóng ẩm gây ra), chứng lâm trọc (Đi tiểu đục, đường tiểu sưng đau), chứng cước khí (bàn chân phù nề, đau nhức), chứng gân cốt co rút, nhức mỏi, đau tê. Ở Mỹ người ta dùng Thổ phục linh làm thuốc giải khát, đào thải chất độc trong gan...

Cách dùng, liều lượng Ngày dùng từ 12 g đến 30 g, dạng thuốc sắc, cao thuốc hoặc hoàn tán.

Kiêng kỵ Không nên uống nước chè khi dùng thuốc, không dùng cho người có can thận âm hư.

4. Cà gai leo

- Tên gọi khác: Cà vạnh, Cà quỳnh, Cà quánh, Cà gai dây, Cà bò.

- Tên khoa học: *Solanum procumbens* Lour., họ Cà (Solanaceae).

- Bộ phận dùng: Rễ và cành lá (*Radix et Ramulus Solani*).



Thành phần hóa học: Cà gai leo chứa các thành phần hóa học như alkaloid, glycoalkaloid, saponin, flavonoid, acid amin và sterol, trong đó các chất glycoalkaloid có tỷ lệ nhiều hơn cả. Trong rễ và lá Cà gai leo có các chất cholesterol, β -sitosterol, lanosterol, dihydrolanosterol; còn có solasodenon. Ngoài ra, rễ chứa 3β -hydroxy- 5α -pregnan-16-on. Sau khi thủy phân dịch chiết rễ còn thu được 2 chất solasodin và neochlorogenin.

Tác dụng dược lý: Cà gai leo có tác dụng chống viêm, ức chế phù thực nghiệm và gây teo tuyến ức. Nó còn chống co thắt phế quản. Rễ cây Cà gai leo có tác dụng chống độc của nọc rắn độc Cobra, và còn có khả năng ngăn chặn sự tiến triển xơ gan trên chuột cống trắng thí nghiệm.

Tính vị, quy kinh: Vị hơi the, tính ấm, hơi có độc.

Công năng, chủ trị: Tán phong thấp, tiêu độc, tiêu đờm, trừ ho, giảm đau, cầm máu. Thường dùng trị cảm cúm, dị ứng, ho gà, đau lưng, đau nhức xương, thấp khớp, bệnh về gan, rắn cắn

Cách dùng, liều lượng: Ngày dùng 16 g đến 20 g, dưới dạng thuốc sắc. Thường dùng phối hợp với một số vị thuốc khác.

5. Dây đau xương

- Tên gọi khác: Khoan cân đằng, Tục cốt đằng, Thân cân đằng.

- Tên khoa học: *Tinospora sinensis* (Lour.) Merr. (*Tinospora tomentosa* Miers, *Tinospora malabarica* Miers, *Menispermum malabarilum* Lamk). Thuộc họ Tiết dê (Menispermaceae).

- Bộ phận dùng: Toàn thân cả lá (*Caulis et Folium Tinosporae*). Khi dùng làm thuốc, thu hái thân già, thái nhỏ, phơi khô.



Thành phần hoá học: Trong Dây đau xương có nhiều Alkaloid. Trong cây có một glucosid phenolic là tinosinen. Trong cành cây còn có 2 chất dinorditerpen glucosid là tinosinesid A và tinosinesid B.

Tác dụng dược lý: Nghiên cứu trên thực nghiệm cho thấy Dây đau xương có tác dụng ức chế hoạt tính gây co thắt cơ trơn của histamin và acetylcholin trong ruột cô lập. Dây đau xương có ảnh hưởng trên huyết áp động vật thí nghiệm, có tác dụng ức chế hệ thần kinh trung ương biểu hiện trên các hiện tượng quan sát bên ngoài của động vật, có tác dụng hiệp đồng với thuốc ngủ, tác dụng an thần và lợi tiểu. Bài thuốc chữa viêm khớp gồm có 5 vị trong đó có Dây đau xương trên thử nghiệm dược lý và được lâm sàng được xác minh hiệu lực chống viêm.

Tính vị quy kinh: Vị đắng, tính mát vào kinh can.

Công dụng: Có tác dụng khu phong trừ thấp, thư cân hoạt lạc, chỉ thống. Thường dùng chữa sốt rét, phong thấp, chứng đau nhức gân cốt, đau dây thần kinh hông đòn ngã tổn thương và để bổ sức. Lá tươi cũng dùng đắp lên các chỗ nhức trong gân cốt và trị rắn cắn. Ở Vân Nam (Trung Quốc), cây được dùng trị phong

thấp tê đau, đau thần kinh tọa, lưng cơ lao tổn, đòn ngã tổn thương, gãy xương, ngoại thương xuất huyết, đau dạ dày và kinh nguyệt không đều. Ở Quảng Tây, cây cũng được dùng trị phong thấp đau xương, lưng cơ đau mỏi và đòn ngã

Cách dùng, liều lượng Ngày dùng từ 12 g đến 20 g, dạng thuốc sắc hay ngâm rượu để uống hay dùng ngoài.

6. Thiên niên kiện

Tên gọi khác: Sơn thực, Ráy hương, Vạt hương (Tày), Hịa hầu ton (Dao).

Tên khoa học: Homalomena occulta (Lour.) Schott, họ Ráy (Araceae).

Bộ phận dùng: Thân rễ.



Thành phần hóa học: Thân rễ Thiên niên kiện chứa tinh dầu 0,25%, trong đó có linalol 56,84%, terpinen-4-ol, acetaldehyd, aldehyd propionic, aldehyd butyric, sabinen, limomen, α - và β -terpinen, γ - và α -terpineol. Ngoài ra nó còn chứa homalomenol A, B, C, D; oplopanon, oplodiol, và 1β , 4β , 7α -trihydroxyeudesman.

Tác dụng dược lý: Các nghiên cứu dược lý cho thấy tinh dầu trong Thiên niên kiện có tác dụng diệt nhiều loại trực khuẩn và ức chế virus gây mụn rộp loại I (Herpes simplex virus type 1); Nước sắc Thiên niên kiện có tác dụng thúc đẩy lưu thông huyết dịch, giảm đau và chống đông máu tương đối mạnh; Còn thuốc Thiên niên kiện có tác dụng chống viêm, giảm đau và kháng Histamin, chống dị ứng.

Tính vị, quy kinh: Theo Đông y, Thiên niên kiện có vị đắng, cay, tính ấm. Vào 2 kinh can, thận.

Công năng, chủ trị: Có tác dụng trừ phong thấp, bổ gân cốt. Trong nhân dân, Thiên niên kiện thường dùng chữa phong thấp, nhức mỏi gân xương hoặc co quắp tê bại, đau dạ dày, làm thuốc kích thích tiêu hóa. Thường phối hợp với Cỏ xước, Thổ phục linh, Độc lực để trị tê thấp, nhức mỏi. Dùng tươi giã ngâm chỗ đau

nhức, tê bại và phong thấp. Để trị đau bụng kinh, thường phối hợp với rễ Bưởi bung, rễ Bướm bạc, gỗ Vang, rễ Sim, cùng liều lượng, sắc uống. Thiên niên kiện còn là nguyên liệu chiết tinh dầu làm hương liệu và là nguyên liệu chiết linalol. Lá tươi giã với ít muối đắp chữa nhọt độc

Cách dùng, liều lượng: Ngày dùng từ 4,5 g đến 9 g, phối hợp trong các bài thuốc hoặc ngâm rượu. Dùng ngoài: Thân rễ tươi giã nát, sao nóng, bóp vào chỗ đau nhức, hoặc ngâm Thiên niên kiện khô với rượu xoa bóp chỗ đau nhức, tê bại và phong thấp.

Kiêng kỵ: Không dùng cho người âm hư hỏa vượng, mềm khô, họng đắng.

7. Cam thảo Nam

- *Tên gọi khác:* Cam thảo đất, Dây Cườm cườm, dây Chi chi, Cườm thảo, Tương tư đặng, Cẩm sảo (Tày).

- *Tên khoa học:* *Abrus precatorius* L., thuộc họ Đậu (Fabaceae).

- *Bộ phận dùng:* Toàn cây.



Thành phần hóa học: Thân và lá Cam thảo dây có L-abrin, precatorin, hypaphorin, trigonelin, cholin. Lá có glycyrrhizin, abrusosid A, B, C, D, và các hợp chất flavonoid. Rễ có chứa abrin, hypaphorin, precasin và glycyrrhizin (1-1,25%).

Tác dụng dược lý: Phần trên mặt đất của cây Cam thảo dây có tác dụng trên huyết áp của mèo và chó. Ngưng kết tố của *Abrus agglutinin* tỏ ra có khả năng gây hoạt tính miễn dịch, chống lại các tế bào ung thư. Cao còn lá Cam thảo dây ức chế co thắt gây nên do acetylcholin trên cơ trơn bụng cóc và cơ hoành chuột

Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, hơi đắng, tính mát.

Công dụng và liều dùng: Tác dụng thông cửu khiếu, sát trùng, tiêu viêm. Thường dùng chữa cảm sốt, chữa ho, giải cảm, giải độc, điều hòa các vị thuốc. Nhân dân nhiều vùng ở Việt nam dùng thay vị Cam thảo Bắc

Cách dùng: Dùng tươi: Ngày dùng từ 20 g đến 40 g, dạng dịch ép. Dùng khô: Từ 8 g đến 12 g. Dạng thuốc hãm hoặc thuốc sắc

8. Ngũ gia bì chân chim

- *Tên gọi khác:* Cây chân chim, Chân chim 7 lá, Chân chim hoa trắng, Đáng, Lẳng, Chân vịt.

- *Tên khoa học:* *Schefflera heptaphylla* (L.) D.G. Frodin (= *Schefflera octophylla* (Lour.) Harms.), họ Nhân sâm (Araliaceae).

- *Bộ phận dùng:* Vỏ thân phơi khô hay sấy khô của cây Ngũ gia bì chân chim.



Thành phần hóa học: Vỏ thân chứa các saponin nhóm ursan và olean; cho đến nay có 12 saponin chia ra 6 cặp tương ứng với ursan-12-en glycosid và olea-12-en glycosid đã biết; ngoài ra, trong vỏ còn có một ít tinh dầu (0,8%). Thành phần saponin trong lá chủ yếu là nhóm lupan, trong đó chất có hàm lượng cao nhất (5%) là acid 3 α -hydroxylup-20(29)-en-23,28-dioic.

Tác dụng dược lý: Có tác dụng chống mệt mỏi tốt hơn Nhân sâm. Có tác dụng tăng sức chịu đựng đối với thiếu oxy, nhiệt độ cao, điều tiết nội tiết rối loạn, điều tiết hồng bạch cầu và huyết áp, chống phóng xạ, giải độc. Tác dụng kháng viêm, cả đối với viêm cấp và mạn tính; giãn mạch làm tăng lưu lượng máu động mạch vành và hạ huyết áp; Có tác dụng an thần rõ, điều tiết sự cân bằng giữa 2 quá trình ức chế và hưng phấn của trung khu thần kinh. Tác dụng hưng phấn của thuốc không làm ảnh hưởng giấc ngủ bình thường. Thuốc có tác

dụng chống lão suy, tăng thể lực và trí lực, tăng chức năng tuyến sinh dục và quá trình đồng hóa, gia tăng quá trình chuyển hóa và xúc tiến tổ chức tái sinh. Có tác dụng tăng cường miễn dịch của cơ thể như tăng khả năng thực bào của hệ tế bào nội bì võng, tăng nhanh sự hình thành kháng thể, làm tăng trọng lượng của lách. Thuốc còn có tác dụng kháng virus, kháng tế bào ung thư, điều chỉnh miễn dịch; có tác dụng long đờm, cầm ho và làm giảm cơn ho suyễn.

Tính vị, quy kinh: Vị cay, tính ấm. Vào kinh can, thận.

Công năng, chủ trị: Trừ phong thấp, mạnh gân xương. Thường dùng chữa đau khớp và đau dây thần kinh, đau các cơ do lạnh; chữa phù do thiếu sinh tố B1; chữa các chứng chậm biết đi, người già gân cốt mềm yếu, lưng đau; lợi niệu

9. Cốt khí củ

- *Tên gọi khác:* Điền thất, Hồ trượng căn, Phù linh, Co hớ hườn (Thái), Mèng keng (Tày), Hồng liu (Dao).

- *Tên khoa học:* *Reynoutria japonica* Houtt., thuộc họ Rau răm (Polygonaceae).

- *Bộ phận dùng:* Thân rễ (*Rhizoma Reynoutriae Japonicae*).



Thành phần hóa học: Rễ chứa Anthranoid như physcion, chrysaphanol, emodin, rhein, questin... Ngoài ra còn có tannin, coumarin và các chất vô cơ như Cu, Fe, Mn, Zn, K.

Tác dụng dược lý: Cốt khí củ có tác dụng chống viêm trên các mô hình gây viêm thực nghiệm, ức chế tác dụng gây co thắt cơ trơn ruột cô lập của histamin và acetylcholine. Nó cũng làm giảm mức cholesterol trong mô hình gây tăng lipid máu.

Tính vị, quy kinh: Cốt khí củ có vị ngọt, đắng, tính mát.

Công năng, chủ trị: Có tác dụng khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu viêm, thông kinh, giảm đau, lợi tiểu, chống ho, tiêu đờm. Được dùng chữa phong thấp tê bại, đau nhức gân xương, chấn thương, ngã sưng đau ứ huyết, kinh nguyệt bế tắc. Dùng ngoài trị rắn cắn, chấn thương, đinh nhọt, viêm mủ da.

PHỤ LỤC 4
BẢN THỎA THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Họ và tên:.....

Tuổi:.....

Địa chỉ :.....

Tôi được mời tham gia nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần”**

Tôi được nhà nghiên cứu đọc và trình bày trong bản thỏa thuận tham gia nghiên cứu này các thông tin liên quan đến nghiên cứu bao gồm các nội dung chính sau đây:

Mục đích của nghiên cứu:

- 1. Đánh giá kết quả của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*
- 2. Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp*

.Quy trình thực hiện nghiên cứu: thăm khám lâm sàng toàn diện, làm bệnh án, xét nghiệm cận lâm sàng, điều trị theo phác đồ nghiên cứu.

Những lợi ích của nghiên cứu: Bệnh nhân được phổ biến thông tin về bệnh lý viêm quanh khớp vai, được điều trị. Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng toàn diện, làm bệnh án, xét nghiệm cận lâm sàng, điều trị theo phác đồ nghiên cứu.

Những rủi ro có thể xảy ra khi tham gia nghiên cứu: BN không phải đối mặt với bất cứ nguy cơ nào có thể xảy đến.

Đảm bảo bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu: chúng tôi đảm bảo giữ kín thông tin cá nhân của bệnh nhân: tên, địa chỉ, số điện thoại

Sự tình nguyện tham gia và rút lui khỏi nghiên cứu của đối tượng: bệnh nhân hoàn toàn có quyền không tham gia nghiên cứu của chúng tôi.

Nghĩa vụ của đối tượng khi tham gia vào nghiên cứu: cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác.

Giới thiệu về nhà nghiên cứu: tôi là Huỳnh Thị Hồng Nhung - Học viên Cao học khóa 12 – Chuyên ngành Y học cổ truyền – Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam cùng thầy hướng dẫn là Tiến sĩ Trần Đức Hữu

Phương thức liên hệ với nhà nghiên cứu: ông/bà có thể liên lạc với tôi theo số điện thoại: 0389139322

Những cam kết của nhà nghiên cứu với đối tượng tham gia nghiên cứu: Ông/bà sẽ được phổ biến thông tin về bệnh lý viêm quanh khớp vai, được điều trị và tư vấn về chế luyện tập, được thăm khám lâm sàng toàn diện, làm bệnh án, xét nghiệm cận lâm sàng, điều trị theo phác đồ nghiên cứu.. Ông/bà sẽ được thông báo khi có kết quả xét nghiệm, thông tin này sẽ chỉ được thông báo cho ông/bà. Mọi thông tin cá nhân của ông/bà sẽ được giữ bí mật tuyệt đối.

Sau khi được nghe và đọc các thông tin liên quan đến nghiên cứu như đã được trình bày trong bản thỏa thuận này, tôi hoàn toàn tự nguyện đồng ý tham gia và nghiên cứu được ghi trong bản thỏa thuận. Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Hà Nội , ngày tháng năm 202...

Đối tượng tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] **Hoàng Hà Kiệt (2015)**, Viêm quanh khớp vai Chẩn đoán và điều trị, NXB Thể dục Thể thao, tr. 3, 7, 35. 37
- [2] **Bộ Y tế (2016)**, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 165-176.
- [3] **Bộ Y tế (2016)**, Hướng dẫn và điều trị các bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản Y học, tr.154, 156, 157
- [4] **Trần Ngọc Ân (2002)**, *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, tr. 364-374.
- [5] **B. Reeves (1975)**, "The natural history of the frozen shoulder syndrome". *Scand J Rheumatol*, 4, pp. 193-196.
- [6] **Carola C. Würgler-Hauri, R.Sheikh, B. Jost, C. Gerber** : *Polyarthrite scapulohumérale ? Diagnostic et traitement* . Forum Med Suisse 2007;7: 81–86
- [7] **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011)**, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 165 - 176.
- [8] **Luime JJ, Koes BW, Hendriksen IJ, Burdorf A, Verhagen AP (2004)**. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. *Scand J Rheumatol*.2004; 33 (2): 73-81. Review.
- [9] **Kaia B Engebretsen, Margreth Grotle, Bård Natvig (2015)**. Patterns of shoulder pain during a 14-year follow-up: results from a longitudinal population study in Norway, *Shoulder Elbow*, 7(1), pp 49–59.
- [10] **Bộ y tế (2013)**, *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 327 - 329.
- [11] **Nguyễn Văn Hưởng (2012)**, *Toa thuốc Đông y cổ truyền Việt Nam*, Nhà xuất bản Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh, tr 297.
- [12] **Netter Frank H. (2007)**, *Atlas giải phẫu người*, tài liệu dịch của Nguyễn Quang Quyền, Phạm Đăng Diệu, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 418 - 343.
- [13] **Bộ môn Giải phẫu - Đại học Y Hà Nội (1992)** *Giải phẫu học tập 1*, Nhà xuất bản Y học.

- [14] **Lê Quang Đạo** (2005), “*Nghiên cứu tác dụng phục hồi chức năng*”, Nhà xuất bản thể thao, Hà Nội, tr. 57 – 59.
- [15] **Bộ môn Phục hồi chức năng - Đại học Y Hà Nội** (2009), *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 232-237, 268-269
- [16] **T. Paternostro-Sluga, C. Zoch** (2004), "Conservative treatment and rehabilitation of shoulder problems", *Radiologe, Konservative Therapie und Rehabilitation von Schulterbeschwerden*, 44 (6), pp. 597-603.
- [17] **G. Walch** (2005), Etude anatomo-clinique de l'épaule douloureuse simple, *Morphologie*, Volume 89, Issue 287, pp. 216.
- [18] **B.D. Katthagen** (1990), *Ultrasonography of the shoulder: technique, anatomy, pathology*, pp. 235-287.
- [19] **Catonne Y, Delattre O, Pascal-Mousselard H, d'Istria FC, Busson J, Rouvillain JL** (1995), Rupture of the distal tendon of the biceps brachialis: apropos of 43 cases. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1995;81(2):163-72.
- [20] **de Winter AF, Jans MP, Scholten RJ, Deville W, van Schaardenburg D, Bouter LM** : *Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement.* *Ann Rheum Dis* 1999 ; 58 : 272-7
- [21] **M.C Boissier** : Épaule douloureuse : Orientation Diagnostic. *Rev. Part* 1993, 43,6: 21-28
- [22] **J. J. Luime, B. W. Koes, I. J. M. Hendriksen, A. Burdorf, A. P. Verhagen, H. S. Miedema, J. A. N. Verhaar** (2004), "Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population, a systematic review", *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 33 (2), pp. 73-81.
- [23] **Peric P.** [*The painful shoulder – functional anatomy and clinical diagnosis*]. *Reumatizam.*2003; 50(2): 36-7.
- [24] **Tomas Nedelka, Jiri Nedelka, Jakub Schlenker, Christopher Hankins, Radim Mazanec** (2014), "Mechano-transduction Effect of Shockwaves in the Treatment of Lumbar Facet Joint Pain: Comparative Effectiveness Evaluation of Shockwave Therapy, Steroid Injection and Radiofrequency Medial Branch Neurotomy".

Neuroendocrinology Letters, 35, pp. 393-397.

- [25] **Dương Xuân Đạm** (2004), *Vật lý điều trị - Đại cương – Nguyên lý và thực hành*, Nhà xuất bản Văn hóa thông tin, Hà Nội, tr 49 – 63, 164 – 185
- [26] **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.
- [27] **Đoàn Quang Huy** (1999), *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai của cây bạch hoa xà*, luận văn thạc sỹ y học, Hà Nội.
- [28] **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.
- [29] **Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội** (2005), *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học.
- [30] **Bộ Y tế** (2013), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản y học.
- [31] **Viện Dược liệu** (2006), *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, Tập I, Tập II, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Trang 293 - 295, 331-332, 366 – 368, 636 - 637, 883 – 885.
- [32] **Đoàn Thanh Hiền, Đỗ Trung Đàm** (1996), *Nghiên cứu vai trò của Thổ phục linh trong các bài thuốc chữa thấp khớp*, Tạp chí Dược học - số 8/1996 tr 15 – 18.
- [33] **Đào Diệu Thúy** (2005), *Nghiên cứu tác dụng chống viêm, chống oxy hóa của cây thuốc Dây đau xương trên chuột được gây viêm bằng carrageenin*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [34] **Nguyễn Tiến Phụng** (2000), “*Nghiên cứu tác dụng chống viêm giảm đau của cốt khí củ trên thực nghiệm*”, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [35] **Đỗ Tất Lợi** (2016), *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Thời Đại.
- [36] **Võ Văn Chi** (2012), *Từ điển cây thuốc Việt Nam*, Tập I, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 380 – 381.
- [37] **Lisha Dong, Jinqiu Zhu, Hongzhi Du, Heng Nong, Xicheng He, and Xiaoyu Chen** (2017), *Astilbin from Smilax glabra Roxb. Attenuates inflammatory Response in Complete Freund's Adjuvant -Induced Arthritis Rats*, Hindawi, volume, Article

ID 8246420, 1- 9.

- [38] **Nguyễn Thị Như Quý** (2020). *Nghiên cứu tác dụng chống viêm của Bài thuốc “Thái Bình HV” trên động vật thực nghiệm*”, Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện dược học cổ truyền Việt Nam.
- [39] **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2008), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr 15 – 225.
- [40] **Lâm Tinh, Tuy Văn Phát (2003)**, *Xoa bóp, bấm huyệt chữa bệnh và tăng cường sức khỏe (Hà Kim Sinh dịch)*, Nhà xuất bản Thể dục- thể thao, tr 188-192.
- [41] **Romoli M., Van der Windt D., Giovanzana P. et al. (2000)**, "International research project to devise a protocol to test the effectiveness of acupuncture on painful shoulder", *J. Altern. Complement. Med.*, 6(3), pp. 281- 287.
- [42] **The McGill (2005)**, Range of Motion Index - McROMI.
- [43] **Avancini-Dobrović V, Frlan-Vrgoc L, Stamenković D, Pavlović I, Vrbanić TS** (2011), "Radial Extracorporeal Shockwave Therapy in the Treatment of Shoulder Calcific Tendinitis", *Coll Antropol*, pp. 221-226.
- [44] **Greenberg DL** (2017), "Evaluation and treatment of shoulder pain", *Med Clin N Am* 98, pp. 487–504.
- 彭克坚** (2017). 针灸结合推拿治疗肩周炎疗效观察, 实用中医药杂志, 2017年 第 4 期.
- [45] **Bành Khắc Kiên** (2017). *Quan sát hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng phương pháp xoa bóp kết hợp châm cứu*. Tạp chí Trung Y Dược Thực Dụng, số phát hành thứ 4 năm 2017.
- 王倩** (2018). 针灸与推拿结合治疗肩周炎的疗效观察, *世界最新医学信息文摘*, 2018年 56期 第 168页.
- [46] **Vương Sản** (2018). *Xoa bóp và châm cứu viêm quanh khớp vai kết hợp quan sát hiệu quả điều trị* Trích văn Thông Tin Y Học Tối Tân Thế Giới, số phát hành 56 năm 2018 trang 168.
- [47] **Chandran, K. P., Chandran, P. P., Arumugam, N., & Muthappan, S.** (2021).

Effect of Remote and Local Acupuncture Points on Periarthritis of Shoulder: A Comparative Study.

- [48] **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.
- [49] **Hoàng Huyền Châm** (2018), *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc TK1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam
- [50] **Phạm Văn Minh** (2018). *Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị bệnh nhân viêm khớp vai thể đơn thuần tại Bệnh viện 108*. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
- [51] **Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Thị Lệ Viên, Nguyễn Văn Hưng** (2019). *Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp bài thuốc "Quyên tý thang"*. Luận văn tốt nghiệp, Trường Đại học y dược Huế.
- [52] **Nguyễn Hữu Dũng** (2019), *Đánh giá hiệu quả lâm sàng của bài thuốc KNC kết hợp điện châm trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
- [53] **Bộ Y tế** (2018), *Dược điển Việt Nam V*, NXB Y học.
- [54] **Bộ Y tế** (2015). *Quy trình kỹ thuật châm cứu, Tài liệu hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Quy trình 42*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- [55] **Victoria Quality Council** (2007). *Acute pain management measurement toolkit, Rural and Regional Health and Aged Care Services Division*, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia.
- [56] **Constant C.R., Murley A. H. G.** (1987), "A clinical method of functional assessment of the shoulder", *Clin. Orthop*, 214, pp. 160 - 164.
- [57] **Michael Macias** (2015), *Ultrasound leadership adecamy: intro to shouder evaluation*.
- [58] **Riley D.C** (2013), *Emergency department diagnosis of supraspinatus tendon*

- calcification and shoulder impingement syndrome using bedside ultrasonography*, Critical Ultrasound Journal, 35:2.
- [59] **Nguyễn Xuân Nghiêñ, Trần Văn Chương, Trần Trọng Hải, Cao Minh Châu, Phạm Quang Lung và cộng sự (1995)** *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- [60] **Hội phục hồi chức năng Việt Nam (1995)**, *Tài liệu tập huấn về chấn thương chỉnh hình và phục hồi chức năng bệnh khớp*, tr. 15 – 18.
- [61] **Danh mục quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cấy chỉ và laser châm chuyên ngành châm cứu** (Ban hành kèm theo Quyết định số 2279 /QĐ-BYT, ngày 02 tháng 06 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
- [62] **Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Thị Lệ Viên, Nguyễn Văn Hưng (2019)**, Hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp bài thuốc Quyên tý thang, *Tạp chí Y dược học – Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 9, số 2, tr. 54 – 59.*
- [63] **Nguyễn Thị Thu Hằng, Vũ long, Nguyễn Duy Trinh (2020)**, Nghiên cứu hiệu quả điều trị bệnh đông cứng khớp vai bằng phương pháp tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của DSA, *Tạp chí Điện quang Việt Nam, số 40, tr. 27 – 33.*
- [64] **Cho CH, Kim H, Bae KC, Lee D, Kim K (2016)**. Proper site of corticosteroid injection for the treatment of idiopathic frozen shoulder: results from a randomized trial. *Joint Bone Spine*. 83(3):324-329.
- [65] **Gallacher S, Beazley JC, Evans J, et al (2018)**. A randomized controlled trial of arthroscopic capsular release versus hydrodilatation in the treatment of primary frozen shoulder. *J Shoulder Elbow Surg*. 27(8):1401-1406.
- [66] **Lo MY, Wu CH, Luh JJ, et al (2020)**. The effect of electroacupuncture merged with rehabilitation for frozen shoulder syndrome: a single-blind randomized sham-acupuncture controlled study. *J Formos Med Assoc*. 119(1 Pt 1):81-88.
- [67] **Yao M, Yang L, Cao ZY (2107)**, Chinese version of the Constant-Murley

questionnaire for shoulder pain and disability: a reliability and validation study. *Health Qual Life Outcomes*,15(1):178.

- [68] **Klç Z, Filiz MB, Çakır T, Toraman NF (2015)**. Addition of suprascapular nerve block to a physical therapy program produces an extra benefit to adhesive capsulitis: a randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 94(10)(suppl 1):912-920.
- [69] **Khallaf SF, Hussein MI, El-Barbary AM, et al (2018)**. Efficacy of ultrasonography guided intra-articular steroid injection of the shoulder and exercising in patients with adhesive capsulitis: glenohumeral versus subacromial approaches. *The Egyptian Rheumatologist*. 40(4):277-280.
- [70] **Kim KH, Suh JW, Oh KY (2017)**. The effect of intra-articular hyaluronate and tramadol injection on patients with adhesive capsulitis of the shoulder. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 30(4):913-920.
- [71] **Ranalletta M, Rossi LA, Bongiovanni SL, Tanoira I, Elizondo CM, Maignon GD (2014)**. Corticosteroid injections accelerate pain relief and recovery of function compared with oral NSAIDs in patients with adhesive capsulitis: a randomized controlled trial. *Am J Sports Med*. 44(2):474-481.
- [72] **Ziegler, P., Kühle, L., Stöckle, U. et al (2019)**. Evaluation of the Constant score: which is the method to assess the objective strength?. *BMC Musculoskelet Disord* 20, 403.
- [69] **Kraal T, Sierevelt I, van Deurzen D, van den Bekerom MP, Beimers L (2018)**. Corticosteroid injection alone vs additional physiotherapy treatment in early stage frozen shoulders. *World J Orthop*. 9(9):165-172.
- [73] **Mun SW, Baek CH (2016)**. Clinical efficacy of hydrodistention with joint manipulation under interscalene block compared with intra-articular corticosteroid injection for frozen shoulder: a prospective randomized controlled study. *J Shoulder Elbow Surg*. 25(12):1937-1943.

- [74] **Pushpasekaran N, Kumar N, Chopra RK, Borah D, Arora S (2017).** Thawing frozen shoulder by steroid injection. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 25(1):2309499016684470.
- [70] **Lee DH, Yoon SH, Lee MY, Kwack KS, Rah UW (2017).** Capsule-preserving hydrodilatation with corticosteroid versus corticosteroid injection alone in refractory adhesive capsulitis of shoulder: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 98(5):815-821.
- [71] **Lee S, Lee S, Jeong M, Oh H, Lee K (2017).** The effects of extracorporeal shock wave therapy on pain and range of motion in patients with adhesive capsulitis. *J Phys Ther Sci*. 29(11):1907-1909.
- [73] **Park C, Lee S, Yi CW, Lee K (2015).** The effects of extracorporeal shock wave therapy on frozen shoulder patients' pain and functions. *J Phys Ther Sci*. 27(12):3659-3661.
- [74] **Prestgaard T, Wormgoor ME, Haugen S, Harstad H, Mowinckel P, Brox JI (2015).** Ultrasound-guided intra-articular and rotator interval corticosteroid injections in adhesive capsulitis of the shoulder: a double-blind, sham-controlled randomized study. *Pain*. 156(9):1683-1691.
- [75] **Mahmoud, M. (2016),** High Frequency Ultrasound in Determining the Causes of Acute Shoulder Joint Pain. *Open Journal of Radiology*, **6**, 275-284.
- [76] **Challoumas D, Biddle M, McLean M, Millar NL (2020).** Comparison of Treatments for Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 3(12):e2029581.