

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐÀO THIỆN QUANG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ
TỖN THƯƠNG VAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP
CÂY CHỈ KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI, 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐÀO THIÊN QUANG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ
TÔN THƯỜNG VAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP
CÂY CHỈ KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

Ts TRẦN ĐỨC HỮU

HÀ NỘI, 2020

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ to lớn và quý báu của các Thầy, Cô ở nhiều Bộ môn, Khoa, Phòng, đồng nghiệp bạn bè và gia đình.

Tôi xin trân trọng cảm ơn: Đảng ủy - Ban Giám hiệu Trường Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam; Phòng Đào tạo sau đại học, Bộ môn Châm Cứu cùng các Bộ môn, Khoa Phòng của Trường Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam, là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn tới Đảng ủy, Ban Giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh và bệnh viện Đa Khoa Hà Đông, đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong công tác, học tập và nghiên cứu để hoàn thành đề tài.

*Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến thầy **TS. Trần Đức Hữu** người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, tận tình dìu dắt tôi trong suốt quá trình nghiên cứu đề tài và hoàn thành luận văn.*

*Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến **ThS.BS. Nguyễn Ngọc Trung** là Trưởng khoa YHCT viện Đa Khoa Hà Đông đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi thực hiện nghiên cứu tại Khoa YHCT Bệnh viện đa khoa Hà Đông.*

*Tôi vô cùng biết ơn **Các thầy, các cô trong hội đồng thông qua đề cương, hội đồng chấm luận văn Thạc sỹ Trường Học Viện Y Dược học Cổ Truyền Việt Nam**, những người thầy, người cô đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thành nghiên cứu. Xin được trân trọng cảm ơn các thầy, các cô trong Khoa Châm Cứu Bệnh viện Tuệ Tĩnh, những người thầy cô đã luôn dạy dỗ và giúp đỡ tôi trong học tập và hoàn thành luận văn.*

Tôi xin chân thành cảm ơn tập thể cán bộ nhân viên Khoa YHCT, Khoa Khám bệnh, Phòng Kế hoạch tổng hợp, Khoa Xét nghiệm, Khoa Chẩn đoán hình ảnh, và các Khoa Phòng chức năng của Bệnh viện Đa Khoa Hà Đông đã phối hợp giúp đỡ tôi hoàn thành nghiên cứu lâm sàng, góp phần rất quan trọng cho thành công của đề tài.

Tôi cũng xin chân thành cảm ơn sự hợp tác và tình cảm quý mến của các bệnh nhân ở khắp nơi xa gần, là nguồn động viên tôi vượt qua khó khăn, vững tin đi đến kết quả của nghiên cứu này.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ; người vợ thân yêu - BS. Đỗ Thị Hương và con tôi, gia đình nội, ngoại cùng bạn bè và đồng nghiệp, những người đã cùng tôi chia sẻ khó khăn, hết lòng tạo mọi điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn !

Hà Nội, tháng 8 năm 2020

Tác giả

Đào Thiện Quang

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Đào Thiện Quang**, Cao học khóa 10, Trường Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan.

1. Đây là Luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của 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 21 tháng 08 năm 2020

Người viết cam đoan

Đào Thiện Quang

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Giải phẫu chức năng khớp vai	3
1.1.1. Xương khớp	3
1.1.2. Phần mềm	4
1.2. Khái niệm viêm quanh khớp vai	7
1.3. Cơ chế bệnh sinh viêm quanh khớp vai	7
1.4. Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai theo YHHĐ	9
1.4.1. Thể đau vai đơn thuần	9
1.4.2. Thể đau vai cấp	11
1.4.3. Thể giả liệt khớp vai	11
1.4.4. Thể đông cứng khớp vai:	12
1.5. Điều trị viêm quanh khớp vai theo YHHĐ	12
1.6. Y học cổ truyền với bệnh lý viêm quanh khớp vai	13
1.6.1. Quan niệm của YHCT về viêm quanh khớp vai	13
1.6.2. Các thể bệnh và điều trị	15
1.7. Tình hình nghiên cứu về viêm quanh khớp vai trên thế giới và Việt Nam .	17
1.7.1. Trên thế giới	17
1.7.2. Tại Việt Nam	18
1.8. Tổng quan về phương pháp cấy chỉ vào huyết	19
1.8.1. Đại cương về phương pháp cấy chỉ	19
1.8.2. Cơ chế tác dụng của phương pháp cấy chỉ catgut.	20
1.8.3. Tác dụng sinh học của cấy chỉ	21
1.8.4. Phương pháp chọn huyết cấy chỉ	22
1.8.5. Công thức huyết trong nghiên cứu	23

1.8.6. Liệu trình cấy chi.....	25
1.8.7. Những phản ứng trong và sau khi cấy chi	25
1.9. Tổng quan về xoa bóp bấm huyệt	27
1.9.1. Nguồn gốc và tác dụng cơ bản của xoa bóp bấm huyệt:	27
1.9.2. Các thủ thuật xoa bóp bấm huyệt trong điều trị viêm quanh khớp vai..	29
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG, CHẤT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN	
CỨU.....	31
2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu.....	31
2.1.1. Địa điểm.....	31
2.1.2. Đối tượng nghiên cứu	31
2.2. Thời gian nghiên cứu	33
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	33
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	33
2.3.2.Chọn mẫu và cỡ mẫu	33
2.3.3. Các bước nghiên cứu:	33
2.4. Phương tiện và các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu.....	36
2.4.1. Phương tiện nghiên cứu	36
2.4.2. Thăm khám lâm sàng.....	36
2.4.3. Cận lâm sàng.....	39
2.4.4. Tiến hành điều trị.....	39
2.5.Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	46
2.5.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.....	46
2.5.2.Đánh giá hiệu quả điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu	46
2.5.3. Chỉ tiêu và các tác dụng không mong muốn sau điều trị.....	46
2.6. Đánh giá một số chỉ số nghiên cứu	46
2.6.1.Tình trạng đau của khớp vai:	46

2.6.2. Đánh giá chức năng khớp vai	46
2.6.3. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill – McROMI	49
2.6.4. Phân loại kết quả điều trị chung	49
2.6.5. Đánh giá chỉ số hiệu quả (CSHQ) của việc điều trị	49
2.7. Xử lý số liệu	50
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu	50
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	51
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	51
3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi	51
3.1.2. Đặc điểm về giới	51
3.1.3. Thời gian mắc bệnh	52
3.1.4. Vị trí mắc bệnh	52
3.1.5. Kết quả thăm khám một số triệu chứng lâm sàng	53
3.1.6. Kết quả thăm khám cận lâm sàng	57
3.2. Đánh giá kết quả điều trị	58
3.2.1. Mức độ đau, hoạt động hàng ngày, tầm vận động khớp vai và năng lực khớp vai sau điều trị 15 và 30 ngày	58
3.2.2. Kết quả điều trị chung	76
3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ	77
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	80
4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	80
4.1.1. Về nhóm tuổi mắc bệnh	80
4.1.2. Về giới mắc bệnh	81
4.1.3. Về thời gian mắc bệnh	81
4.1.4. Về vị trí mắc bệnh của khớp vai	82
4.1.5. Về đặc điểm lâm sàng	82
4.1.6. Về đặc điểm Xquang thường quy khớp vai	84

4.2. Hiệu quả điều trị của phương pháp cây chỉ kết hợp xoa bóp bấm huyệt....	85
4.2.1. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên triệu chứng đau	85
4.2.2. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên các hoạt động hàng ngày.....	87
4.2.3. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên sự cải thiện về tầm vận động khớp vai.....	89
4.2.4. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên lực của vai	95
4.2.5. Đánh giá hiệu quả điều trị chung.....	96
4.3. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp cây chỉ.....	97
KẾT LUẬN	99
KHUYẾN NGHỊ.....	101
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
BN	Bệnh nhân	
BC	Bạch cầu	
KV	Khớp Vai	
CT	Chụp cắt lớp điện toán	Computed Tomography
HC	Hồng cầu	
HGB	Hemoglobin	
NC	Nhóm chứng	
MRI	Cộng hưởng từ	Magnetic resonance imaging
RLCG	Rối loạn cảm giác	
VAS	Thang điểm đau	Visual Analog Scale
YHCT	Y học cổ truyền	
YHHD	Y học hiện đại	
VQKV	Viêm quanh khớp vai	
SHHN	Sinh hoạt hàng ngày	
CSHQ	Chỉ số hiệu quả	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1.	Đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley	47
Bảng 2.2.	Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill-McROMI	49
Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo vị trí mắc bệnh.....	52
Bảng 3.2.	Phân loại bệnh nhân theo mức độ đau theo thang điểm VAS	53
Bảng 3.3.	Hoạt động hàng ngày của bệnh nhân trước điều trị.....	54
Bảng 3.4.	Tầm vận động gập khớp vai trước điều trị	54
Bảng 3.5.	Tầm vận động dạng khớp vai trước điều trị	55
Bảng 3.6.	Tầm vận động xoay trong khớp vai trước điều trị	55
Bảng 3.7.	Tầm vận động xoay ngoài khớp vai trước điều trị	56
Bảng 3.8.	Lực của vai trước điều trị.....	56
Bảng 3.9.	Phân bố bệnh nhân theo kết quả X quang khớp vai	57
Bảng 3.10.	Đánh giá chức năng khớp vai theo Constant và Murley sau 15 ngày điều trị so trước điều trị	58
Bảng 3.11.	Đánh giá chức năng khớp vai theo Constant và Murley sau 30 ngày điều trị so trước điều trị.....	60
Bảng 3.12.	Hiệu quả về mức độ đau sau 15 ngày điều trị theo thang điểm VAS	62
Bảng 3.13.	Hiệu quả về mức độ đau sau 30 ngày điều trị theo thang điểm VAS.....	63
Bảng 3.14.	Kết quả hoạt động hàng ngày sau 15 ngày điều trị.....	64
Bảng 3.15.	Kết quả hoạt động hàng ngày sau 30 ngày điều trị.....	65
Bảng 3.16.	Kết quả tầm vận động gập khớp vai sau 15 ngày điều trị	66
Bảng 3.17.	Kết quả tầm vận động gập khớp vai sau 30 ngày điều trị	67
Bảng 3.18.	Kết quả tầm vận động dạng khớp vai sau 15 ngày điều trị	68
Bảng 3.19.	Kết quả tầm vận động dạng khớp vai sau 30 ngày điều trị	69
Bảng 3.20.	Kết quả tầm vận động xoay trong khớp vai sau 15 ngày ĐT	70

Bảng 3.21. Kết quả tầm vận động dạng xoay trong khớp vai sau 30 ngày điều trị.....	71
Bảng 3.22. Kết quả tầm vận động xoay ngoài khớp vai sau 15 ngày ĐT	72
Bảng 3.23. Kết quả tầm vận động xoay ngoài khớp vai sau 30 ngày ĐT	73
Bảng 3.24. Kết quả năng lực khớp vai sau 15 ngày điều trị	74
Bảng 3.25. Kết quả năng lực khớp vai sau 30 ngày điều trị	75
Bảng 3.26. Kết quả điều trị chung sau 15 ngày điều trị.....	76
Bảng 3.27. Kết quả điều trị chung sau 30 ngày điều trị.....	76
Bảng 3.28. Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	77
Bảng 3.29. Đánh giá một số chỉ số sinh học của cơ thể trước và sau cấy chi	78
Bảng 3.30. Các chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị.....	79

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi	51
Biểu đồ 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo giới.....	51
Biểu đồ 3.3.	Phân bố theo thời gian mắc bệnh.....	52
Biểu đồ 3.4.	Vị trí mắc bệnh	53

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Cấu tạo của khớp vai, phần xương khớp	3
Hình 1.2.	Các khớp liên quan hoạt động của khớp vai và hệ thống dây chằng....	5
Hình 1.3.	Cấu tạo gân cơ quay và các cơ tham gia vào hoạt động của khớp vai.....	6
Hình 1.4.	Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng	6
Hình 2.1.	Sơ đồ quy trình nghiên cứu.....	35
Hình 2.2:	Thước đo độ đau VAS	37

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai là một bệnh khớp gặp khá phổ biến ở nước ta. 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. Tổn thương của bệnh viêm quanh khớp vai là tổn thương ở phần mềm quanh khớp mà chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp.... [1].

VQKV tuy không ảnh hưởng đến sinh mạng của người bệnh nhưng lại ảnh hưởng rất lớn đến lao động và sinh hoạt của bệnh nhân. Bệnh thường diễn biến kéo dài từ 6 tháng đến vài năm. Nếu không được điều trị đúng và đầy đủ ngay từ đầu, có thể để lại di chứng như teo cơ, giảm trương lực cơ, hạn chế cử động của vai và bàn tay, ...ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày. Tỷ lệ tái phát sau điều trị khỏi khoảng 20% [1].

Điều trị VQKV thường bằng nội khoa, chủ yếu sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau (nonsteroid, corticoid,), 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 [3]. Hơn nữa các thuốc này thường có các tác dụng phụ loãng xương, loét dạ dày, tổn thương gan, thận... [7]. Do đó, việc tìm ra phương pháp đơn giản, hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân là một vấn đề cần đặt ra.

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 [3], [4]. Tại Mỹ có 80% dân số trong đời ít nhất một lần bị viêm quanh khớp vai [5].

Theo y học cổ truyền, bệnh VQKV thuộc phạm vi chứng kiên tý, người xưa đã có nhiều phương pháp khác nhau như: châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, dùng thuốc sắc uống....[8], [9], [11]. Thực tế lâm sàng cho thấy phối hợp các phương pháp điều trị thì hiệu quả sẽ khả quan hơn nhiều.

Tại Việt Nam, các tác giả nghiên cứu phương pháp điều trị viêm quanh khớp vai bằng xoa bóp bấm huyệt YHCT, bằng châm loa tai, bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu, bằng vật lý trị liệu phục hồi chức năng đơn thuần

Hiện nay Cây chỉ là một phương pháp châm đặc biệt; là phương pháp đưa một đoạn chỉ catgut (protein) trong y khoa chôn sâu ở đúng vị trí huyết vị cần châm của hệ kinh lạc nhằm đạt hai yêu cầu cơ bản là tạo cường độ kích thích cần thiết, với thời gian tương đối dài, kích thích cơ thể tạo kháng thể đủ sức chống lại có hiệu quả với bệnh tật [14]. Phương pháp này có xuất xứ tại Trung Quốc và đã được nghiên cứu, ứng dụng tại Việt Nam từ những năm 70 của thế kỷ 20, có tác dụng điều trị tốt với nhiều bệnh mạn tính như: Hen phế quản, viêm loét dạ dày tá tràng, viêm mũi dị ứng, thoái hóa khớp gối, di chứng vận động sau tai biến... Trên thực tế điều trị lâm sàng, chúng tôi nhận thấy phương pháp cây chỉ kết hợp xoa bóp bấm huyệt vùng vai, đã được sử dụng nhiều trên lâm sàng và có hiệu quả tốt trong điều trị VQKV. Tuy nhiên, chưa có tác giả nào nghiên cứu phương pháp điều trị viêm quanh khớp vai bằng phương pháp cây chỉ catgut kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Đánh giá tác dụng điều trị tổn thương vai bằng phương pháp cây chỉ catgut kết hợp xoa bóp bấm huyệt" nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng điều trị tổn thương vai thể viêm quanh khớp vai đơn thuần bằng phương pháp cây chỉ kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên một số chỉ tiêu lâm sàng.

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

Chương 1

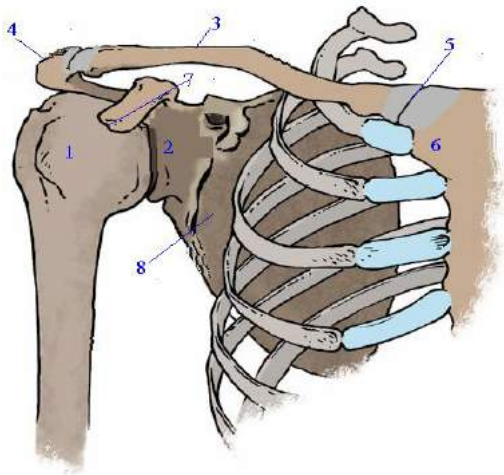
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu chức năng khớp vai

Khớp vai là khớp linh hoạt của cơ thể, nhưng cũng dễ bị tổn thương nhất vì bao khớp mỏng, lỏng lẻo, dây chằng không đủ chắc và cũng do động tác của khớp đa dạng, biên độ lớn gồm các động tác của cánh tay (ra trước, ra sau, lên trên, vào trong, ra ngoài, xoay tròn) và động tác của riêng vai (lên trên, ra trước, ra sau) [1], [3], [10], [12], [13].

Có được nhiều động tác như vậy là do khớp vai có cấu tạo rất phức tạp với sự tham gia của nhiều xương, khớp, gân, cơ, dây chằng [13], [14].

1.1.1. Xương khớp



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

Hình 1.1. Cấu tạo của khớp vai, phần xương khớp

* Khớp vai được cấu tạo bởi 3 xương (Xương bả vai, Xương đòn, chỏm xương cánh tay) và 5 khớp sau [1], [3], [15], [17], [18].

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

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

+ Khớp giữa xương bả vai và lồng ngực.

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

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

* Động tác: Khớp vai có thể quay 3 trục thẳng góc với nhau nên động tác rất rộng rãi [19]:

+ Quanh trục trước - sau: Dạng 180° , khép 0° (Tầm 180°)

+ Quanh trục ngang: Gập trước 180° , duỗi sau 45° (Tầm 225°).

+ Quanh trục thẳng đứng: Xoay trong 70° , xoay ngoài 90° (Tầm 160°).

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

1.1.2. Phần mềm

* Bao khớp:

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

* Dây chằng:

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

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

+ Dây chằng quạ - đòn: Đi từ mỏm quạ tới xương đòn.

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



1. Khớp vai
2. Khớp cùng vai đòn
3. Khớp ức đòn

Hình 1.2. Các khớp liên quan hoạt động của khớp vai và hệ thống dây chằng

* Cơ, gân (hình 1.3):

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

+ Cơ delta: Nâng vai, dạng cánh tay, xoay cánh tay vào trong hay ra ngoài.

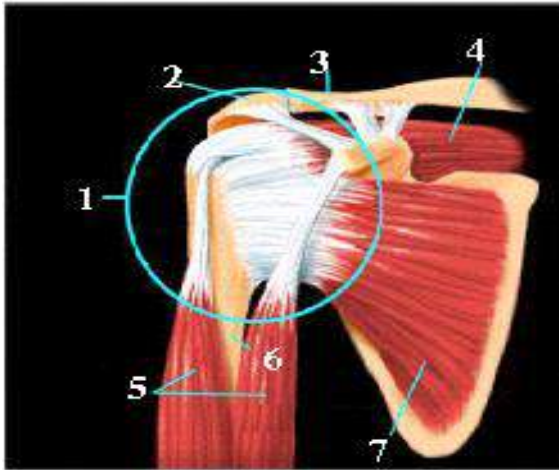
+ Cơ ngực to, cơ lưng to, cơ tròn to: Đi từ ngực hoặc lưng tới hai mép của rãnh cơ nhị đầu xương cánh tay.

Động tác: Khép và xoay trong cánh tay. Cơ nhị đầu: Gồm 2 bó, bó ngắn đi từ mỏm quạ xương bả vai, bó dài đi từ diện trên ổ chảo chui qua rãnh nhị đầu cùng với bó ngắn bám tận vào lõi củ xương quay.

Động tác: Gấp cẳng tay vào cánh tay. Cơ trên gai, cơ dưới gai, cơ tròn nhỏ đi từ hố trên gai, hố dưới gai, cạnh ngoài xương bả vai tới mấu động lớn:

Động tác: Dạng và xoay cánh tay ra ngoài. Cơ dưới vai: Đi từ mặt trước xương bả vai tới mấu động nhỏ xương cánh tay.

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

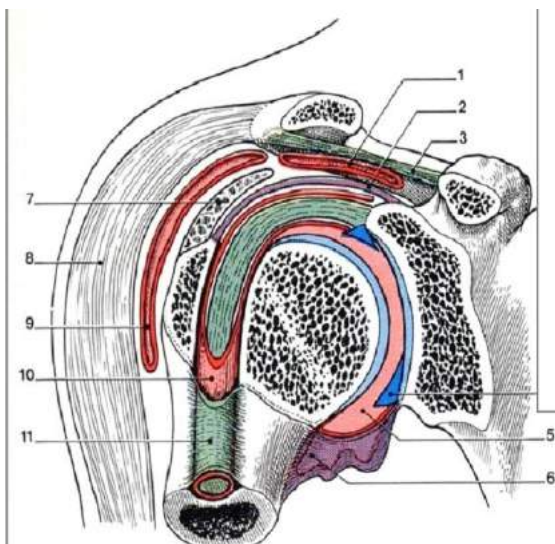


1. Nhóm gân mũ cơ quay
2. Mỏm cùng vai
3. Xương đòn
4. Cơ trên gai
5. Cơ nhị đầu cánh tay
6. Xương cánh tay
7. Cơ dưới vai

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

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

Gồm có bao thanh mạc dưới mỏm cùng và bao thanh mạc dưới cơ delta, nằm giữa cơ delta và chụm các cơ xoay, hệ thống này giúp cho sự vận động của các cơ xoay, trong khi đó ở phía trên nó dính lỏng lẻo vào cơ delta. Do đó, khi bao thanh mạc bị tổn thương sẽ làm hạn chế vận động của khớp vai. Vì thế bao thanh mạc này được gọi là "khớp phụ" dưới mỏm cùng [1], [15].



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

Hình 1.4. Các thành phần liên quan khớp vai qua diện cắt đứng [15],[16]

* Mạch máu thần kinh:

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 của vùng cổ và phần trên của lưng, liên quan đến các hạch giao cảm cổ, ở đây có những đường phản xạ ngắn, vì vậy khi có một tổn thương gây kích thích ở vùng đốt sống cổ, vùng trung thất, lồng ngực đều có thể gây nên các dấu hiệu ở vùng khớp vai [1].

1.2. Khái niệm viêm quanh khớp vai

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 [1], [3]. Thuật ngữ này mô tả một cách toàn thể chứ không phải chẩn đoán đặc hiệu và nó cũng không nói lên cụ thể vị trí tổn thương cũng như là mức độ của bệnh.

1.3. Cơ chế bệnh sinh viêm quanh khớp vai

Tổn thương hay gặp nhất trong viêm quanh khớp vai là tổn thương của gân của các cơ xoay, bó dài gân cơ nhị đầu, bao thanh mạc dưới mỏm cùng [3], [14]. Gân là tổ chức có tính chất đặc biệt về quá trình dinh dưỡng và chuyển hoá. Những mạch máu đi từ cơ, xương, tổ chức quanh gân chỉ đi tới lớp ngoài cùng của bó gân thứ hai. Do vậy bó gân thứ nhất, các tế bào xơ, sợi Collagen được coi là tổ chức dinh dưỡng hoàn toàn bằng con đường thẩm thấu. Vì thế gân được coi là tổ chức dinh dưỡng chậm. Các gân ở xung quanh khớp vai có thể bị tổn thương do những nguyên nhân sau [1], [13]:

a. Giảm lưu lượng máu tới gân:

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

b. Chấn thương cơ sinh học:

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

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

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

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

c. Thuốc và hormone:

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

Dùng steroid tăng đồng hoá kéo dài thì sau giai đoạn đồng hoá, giai đoạn dị hóa xảy ra với hoại tử tế bào và tiêu hủy tổ chức xơ có thể gây đứt gân [5], [20].

Gân của các cơ xoay thường bị tổn thương ở:

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

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

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

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

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

d. Hiện tượng lắng đọng canxi ở tổ chức gân quanh khớp vai:

Quá trình này phụ thuộc vào lưu lượng máu tới gân. Canxi lắng đọng ở những tổ chức được dinh dưỡng kém, thậm chí là những tổ chức chết, do đó gọi là canxi hoá do loạn dưỡng. Trên thực tế có những bệnh nhân có lắng đọng canxi ở gân thì rất đau nhưng có những người lại hoàn toàn không đau. Lý do để cắt nghĩa hiện tượng này còn chưa rõ ràng. Có tác giả cho rằng vị trí mà canxi lắng đọng là yếu tố quyết định [5]. Nếu Canxi lắng đọng ở trong gân thì không gây đau, nhưng nếu canxi lắng đọng ở bề mặt của gân thì gây những kích thích cơ học và gây đau với mọi động tác.

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

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

Có 4 thể bệnh khác nhau của viêm quanh khớp vai [1],[3], [13], [19]

1.4.1. Thể đau vai đơn thuần (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 [20], 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 [3]

* Lâm sàng:

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

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

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

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

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

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

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

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

* Tiến triển:

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

+ Đứt mũ các gân cơ xoay

+ Khớp vai tuổi già chảy máu

+ Đứt gân bó dài cơ nhị đầu

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

* 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.

1.4.2. Thể đau vai cấp (viêm khớp do lắng đọng canxi).

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

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

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

1.4.3. Thể giả liệt khớp vai (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. Có thể xảy ra một trong hai trường hợp sau: ở người cao tuổi, xảy ra sau những chấn thương, thường ít đau. Ở người trẻ, sau chấn thương mạnh, đột nhiên đau dữ dội và có một vết bầm máu.

* Lâm sàng:

- Đau cấp, sau giảm dần và hết đau, diêm đau không thấy.
- Hạn chế vận động chủ động, việc duỗi ra một cách chủ động không thực hiện được hoặc hạn chế 40° , vận động thụ động trái lại là bình thường.

Có sự teo cơ tại chỗ.

* X quang qui ước: Chỉ ra những dấu hiệu gián tiếp của đứt chụp các cơ xoay.

- Giảm khoảng cách mỏm cùng - xương cánh tay.
- Đứt đường cong mặt dưới vòm xương bả vai - cánh tay.

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

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

1.4.4. 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.

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

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

* Lâm sàng:

Đau ít hoặc không đau nhưng hạn chế vận động ngày càng tăng, cả chủ động và thụ động, vai cứng lại, chủ yếu hạn chế động tác dạng và xoay ngoài [3]. Cứng khớp vai đôi khi kết hợp với đau do loạn dưỡng bàn tay. Đau vai trầm trọng, phù, biến đổi da với tăng xuất tiết, cứng khớp và cơ, tạo nên hội chứng vai tay.

* X quang qui ước:

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.

1.5. Điều trị viêm quanh khớp vai theo YHHD

Các phương pháp điều trị viêm quanh khớp vai thường được áp dụng là [1]:

- Phong bế và tiêm thuốc tại chỗ bằng Novocain, Hydrocortison,

- Dùng các thuốc giảm đau, chống viêm, chống co thắt như: Aspirin, Phenylbutazon, Mydocalm...

- Cắt đứt phản xạ bằng phong bế giao cảm cổ.

- Dùng các phương pháp vật lý trị liệu phục hồi chức năng như: Nhiệt trị liệu, điện trị liệu, xoa bóp, kéo giãn, vận động.

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

Vận động trị liệu:

*** Tác dụng của vận động[14], [18].**

- + 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, cải thiện sức khoẻ.

*** Các hình thức vận động [26], [27], [28].**

- + 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.

1.6. Y học cổ truyền với bệnh lý viêm quanh khớp vai

1.6.1. Quan niệm của YHCT về viêm quanh khớp vai

Theo Y học cổ truyền, Viêm quanh khớp vai là một bệnh thuộc chứng tý, bệnh danh là kiên tý. Bệnh xuất hiện do vệ khí của cơ thể không đầy đủ, các 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, gây nên chứng đau khớp vai. Ngoài ra còn do các nguyên nhân khác như chấn thương, hoặc do người cao tuổi can thận bị hư tổn, hoặc bệnh lâu ngày làm khí huyết hư, dẫn đến can thận hư [29]. Thận hư không chủ được cốt tuỷ, can huyết hư không nuôi dưỡng gân, dẫn tới khớp xương đau nhức, vận động khó [69][70][71].

Theo y học cổ truyền, khớp vai là nơi qua lại của thủ tam âm kinh và thủ tam dương kinh. Đặc biệt có kinh thủ thiếu dương tam tiêu đi qua. Kinh tam tiêu quan hệ mật thiết với thượng tiêu, trung tiêu, hạ tiêu nơi chứa đựng tinh hoa của lục phủ, ngũ tạng hoặc khi nhân ngoài có phong tà xâm nhập, trong có khí huyết hư, bì phu tấu lý sơ hở để ngoại tà xâm nhập gây ra tắc trệ, khí huyết không hành "bất thông tắc thống" mà sinh ra đau khớp vai [9], [12], [29], [30].

Theo lý luận YHCT, chứng bệnh này nằm trong phạm vi chứng tý (kiên tý, kiên thông), do hàn thấp xâm phạm gây nên khí trệ, huyết ứ, kinh mạch không lưu thông "bất thông tắc thống", cân, cơ không được nuôi dưỡng lại kết hợp với hàn ngưng, huyết ứ, vì vậy hạn chế vận động.

Trong sách Tô 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”.

Bệnh thuộc phạm vi chứng kiên tý. Gồm ba thể là kiên thông, kiên ngưng và lậu kiên phong, tương đương với ba thể của YHĐ.

Do chứng này thuộc phạm vi chứng tý, nên nguyên nhân cũng do phong, hàn, thấp kết hợp với nhau, làm bế tắc kinh lạc gây ra. Giai đoạn đầu phong hàn thắng, bệnh nhân đau là chủ yếu (kiên thông); giai đoạn sau hàn thấp thắng, hạn chế vận động là chủ yếu (kiên ngưng). Lâu ngày các tà khí này làm tắc đường lưu thông khí huyết, khí huyết không đủ nuôi dưỡng cân cơ, gây ra cứng khớp, teo cơ.

1.6.2. Các thể bệnh và điều trị

1.6.2.1. Thể Kiên thống: tương đương với VQKV đơn thuần

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

Phương pháp không dùng thuốc

+ **Châm cứu [11], [29], [31], [32]:**

Thủ thuật: châm tả

Huyệt: Kiên tĩnh, 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... Nhưng điện châm có khả năng giảm đau tốt và dễ ứng dụng trong lâm sàng.

+ **Xoa bóp bấm huyệt [9], [29], [30], [32], [33]:**

Thủ thuật: xát, day, lăn, bóp, vòn, vận động, bấm huyệt

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

+ **Thuỷ châm:**

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

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

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

1.6.2.2. Thể Kiên ngưng: tương đương với VQKV thể đông cứng

Triệu chứng: khớp vai đau ít hoặc không, và hạn chế vận động ở hầu hết các động tác. Toàn thân và khớp vai gần như bình thường. Nếu bệnh kéo dài, các cơ quanh khớp teo nhẹ. Chát lưỡi hồng, rêu trắng dính nhớt, mạch trầm hoạt.

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

Phương pháp không dùng thuốc:

+ **Châm cứu:** châm bổ các huyết như thể kiên thông. Ít tác dụng.

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

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

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

1.6.2.3. Thể Lưu 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.

Phương pháp không dùng thuốc:

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

- Thủ thuật: châm bổ

- Huyết: như thể kiên ngưng, thêm Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Dương trì, Hợp cốc bên đau.

+ **Xoa bóp:** là chủ yếu

- Thủ thuật: như thể kiên ngưng, có làm thêm ở bàn tay.

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

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

1.7. Tình hình nghiên cứu về viêm quanh khớp vai trên thế giới và việt nam

1.7.1. Trên thế giới

Theo nghiên cứu của Wagenhauser (1979): Tại Thụy Sĩ tỷ lệ mắc bệnh là 8,9% dân số [34]. Một thống kê trong toàn nước Anh trong thời gian 9 tháng thấy có 11.000 bệnh nhân viêm quanh khớp vai đến khám tại các phòng khám [35].

Tại Mỹ 80% dân số trong đời bị một lần viêm quanh khớp vai [5].

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

Lin M. L và cộng sự [35] đã sử dụng điện châm cùng với gậy tê vùng để điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng. Các tác giả thấy nếu được điều trị kết hợp hai phương pháp trên thì hiệu quả giảm đau rất rõ, giúp đỡ tạo điều kiện cho việc tập luyện của bệnh nhân.

Ngoài ra, Parlier và cộng sự [36] lại tiêm thuốc Steroid vào bao khớp.

Klein G và cộng sự [37] sử dụng enzym (Phlogenzym) và/hoặc Diclofenac.

Itokazu M. và cộng sự [38] tiêm vào bao hoạt dịch muối hydroluronate 25^{mg} (1% trong ống) mỗi tuần và tiêm trong 5 tuần liền thấy có hiệu quả giảm đau rõ ràng.

Melzer và cộng sự [39] nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng kết luận là cho bệnh nhân uống thuốc giảm đau và hướng dẫn luyện tập là phương pháp tốt nhất.

Đặc biệt, Lierz và cộng sự [40] nhấn mạnh chỉ luyện tập được khi đỡ đau, vì vậy mà tác giả đã sử dụng Bupivacain để gây tê vùng trong 4 đến 5 ngày thì mới cho bệnh nhân luyện tập.

1.7.2. Tại Việt Nam

Theo Nguyễn Thị Cẩm Châu và Trần Ngọc Ân [4]: Tỷ lệ bệnh viêm quanh khớp vai chiếm 13,24% tổng số bệnh nhân bị bệnh khớp ở khoa khớp Bạch Mai trong 10 năm từ 1991- 2000.

Theo Phạm Thị Tịnh - Bệnh viện 19 - 8 Bộ Công an, trong 10 năm tỷ lệ bệnh viêm quanh khớp vai chiếm 20,07% số bệnh nhân bị bệnh khớp [13].

Năm 1987, Trần Thúy và cộng sự [41] nghiên cứu kết quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng phương pháp châm loa tai. Kết quả tốt 67,07%; khá 31,6%.

Năm 1992, Dương Trọng Hiếu [32] nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai bằng day bấm huyệt kết hợp với điện châm. Kết quả tốt 66,07%, khá 21,95%, không kết quả 10,97%

Năm 1996, Nguyễn Quang Vinh [28] nghiên cứu kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng với dùng thuốc để điều trị tổn thương khớp vai.

Năm 1996, Đặng Văn Tam [9] nghiên cứu lâm sàng và điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm xoa bóp cho thấy điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm, xoa bóp là an toàn và hiệu quả, tuy nhiên kết quả tốt ở trường hợp có đau đơn thuần, và kết quả còn hạn chế ở những trường hợp đau kèm theo hạn chế vận động.

Năm 1999, Đoàn Quang Huy [12] nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai bằng Bạch hoa xà thấy kết quả điều trị tốt là 68,75%, khá là 20,83%, trung bình là 10,42%, không có trường hợp nào không đạt kết quả, tuy nhiên đối với thể đông cứng thì kết quả tốt, khá, trung bình là tương đương nhau 33,3%.

Năm 1999, Nguyễn Châu Quỳnh, Nguyễn Phương Chi và cộng sự nghiên cứu hồi cứu điều trị VQKV trên 89 bệnh nhân bằng châm cứu xoa bóp thu được kết quả 59.55% khỏi, 35.56% đỡ và 4.49% không kết quả.

Năm 2001, Lê Thị Hoài Anh [34] nghiên cứu điều trị VQKV bằng điện châm xoa bóp phối hợp vận động trị liệu trên 100 bệnh nhân thu được kết quả: 62% tốt và rất tốt, 32% khá và 6% trung bình.

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

Năm 2006, Nguyễn Thị Nga [42] đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng thuốc chống viêm nonsteroid kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng đạt kết quả tốt và khá 90%.

Năm 2009, Đặng Ngọc Tân [44] đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai đạt kết quả tốt và khá.

Năm 2011, tác giả Nguyễn Hữu Huyền và Lê Thị Kiều Hoa nghiên cứu hiệu quả điều trị 60 BN VQKV tại khoa Vật lý trị liệu – phục hồi chức năng Bệnh viện 103 bằng vật lý trị liệu (parafin + điện xung) kết hợp tập vận động nhận thấy 100% bệnh nhân giảm đau và đạt tốt 63,33% với động tác dạng, 13,33% với động tác xoay trong và 10% với động tác xoay ngoài [45].

1.8. Tổng quan về phương pháp cấy chỉ vào huyết

1.8.1. Đại cương về phương pháp cấy chỉ

Cấy chỉ tự tiêu vào vùng huyết vị là một bước tiến của châm cứu kết hợp với YHHĐ. Phương pháp này được áp dụng từ những năm 70 của thế kỷ 20. Hiện nay được dùng khá phổ biến như một phương pháp phụ trợ của châm cứu truyền thống và ngày càng được cải tiến, nâng cao, mở rộng phạm vi điều trị, trở thành một phương pháp châm cứu đặc biệt, gọi là “Nhu châm” (Nhu là mềm, Châm là dùng một kim chuyên dụng để đưa một đoạn chỉ tự tiêu mềm mại vào huyết vị của hệ kinh lạc). Cấy chỉ là phương pháp đưa một đoạn chỉ tự tiêu vô trùng mềm mại vào huyết vị của hệ kinh lạc. Đoạn chỉ tự tiêu vô

trùng mềm mại này thay cho cây kim châm cứu thường dùng, kích thích huyết vị trong một thời gian dài (khoảng 15 - 20 ngày) để phòng và chữa bệnh. Do tạo được kích thích lâu dài (có thể phát huy tối ưu thời gian kích thích của huyết) nên có hiệu quả chữa bệnh tốt, thường dùng chữa một số bệnh mạn tính, khó chữa trị [46],[47],[48],[49].

1.8.2. Cơ chế tác dụng của phương pháp cấy chỉ catgut.

Chỉ catgut là một protein trong quá trình tự tiêu phản ứng hóa - sinh tại chỗ làm tăng tái tạo Protein, hydratcarbon và tăng dinh dưỡng tại chỗ. Căn cứ vào thực nghiệm: sau khi dùng chỉ catgut kích thích huyết vị của kinh lạc rồi đo thay đổi lượng sinh hóa bên trong cơ thể, người ta nhận thấy sự biến dương tổng hợp (đồng hóa) của cơ tăng cao còn sự biến dương thái biến (dị hóa) của cơ lại giảm đi, có sự tăng cao protein và hydrocacbon ở cơ, giảm acid lactic, cũng như giảm sự phân giải acid ở cơ, từ đó làm tăng cao chuyển hóa và dinh dưỡng của cơ. Thông qua quan sát, đối chiếu người ta thấy lưới mao mạch tăng, huyết quản tân sinh, lượng máu lưu thông tăng nhiều, sự tuần hoàn của máu cũng cải thiện có điều kiện dinh dưỡng hơn, đồng thời sợi cơ tăng nhiều tạo thành một bó [46],[47],[48],[51].

Chỉ catgut được cấy vào huyết vị tác dụng với tính chất vật lý, tạo ra một kích thích cơ học như châm cứu nên có cơ chế tác dụng như cơ chế tác dụng của châm cứu. Do vậy, giải thích về cơ chế tác dụng của cấy chỉ cũng chính là cơ chế tác dụng của châm cứu. Tuy nhiên cách giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu hiện nay chưa thống nhất, cách giải thích được nhiều người công nhận nhất là giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết thần kinh - thể dịch (YHHĐ) và học thuyết kinh lạc (YHCT).

Cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết thần kinh - nội tiết - thể dịch

Châm là kích thích cơ giới, cứu là một kích thích nhiệt gây nên kích thích tại da, cơ. Châm cứu làm một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có

tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý (theo Volganic và Kassin Liên Xô cũ); Chu Liễn và nhiều tác giả Trung Quốc, Vũ Xuân Quang, Lê Khách Đồng (Việt Nam); Mai Văn Nghị, Jean Bossy (Pháp) có tác dụng tại chỗ, tác dụng tiết đoạn và tác dụng toàn thân [50],[48],[49].

Cơ chế của châm cứu theo YHCT

Hoạt động sinh lý của cơ thể con người trong trạng thái bình hằng tương đối, đối lập mà lại thống nhất, chính vì thế được gọi là “âm bình, dương bí”. Bệnh tật phát sinh ra là do sự hoạt động bình thường của cơ thể bị phá hoại bởi các tác nhân gây bệnh, chính là “âm dương mất sự điều hòa”. Sự phát sinh và biến hóa của bệnh tật chính là sự phản ánh, sự đấu tranh của chính khí và tà khí dưới một điều kiện nhất định. YHCT rất coi trọng chính khí của cơ thể con người. “Tổ vấn - di biên - thích pháp luận” đã nói: “Chính khí tồn nội, tà bất khả can”, chỉ khi chính khí của con người bị suy yếu, không thể chế ước ngoại tà thì tà khí mới có thể thừa cơ xâm phạm vào cơ thể con người khiến âm dương mất cân bằng và làm rối loạn hoạt động bình thường của hệ kinh lạc. Như “Tổ vấn - bình nhiệt bệnh luận” có nói: “Chỗ mà tà nhập, chỗ đó khí tất hư”. Cơ chế tác dụng của châm cứu là điều hòa (lập lại) mối cân bằng âm dương và điều chỉnh cơ năng hoạt động của kinh lạc [50],[48],[49].

1.8.3. Tác dụng sinh học của cấy chỉ

Theo nhiều tài liệu, sau khi dùng chỉ catgut cấy vào huyết vị của hệ kinh lạc rồi đo sự thay đổi sinh hóa bên trong cơ thể, người ta nhận thấy sự đồng hóa của cơ tăng cao, còn sự dị hóa của cơ lại giảm đi, kèm theo làm tăng tái tạo protein và hydratcarbon ở cơ, giảm acid lactic, cũng như giảm sự phân giải acid ở cơ từ đó tăng chuyển hóa và dinh dưỡng của cơ. Hệ thống mạch máu tăng sinh kết hợp tăng lưu lượng tuần hoàn ở các chi do vậy tăng cường dinh dưỡng tới các chi. Giảm đau nhức do nâng cao ngưỡng đau và có thể

kích thích cơ thể tăng sinh morphin nội sinh, một chất giảm đau mạnh gấp 200 lần morphin. Thông qua cơ chế phản xạ thần kinh, cây chỉ có thể cắt được phản xạ đau nhức vốn là triệu chứng thường gặp ở nhiều loại bệnh lý khác nhau, tăng sinh adenosin là một hoạt chất nội sinh có tác dụng giảm đau chống viêm. Chống rối loạn thần kinh thực vật, tạo cảm giác tỉnh cho cơ thể (ổn định nội môi) và điều hòa cơ thể, an thần gây ngủ. Tăng cường miễn dịch, nâng cao sức đề kháng của cơ thể, tăng khả năng thực bào của bạch cầu. Catgut là protein được sản xuất từ ruột non của cừu, mèo, dạ dày cá... là một kháng nguyên và là một chất kích thích hệ liên võng, làm tăng khả năng thực bào và có thể có vai trò nhất định trong hỗ trợ điều trị ung thư. Cây chỉ kích thích cơ thể tăng sinh nội tiết tố là các hormon cần thiết cho sự sống. Đặc biệt có tác dụng tăng sinh các nội tiết tố nữ và có thể điều trị tốt hội chứng mãn kinh do rối loạn nội tiết trong giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh. Tăng cường khả năng chống viêm, chống nhiễm trùng: do kích thích làm tăng sinh bạch cầu, là đội quân chiến đấu bảo vệ cơ thể trước các tác nhân gây bệnh. Cân bằng quá trình tạo xương và hủy xương của cơ thể (trên lâm sàng một số trường hợp dị tật xương được cải thiện sau khi cấy chỉ vào một số huyết). Kích thích hệ thống tạo máu, cân bằng hệ thống chuyển hóa cơ chất, điều hòa huyết áp thông qua cơ chế thần kinh thực vật và kích thích phục hồi các tổ chức thần kinh sau chấn thương [50].

1.8.4. Phương pháp chọn huyết cây chỉ

Theo lý luận của YHCT, châm cứu và cấy chỉ có tác dụng làm cho khí huyết vận hành thông suốt trong kinh mạch, đạt được kết quả chống đau và khống chế rối loạn sinh lý của các tạng phủ. Tùy bệnh tình hình cụ thể có thể dùng các cách chọn huyết sau: [73][74][75]

+ Chọn huyết tại chỗ (cục bộ thủ huyết) nghĩa là bệnh chỗ nào lấy huyết ở chỗ đó, các huyết này còn gọi là A thị huyết hoặc là huyết ở một đường kinh (lấy huyết bản kinh) hoặc lấy các huyết nhiều đường kinh một lúc. Phương pháp chọn huyết này có tác dụng giải quyết cơn đau tại chỗ...

+ Chọn huyết theo kinh còn gọi là “Tuần kinh thủ huyết” đây là phương pháp chọn huyết riêng biệt của châm cứu, được sử dụng nhiều trong chọn huyết để châm tê phẫu thuật.

+ Chọn huyết lân cận nơi đau (lân cận thủ huyết): lấy huyết xung quanh nơi đau, thường hay phối hợp với các huyết tại chỗ.

1.8.5. Công thức huyết trong nghiên cứu

Công thức huyết gồm: Hợp cốc, Ngoại quan, Kiên tinh, Khúc trì, Kiên ngưng, Kiên trinh, Kiên liêu, Tý nhu, Thiên tông, Điều Khẩu, thực hiện theo phác đồ của Bộ Y tế [59] [65]

● **Hợp cốc (LI4):** Huyết nằm trên kinh đại trường.

- Vị trí: Huyết nằm ở góc chỗ lõm giữa ngón tay cái và ngón tay trỏ, nhưng hơi chệch về bên phía ngón tay trỏ

- Cách châm: Châm sâu 1 -1,5 thốn hướng về lòng bàn tay hoặc hướng về huyết lao cung.

● **Ngoại Quan(T5):** Huyết nằm trên kinh Tam Tiêu.

- Vị trí: ở vị trí như đi vào một cửa quan giữa 2 xương cở lớn(khe giữa xương quay và trụ)

- Cách châm: châm thẳng, sâu 0,5-0,8 thốn.

- Chỉ định: chữa đau thần kinh cẳng tay và đau các khớp chi trên.

● **Kiên Trinh(S19):** Huyết nằm trên kinh tiêu trường

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

- Cách châm: châm thẳng 0,5 - 1 thốn

- Chỉ định: chữa mé ngoài đau cứng vai, cổ tay, viêm màng tiếp hợp.

● **Thiên Tông(SI11):** Huyết nằm trên kinh tiêu trường

- Vị trí: Ở giữa hố sống vai cùng với các huyết nhu du kiên tinh làm thành 1 tam giác

-Cách châm: châm nghiêm 0,5 -0,7 thốn

-Chỉ định: chữa bả vai đau nhức, viêm quanh khớp vai

● **Kiên Liâu (T14):** Huyệ̣t nằm trên kinh Tam tiêu

-Vị trí: Đưa tay lên sau huyệt kiên ngưng 1 thốn, có chỗ hõm phía dưới và sau mỏm vai là huyệt kiên liâu.

-Cách Châm: châm thẳng 0,3-0,5 thốn

-Chỉ Định: chữa viêm quanh khớp vai. tê tay, đau dây tk ở tay, nặng vai không nhấc lên được.

● **Kiên Tĩnh (G21):** Huyệ̣t nằm trên kinh Đờm.

-Vị Trí: Ở trên vai nằm giữa đường nối từ Đại Chùy đến đỉnh vai

-Cách Châm: Châm thẳng 0,3 đến 0,5 thốn hoặc châm xuyên từ kiên tĩnh đến nhũ quan.

-Chỉ Định: Chữa đau vai gáy cánh tay tê liệt, không nhấc lên được.

● **Khúc Trì (LI11):** Huyệ̣t nằm trên kinh Đại Trường.

-Vị trí: Khi co khừ tay huyệt ở cạnh chỗ đầu lần chỉ của nếp gấp khủy khoảng 1 thốn

-Cách Châm: châm 2 đến 2,5 thốn

● **Kiên Ngưng (LI15):** Huyệ̣t nằm trên kinh Đại trường.

-Vị trí: Giơ ngang cánh tay huyệt ở chỗ chũng mỏm vai

-Cách Châm: châm 2-2,5 thốn

-Chỉ Định: Chữa đau vai, chướng ngại khi vận động khớp vai,

● **Tý Nhu :** Huyệ̣t nằm trên kinh Đại trường.

-Vị Trí: Huyệ̣t ở đầu cuối của cơ tam giác cánh tay, trên đường nối huyệt Khúc Trì và Kiên Ngưng

-Cách Châm: Châm thẳng hoặc châm vào bờ sau - trước xương cánh tay, sâu 1 - 1, 5 thốn

-Chỉ Định: tác dụng thông lạc, minh mục. Chủ trị vai đau, cánh tay đau, chi trên liệt, bệnh mắt.

●**Điều Khẩu** : Huyệt nằm trên kinh Vị.

-Vị Trí:Ở giữa đoạn nối huyết Độc Ty và Giải Khê, cách dưới mắt gôi ngoài 8 thốn, ngay dưới Thượng Cự Hư 2 thốn.

-Cách Châm: Châm thẳng hoặc hơi xiên xuống dưới bên ngoài, sâu 0, 5 - 1, 5 thốn

-Tác Dụng: Trị bệnh ở khớp vai, chân đau và liệt, khớp gối viêm

1.8.6. Liệu trình cấy chỉ.

Từ ngày thứ đầu tiên của đợt điều trị. Sau 15 ngày cấy chỉ lần thứ hai. Căn cứ vào thể chất của người bệnh mà rút ngắn hay kéo dài thời gian giữa hai lần cấy chỉ một cách thích hợp[59] [65]

1.8.7. Những phản ứng trong và sau khi cấy chỉ

Sau khi điều trị bằng cấy chỉ (cấy chỉ, xuyên chỉ, vùi chỉ, thắt buộc chỉ), cơ thể có thể phát sinh những thay đổi sau: [74][75].

1.8.7.1. Phản ứng bình thường

- *Phản ứng tại chỗ*

Do vết thương kích thích và do sự kích thích của chỉ catgut (một loại protein lạ) trong thời gian từ 1-5 ngày, tại chỗ có thể xuất hiện phản ứng viêm vô trùng có sưng đau và nóng. Có trường hợp phản ứng tại chỗ khá nặng là do chỉ catgut kích thích vào mô gây dịch hóa thành một chất dịch thấm có màu trắng sữa đều là những hiện tượng bình thường, không cần phải xử lý gì. Nếu dịch thấm khá nhiều và lòi ra ngoài bề mặt da thì dùng cồn 70⁰ lau sạch đi và băng lại bằng gạc vô trùng. Sau khi tiến hành thủ thuật, nhiệt độ tại chỗ có thể tăng lên và có thể kéo dài 5-7 ngày.

- *Phản ứng toàn thân*

Đa số bệnh nhân không có phản ứng gì trong và sau khi cấy chỉ. Trừ rất ít bệnh nhân đặc biệt có thể sốt đến 38-39⁰c.

1.8.7.2. Phản ứng bất thường

Vụng châm

Là hiện tượng bệnh nhân vã mồ hôi, hoa mắt chóng mặt, choáng váng, mặt xanh tái, nhịp tim nhanh... nguyên nhân có thể là do quá căng thẳng, do đói, mệt trước và trong khi cấy chỉ.

Xử trí: Rút kim ra, cho uống một cốc nước đường ấm rồi đặt bệnh nhân nằm xuống, đồng thời thầy thuốc ấn các huyệt như: Nội quan (X.6), Thái dương (O.5), Tam âm giao (IV.6) của bệnh nhân. Sau 5-10 phút bệnh nhân sẽ trở lại bình thường. Sau đó chúng ta có thể cấy tiếp tục hay để chờ lần tiếp theo tùy tình trạng của bệnh nhân.

Đầu chỉ lộ ra ngoài, đau nhức

Đầu chỉ có thể thò ra ngoài da, khi đó dùng panh vô trùng rút chỉ ra, sát trùng rồi băng lại. Sau điều trị có thể thấy đau tê ở vùng cấy chỉ, nguyên nhân do phối hợp thở không đúng trong khi cấy chỉ gây co cơ, đau sẽ giảm dần và hết sau 1-2 ngày. Đôi khi có huyết bệnh nhân có cảm giác đau sau một tuần.

Nhiễm trùng

Là khả năng có thể xảy ra ở một vài huyệt nếu thầy thuốc không vô trùng nghiêm túc trước khi cấy chỉ và bệnh nhân để nước làm ướt vùng huyệt cấy chỉ (trong một vài ngày đầu). Vận động, làm việc, lao động nhiều sau khi cấy chỉ, có thể có phản ứng viêm vô trùng (sưng tấy đỏ không có mủ), nghỉ vài ngày sẽ hết. Nói chung sau khi cấy chỉ thầy thuốc nên yêu cầu bệnh nhân nghỉ vài ngày, chỗ đau nhiều có thể xoa cồn, cao xoa.

Chảy máu

Trong quá trình cấy chỉ có thể bị chảy máu do kim va chạm vào các mao mạch nhỏ dưới da. Cầm máu bằng bông và lấy băng dính băng chặt lại, có huyết có thể tím từ một vài ngày đến một tuần, xoa cồn, xoa cao sẽ hết.

Dị ứng chỉ catgut hoặc côn sát trùng có pha iod

Có bệnh nhân cá biệt dị ứng với chỉ catgut hay côn sát trùng có iod với biểu hiện: ngứa tại chỗ, sưng đỏ hoặc phát sốt toàn thân, cá biệt có trường hợp tại chỗ có sự dịch hóa tổ chức mỡ tiếp đến là chỉ catgut bị đẩy ra ngoài. Đối với những bệnh nhân này thì có thể kết hợp dùng thuốc giải dị ứng. Trước khi điều trị hỏi kỹ bệnh nhân có dị ứng với chỉ catgut và côn sát trùng có pha iod hay không? Nếu có thì dùng côn thường. Trường hợp bệnh nhân có trạng thái dị ứng nghiêm trọng thì cần thay đổi phương pháp điều trị khác.

Tổn thương thần kinh

Nếu có tổn thương thần kinh cảm giác sẽ xuất hiện rối loạn cảm giác vùng da do thần kinh chi phối. Tổn thương thần kinh vận động thì xuất hiện tình trạng liệt rõ ràng nhóm cơ do thần kinh ấy chi phối. Nguyên nhân là do châm không đúng huyết gây ra hoặc đặt chỉ vào chính các đám rối thần kinh vai, cánh tay.

1.9. Tổng quan về xoa bóp bấm huyết

1.9.1. Nguồn gốc và tác dụng cơ bản của xoa bóp bấm huyết:

Xoa bóp bấm huyết (XBBH) có từ lâu đời và là một phương pháp phòng và chữa bệnh dùng thao tác của bàn tay, ngón tay tác động lên bệnh nhân, là một loại kích thích, trực tiếp tác động vào da thịt và các cơ quan cảm thụ và cơ, gây nên những thay đổi về thần kinh, thể dịch, nội tiết. Từ đó ảnh hưởng đến toàn thân. Tác dụng chính của XBBH theo YHHĐ là giảm đau, tăng cường hồi phục chức năng vùng bị bệnh, cụ thể : [77][79]

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 [60] [61], [62], [63],[64]

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 [60] [61], [62], [63],[64]

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 [63] **theo YHCT**, XBBH có những tác dụng sau:

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

Những phép dùng trong XBBH là:

+ BỔ: bổ là bồi bổ giúp cho âm dương khí huyết bị hư trở về trạng thái bình thường. Trong phép bổ lấy xoa, day ấn làm chủ. Thủ thuật cần nhẹ, dịu dàng, chậm, thuận đường kinh, không nên kích thích mạnh .

+ Tả: Tả làm mất phần quá thịnh của cơ thể dùng trong chứng thực do tà khí gây nên. Như nhiệt kết gây ra bụng trướng đầy, thực tích... Trong phép tả, thủ thuật cần làm mạnh, nhanh và ngược đường kinh.

+ Làm ấm: làm ấm là đuổi hàn tà, trợ dương khí làm cho cơ thể ấm lại, thường dùng trong chứng hàn ở trong như: dương hư... Trong phép làm ấm chủ yếu lấy ấn, xoa, day làm chính, thủ thuật cần hoà hoãn để sinh ra nhiệt ở cả cơ nhục và tạng phủ để đạt tới mục đích ôn nhiệt khử hàn.

+ Tiêu (thông): tiêu là làm tiêu tan hoặc tiêu trừ ứ đọng làm thông kinh lạc bị bế tắc. Dùng trong các trường hợp như khí trệ, huyết ứ, song hàn thấp làm tắc kinh lạc, đờm kết. Trong phép tiêu (thông) thủ thuật cần mạnh và thường dùng day, bóp, lăn.

+ Làm ra mồ hôi: làm ra mồ hôi là mở lỗ chân lông, làm mồ hôi thoát ra, qua đó đuổi tà khí đang ở biểu ra khỏi cơ thể cùng với mồ hôi.

+ Điều hoà: là phép thường để đuổi tà khí mà không hại chính khí, dùng trong trường hợp bệnh tà ở bán biểu, bán lý hoặc quan hệ giữa các tạng phủ không điều hoà như can vị bất hoà... Thủ thuật lấy xoa, ấn, day làm chính. Huyệt thường dùng là túc tam lý, dương lăng tuyền.

1.9.2. Các thủ thuật xoa bóp bấm huyệt trong điều trị viêm quanh khớp vai.

**** Tư thế:***

- Bệnh nhân ngồi tư thế thoải mái, thầy thuốc đứng ở sau bệnh nhân, hơi chéch sang phía vai đau.

- Bệnh nhân yếu, cao tuổi nằm nghiêng, vai đau lên trên.

**** Kỹ thuật:*** Chọn các thủ thuật sau :

- Xát: Dùng gốc gan bàn tay, mô ngón tay út hoặc mô ngón tay cái xát lên da theo hướng thẳng. Tay thầy thuốc di chuyển trên da vùng vai bị bệnh. Tác dụng: thông kinh lạc, lí khí, khu phong, tán hàn...

- Xoa: Dùng ngón tay, gốc bàn tay hoặc mô ngón út, ngón tay cái xoa tròn trên vùng vai đau. Tác dụng lý khí hoà trung, thông khí huyết, làm hết sưng, giảm đau, giúp tiêu hoá tốt.

- Day: Dùng gốc bàn tay, mô ngón tay út, mô ngón tay cái ấn xuống và day theo vòng tròn, chú ý day mềm mại, tác động nhiều vào vùng cảm ứng. Da người bệnh di động theo tay thầy thuốc. Tác dụng làm giảm sưng, hết đau, khu phong, giúp tiêu hoá tốt.

- Bấm: Dùng ngón cái tác động trực tiếp vuông góc với mặt da. Bấm từ từ. Khi bệnh nhân cảm thấy tức, nặng thì hãm lại khoảng 3 - 4 giây: mỗi huyệt bấm khoảng 5 - 8 lần. Vừa bấm vừa nâng từ từ cánh tay bệnh nhân lên để mở khớp vai [64].

- Bóp: Dùng hai bàn tay hoặc ngón tay cái với ngón trỏ, ngón nhẫn, bóp vào vùng huyết. Vừa bóp vừa kéo lên nhưng không để gân và cơ trượt dưới tay gây đau. Tác dụng: khai khiếu, khu phong, tán hàn, thông kinh lạc.

- Phát: Bàn tay khum giữa lòng bàn tay lõm, các ngón khít, phát vào từ nhẹ đến nặng. Tác dụng: Thông kinh lạc, mềm cơ, giảm sức căng.

- Rung: Người bệnh ngồi thẳng, hai tay buông thõng, hơi nghiêng người. Thầy thuốc đứng, hai cổ tay nắm cổ tay người bệnh, kéo hơi căng, hơi dùng sức rung nhẹ đến nặng chuyển động như làn sóng từ tay vào đến vai, vừa rung vừa đưa tay bệnh nhân lên xuống từ từ và cuối cùng giật nhẹ [65]. Tác dụng làm trơn khớp, mềm cơ.

- Xoa, day, bấm, bóp, đều vùng vai bị bệnh, chú ý tác động nhiều vào vùng đau. Bấm huyết xung quanh vùng khớp đau và thần kinh liên quan, vừa bấm huyết vừa kết hợp vận động khớp vai biên độ tăng đều với mục đích mở khớp vai đối với những bệnh nhân thể hạn chế vận động khớp vai. Rung khớp vai mục đích làm mềm cơ, xương khớp và mở khớp.

Chú 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 huyết 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.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG, CHẤT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm: tại khoa YHCT bệnh viện đa khoa Hà Đông.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu: gồm bệnh nhân được chẩn đoán xác định tổn thương vai thể đơn thuần điều trị nội trú trong 30 ngày tại khoa YHCT bệnh viện đa khoa Hà Đông. Bệnh nhân được chia làm hai nhóm:

- Nhóm nghiên cứu: điều trị bằng cây chỉ kết hợp xoa bóp bấm huyệt
- Nhóm chứng: điều trị chỉ đơn thuần bằng xoa bóp bấm huyệt

2.1.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHD

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần theo tiêu chuẩn của Boissier M.C. (1992) [6].

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

* Cận lâm sàng:

- XQ khớp vai: quy ước không phát hiện tổn thương hoặc có thể có canxi hoá dây chằng bao khớp, loãng xương, gai xương.
- XQ tim phổi nhằm chẩn đoán, loại trừ các bệnh đau vai do bệnh lý tim phổi, lồng ngực.
- Siêu âm và chụp MRI khớp vai trong trường hợp nghi ngờ nhằm loại bệnh nhân không nằm trong nghiên cứu.

2.1.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT

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

Thông”

- Vọng chẩn: Chát lưỡi hồng, rêu trắng.

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

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

- Thiết chẩn: Mạch phù, khi đau nhiều mạch có thể huyền khẩn.

2.1.2.3. Tiêu chuẩn loại bệnh nhân khởi diện nghiên cứu

- Loại trừ Viêm quanh khớp vai thể giả liệt, hội chứng Sudeck, thể viêm gân do lắng đọng canxi.

- Loại trừ Viêm quanh khớp vai có dịch khớp vai nhiều.

- Bệnh nhân bị Viêm quanh khớp vai do u phổi, thiếu năng vành, sau nhồi máu cơ tim, u vú.

- Các trường hợp có tổn thương đặc hiệu ở khớp ổ chảo cánh tay do các bệnh sau đây:

+ Do nhiễm khuẩn: Viêm khớp vai do vi khuẩn sinh mủ, do lao...

+ Do bệnh nội khoa khác: Viêm khớp vai do viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến...

+ Do chấn thương: Gãy xương, trật khớp...

+ Hư đốt sống cổ, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, tổn thương rễ thần kinh cổ - cánh tay 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 tâm thần.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân không tuân thủ thời gian điều trị và phương pháp điều trị.

2.2. Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 6/2019 - 12/2019

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu lâm sàng mở, tiền cứu, tự chứng (so sánh trước và sau điều trị) và có đối chứng (so sánh giữa 2 hai nhóm: NC và chứng).

2.3.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

- **Chọn mẫu:** mẫu được chọn có chủ đích đạt được các tiêu chí chọn đối tượng nghiên cứu, chọn tiền cứu cho đến khi mỗi nhóm đạt được đủ cỡ mẫu nghiên cứu. Các đối tượng trong mỗi nhóm nghiên cứu tương đồng về các tiêu chí nghiên cứu (về tuổi, mức độ đau theo thang điểm VAS và thời gian mắc bệnh...).

- **Cỡ mẫu:** được chọn là cỡ mẫu thuận tiện với cỡ mẫu 60 bệnh nhân chia thành hai nhóm:

Nhóm nghiên cứu: 30 bệnh nhân

Nhóm chứng: 30 bệnh nhân

2.3.3. Các bước nghiên cứu:

- **Bước 1:** Thu nhận đối tượng nghiên cứu: Chọn bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm quanh khớp vai thể đơn thuần theo tiêu chuẩn của Boissier M.C. (1992) [6]; Tất cả các bệnh nhân được làm theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

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

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

+ Làm các xét nghiệm cơ bản cho bệnh nhân:

+ Huyết học: Hồng cầu, Bạch cầu, Tiểu cầu, Huyết sắc tố, tốc độ máu lắng),

+ Sinh hóa máu(CRP)

+ Xquang:Chụp Xquang khớpvai thông thường ở tư thế thẳng, nghiêng nhằm phát hiện hình ảnh bào mòn, loãng xương, gai xương, lắng đọng Canxi.

+ Bệnh nhân được chia thành hai nhóm

Số bệnh nhân đã chọn cho nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân và chia chủ động (đảm bảo sự tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, nguyên nhân gây bệnh và mức độ đau) thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, mỗi nhóm 30 bệnh nhân theo tiêu chí chọn đôi tượng.

- Bước 2:Tiến hành điều trị

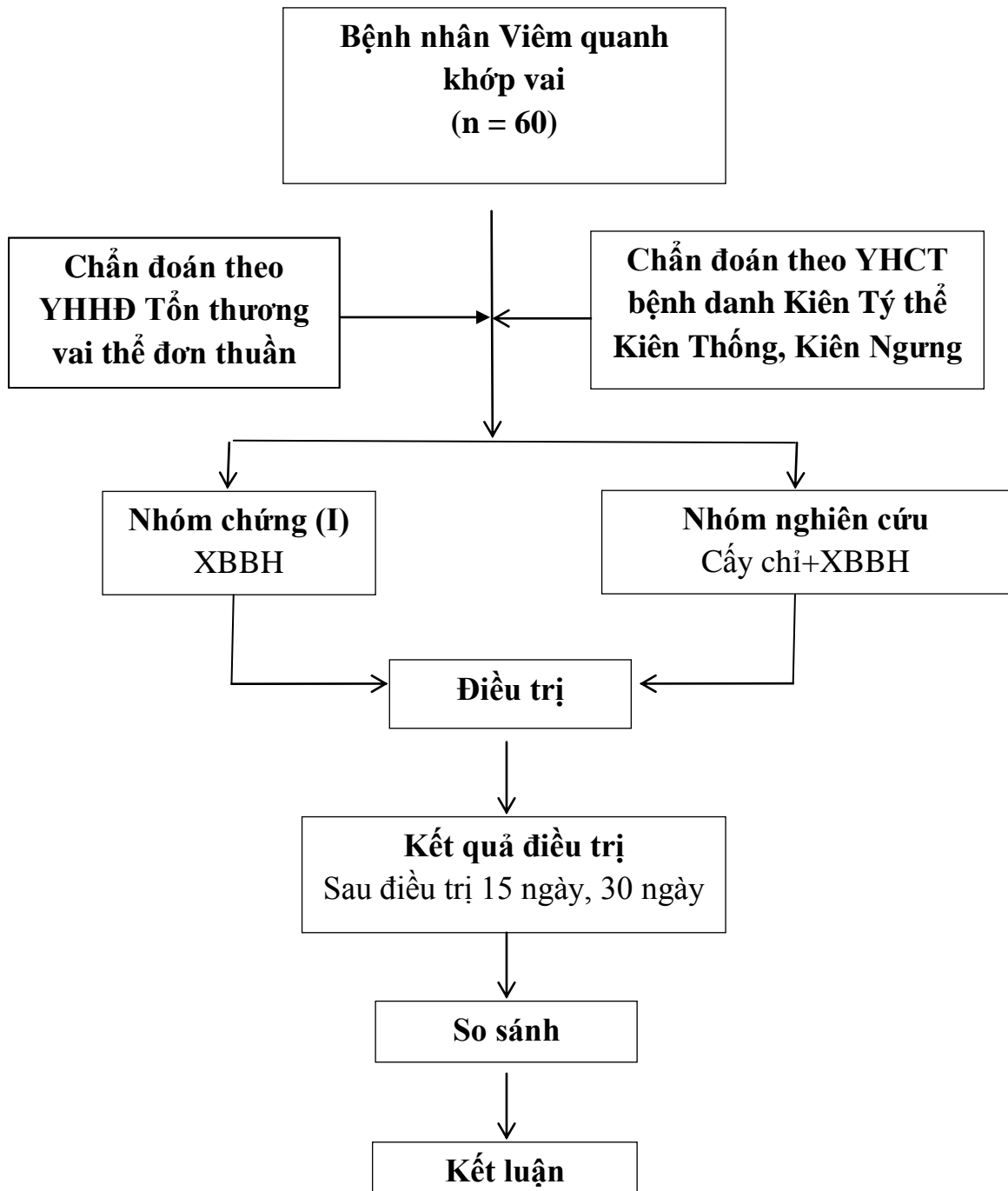
Nhóm 1: Nhóm nghiên cứu, nhận phương pháp điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt kết hợp với cây chỉ

Nhóm 2: Nhóm chứng, nhận phương pháp điều trị đơn thuần bằng xoa bóp bấm huyệt.

- Bước 3:Đánh giá hiệu quả:

+ Đánh giá hiệu quả điều trị qua các chỉ số hoạt động hàng ngày, mức độ đau, tầm vận động khớp vai và năng lực khớp vai sau 15và 30 ngày điều trị, so sánh hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm.

+ Đánh giá các tác dụng không mong muốn trong toàn đợt điều trị.



Hình 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

2.4. Phương tiện và các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

2.4.1. Phương tiện nghiên cứu

2.4.1.1. Dụng cụ cấy chỉ:

- Một phòng vô trùng và những dụng cụ cần thiết trên xe tiêm như:
- + Máy đo huyết áp ALK2 của Nhật bản
- + 01 khay hình chữ nhật, khay quả đậu.
- + Kim cấy chỉ chuyên dụng cỡ số 7 (hoặc kim lấy thuốc G23).
- + Chỉ Catgut Chromic số 4.0 của Đức.
- + Lọ thủy tinh nút mài (dùng đựng chỉ catgut đã được cắt đoạn theo kích thước cần thiết).
- + Kéo cắt chỉ, đĩa petri, nia nha khoa dùng gấp chỉ.
- + Kẹp có máu, bông gạc vô trùng, cồn 70⁰, cồn Iod 10%, miếng dán Urgo, khẩu trang, găng tay vô trùng.
- Hộp thuốc chống sốc theo quy định của Bộ Y tế.
- Tất cả dụng cụ này đều phải được tiệt trùng bằng phương pháp vô khuẩn thích hợp.

2.4.1.2. Dụng cụ khác

- Búa phản xạ, kim đầu tù khám cảm giác.
- Thước đo độ đau VAS, thước đo tầm vận động.
- Thước đo 2 cạnh đo tầm vận động khớp vai.
- Bông cồn vô trùng, kẹp không máu, khay quả đậu.

2.4.2. Thăm khám lâm sàng

2.4.2.1. Hỏi bệnh: Lưu ý những điểm sau:

- Vị trí, mức độ đau, tính chất đau.
- Mức độ hạn chế vận động.
- Thời gian mắc bệnh, diễn biến của bệnh.
- Các triệu chứng liên quan (Sốt, gầy....)

- Tiền sử chấn thương
- Các phương pháp điều trị trước đó (nếu có) và kết quả.

2.4.2.2. Khám thực thể:

- Khám toàn thân: Tim mạch, huyết áp, phổi, vú (đối với nữ)...
- Khám khớp vai: So sánh hai bên
- + Nhìn: Sung nề? Teo cơ?
- + Sờ, nắn: Tìm điểm đau khu trú: 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 [14], [18].

+ 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.. [3], [54].

2.4.2.2.1. Đánh giá tình trạng đau khớp vai của bệnh nhân theo thang điểm VAS.

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



Hình 2.2: Thước đo độ đau VAS

Cách đánh giá: độ đau của bệnh nhân bằng thước đo độ của hãng Astra - Zeneca. Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt:

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

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

❖ Hình tượng thứ hai (tương ứng 1-2,5 điểm): bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường

❖ Hình tượng thứ ba (tương ứng > 2,5- 5 điểm): bệnh nhân đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc có phản xạ kêu rên.

❖ Hình tượng thứ tư (tương ứng > 5- 7,5 điểm): đau nhiều, đau liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên.

❖ Hình tượng thứ năm (tương ứng > 7,5- 10 điểm): đau liên tục, toát mồ hôi. Có thể choáng ngất.

2.4.2.2.2. *Đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987 [53]*

Đánh giá tình trạng bệnh dựa vào 4 triệu chứng chủ yếu là đau, hoạt động hàng ngày, lực của vai.

(1). **Đau:** Không đau; Đau nhẹ; Đau vừa phải; Đau nặng

(2). **Hoạt động trong cuộc sống hàng ngày:**

- Mức độ hoạt động: Làm việc; Giải trí (thể thao); Ngủ sâu

- Vị trí: Hướng về hông; Hướng về lưng; Hướng về cổ; Hướng về đỉnh đầu; Trên đầu.

(3). **Tầm vận động:**

- **Gập vai** (Nâng vai ra trước, lên trên) (⁰), dùng thước đo độ, gồm các mốc cho điểm khác nhau.

- **Dạng vai sang bên, lên trên:** (cho điểm như nâng vai ra trước)

- **Quay ngoài (vị trí):** Đỡ tay dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước; Tay đỡ dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau; Tay đỡ trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước; Tay đỡ trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau; Tay đỡ quá đỉnh đầu.

- **Quay trong (vị trí):** Bàn tay đặt ở đùi; Bàn tay đặt ở hông; Bàn tay đặt ở điểm nối của đốt sống lưng và xương chậu; Bàn tay đặt ở xương sống thất lưng (L5); Bàn tay đặt ở điểm xương sống ngực thứ 12 (D12); Bàn tay đặt được ở vùng xương bả vai.

-Lực của vai: Theo phương pháp của Moseley, bệnh nhân nâng tay ở một góc 90 độ bình thường nâng được 25 bảng Anh (1 bảng Anh = 0,4536kg).

2.4.2.2.3. *Bảng đánh giá tầm vận động khớp vai theo tác giả the McGill - McROMI [54]:*Dạng; Xoay trong; Xoay ngoài tính từ 0 độ đến > 150 độ

2.4.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: Công thức máu, sinh hóa máu (CRP)

- Xquang: Chụp Xquang khớp vai thông thường ở tư thế thẳng, nghiêng nhằm phát hiện hình ảnh bào mòn, loãng xương, gai xương, lắng đọng Canxi.

2.4.4. Tiến hành điều trị

2.4.4.1. Điều trị bằng cấy chỉ

2.4.4.1.1. Nhóm điều trị cấy chỉ

Phương pháp điều trị bằng cấy chỉ chỉ dùng cho nhóm nghiên cứu

Dùng phương pháp cấy chỉ vào huyết vị theo phác đồ huyết điều trị đau VQKV theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu do Bộ Y Tế ban hành năm 2015 [66].

2.4.4.1.2. Liều trình cấy chỉ: **cấy 2 lần**

+ Cấy chỉ lần 1: Cấy vào thời điểm ngày thứ nhất của liệu trình điều trị.

+ Cấy chỉ lần 2: Cấy vào ngày thứ 15 (sau cấy chỉ lần 1 là 15 ngày).

2.4.4.1.3. Công thức huyết điều trị[11], [31], [34], [59], [65]

Chọn huyết theo phương pháp tuần kinh thủ huyết, theo nguyên lý của y học cổ truyền “Kinh lạc sở quá, chủ trị sở tại”, nghĩa là kinh lạc đi qua đâu thì chữa bệnh được ở đấy, chúng tôi sử dụng các huyết sau:

+ **Phương Huyết Cấy chỉ lần 1:** Ngày thứ nhất điều trị

- Hợp cốc: Là huyết nguyên trên kinh đại trường, là kinh đa khí, đa huyết có chi phối khớp vai.

- Khúc trì: là huyết hợp thuộc thổ nằm trên kinh đại trường.

- Kiên ngưng: là huyết tiếp cận với khớp vai, thuộc kinh đại trường.

- Kiên trinh: là huyết tiếp cận với khớp vai, thuộc kinh tiểu trường.
- Thiên tông: là huyết tiếp cận với khớp vai, thuộc kinh tiểu trường
- + **Phương Huyết cấy chỉ lần 2:** Sau 15 ngày điều trị lần 1
- Ngoại Quan: Là huyết Lạc nằm trên kinh tam tiêu.
- Kiên liêu: Là huyết tiếp cận với khớp vai, thuộc kinh tam tiêu.
- Kiên tinh: Là huyết tiếp cận với khớp vai, cơ trên gai, thuộc kinh đờm.
- Điền Khẩu: Là huyết nằm ở chỗ lõm giống hình cái miệng
- Tý Nhu:Làhuyết giao hội của kinh Đại Trường với mạch Dương Duy

và kinh Vị, tác dụng Thông lạc, minh mục

Lưu ý: Phương huyết cấy chỉ lần 1 và lần 2 có thể đảo ngược nhau trong 2 lần cấy chỉ, nhưng phải tuân thủ đúng nhóm huyết có trong phương huyết.

2.4.4.1.4. Tiến hành cấy chỉ:[59], [65]

- + Bệnh nhân ngồi thẳng, thở đều.
- + Xác định chính xác các huyết cần cấy chỉ.
- + Sát trùng da vùng huyết cần cấy chỉ.
- + Bác sỹ làm thủ thuật dùng ngón cái và ngón trỏ của tay trái căng da vùng huyết, tay phải dùng 3 ngón là ngón cái, ngón trỏ và ngón đeo nhẫn cầm để kim đã luồn chỉ và thông nòng. Bệnh nhân thở đều, xuyên kim vào huyết, hướng mũi kim thẳng góc với mặt da, hỏi bệnh nhân có cảm giác tê, tức (đặc khí), đẩy thông nòng đưa chỉ vào huyết và rút kim ra, sau đó dán băng dính có đặt gạc vô trùng mỏng vào nơi cấy chỉ.
- + Sau khi tiến hành cấy chỉ, để bệnh nhân nghỉ tại giường 20 phút, theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng đau tại chỗ cấy, chảy máu, dị ứng mẫn ngứa tại chỗ cấy chỉ.
- + Dẫn bệnh nhân không tắm ít nhất sau cấy 8 tiếng, tránh mang vác làm việc nặng.

Lưu ý : Bệnh nhân sau khi được cấy chỉ Lần thứ 1 và lần thứ 2 (sau 15 ngày cấy chỉ lần 1) Phải được thăm khám các huyết cấy chỉ, trước khi kết hợp làm thủ thuật xoa bóp. Đảm bảo không có chống chỉ định xoa bóp bấm huyết.

2.4.4.2. Điều trị bằng xoa bóp bấm huyết [59], [65]

2.4.4.2.1. Nhóm điều trị xoa bóp bấm huyết

Phương pháp điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyết dùng cho cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

2.4.4.2.2. Phương huyết xoa bóp bấm huyết vùng vai:

Phương pháp điều trị bằng xoa bóp bấm huyết ,theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu do Bộ Y tế ban hành năm 2015 [59], [65]

Phương huyết được chia thành 2 nhóm huyết ứng với 2 đợt cấy chỉ lần 1 và lần 2.

+ ***Phương huyết dùng để xoa bóp bấm huyết đợt 1*** (trương ứng lần cấy chỉ lần 1) gồm các huyết:

- ✓ Ngoại Quan: là huyết Lạc nằm trên kinh tam tiêu
- ✓ Kiên liêu: là huyết tiếp cận với khớp vai, thuộc kinh tam tiêu.
- ✓ Kiên tinh: là huyết tiếp cận với khớp vai, cơ trên gai, thuộc kinh đờm.
- ✓ Điều Khẩu: là huyết nằm ở chỗ lõm giống hình cái miệng
- ✓ Tý Nhu: là huyết giao hội của kinh Đại Trường với mạch Dương Duy và kinh Vị, tác dụng Thông lạc, minh mục
- ✓ Thê kiên thông: Bấm thêm, đại trùy, sử dụng phép tả, tiêu trong YHCT, thủ thuật từ chậm đến nhanh, từ nhẹ đến mạnh, ngược chiều đường kinh làm cho cơ thể ấm nóng để có thể ra mồ hôi.
- ✓ Thê kiên ngưng: Thủ thuật tiêu bổ là chính, giúp cho âm dương khí huyết bị hư trở lại trạng thái bình thường. Thủ thuật cần nhẹ, chậm, thuận đường kinh, không kích thích mạnh

+ **Phương huyết dùng để xoa bóp bấm huyết đợt 2** (trương ứng lần cấy chỉ lần 2), gồm các huyết:

- ✓ Ngoại Quan: là huyết Lạc nằm trên kinh tam tiêu.
- ✓ Kiên liêu: là huyết tiếp cận với khớp vai, thuộc kinh tam tiêu.
- ✓ Kiên tinh: là huyết tiếp cận với khớp vai, cơ trên gai, thuộc kinh đờm
- ✓ Điều Khâu: là huyết nằm ở chỗ lõm giống hình cái miệng
- ✓ Tý Nhu: là huyết giao hội của kinh Đại Trường với mạch Dương Duy và kinh Vị, tác dụng Thông lạc, minh mục

✓ Thê kiên thông: Bấm thêm, đại trùy, sử dụng phép tả, tiêu trong YHCT, thủ thuật từ chậm đến nhanh, từ nhẹ đến mạnh, ngược chiều đường kinh làm cho cơ thể ấm nóng để có thể ra mồ hôi

✓ Thê kiên ngưng: Thủ thuật tiêu bỏ là chính, giúp cho âm dương khí huyết bị hư trở lại trạng thái bình thường. Thủ thuật cần nhẹ, chậm, thuận đường kinh, không kích thích mạnh

-Lưu ý: Phương huyết xoa bóp bấm huyết lần 1 và lần 2 có thể đảo ngược nhau trong 2 đợt điều trị, nhưng phải tuân thủ đúng nhóm huyết có trong phương huyết.

2.4.4.2.3. Liệu trình điều trị Xoa bóp bấm huyết:

- + Xoa bóp bấm huyết ngày 01/lần/24h x 30 ngày liên tục ở cả 2 nhóm
- + Đối với nhóm nghiên cứu:

Ngày thứ 1: Bệnh nhân được điều trị xoa bóp bấm huyết vùng vai trước khi cấy chỉ lần 1.

Ngày thứ 15: Bệnh nhân được điều trị xoa bóp bấm huyết vùng vai trước khi cấy chỉ lần 2.

- + Đối với bệnh nhân đau nhiều, mới bị bệnh: mỗi ngày bấm cường độ mạnh.
- + Đối với trường hợp đau lâu, có rối loạn dinh dưỡng chi (teo cơ): bấm nhẹ hơn, mỗi ngày 1 lần.
- + Thời gian xoa bóp bấm huyết mỗi lần 20 phút.

+ Mỗi liệu trình điều trị 15 ngày. Điều trị 2 liệu trình, giữa hai liệu trình nghỉ 1 ngày. Trong liệu trình nếu bệnh nhân khỏi bệnh sẽ không tiến hành điều trị tiếp.

+ Thời gian thầy thuốc không tiến hành XBBH bệnh nhân tự tập vận động theo các bài tập đã được hướng dẫn.

+ Trong quá trình điều trị XBBH, chỉ được kết hợp duy nhất phương pháp cấy chỉ vào huyết vùng vai.

2.4.4.2.4. Kỹ thuật xoa bóp bấm huyết: [59] [60], [65]

* Tư thế:

- Bệnh nhân ngồi tư thế thoải mái, thầy thuốc đứng ở sau bệnh nhân, hơi chéch sang phía vai đau.

- Bệnh nhân yếu, cao tuổi nằm nghiêng, vai đau lên trên.

* Kỹ thuật: Chọn các thủ thuật sau:

- Xát: Dùng gốc gan bàn tay, mô ngón tay út hoặc mô ngón tay cái xát lên da theo hướng thẳng. Tay thầy thuốc di chuyển trên da vùng vai bị bệnh. Tác dụng: thông kinh lạc, lí khí, khu phong, tán hàn...

- Xoa: Dùng ngón tay, gốc bàn tay hoặc mô ngón út, ngón tay cái xoa tròn trên vùng vai đau. Tác dụng lý khí hoà trung, thông khí huyết, làm hết sưng, giảm đau, giúp tiêu hoá tốt.

- Day: Dùng gốc bàn tay, mô ngón tay út, mô ngón tay cái ấn xuống và day theo vòng tròn, chú ý day mềm mại, tác động nhiều vào vùng cảm ứng. Tay của thầy thuốc và da của người bệnh sát nhau. Da người bệnh di động theo tay thầy thuốc. Tác dụng làm giảm sưng, hết đau, khu phong, giúp tiêu hoá tốt.

- Bấm: Dùng ngón cái tác động trực tiếp vuông góc với mặt da. Bấm từ từ. Khi bệnh nhân cảm thấy tức, nặng thì hãm lại khoảng 3 - 4 giây: mỗi huyết bấm khoảng 5 - 8 lần. Vừa bấm vừa nâng từ từ cánh tay bệnh nhân lên để mở khớp vai [10].

- Bóp: Dùng hai bàn tay hoặc ngón tay cái với ngón trỏ, ngón nhẫn, bóp vào vùng huyết. Vừa bóp vừa kéo lên nhưng không để gân và cơ trượt dưới tay gây đau. Tác dụng: khai khiếu, khu phong, tán hàn, thông kinh lạc.

- Phát: Bàn tay khum giữa lòng bàn tay lõm, các ngón khít, phát vào từ nhẹ đến nặng. Tác dụng: Thông kinh lạc, mềm cơ, giảm sức căng.

- Rung: Người bệnh ngồi thẳng, hai tay buông thõng, hơi nghiêng người. Thầy thuốc đứng, hai cổ tay nắm cổ tay người bệnh, kéo hơi căng, hơi dùng sức rung nhẹ đến nặng chuyển động như làn sóng từ tay vào đến vai, vừa rung vừa đưa tay bệnh nhân lên xuống từ từ và cuối cùng giật nhẹ [29]. Tác dụng làm trơn khớp, mềm cơ.

- Xoa, day, bấm, bóp, đều vùng vai bị bệnh, chú ý tác động nhiều vào vùng đau. Bấm huyết xung quanh vùng khớp đau và thần kinh liên quan, vừa bấm huyết vừa kết hợp vận động khớp vai biên độ tăng đều với mục đích mở khớp vai đối với những bệnh nhân thể hạn chế vận động khớp vai. Rung khớp vai mục đích làm mềm cơ, xương khớp và mở khớp.

Chú 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 huyết nhưng nhẹ hơn.

- Khi bấm lưu ý thể trạng bệnh, tình trạng người bệnh nặng hay nhẹ, cấp tính hay mạn tính. Thể trạng yếu, người già bấm nhẹ, tăng dần cho phù hợp. Bệnh cấp tính bấm mạnh...

- Trước khi dùng bấm cần giảm dần lực tác động.

*** Vận động theo y học cổ truyền:**

Thể loại bài tập được chia ra như sau :

◆ Bài tập theo tầm vận động có trợ giúp. Yêu cầu khi tập: Tập từng bước từ nhẹ đến nặng sao cho bệnh nhân thích nghi dần các động tác từ đơn giản đến phức tạp. Tập theo tầm vận động các động tác của các khớp theo các hướng mà bình thường khớp đó vận động được lặp đi lặp lại thường xuyên, gồm:

- Gấp và duỗi: Thầy thuốc đứng sát mép giường, tay trái giữ cổ tay, tay phải đỡ khớp khuỷu bệnh nhân từ từ đưa thẳng lên quá đầu, sau đó đưa ngược trở lại vị trí ban đầu.

- Dạng và khép: Thầy thuốc để tay sát thân mình bệnh nhân, tay phải đỡ khuỷu tay bệnh nhân, để cẳng tay bệnh nhân trên cẳng tay của mình, tay trái giữ khớp vai bệnh nhân, không cho di chuyển lên phía trên, từ từ vận động tới vị trí dạng ngang 90° . Chuyển tay trái nắm vào khớp cổ tay bệnh nhân đưa lên phía đầu như động tác gấp khớp vai. Nếu

- Xoay khớp vai vào trong và ra ngoài: Thầy thuốc vận động khớp vai dạng 90° , gấp khớp khuỷu 90° (tay phải cầm bàn tay, tay trái đỡ khớp khuỷu bệnh nhân, vận động cẳng tay bệnh nhân về phía mặt giường với lòng bàn tay ở phía dưới (xoay khớp vai vào trong). Tiếp tục đưa cẳng tay lên phía đầu với lòng bàn tay ở phía trên (xoay khớp vai ra ngoài).

Ngoài ra bệnh nhân tập vận động với bài tập gồm các động tác dưới đây:

+ Hai tay duỗi thẳng, hai bàn tay nắm lại từ từ nâng dần hai tay lên cao, càng cao càng tốt rồi buông từ từ hai tay xuống. Trong lúc đó cúi khom lưng về phía trước sao cho tạo với nửa thân dưới 1 góc 90° [33].

- Vung tay cúi lưng nửa thân trên cúi về phía trước tạo với nửa thân dưới một góc 90° , tay lành vịn vào thành ghế, tay đau buông thõng rồi từ từ làm các động tác sau:

+ Quay tròn theo chiều kim đồng hồ từ góc độ nhỏ, sau tăng dần góc độ lớn rồi làm ngược lại. Trong khi tập có thể cầm vật nặng khoảng 1kg để giúp cho gân và cho việc mở khớp được tốt.

+ Đu đưa tay ra trước, sau, trái, phải.

Người bệnh đứng đối diện ở tường, tay đau duỗi thẳng, bàn tay chống vào tường rồi từ từ đu người xuống làm 5 lần. Đổi tư thế đứng nghiêng và cũng làm như trên.

Những động tác tự tập trên đây cần được tập luyện thêm ở nhà, ngày làm từ 1 - 2 lần tùy theo sức chịu đựng và sự tiến bộ của bệnh nhân

2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.5.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, vị trí mắc bệnh, mức độ đau, hoạt động hàng ngày, tầm vận động và năng lực khớp vai.
- Tổn thương trên phim XQ.

2.5.2. Đánh giá hiệu quả điều trị ở 2 nhóm nghiên cứu

Các chỉ tiêu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sau 15, 30 ngày điều trị, so với trước điều trị ở hai nhóm và so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân với nhau về:

- Tình trạng đau của khớp vai (theo thang điểm VAS) [52].
- Đánh giá chức năng khớp vai (theo Constant C.R và Murley A.H.G) [53].
- Đánh giá tầm vận động khớp vai: Dạng, xoay trong, xoay ngoài (theo McGill - McROMI) [54].
- Đánh giá chỉ số hiệu quả (CSHQ) sau điều trị so với trước điều trị

2.5.3. Chỉ tiêu và các tác dụng không mong muốn sau điều trị

Sau 15, 30 ngày điều trị so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân: theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng (mẩn ngứa, ban đỏ, áp xe, chảy máu, nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn), các chỉ số sinh học cơ thể và theo dõi tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, huyết sắc tố, ure, creatinin, AST, ALT).

2.6. Đánh giá một số chỉ số nghiên cứu

2.6.1. Tình trạng đau của khớp vai:

Đau là sự đánh giá chủ quan của bệnh nhân qua thang điểm VAS[52].

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| .Mức 0 điểm: không đau | .Mức 1 - 2,5 điểm: đau nhẹ |
| . Mức > 2,5 - 5 điểm: đau vừa | . Trên 5 điểm: đau nặng |

2.6.2. Đánh giá chức năng khớp vai: theo Constant C.R và Murley A.H.G)

[53], đánh giá chức năng khớp vai dựa vào 4 triệu chứng chủ yếu đó là: đau, hoạt động hàng ngày, tầm vận động và lực của vai với tổng số điểm là 100. Cách tính điểm theo bảng sau:

Bảng 2.1 Đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley

Chức năng khớp vai	Điểm
1. Đau	
Không đau	15
Đau nhẹ	10
Đau vừa phải	5
Đau nặng	0
<i>Số điểm tối đa đánh giá đau</i>	<i>15/100 điểm</i>
2. Hoạt động trong cuộc sống hàng ngày	
A. Mức độ hoạt động	
Làm việc	4
Giải trí (thể thao)	4
Ngủ sâu	2
B. Vị trí	
Hướng về hông	2
Hướng về lưng	4
Hướng về cổ	6
Hướng về đỉnh đầu	8
Trên đầu	10
<i>Số điểm tối đa đánh giá hoạt động trong cuộc sống hàng ngày</i>	<i>20/100 điểm</i>
3. Tâm vận động	
Gập vai, dùng thước đo độ	
0 - 30°	0
31 - 60°	2
61 - 90°	4
91 - 120°	6
121 - 150°	8
151 - 180°	10

<i>Số điểm tối đa đánh giá nâng vai ra trước, lên trên</i>	<i>10/100 điểm</i>
Dạng vai sang bên, lên trên	
0 - 30°	0
31 - 60°	2
61 - 90°	4
91 - 120°	6
121 - 150°	8
151 - 180°	10
<i>Số điểm tối đa đánh giá giạng vai sang bên</i>	<i>10/100 điểm</i>
Xoay ngoài	
0 - 25°	0
26 - 40°	2
41 - 55°	4
56 - 70°	6
70 - 85°	8
> 85°	10
<i>Số điểm tối đa đánh giá hoạt động xoay ngoài</i>	<i>10/100 điểm</i>
Xoay trong	
0 - 25°	0
26 - 40°	2
41 - 55°	4
56 - 70°	6
70 - 85°	8
> 85°	10
<i>Số điểm tối đa đánh giá hoạt động xoay trong</i>	<i>10/100 điểm</i>
4. Lực của vai	
Theo phương pháp của Moseley, bệnh nhân nâng tay ở một góc 90° bình thường nâng được 25 Pound (1 Pound = 0,4536kg).	25 điểm
Tổng số điểm	100

2.6.3. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill – McROMI[54] bao gồm: Dạng, xoay trong, xoay ngoài.

Bảng 2.2 Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill-McROMI

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

2.6.4. Phân loại kết quả điều trị chung

Sau khi cho điểm theo theo Constant C.R và Murley A.H.G [53] phân loại kết quả điều trị chung như sau:

- Rất tốt 95- 100 điểm
- Tốt: 85 - 94 điểm
- Khá: 75 - 84 điểm
- Trung bình: 60 - 74 điểm
- Kém: < 60 điểm

2.6.5. Đánh giá chỉ số hiệu quả (CSHQ) của việc điều trị

Tỷ lệ sau điều trị - Tỷ lệ trước điều trị

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100\%$$

Tỷ lệ sau điều trị

2.7. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo chương trình SPSS 20.0 của tổ chức y tế thế giới, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Các test thống kê được dùng: χ^2 - test: so sánh sự khác nhau giữa các tỷ lệ %; t - student test: so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

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

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

- 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 khỏi đối tượng.

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

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

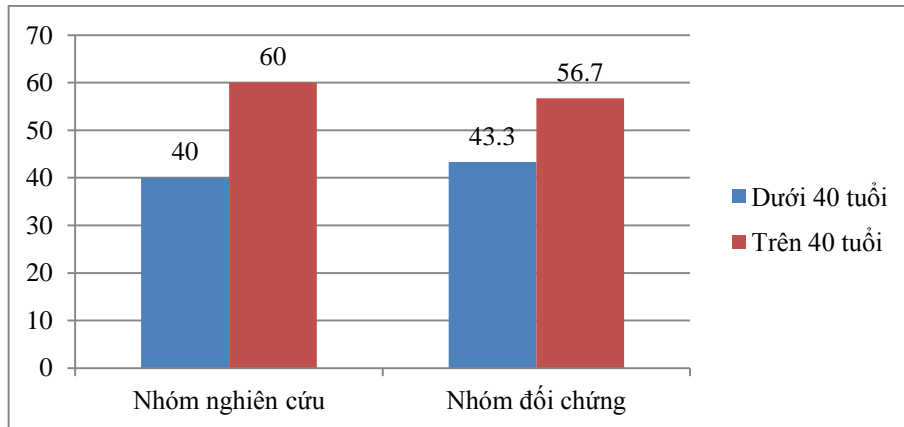
- Đề cương nghiên cứu được hội đồng xét đề tài nghiên cứu của cao học chuyên ngành YHCT, Học viện Y Dược cổ truyền Việt Nam thông qua.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi



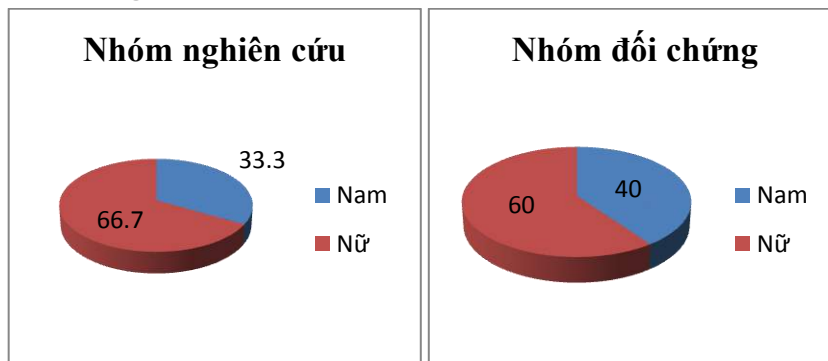
Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy:

Không có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm nghiên cứu và chứng (nhóm < 40 tuổi 40,4% so với 43,3 % và \geq 40 tuổi 60% so với 56,7%), $p > 0.05$.

Đa số bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều từ 40 tuổi trở lên (58,3%).

3.1.2. Đặc điểm về giới



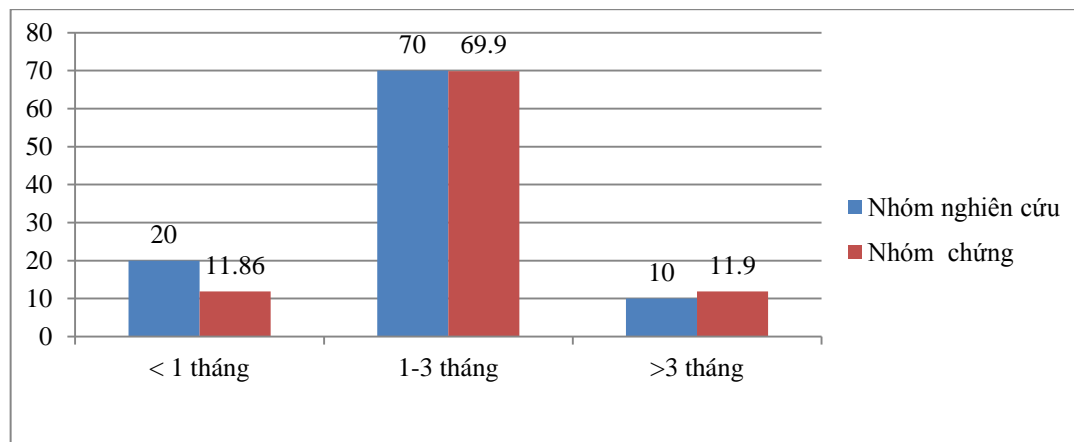
Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy:

Không có sự khác biệt về giới giữa 2 nhóm nghiên cứu và chứng (nam 33,3% so với 40,0 % và nữ là 66,7% so với 60,0%), $p > 0.05$.

Đa số bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều là nữ (63,3%)

3.1.3. Thời gian mắc bệnh



Biểu đồ 3.3. Phân bố theo thời gian mắc bệnh

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy:

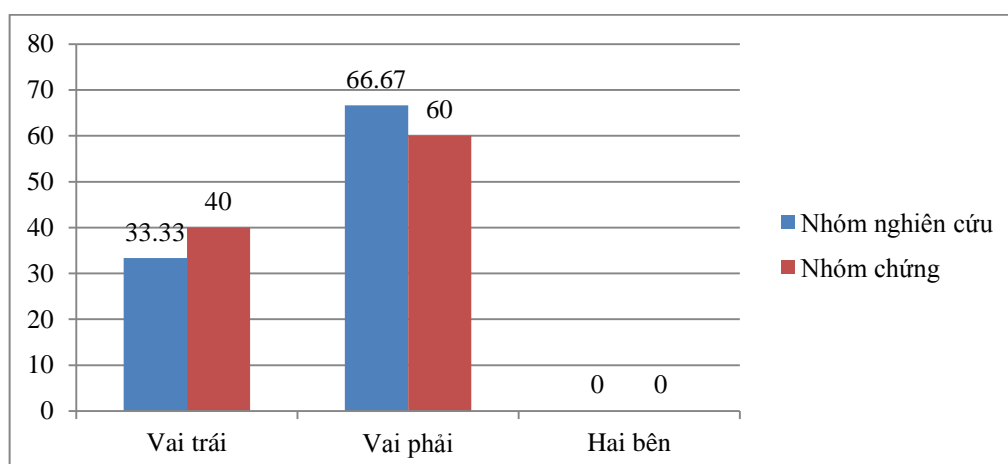
Không có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng theo thứ tự <1 tháng, 1- 3 và >3 tháng (20,0% so với 16.7%; 70,0% so với 70.0%; và 10,0% so với 13.3%), $p > 0.05$.

Đa số bệnh nhân ở cả 2 nhóm thời gian mắc bệnh là 1-3 tháng (70.0%); tiếp đến <1 tháng 18.3% và thấp nhất >3 tháng 11.7% .

3.1.4. Vị trí mắc bệnh

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo vị trí mắc bệnh

Vị trí \ Nhóm	Nhóm NC		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Vai trái	10	33.3	12	40.0	22	36.7
Vai phải	20	66.7	18	60.0	38	63.3
Hai bên	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tổng	30	100	30	100	30	100
$p > 0.05$						



Biểu đồ 3.4. Vị trí mắc bệnh

Kết quả biểu đồ 3.4 cho thấy:

Không có sự khác biệt về Vị trí mắc bệnh giữa 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng theo thứ tự vai trái, vai phải (33,33% so với 40,0% và 66,67% so với 60,0%), $p > 0,05$.

Đa số bệnh nhân ở cả 2 nhóm Vị trí mắc bệnh là vai phải (63.3%); tiếp bên vai trái 36.7%; và không có trường hợp nào mắc bệnh cả 2 bên.

3.1.5. Kết quả thăm khám một số triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2. Phân loại bệnh nhân theo mức độ đau theo thang điểm VAS

VAS	Nhóm NC		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Đau nhẹ	1	3.3	1	3.3	2	3.3
Đau vừa	14	46.7	13	43.3	27	45.0
Đau nặng	15	50.0	16	53.3	31	51.7
Tổng	30	100	30	100	60	100
$\bar{X} \pm SD$	2.67±2.9		2.59±2.9		2.63±2.9	
P	P>0.05					

Kết quả bảng 3.2 cho thấy :

- Bệnh nhân chủ yếu ở đối tượng nghiên cứu là đau nặng 51.7%; tiếp đến đau vừa 45.0% và đau nhẹ là 3.3%. Không có trường hợp nào không đau.

- Giữa 2 nhóm nghiên cứu, không có sự khác biệt về mức độ đau theo thang điểm VAS , $P > 0.05$ (\bar{X} là 2.67điểm so với 2.67 điểm).

Bảng 3.3. Hoạt động hàng ngày của bệnh nhân trước điều trị

Nhóm điểm	Nhóm NC		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 6 điểm	6	20.0	4	13.3	10	16.7
6 - 10 điểm	24	80.0	25	83.3	49	81.7
> 10 điểm	0	0.0	1	3.3	1	1.6
Tổng	30	100	30	100	60	100
$\bar{X} \pm SD$	6.87±1.6		6.67±1.5		6.77±1.6	
P	P>0.05					

Kết quả bảng 3.3 cho thấy:

- Hoạt động hàng ngày của bệnh nhân trước điều trị chủ yếu ở mức 6 - 10 điểm, chiếm 81.7%; và > 10 điểm rất thấp, chỉ có 1.6%.

- Giữa 2 nhóm nghiên cứu, không có sự khác biệt về mức độ hoạt động hàng ngày, P> 0.05 (\bar{X} là 6.87 điểm so với 6.67điểm).

Bảng 3.4. Tầm vận động gập khớp vai trước điều trị

Độ	Nhóm NC		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Độ 1	2	6.7	3	10.0	5	8.3
Độ 2	4	13.3	3	10.0	7	11.7
Độ 3	24	80.0	24	80.0	48	80.0
Tổng	30	100	30	100	60	100
$\bar{X} \pm SD$	2.93±1.9		3.0±2.1		2.97±2.1	
P	P>0.05					

Kết quả bảng 3.4 cho thấy:

- Tầm vận động gập khớp vai của bệnh nhân trước điều trị chủ yếu ở độ 3, chiếm 80.0%; tiếp đến độ 2, chiếm 11.7% và độ 1 chỉ có 8.3%. Không có trường hợp nào ở độ 0.

- Giữa 2 nhóm nghiên cứu, không có sự khác biệt về Tầm vận động gập khớp vai, P> 0.05 (\bar{X} là 2.93 điểm so với 3.0điểm).

Bảng 3.5. Tầm vận động dạng khớp vai trước điều trị

Độ	Nhóm NC		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Độ 1	2	6.7	3	10.0	5	8.3
Độ 2	4	13.3	3	10.0	7	11.7
Độ 3	24	80.0	24	80.0	48	80.0
Tổng	30	100	30	100	60	100
$\bar{X} \pm SD$	2.93±1.9		3.0±2.1		2.95±2.1	
P	P>0.05					

Kết quả bảng 3.5 cho thấy:

- Tầm vận động dạng khớp vai của bệnh nhân trước điều trị chủ yếu hạn chế ở độ 3, chiếm 80.0%; tiếp đến độ 2, chiếm 11.7% và độ 1 chỉ có 8.3%. Không có trường hợp nào ở độ 0.

- Giữa 2 nhóm nghiên cứu, không có sự khác biệt về hạn chế tầm vận động gập khớp vai, P> 0.05 (\bar{X} là 2.93 điểm so với 2.95 điểm).

Bảng 3.6. Tầm vận động xoay trong khớp vai trước điều trị

Độ	Nhóm NC		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Độ 1	5	16.7	3	10.0	7	13.3
Độ 2	7	23.3	8	26.7	15	25.0
Độ 3	18	60.0	19	63.3	37	61.7
Tổng	30	100	30	100	60	100
$\bar{X} \pm SD$	3.93±2.5		3.89±2.3		3.91±2.5	
P	P>0.05					

Kết quả bảng 3.6 cho thấy:

- Tầm vận động xoay trong khớp vai của bệnh nhân trước điều trị chủ yếu hạn chế ở độ 3, chiếm 61.7%; tiếp đến độ 2, chiếm 25.0% và độ 1 chỉ có 13.3%. Không có trường hợp nào ở độ 0.

- Giữa 2 nhóm nghiên cứu, không có sự khác biệt về hạn chế tầm vận động xoay trong khớp vai, P> 0.05 (\bar{X} là 3.93 điểm so với 3.89 điểm).

Bảng 3.7. Tầm vận động xoay ngoài khớp vai trước điều trị

Độ	Nhóm NC		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Độ 0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Độ 1	3	10.0	4	13.3	7	11.7
Độ 2	8	26.7	7	23.3	15	25.0
Độ 3	19	63.3	19	63.3	38	63.3
Tổng	30	100	30	30	60	100
$\bar{X} \pm SD$	3.67±2.3		3.73±2.4		3.70±2.4	
P	P>0.05					

Kết quả bảng 3.7 cho thấy:

- Tầm vận động xoay ngoài khớp vai của bệnh nhân trước điều trị chủ yếu hạn chế ở độ 3, chiếm 63.3%; tiếp đến độ 2, chiếm 25.0% và độ 1 chỉ có 11.7%. Không có trường hợp nào ở độ 0.

- Giữa 2 nhóm nghiên cứu, không có sự khác biệt về hạn chế tầm vận động xoay ngoài khớp vai, P> 0.05 (\bar{X} là 3.67 điểm so với 3.73điểm).

Bảng 3.8. Lực của vai trước điều trị

Điểm	Nhóm NC		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 10 điểm	17	56.7	15	50.0	32	53.3
10 - 20 điểm	13	43.3	15	50	28	46.7
> 20 điểm	0	0	0	0	0	0.0
Tổng	30	100	30	100	60	0
$\bar{X} \pm SD$	7.88±6.2		7.83±6.4		5.42+6.1	
P	P>0.05					

Kết quả bảng 3.8 cho thấy:

- Lực của vai trước của bệnh nhân trước điều trị chủ yếu hạn chế ở độ dưới 10 điểm, chiếm 53.3%; tiếp đến 10-20 điểm, chiếm 46.7% và không có trường hợp nào ở trên 20 điểm.

- Giữa 2 nhóm nghiên cứu, không có sự khác biệt về Lực của vai trước điều trị, P> 0.05 (\bar{X} là 7.88 điểm so với 7.83điểm).

3.1.6. Kết quả thăm khám cận lâm sàng

Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo kết quả X quang khớp vai

Kết quả	Nhóm NC		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Khớp vai bình thường	19	63.3	21	70	40	66.67
Canxi 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	100.0
P	P>0.05					

Kết quả bảng 3.9 cho thấy:

- Tổng 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 Canxi 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. Đánh giá kết quả điều trị

3.2.1. Mức độ đau, hoạt động hàng ngày, tầm vận động khớp vai và năng lực khớp vai sau điều trị 15 và 30 ngày

Bảng 3.10. Đánh giá chức năng khớp vai theo Constant và Murley sau 15 ngày điều trị so trước điều trị

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu			Nhóm chứng			P
	D0 (1)	D15 (2)	CSH	D0 (4)	D15(5)	CSH	
	$\bar{x} \pm SD$ (điểm)	$\bar{x} \pm SD$ (điểm)	Q (%)	$\bar{x} \pm SD$ (điểm)	$\bar{x} \pm SD$ (điểm)	Q (%)	
Đau	2.67±2.9	9.9±3.6	73.0	2.59±2.9	7.2±4.3.	64.0	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p < 0.05			(2,5)<0.05
Hoạt động hàng ngày	6.87±1.6	13.2±4.3	48.0	6.67±1.5	12.4±2.7	46.2	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p < 0.05			(2,5)>0.05
Gập khớp vai	2.93±1.9	6.7±2.7	56.3	3.0±2.1	5.4±2.9	44.4	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p>005			(2,5)>0.05
Dạng khớp vai	2.93±1.9	6.7±2.7	56.3	3.0±2.1	5.4±3.0	44.4	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p < 0.05			(2,5)>0.05
Xoay trong khớp vai	3.93±2.5	6.7±2.1	41.3	3.89±2.3	5.3±2.7	26.6	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p < 0.05			(2,5)>0.05
Xoay ngoài khớp vai	3.67±2.3	6.6±2.0	44.4	3.73±2.4	5.2±2.6	28.3	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p < 0.05			(2,5)>0.05
Lực của vai	7.88±6.2	18.2±5.4	56.7	7.83±6.4	16.7±6.7	53.1	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p < 0.05			(2,5)>0.05
Tổng							(1,4)>0.05
	30.88±2.8	68.0±3.3	54.6	30.88±2.8	57.6±3.4	46.7	(2,5)<0.05

Kết quả bảng 3.10 cho thấy: sau can thiệp điều trị 15 ngày:

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng chức năng khớp vai:

+ Điểm đau trung bình đã tăng lên so trước điều trị (9.9 điểm so 2.67 điểm và 7.2 điểm so 2.59 điểm) và CSHQ tăng được 73.0% và 64%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$

+ Hoạt động hàng ngày tăng lên so trước điều trị (13.2 điểm so 6.87 điểm và 12.4 điểm so 6.87 điểm) và CSHQ tăng được 48.0% và 46.2%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$

+ Vận động gập khớp vai tăng lên so trước điều trị (6.7 điểm so 2.93 điểm và 5.4 điểm so 3.0 điểm) và CSHQ tăng được 56.3% và 44.4%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$.

+ Dạng khớp vai tăng lên so trước điều trị (6.7 điểm so 2.93 điểm và 5.4 điểm so 3.0 điểm) và CSHQ tăng được 56.3% và 44.4%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$.

+ Xoay trong khớp vai tăng lên so trước điều trị (6.7 điểm so 3.93 điểm và 5.3 điểm so 3.89 điểm) và CSHQ tăng được 41.3% và 26.6%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$.

+ Xoay ngoài khớp vai, tăng lên so trước điều trị (6.6 điểm so 3.67 điểm và 5.2 điểm so 3.73 điểm) và CSHQ tăng được 44.4% và 28.2%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$.

+ Lực của vai tăng lên so trước điều trị tăng lên so trước điều trị (18.2 điểm so 7.88 điểm và 16.7 điểm so 7.83 điểm) và CSHQ tăng được 56.7% và 53.1%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$

- Chức năng khớp vai ở nhóm NC đều tăng cao hơn nhóm chứng, sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$ (68.0 điểm so 57.6 điểm và hiệu quả giảm được 54.6% và 46.7%).

Bảng 3.11. Đánh giá chức năng khớp vai theo Constant và Murley sau 30 ngày điều trị so trước điều trị

Nhóm	Nhóm nghiên cứu			Nhóm chứng			P
	D0 (1)	D30 (3)	CSH	D0 (4)	D30(6)	CSH	
Chỉ số	$\bar{x} \pm SD$ (điểm)	$\bar{x} \pm SD$ (điểm)	Q (%)	$\bar{x} \pm SD$ (điểm)	$\bar{x} \pm SD$ (điểm)	Q (%)	
Đau	2.67±2.9	14.2±1.9	81.2	2.59±2.9	12.7±3.1	79.6	p _(1,4) >0.05
	p < 0.05			p<0.05			p _(3,6) <0.05
Hoạt động hàng ngày	6.87±1.6	19.1±2.7	64.0	6.67±1.5	14.5±5.1	54.0	p _(1,4) >0.05
	p < 0.05			p<0.05			p _(3,6) <0.05
Gập khớp vai	2.93±1.9	9.7±0.8	69.8	3.0±2.1	7.7±3.0	61.0	p _(1,4) >0.05
	p < 0.05			p<0.05			p _(3,6) <0.05
Dạng khớp vai	2.93±1.9	9.7±0.8	69.8	3.0±2.1	8.1±2.5	63.0	p _(1,4) >0.05
	p < 0.05			p<0.05			p _(3,6) <0.05
Xoay trong khớp vai	3.93±2.5	9.4±1.2	58.2	3.89±2.3	7.5±2.4	48.1	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p<0.05			(3,6)<0.05
Xoay ngoài khớp vai	3.67±2.3	9.3±1.2	60.5	3.73±2.4	7.7±2.6	51.6	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p < 0.05			(3,6)<0.05
Lực của vai	7.88±6.2	23.3±2.4	66.2	7.83±6.4	18.5±4.8	57.7	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p<0.05			(3,6)<0.05
Tổng	30.9±2.8	95.4±1.6	67.0	30.7±2.8	76.7±3.6	60.0	(1,4)>0.05
	p < 0.05			p<0.05			(3,6)<0.05

Kết quả bảng 3.11 cho thấy: sau can thiệp điều trị 30 ngày:

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng chức năng khớp vai:

+ Điểm đau trung bình đã tăng lên so trước điều trị (14.2 điểm so 2.67 điểm và 12.7 điểm so 2.59 điểm) và CSHQ tăng được 81.2% và 79.6%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$

+ Hoạt động hàng ngày tăng lên so trước điều trị (19.1 điểm so 6.87 điểm và 14.5 điểm so 6.87 điểm) và CSHQ tăng được 64.0% và 54.0%; sự khác biệt có ý nghĩa, $P < 0.05$

+ Vận động gập khớp vai tăng lên so trước điều trị (9.7 điểm so 2.93 điểm và 7.7 điểm so 3.0 điểm) và CSHQ tăng được 69.8% và 61.0%; sự khác biệt có ý nghĩa, $P < 0.05$.

+ Dạng khớp vai tăng lên so trước điều trị (9.7 điểm so 2.93 điểm và 8.1 điểm so 3.0 điểm) và CSHQ tăng được 69.8% và 63.0%; sự khác biệt có ý nghĩa, $P < 0.05$.

+ Xoay trong khớp vai tăng lên so trước điều trị (9.4 điểm so 3.93 điểm và 7.5 điểm so 3.89 điểm) và CSHQ tăng được 58.2% và 48.1%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$.

+ Xoay ngoài khớp vai, tăng lên so trước điều trị (9.3 điểm so 3.67 điểm và 7.7 điểm so 3.73 điểm) và CSHQ tăng được 60.5% và 51.6%; sự khác biệt có ý nghĩa, $P < 0.05$.

+ Lực của vai tăng lên so trước điều trị tăng lên so trước điều trị (23.3 điểm so 7.88 điểm và 18.5 điểm so 7.83 điểm) và CSHQ tăng được 66.2% và 57.7%; sự khác biệt có ý nghĩa, $P < 0.05$

- Chức năng khớp vai ở nhóm NC đều tăng cao hơn nhóm chứng, sự khác nhau có ý nghĩa, $P < 0.05$ (95.4 điểm so 76.7 điểm và hiệu quả giảm được 67.0% và 60.0%).

**Bảng 3.12. Hiệu quả về mức độ đau sau 15 ngày
điều trị theo thang điểm VAS**

Mức độ	Nhóm NC					Nhóm chứng				
	D0 (1)		D15 (2)		P ₁	D0 (4)		D15(5)		P ₂
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Ko đau	0	0.0	7	23.3	-	0	0.0	3	10.0	-
Đau nhẹ	1	3.3	15	50.0	-	1	3.3	11	36.7	-
Đau vừa	14	46.7	8	26.7	>0.05	13	43.3	12	40.0	>0.05
Đau nặng	15	50.0*	0.0*	0.0	<0.05	16	53.3*	4	13.3	<0.05
Tổng	30	100	30	100		30	100	30	100	
P	p* (1.4)>0.05; p* (2.5) >0.05									

Kết quả bảng 3.12 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 15 ngày

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng:

+ Tỷ lệ không đau tăng so trước điều trị (23.3% so 0.0% và 10% so 3.3%);

+ Tỷ lệ đau nhẹ tăng so trước điều trị (50.0% so 0.0% và 36.7% so 3.3 %);

+ Tỷ lệ đau nặng còn rất thấp so trước điều trị (0.0% so với 50.0% và 13.3% so 53.3%). Sự khác nhau có ý nghĩa, P<0.05.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ đau nặng giảm không còn và các mức độ đau khác giảm hơn nhiều so với nhóm chứng, tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, P>0.05.

**Bảng 3.13. Hiệu quả về mức độ đau sau 30 ngày
điều trị theo thang điểm VAS**

Mức độ	Nhóm NC				p	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D30 (3)			D0 (4)		D30(6)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không đau	0	0	25	83.3*	<0.05	0	0.0	18	60.0*	<0.05
Đau nhẹ	1	3.3	5	16.7		1	3.3	10	33.3	
Đau vừa	14	46.7	0	0.0		13	43.3	2	6.7	
Đau nặng	15	50	0	0.0		16	53.3*	0	0.0	
Tổng	30	100	30	100		30	100	30	30	
P	p* (1,4)>0.05; p* (3,6) <0.05									

Kết quả bảng 3.12 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 30 ngày

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng:

+ Tỷ lệ không đau tăng so trước điều trị (83.3% và 60.0% so 0.0%)

+ Tỷ lệ đau nặng không còn (0% so với 50.0% và 0 % so 53.3%)

+ Tỷ lệ đau vừa còn rất thấp so trước điều trị, chỉ còn ở nhóm chứng (6.7% so 43.3%)

Sự khác nhau có ý nghĩa, P<0.05

- So sánh giữa 2 nhóm, thì tỷ lệ không đau ở nhóm NC tăng cao hơn nhóm chứng (83.3% so với 60.0%), sự khác nhau có ý nghĩa, P<0.05.

Bảng 3.14. Kết quả hoạt động hàng ngày sau 15 ngày điều trị

Nhóm điểm	Nhóm NC				P ₁	Nhóm chứng				P ₂
	D0 (1)		D15 (2)			D0 (4)		D15(5)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
< 6 đ	6	20.0	1	3.3	<0.05	4	13.3	2	6.7	<0.05
6 – 10đ	24	80.0	19	63.3		25	83.3	20	66.7	
>10 điểm	0	0.0	10	33.3*		1	3.3	8	26.7*	
Tổng	30	100.0	30	100.0		14	46.7	30	100.0	
P	p* (1.4)>0.05; p* (2.5) >0.05									

Kết quả bảng 3.14 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 15 ngày

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng:

+ Tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt dưới 6 điểm giảm so trước điều trị (3.3 % so 20.0 % và 6.7% so 13.3%);

+ Tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt 6-10 điểm giảm so trước điều trị (63.3% so 80.0 % và 66.7% so 83.3 %);

+ Tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt trên 10 điểm tăng lên so trước điều trị (33.3% so với 0.0% và 26.7% so 3.3%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, P<0.05.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt trên 10 điểm tăng hơn so với nhóm chứng (33.3% so 26.7%), tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, P>0.05.

Bảng 3.15. Kết quả hoạt động hàng ngày sau 30 ngày điều trị

Nhóm điểm	Nhóm NC				p	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D30 (3)			D0 (4)		D30(6)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
< 6 đ	6	20.0	0	0.0	<0.05	4	13.3	0	0.0	<0.05
6 - 10 điểm	24	80.0*	1	3.3		25	83.3*	6	20.0	
>10 đ	0	0.0	29	96.7*		1	3.3	24	80.0*	
Tổng	30	100	0	0		30	100	30	100	
P	p* (1.4)>0.05; p* (3.6) <0.05									

Kết quả bảng 3.15 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 30 ngày

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng:

+ Tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt dưới 6 điểm giảm không còn trường hợp nào;

+ Tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt 6-10 điểm giảm so trước điều trị (3.3% so 80.0% và 20.0% so 83.3%);

+ Tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt trên 10 điểm tăng lên so trước điều trị (96.7% so với 0.0% và 80.0% so 3.3%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt trên 10 điểm tăng hơn so với nhóm chứng (96.7% so 80.0%), sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

Bảng 3.16. Kết quả tầm vận động gập khớp vai sau 15 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm nghiên cứu				p ₁	Nhóm chứng				p ₂
	D0 (1)		D15 (2)			D0 (4)		D15(5)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Độ 0	0	0.0	5	16.7	<0.05	0	0.0	3	10.0	<0.05
Độ 1	2	6.7	12	40.0		3	10.0	9	30.0	
Độ 2	4	13.3	7	23.3		3	10.0	6	20.0	
Độ 3	24	80.0	6	20.0*		24	80.0	12	40.0*	
Tổng	30	100.0	30	100.0		30	100.0	30	100.0	
P	p* (1.4)>0.05; p* (2.5) >0.05									

Kết quả bảng 3.16 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 15 ngày,

-Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng:

+ Tỷ lệ tầm vận động gập khớp vai ở độ 3 giảm so trước điều trị (20.0% so 80.0 % và 40.0% so 80.0%);

+ Độ 2 và độ 1 tăng hơn so trước điều trị;

+ Tỷ lệ tầm vận động gập khớp vai ở độ 0 đã có so trước điều trị (16.7% so 0.0 % và 10.0% so 0.0%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, p<0.05.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ tầm vận động gập khớp vai độ 3 giảm hơn so với nhóm chứng (20.0% so 40.0%), tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, p>0.05.

Bảng 3.17. Kết quả tầm vận động gập khớp vai sau 30 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm nghiên cứu				p	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D30 (3)			D0 (4)		D30(6)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Độ 0	0	0.0	25	83.3*	<0.05	0	0.0	18	60.0*	<0.05
Độ 1	2	6.7	5	16.7		3	10.0	10	33.3	
Độ 2	4	13.3	0	0.0		3	10.0	2	6.7	
Độ 3	24	80.0	0	0.0		24	80.0	0	0.0	
P	p* (1.4)>0.05; p* (3.6) <0.05									

Kết quả bảng 3.17 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 30 ngày,

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng:

+ Tỷ lệ tầm vận động gập khớp vai ở độ 3 giảm về 0.0% so trước điều trị (0.0% so 80.0 % và 0.0% so 80.0%);

+ Tỷ lệ tầm vận động gập khớp vai ở độ 0 đã tăng cao có so trước điều trị (83.3% so 0.0 % và 60.0% so 0.0%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ tầm vận động gập khớp vai ở độ 0 tăng cao hơn so với nhóm chứng (83.3% so 60.0%), sự khác nhau có ý nghĩa, $p > 0.05$.

Bảng 3.18. Kết quả tầm vận động dạng khớp vai sau 15 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm nghiên cứu				p ₁	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D15 (2)			D0 (4)		D15(5)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Độ 0	0	0.0	5	16.7*	<0.05	0	0.0	3	10.0	<0.05
Độ 1	2	6.7	12	40.0		3	10.0	9	30.0	
Độ 2	4	13.3	7	23.3		3	10.0	6	20.0	
Độ 3	24	80.0	6	20.0*		24	80.0	12	40.0*	
P	p* (1,4)>0,05; p* (2,5) >0,05									

Kết quả bảng 3.18 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 15 ngày,

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng:

+ Tỷ lệ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 3 giảm so trước điều trị (20.0% so 80.0 % và 40.0% so 80.0%);

+ Tỷ lệ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 2 và độ 1 tăng hơn so trước điều trị;

+ Tỷ lệ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 0 đã có so trước điều trị (16.7% so 0.0 % và 10.0% so 0.0%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 3 giảm hơn so với nhóm chứng (20.0% so 40.0%), tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, $p > 0.05$.

Bảng 3.19. Kết quả tầm vận động dạng khớp vai sau 30 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm nghiên cứu				p	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D30 (3)			D0 (4)		D30(6)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Độ 0	0	0.0	25	83.3*	<0.05	0	0.0	18	60.0*	<0.05
Độ 1	2	6.7	5	16.7		3	10.0	10	33.3	
Độ 2	4	13.3	0	0.0		3	10.0	2	6.7	
Độ 3	24	80.0	0	0.0		24	80.0	0	0.0	
p	$p^* (1,4) > 0,05$; $p^* (3,6) < 0,05$									

Kết quả bảng 3.19 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 30 ngày,

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng, tỷ lệ tầm vận động dạng khớp vai ở:

+ Độ 3 giảm so trước điều trị (0.0% so 80.0% và 0.0% so 80.0%);

+ Độ 0 đã tăng cao có so trước điều trị (83.3% so 0.0 % và 60.0% so 0.0%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ tầm vận động dạng khớp vai độ 0 tăng cao hơn so với nhóm chứng (83.3% so 60.0%), sự khác nhau có ý nghĩa, $p > 0.05$.

Bảng 3.20. Kết quả tầm vận động xoay trong khớp vai sau 15 ngày ĐT

Mức độ	Nhóm nghiên cứu				p	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D15 (2)			D0 (4)		D15(5)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Độ 0	0	0.0	4	13.3	<0.05	0	0.0	2	6.7	<0.05
Độ 1	5	16.7	8	26.7		3	10.0	7	23.3	
Độ 2	7	23.3	15	50.0		8	26.7	10	33.3	
Độ 3	18	60.0	3	10.0*		19	63.3	11	36.7*	
P	p* (1,4)>0,05; p* (2,5) <0,05									

Kết quả bảng 3.20 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 15 ngày,

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng, tỷ lệ tầm vận động xoay trong khớp vai:

+ Độ 3 giảm so trước điều trị (10.0% so 60.0% và 36.7% so 63.3%);

+ Độ 2 và độ 1 tăng hơn so trước điều trị;

+ Độ 0 đã có so trước điều trị (13.3% so 0.0 % và 6.7% so 0.0%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ tầm vận động xoay trong khớp vai độ 3 giảm hơn so với nhóm chứng (10.0% so 36.7%), sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

Bảng 3.21. Kết quả tầm vận động dạng xoay trong khớp vai sau 30 ngày điều trị

Điều trị	Nhóm nghiên cứu				p	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D30 (3)			D0 (4)		D30(6)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Độ 0	0	0.0	23	73.3*	<0.05	0	0.0	14	46.7*	<0.05
Độ 1	5	16.7	5	20.0		3	10.0	11	36.7	
Độ 2	7	23.3	2	6.7		8	26.7	5	16.7	
Độ 3	18	60.0	0	0.0		19	63.3	0	0.0	
P	p* (1,4)>0,05; p* (3,6) <0,05									

Kết quả bảng 3.21 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 30 ngày,

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng, tỷ lệ tầm vận động xoay trong khớp vai:

+ Độ 3 giảm so trước điều trị (0.0% so 60.0% và 0.0% so 63.3%);

+ Độ 0 tăng so trước điều trị (73.3% so 0.0 % và 46.7% so 0.0%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ tầm vận động xoay trong khớp vai độ 0 tăng hơn so với nhóm chứng (73.3% so 46.7%), sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

Bảng 3.22. Kết quả tầm vận động xoay ngoài khớp vai sau 15 ngày ĐT

Mức độ	Nhóm nghiên cứu				p	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D15 (2)			D0 (4)		D15(5)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Độ 0	0	0.0	3	10.0	<0.05	0	0.0	1	3.3	<0.05
Độ 1	3	10.0	8	26.7		4	13.3	7	23.3	
Độ 2	8	26.7	16	53.3		7	23.3	11	36.7	
Độ 3	19	63.3	3	10.0*		19	63.3	11	36.7*	
p	p* (1,4) > 0,05; p* (2,5) < 0,05									

Kết quả bảng 3.22 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 15 ngày,

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng:

+ Tỷ lệ tầm vận động xoay ngoài khớp vai ở độ 3 giảm so trước điều trị (10.0% so 63.3% và 36.7% so 63.3%);

+ Tỷ lệ tầm vận động xoay ngoài khớp vai ở độ 2 và độ 1 tăng hơn so trước điều trị;

+ Tỷ lệ tầm vận động xoay ngoài khớp vai ở độ 0 đã có so trước điều trị (10.0% so 0.0% và 3.3% so 0.0%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ tầm vận động xoay ngoài khớp vai ở độ 3 giảm hơn so với nhóm chứng (10.0% so 36.7%), sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

Bảng 3.23. Kết quả tầm vận động xoay ngoài khớp vai sau 30 ngày ĐT

Mức độ	Nhóm nghiên cứu				p	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D30 (3)			D0 (4)		D30(6)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Độ 0	0	0.0	22	73.3*	<0.05	0	0.0	14	46.7*	<0.05
Độ 1	3	10.0	6	20.0		4	13.3	9	30.0	
Độ 2	8	26.7	2	6.7		7	23.3	6	20.0	
Độ 3	19	63.3	0	0.0		19	63.3	1	3.3	
P	p* (1,4)>0,05; p* (3,6) <0,05									

Kết quả bảng 3.23 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 30 ngày,

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng:

+ Tỷ lệ tầm vận động xoay ngoài khớp vai ở độ 3 giảm so trước điều trị (0.0% so 63.3% và 3.3% so 63.3%);

+ Tỷ lệ tầm vận động xoay ngoài khớp vai ở độ 0 đã tăng so trước điều trị (73.3% so 0.0% và 46.7% so 0.0%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ tầm vận động xoay ngoài khớp vai độ 3 giảm hơn so với nhóm chứng (73.3% so 46.7%), sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

Bảng 3.24. Kết quả năng lực khớp vai sau 15 ngày điều trị

Nhóm điểm	Nhóm nghiên cứu				p	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D15 (2)			D0 (4)		D15(5)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
< 10	17	56.7	5	16.7*	<0.05	15	50.0	9	30.0*	<0.05
10 - 20	13	43.3	25	83.3		15	50.0	21	70.0	
> 20	0	0	0	0.0		0	0	0	0.0	
Tổng	30	100	30	30		30	100	0	0.0	
p	p* (1,4)>0,05; p* (2,5) >0,05									

Kết quả bảng 3.24 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 15 ngày,

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng, tỷ lệ năng lực khớp vai:

+ Nhóm < 10 điểm giảm so trước điều trị (16.7% so 56.7% và 30.0% so 50.0%);

+ Nhóm 10- 20 điểm tăng hơn so trước điều trị (83.3% so 43.3% và 70.0% so 50.0%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ năng lực khớp vai nhóm < 10 điểm giảm so hơn so với nhóm chứng (16.7% so 30.0%), tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, $p > 0.05$.

Bảng 3.25. Kết quả năng lực khớp vai sau 30 ngày điều trị

Nhóm điểm	Nhóm nghiên cứu				p	Nhóm chứng				p
	D0 (1)		D30 (3)			D0 (4)		D30(6)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
< 10	17	56.7	0	0.0	p<0.05	15	50.0	0	0.0	p<0.05
10 - 20	13	43.3	10	33.3		15	50	20	66.7	
> 20	0	0	20	66.7*		0	0	10	33.3*	
Tổng	30	100	30	100		30	100	30	100	
p	p* (1,4)>0,05; p* (3,6) <0,05									

Kết quả bảng 3.25 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 30 ngày,

- Cả 2 nhóm NC và nhóm chứng, tỷ lệ năng lực khớp vai:

+ Nhóm < 10 điểm giảm không còn trường hợp nào.

+ Nhóm trên 20 điểm tăng hơn so trước điều trị (66.7% so 0.0% và 33.3% so 0.0%).

Sự khác nhau có ý nghĩa, p<0.05.

- So sánh giữa 2 nhóm, nhóm NC tỷ lệ năng lực khớp vai nhóm trên 20 điểm tăng hơn so với nhóm chứng (66.7% so 33.3%), sự khác nhau có ý nghĩa, p>0.05.

3.2.2. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.26. Kết quả điều trị chung sau 15 ngày điều trị

Kết quả	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt	5	16.67	1	3.33
Khá	8	26.67	3	10.00
Trung bình	14	46.67	14	46.67
Kém	3	10.00	12	40.00
Tổng số	30	100.0	30	100.0
$\bar{X} \pm SD(\text{điểm})$	68.0 \pm 3.3		57.6 \pm 3.4	
P	p<0.05			

Kết quả bảng 3.26 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 15 ngày, tỷ lệ kết quả điều trị chung:

Nhóm NC đạt kết quả tốt cao hơn nhóm chứng (16.67% so với 3.33%; đạt kết quả kém còn thấp hơn nhóm chứng (10.0% so với 40.0%) và điểm tổng \bar{X} cao hơn nhóm chứng (68.0% so với 57.6%). Sự khác nhau có ý nghĩa, p<0.05.

Bảng 3.27. Kết quả điều trị chung sau 30 ngày điều trị

Kết quả	Nhóm NC		Nhóm chứng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt	23	76.67	14	46.67
Khá	5	16.67	11	36.67
Trung bình	2	6.67	4	13.33
Kém	0	0.0	1	3.33
Tổng số	30	100.0	30	100.0
$\bar{X} \pm SD(\text{điểm})$	95.4 \pm 1.6		76.7 \pm 3.6	
p	<0.05			

Kết quả bảng 3.27 cho thấy: Sau can thiệp điều trị 30 ngày, tỷ lệ kết quả điều trị chung:

Nhóm NC đạt kết quả tốt cao hơn nhóm chứng (76.67% so với 46.67%; kết quả kém không còn và điểm tổng \bar{X} cao hơn nhóm chứng (95.4% so với 76.7%). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ

Bảng 3.28. Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Triệu chứng	Cấy lần 1			Cấy lần 2		
	Mẫu NC	SL	Tỷ lệ %	Mẫu NC	SL	Tỷ lệ %
Chảy máu	30	0	0.0	30	0	0.0
Đau tăng	30	0	0.0	30	0	0.0
Nhiễm trùng	30	0	0.0	30	0	0.0
Sẩn ngứa	30	0	0.0	30	0	0.0
Lộ đầu chỉ	30	0	0.0	30	0	0.0
Căng tức tại nơi cấy chỉ	30	0	0.0	30	0	0.0
Tổng	30	0	0.0	30	0	0.0

Kết quả bảng 3.28 cho thấy:

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của bệnh nhân giữa thời điểm trước và sau điều trị ở cả 2 lần cấy chỉ, không có.

**Bảng 3.29. Đánh giá một số chỉ số sinh học của cơ thể trước và sau cấy chỉ
(n = 30)**

Số lần cấy chỉ		Mạch (Lần/phút) $\bar{X} \pm SD$	Nhiệt độ (t ⁰ C) $\bar{X} \pm SD$	HATT (mmHg) $\bar{X} \pm SD$	HATTr (mmHg) $\bar{X} \pm SD$
Lần I	Trước	72+0.4	36.7	118.3+7.4	70± 3.48
	Sau	72+0.4	36.8	117.5+7.2	70± 3.70
	p	>0.05			
Lần II	Trước	72+0.4	36.7	111.3+7.4	70± 3.48
	Sau	72+0.5	36.6	118.0+7.2	70± 3.87
	p	>0.05			

Kết quả bảng 3.29 cho thấy:

Không có sự khác biệt về tần số mạch, nhiệt độ và huyết áp động mạch của bệnh nhân giữa thời điểm trước và sau điều trị ở cả 2 lần cấy chỉ, $p > 0.05$.

Bảng 3.30. Các chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị

Chỉ số cận lâm sàng	Nhóm nghiên cứu			Nhóm chứng		
	Trước ĐT	Sau ĐT	p	Trước ĐT	Sau ĐT	p
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Tốc độ máu lắng (mm / hr)	16.3+1.3	16+1.22	> 0,05	14.50+0.7	14.5+0.73	> 0,05
CRP(mg/dL)	0.43+0.1	0.6+0.09	> 0,05	0.30+1.11	0.10+0.31	> 0,05
Bạch cầu (G/l)	7.3+1.0	7.3+0.9	> 0,05	5.70+0.53	5.60+0.72	> 0,05
Tiểu cầu (G/l)	320+20.6	325+20.0	> 0,05	305.83+17.96	305.8+17.9	> 0,05
Ure ($\mu\text{mol/l}$)	3.6+0.1	3.6+0.1	> 0,05	3.03+0.18	3.93+5.11	> 0,05
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	76+4.3	77+7.6	> 0,05	66.82+1.61	66.84+1.60	> 0,05
AST (UI/l)	28.+1.2	27+4.5	> 0,05	26.73+1.28	26.75+1.28	> 0,05
ALT (UI/l)	33+2.2	33+2.2	> 0,05	31.43+0.63	31.37+0.61	> 0,05

Kết quả bảng 3.30 cho thấy:

Không có sự khác biệt về một số chỉ số huyết học, chức năng gan, thận giữa thời điểm trước và sau 30 ngày điều trị ở cả 2 nhóm ($p > 0.05$)

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Về nhóm tuổi mắc bệnh

Qua kết quả nghiên cứu (biểu đồ 3.1) cho thấy đa số bệnh nhân mắc bệnh ở tuổi từ 40 trở lên chiếm (58.3%), tuổi < 40 chiếm (41.3%). Do ở tuổi trên 40 bắt đầu có sự thoái hóa của các cơ xoay cùng với sự vận động quá nhiều dẫn đến các vi chấn thương liên tiếp và sự cọ sát của mỏm cùng - quạ là yếu tố thuận lợi gây VQKV.

So với kết quả nghiên cứu của chúng tôi với một số nghiên cứu trong nước và các tài liệu nước ngoài:

Theo Đoàn Quang Huy (1999) đa số bệnh nhân VQKV ở độ tuổi trên 50 tuổi (58.34%)[12]. Có tới 41 bệnh nhân trong số 82 bệnh nhân VQKV trong nghiên cứu của Dương Trọng Hiếu (1992) ở lứa tuổi 40 - 50 tuổi (50%) [31], như vậy tương đương kết quả của chúng tôi.

Theo Trương Văn Chúc năm 2016, bệnh nhân mắc bệnh ở tuổi từ 40 trở lên chiếm (76.7%), tuổi < 40 chiếm (23.3%) [66]; Theo Nguyễn Thị Lục (1999) cũng nhận thấy phần lớn bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ là (77%) [13]; Nghiên cứu của Vũ Thị Duyên Trang (2013) cũng thấy đa số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao (71.8%) [56]; Phạm Việt Hoàng (2005) cũng thấy đa số bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi (90%)[32]; Đoàn Quốc Sỹ (1998) tác giả nhận thấy rằng tổng số bệnh nhân VQKV ở lứa tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (88.7%) [29]; Nguyễn Thị Nga (2006) số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ (76.3%)[41]; Nghiên cứu của Chung Khánh Bằng (2001) cũng cho thấy hầu hết bệnh nhân VQKV có độ tuổi >50 tuổi (67.16%) [55]; thì các kết quả trên cao hơn kết quả của chúng tôi ở nhóm trên 40 tuổi.

4.1.2. Về giới mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.2) cho thấy tỷ lệ mắc bệnh viêm quanh khớp vai ở bệnh nhân nữ (63.3%) cao hơn nam (36.7%).

Theo nghiên cứu của Đặng Ngọc Tân (2009) về đánh giá hiệu quả tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai cho kết quả nữ là (66.7%), nam là (33.3%) [43], như vậy tương đương kết quả của chúng tôi.

Theo 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%) [66]; của Nguyễn Thị Lực (1999) về các thể bệnh viêm quanh khớp vai (dựa vào lâm sàng, X quang, siêu âm) cho thấy tỷ lệ nữ là (54.7%), nam là (45.3%) [13]. 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%) [56], thì tỷ lệ mắc bệnh viêm quanh khớp vai ở bệnh nhân nữ thấp hơn của chúng tôi.

4.1.3. Về thời gian mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.3) cho thấy đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh 1-3 tháng là 70.0%; tiếp đến <1 tháng 18.3% và thấp nhất >3 tháng 11.7%.

Theo Trương Văn Chúc năm 2016, cho thấy tỷ lệ viêm quanh khớp vai thể đơn thuần với thời gian mắc bệnh < 1 tháng là 20% [66]; Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lương Thị Dung (2014) đã tổng kết thời gian mắc bệnh từ 1 - 3 tháng là (73.3%), > 3 tháng là (10%) [67]. Đặng Ngọc Tân (2009) qua 66 bệnh nhân VQKV thể viêm gân (viêm gân nhị đầu) nhận thấy: thời gian mắc bệnh <1 tháng chiếm (18.2%), từ 1- 3 tháng chiếm (81.8%)[43]. Nguyễn Hữu Huyền và Lê Thị Kiều Hoa (2011), hầu hết bệnh nhân mắc bệnh kéo dài trên 1 tháng là (81.67%) [44], như vậy tương đương kết quả của chúng tôi.

4.1.4. Về vị trí mắc bệnh của khớp vai

Kết quả nghiên cứu (Bảng 3.4) cho thấy tỷ lệ mắc bệnh của vai phải (63.3%) cao hơn vai trái 36.7% và không có trường hợp bị VQKV cả hai vai.

Theo Trương Văn Chúc năm 2016, cho thấy tỷ lệ viêm quanh khớp vai phải (56.7%), vai trái (40%) [66]; Theo Lê Thị Hoài Anh (2001) tỷ lệ mắc bệnh của vai phải là (56%), vai trái (44%)[33];Phạm Việt Hoàng (2005) nghiên cứu trên 60 bệnh nhân VQKV thấy tỷ lệ tổn thương vai phải (53.3%) , vai trái (35.0%) [32], như vậy tương đương kết quả của chúng tôi.

Chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào tìm hiểu mối liên quan giữa tay thuận với bên vai bị bệnh, tuy nhiên các nghiên cứu cho kết quả như trên có thể là do tay thuận vận động nhiều hơn, thực hiện động tác cần đến lực hơn, nên có thể dẫn tới thoái hóa khớp vai bên tay thuận nhanh hơn.

4.1.5. Về đặc điểm lâm sàng

4.1.5.1. Về triệu chứng đau:

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2) cho thấy 100% bệnh nhân viêm quanh khớp vai có triệu chứng đau vai ở mức độ từ vừa đến nặng, trong đó đau nặng 51.7%; tiếp đến đau vừa 45.0% và đau nhẹ là 3.3%. Đây là triệu chứng chính khiến người bệnh phải đến bệnh viện điều trị và đây cũng là một trong những triệu chứng quan trọng giúp thầy thuốc hướng tới chẩn đoán VQKV.

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả:

Theo Trương Văn Chúc năm 2016, cho thấy tỷ lệ 100% bệnh nhân viêm quanh khớp vai 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%)[66];

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%) [67]. Chung Khánh Bằng (2001), tỷ lệ BN đau vừa và nặng như nhau đều (41.8%), đau nhẹ chỉ chiếm (16.4%) [55]. Theo Nguyễn Thị Nga (2006), đau trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (66.7%), đau nặng (33.3%), không có BN nào đau nhẹ [41]. Theo Đặng Ngọc Tân (2009), đa số BN đau ở mức trung bình (78.8%), đau nhiều (21.2%) và không có BN nào đau nhẹ [43]. Theo Nguyễn Hữu Huyền (2011), tất cả 60 BN đau ở mức độ vừa và nặng (43.33% và 56.67%) [44].

Theo lý luận của Y học cổ truyền, VQKV là do phong, hàn thấp xâm phạm gây nên khí trệ, huyết ứ. Kinh mạch không lưu thông “bất thông, tắc thông”, cân cơ không được nuôi dưỡng lại kết hợp với hàn ngưng, huyết ứ ảnh hưởng đến khí. Khí trệ, huyết ứ làm cho cơ nhục không được nuôi dưỡng vì vậy hạn chế vận động. Như vậy, quan niệm của Y học cổ truyền và YHHĐ về VQKV là tương đối thống nhất.

4.1.5.2. Về chức năng vận động của khớp vai:

Trước điều trị (bảng 3.3; 3.4; 3.5; 3.6, 3.7; 3.8) hạn chế vận động khớp vai gặp ở 100% bệnh nhân nghiên cứu, trong đó mức độ nặng chiếm (80-61.7%), mức độ vừa chiếm (11.7 - 25%).

Tỷ lệ này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước và nước ngoài.

Theo Trương Văn Chúc năm 2016 [66], 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%).

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%) [67]. Nguyễn Thị Lụa (1999), 100% bệnh nhân nghiên cứu đều có hạn chế vận động khớp vai, trong đó mức độ nặng là (24%), mức độ vừa là (31%) và mức độ nhẹ là 45% [13]. Theo Cailliet. R (1998), đau dù là

lần đầu tiên thường phối hợp với hạn chế vận động nếu không hoàn toàn đề ý trong động tác. Đầu tiên hạn chế vận động bắt đầu từ động tác giạng, tiến đến là hạn chế động tác gấp và cuối cùng là động tác xoay. Hạn chế vận động trong mọi động tác chủ động hay bị động đều là nguyên nhân gây đau ngày càng tăng[57].

Hạn chế vận động khớp vai là triệu chứng quan trọng bắt người bệnh phải đến khám và điều trị bệnh. Tất cả các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho rằng hạn chế vận động gặp ở 100% bệnh nhân viêm quanh khớp vai từ mức độ nhẹ đến nặng.

4.1.6. Về đặc điểm Xquang thường quy khớp vai

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 [66], 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 Đoàn Quang Huy, Chụp Xquang cho 48 bệnh nhân chỉ phát hiện được tổn thương là (20.83%) còn (79.71%) không phát hiện được tổn thương [12]. Phạm Việt Hoàng cũng cho rằng trên phim chụp khớp vai thường quy phát hiện được tổn thương với tỷ lệ rất thấp (16.7%)[32]. 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 [67].

4.2. Hiệu quả điều trị của phương pháp cấy chỉ kết hợp xoa bóp bấm huyệt

4.2.1. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên triệu chứng đau

Kết quả ở (Bảng 3.10) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, điểm đau trung bình đã tăng lên so trước điều trị (9.9 điểm so 2.67 điểm và 7.2 điểm so 2.59 điểm). Như vậy, so với trước điều trị, sau 15 ngày điều trị triệu chứng đau ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). So sánh 2 nhóm với nhau: sau 15 ngày điều trị điểm trung bình chỉ số đau nhóm NC tăng lên 9.9, cao hơn nhóm chứng là 7.2 và CSHQ tăng được 73.0% so với 64%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$

Kết quả ở (Bảng 3.11) cho thấy: Sau 30 ngày điều trị, điểm trung bình chỉ số đau của nhóm NC và nhóm chứng tăng (14.2 điểm so 2.67 điểm và 12.7 điểm so 2.59 điểm). Như vậy, so với trước điều trị, sau 30 ngày điều trị, triệu chứng đau ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rất rõ rệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). So sánh 2 nhóm với nhau: sau 30 ngày điều trị, trung bình chỉ số đau của nhóm NC tăng lên 14.2 điểm, cao hơn nhóm chứng là 12.7 điểm và CSHQ tăng được 81.2% so với 79.6%; sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0.05$

Kết quả ở (Bảng 3.12) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ không đau tăng so trước điều trị (23.3% so 0.0% và 10% so 3.3%); Tỷ lệ đau nhẹ tăng so trước điều trị (50.0% so 0.0% và 36.7% so 3.3%); Tỷ lệ đau nặng còn rất thấp so trước điều trị (0.0% so với 50.0% và 13.3% so 53.3%).

Như vậy, so với trước điều trị, sau 15 ngày điều trị, triệu chứng đau của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). So sánh 2 nhóm với nhau ta thấy: không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0.05$).

Kết quả ở (Bảng 3.13) cho thấy: Sau 30 ngày điều trị, nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ không đau tăng so trước điều trị (83.3% và 60.0% so 0.0%); Tỷ lệ đau nặng không còn (0% so với 50.0% và 0% so 53.3%); Tỷ lệ đau vừa còn rất thấp so trước điều trị, chỉ còn ở nhóm chứng (6.7% so 43.3%). Như vậy, so với trước điều trị, sau 30 ngày điều trị, triệu chứng đau ở cả ba nhóm đều được cải thiện rất rõ rệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy hiệu quả giảm đau như tỷ lệ không đau ở nhóm NC tăng cao hơn nhóm chứng (83.3% so với 60.0%), sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

So với kết quả nghiên cứu của Trương Văn Chúc năm 2016 [66], 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; Phạm Việt Hoàng (2005), điều trị viêm quanh khớp vai cho 60 bệnh nhân bằng xoa bóp bấm huyệt thấy (68%) hết đau hoàn toàn [32]. Nguyễn Thị Nga (2006), điều trị VQKV thể đơn thuần bằng thuốc chống viêm không steroid kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng cho kết quả (73.3%) bệnh nhân hết đau [41]. Ngoài ra, Paternostro - Sluga T (2004), nghiên cứu điều trị VQKV bằng siêu âm điều trị, xung điện tần số thấp kết hợp tập vận động (vận động thụ động, chủ động theo tầm vận động khớp vai, tập có kháng trở hay tập với dụng cụ như dây chun, ròng rọc) thì thấy các BN đều đạt được kết quả tốt (giảm đau và tầm vận động khớp vai phục hồi trên (70%) [42]. Như vậy so với chúng tôi kết quả giảm đau 83.3%, thì kết quả các tác giả thấp hơn.

So với kết quả nghiên cứu của 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 [67], thì tương đương kết quả của chúng tôi (83.3%).

4.2.2. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên các hoạt động hàng ngày

Theo kết quả ở (Bảng 3.10), sau 15 ngày điều trị, cho thấy điểm trung bình về các hoạt động hàng ngày của cả 2 nhóm nhóm NC và chứng đều tăng lên so trước điều trị (13.2 điểm so 6.87 điểm và 12.4 điểm so 6.87 điểm). Như vậy, sau 15 ngày điều trị, mức độ hoạt động hàng ngày của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy, sau 15 ngày điều trị, điểm trung bình về các hoạt động hàng ngày của nhóm NC tăng cao hơn nhóm chứng (13.2 điểm so với 12.4 điểm) và CSHQ tăng được cao hơn (48.0% và 46.2%). Như vậy, sau 15 ngày điều trị, điểm trung bình về các hoạt động hàng ngày của nhóm NC cao hơn so với nhóm chứng. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Theo kết quả ở (Bảng 3.11), cho thấy sau 30 ngày điều trị, khả năng hoạt động hàng ngày của bệnh nhân ở nhóm NC và chứng đều tăng lên so trước điều trị (19.1 điểm so 6.87 điểm và 14.5 điểm so 6.87 điểm). Như vậy, sau 30 ngày điều trị, khả năng hoạt động hàng ngày của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rất rõ rệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy sau 30 ngày điều trị sự cải thiện khả năng hoạt động hàng ngày của NC tăng cao hơn nhóm chứng (19.1 điểm so với 14.5 điểm) và CSHQ tăng được cao hơn (64.0% và 54.0%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Kết quả ở (Bảng 3.14) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt dưới 6 điểm giảm so trước điều trị (3.3% so 20.0% và 6.7% so 13.3%); đạt 6-10 điểm giảm so trước điều trị (63.3% so 80.0% và 66.7% so 83.3%); đạt trên 10 điểm tăng lên so trước điều trị (33.3% so với 0.0% và 26.7% so 3.3%). Như vậy, sau 15 ngày điều trị, hoạt động hàng ngày của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt so

với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). So sánh 2 nhóm với nhau ta thấy tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt nhóm NC đạt trên 10 điểm tăng hơn so với nhóm chứng (33.3% so 26.7%), tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, $p > 0.05$.

Kết quả ở (Bảng 3.15) cho thấy: Sau 30 ngày điều trị, nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt dưới 6 điểm giảm không còn trường hợp nào; đạt 6-10 điểm giảm so trước điều trị (3.3% so 80.0% và 20.0% so 83.3%); đạt trên 10 điểm tăng lên so trước điều trị (96.7% so với 0.0% và 80.0% so 3.3%). Như vậy, sau 30 ngày điều trị, hoạt động hàng ngày của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). So sánh 2 nhóm với nhau ta thấy tỷ lệ hoạt động hàng ngày đạt nhóm NC đạt trên 10 điểm tăng hơn so với nhóm chứng (96.7% so 80.0%), sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

Chúng tôi cho rằng, bệnh nhân có khó khăn trong việc thực hiện các chức năng sinh hoạt hàng ngày là do đau dẫn đến tầm vận động khớp vai bị hạn chế. Do vậy khi giải quyết được triệu chứng đau cho bệnh nhân thì tầm vận động khớp vai cũng được cải thiện theo, từ đó hoạt động hàng ngày của bệnh nhân cũng được cải thiện.

So với kết quả nghiên cứu của Trương Văn Chúc năm 2016 [66], 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 mức điểm trung bình khả năng hoạt động hàng ngày sau 20 ngày điều trị là 17.1 điểm; kết quả nghiên cứu của 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 điểm trung bình khả năng hoạt động hàng ngày là (18.53 ± 2.03) [67], thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (19.1 điểm) các tác giả trên. Có thể thời dài nghiên cứu của chúng tôi dài hơn (1 tháng).

4.2.3. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên sự cải thiện về tầm vận động khớp vai

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tầm vận động khớp vai của các bệnh nhân thông qua các động tác gập khớp vai; giạng khớp vai; xoay trong khớp vai; xoay ngoài khớp vai. Sự hạn chế tầm vận động khớp vai của các bệnh nhân VQKV là do đau, do cơ, xơ hóa gân, 100% bệnh nhân VQKV trước điều trị đều có hạn chế tầm vận động khớp vai từ vừa đến nặng. Khi khớp vai được 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 mà không cho bệnh nhân tập các bài tập theo tầm vận động của khớp thì hiệu quả giảm đau không cao và khớp vai không được trả lại tầm vận động bình thường của nó hoặc khớp vai không vận động được hết tầm vận động của nó, kéo theo các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng khó khăn.

Kết quả ở (Bảng 3.4) cho thấy: Trước điều trị, tầm vận động gập khớp vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm là tương đương ($p > 0.05$).

Kết quả ở (Bảng 3.10; 3.16) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, bệnh nhân cả 2 nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ tầm vận động gập khớp vai ở độ 3 giảm so trước điều trị (20.0% so 80.0% và 40.0% so 80.0%); độ 2 và độ 1 tăng hơn so trước điều trị; độ 0 đã có so trước điều trị (16.7% so 0.0% và 10.0% so 0.0%). Như vậy, sau 15 ngày điều trị, tầm vận động gập khớp vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt (6.7 điểm so 2.93 điểm và 5.4 điểm so 3.0 điểm). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy sau 15 ngày điều trị, sự cải thiện tầm vận động gập khớp vai nhóm NC độ 3 giảm hơn so với nhóm chứng (20.0% so 40.0%), CSHQ tăng được 56.3% và 44.4%, tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, $p > 0.05$.

Kết quả ở (Bảng 3.11;.17) cho thấy: Sau 30 ngày điều trị, bệnh nhân cả 2 nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ tầm vận động gấp khớp vai độ 3 giảm về 0.0% so trước điều trị (0.0% so 80.0% và 0.0% so 80.0%); độ 0 đã tăng cao có so trước điều trị (83.3% so 0.0% và 60.0% so 0.0%). Như vậy, sau 30 ngày điều trị, tầm vận động gấp khớp vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt (điểm trung bình tăng được 9.7 so 2.93 điểm và 7.7 so 3.0 điểm). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy sau 30 ngày điều trị, sự cải thiện tầm vận động gấp khớp vai nhóm NC ở độ 0 tăng cao hơn so với nhóm chứng (83.3% so 60.0%), CSHQ tăng được 69.8% so với 61.0%, sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. Có nghĩa bệnh nhân gấp khớp vai được trên 150⁰ chiếm tỷ lệ rất cao, và của nhóm NC cải thiện rất rõ so với nhóm chứng.

Kết quả ở (Bảng 3.5) cho thấy: Trước điều trị, tầm vận động Dạng khớp vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm là tương đương ($p > 0.05$).

Kết quả ở (Bảng 3.10; 3.18) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, bệnh nhân cả 2 nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ tầm vận động dạng khớp vai ở độ 3 giảm so trước điều trị (20.0% so 80.0% và 40.0% so 80.0%); độ 2 và độ 1 tăng hơn so trước điều trị; độ 0 đã có so trước điều trị (16.7% so 0.0% và 10.0% so 0.0%). Như vậy, sau 15 ngày điều trị, tầm vận động dạng khớp vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt (6.7 điểm so 2.93 điểm và 5.4 điểm so 3.0 điểm). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy sau 15 ngày điều trị, sự cải thiện tầm vận động Dạng khớp vai nhóm NC độ 3 giảm hơn so với nhóm chứng (20.0% so 40.0%), CSHQ tăng được 56.3% và 44.4%, tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, $p > 0.05$.

Kết quả ở (Bảng 3.11;.19) cho thấy: Sau 30 ngày điều trị, bệnh nhân cả 2 nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ tầm vận động Giạng khớp vai độ 3 giảm về 0.0% so trước điều trị (0.0% so 80.0 % và 0.0% so 80.0%); độ 0 đã tăng cao

có so trước điều trị (83.3% so 0.0% và 60.0% so 0.0%). Như vậy, sau 30 ngày điều trị, tầm vận động Gương khớp vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt (điểm trung bình tăng được 9.7 điểm so 2.93 điểm và 8.1 điểm so 3.0 điểm). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy sau 30 ngày điều trị, sự cải thiện tầm vận động Dạng khớp vai nhóm NC ở độ 0 tăng cao hơn so với nhóm chứng (83.3% so 60.0%), CSHQ tăng được 69.8% so với 61.0%, sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. Có nghĩa bệnh nhân Gương khớp vai được trên 150^0 chiếm tỷ lệ rất cao, và của nhóm NC cải thiện rất rõ so với nhóm chứng.

Kết quả ở (Bảng 3.10; 3.20) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, bệnh nhân cả 2 nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ tầm vận động xoay trong khớp vai ở độ 3 giảm so trước điều trị (10.0% so 60.0% và 36.7% so 63.3%); độ 2 và độ 1 tăng hơn so trước điều trị; độ 0 đã có so trước điều trị (13.3% so 0.0% và 6.7% so 0.0%). Như vậy, sau 15 ngày điều trị, tầm vận động xoay trong khớp vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt (6.7 điểm so 3.93 điểm và 5.3 điểm so 3.89 điểm). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy sau 15 ngày điều trị, sự cải thiện tầm vận động xoay trong khớp vai nhóm NC độ 3 giảm hơn so với nhóm chứng (10.0% so 36.7%), CSHQ tăng được 41.3% so với 26.6%, tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, $p > 0.05$.

Kết quả ở (Bảng 3.11; 3.21) cho thấy: Sau 30 ngày điều trị, bệnh nhân cả 2 nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ tầm vận động xoay trong khớp vai độ 3 giảm về 0.0% so trước điều trị (0.0% so 60.0% và 0.0% so 63.3%); độ 0 đã tăng cao có so trước điều trị (73.3% so 0.0% và 46.7% so 0.0%). Như vậy, sau 30 ngày điều trị, tầm vận động xoay trong khớp vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt (9.4 điểm so 3.93 điểm và 7.5 điểm so 3.89 điểm). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy

sau 30 ngày điều trị, sự cải thiện tầm vận động xoay trong khớp vai nhóm NC ở độ 0 tăng cao hơn so với nhóm chứng (73.3% so với 46.7%), CSHQ tăng được 58.2% so với 48.1%, sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. Có nghĩa bệnh nhân xoay trong khớp vai được trên 150^0 chiếm tỷ lệ rất cao, và của nhóm NC cải thiện rất rõ so với nhóm chứng.

Kết quả ở (Bảng 3.10; 3.22) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, bệnh nhân cả 2 nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ tầm vận động xoay ngoài khớp vai ở độ 3 giảm so trước điều trị (10.0% so 63.3% và 36.7% so 63.3%); độ 2 và độ 1 tăng hơn so trước điều trị; độ 0 đã có so trước điều trị (10.0% so 0.0% và 3.3% so 0.0%). Như vậy, sau 15 ngày điều trị, tầm vận động xoay ngoài khớp vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt (6.6 điểm so 3.67 điểm và 5.2 điểm so 3.73 điểm). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy sau 15 ngày điều trị, sự cải thiện tầm vận động xoay ngoài khớp vai nhóm NC độ 3 giảm hơn so với nhóm chứng (10.0% so 36.7%), CSHQ tăng được 44.4% so với 28.2%, tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, $p > 0.05$.

Kết quả ở (Bảng 3.11; 3.23) cho thấy: Sau 30 ngày điều trị, bệnh nhân cả 2 nhóm NC và nhóm chứng: Tỷ lệ tầm vận động xoay ngoài khớp vai độ 3 giảm về 0.0% so trước điều trị (0.0% so 63.3% và 3.3% so 63.3%); độ 0 đã tăng cao có so trước điều trị (73.3% so 0.0% và 46.7% so 0.0%). Như vậy, sau 30 ngày điều trị, tầm vận động xoay ngoài khớp vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt (9.3 điểm so 3.67 điểm và 7.7 điểm so 3.73 điểm). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy sau 30 ngày điều trị, sự cải thiện tầm vận động xoay ngoài khớp vai nhóm NC ở độ 0 tăng cao hơn so với nhóm chứng (73.3% so 46.7%), CSHQ tăng được 60.5% so với 51.6%, sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. Có nghĩa bệnh nhân xoay ngoài khớp vai được trên 150^0 chiếm tỷ lệ rất cao, và của nhóm NC cải thiện rất rõ so với nhóm chứng.

So với kết quả nghiên cứu của Trương Văn Chúc năm 2016 [66], 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 sau 20 ngày điều trị, tầm vận động gập khớp vai của bệnh nhân độ 0 tăng từ 0% lên 23.3%; giạng khớp vai lên 26.7%; xoay trong khớp vai lên 26.7%; xoay ngoài khớp vai lên 23.3%; Lê Thị Hoài Anh, sử dụng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu điều trị bệnh nhân viêm quanh khớp vai, cho thấy ở nhóm kết hợp vận động trị liệu với châm cứu xoa bóp hồi phục tốt hơn nhóm điều trị đơn thuần bằng châm cứu, xoa bóp (trung bình và độ lệch chuẩn trước và sau điều trị là (12.28) so với (15.28) [33]. Nguyễn Quang Vinh, điều trị cho 123 bệnh nhân viêm quanh khớp vai bằng vật lý trị liệu - phục hồi chức năng kết quả phục hồi tầm vận động khớp vai trên (70%) [27]. Nguyễn Thị Nga điều trị VQKV đạt kết quả ở động tác giạng vai tốt (40.0%); động tác xoay trong (43.3%); động tác xoay ngoài (46.7%) [41]. 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 động tác giạng tốt là (43.3%); động tác xoay trong tốt là (40%); động tác xoay ngoài tốt là (30%) [67]; thì kết quả của chúng tôi cao hơn.

So với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Châu và cộng sự, điều trị VQKV bằng châm cứu kết hợp vận động khớp vai đạt kết quả tốt với động tác giạng là (71.8%), động tác gập là (65.6%) và động tác duỗi là (56.2%) [10]; thì tương đương kết quả của chúng tôi.

Tóm lại, sự cải thiện tầm vận động của khớp vai (động tác: gập, giạng, xoay trong, xoay ngoài) sau 30 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu (điều trị bằng cây chỉ kết hợp xoa bóp bấm huyệt) đều cao hơn so với nhóm chúng tôi điều trị chỉ đơn thuần bằng xoa bóp bấm huyệt). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Sự cải thiện này, thứ nhất do tác dụng của cấy chỉ làm cho khí huyết vận hành thông suốt trong kinh mạch, đạt được kết quả chống đau và không chế rối loạn sinh lý của các tạng phủ; Chỉ catgut là một protein trong quá trình tự tiêu phản ứng hóa - sinh tại chỗ làm tăng tái tạo Protein, hydratcarbon và tăng dinh dưỡng tại chỗ. Khi được cấy vào huyết vị tác dụng với tính chất vật lý, tạo ra một kích thích cơ học như châm cứu nên có cơ chế tác dụng như cơ chế tác dụng của châm cứu. Do vậy, giải thích về cơ chế tác dụng của cấy chỉ cũng chính là cơ chế tác dụng của châm cứu vì vậy nó có tác dụng là điều hòa (lập lại)mỗi cân bằng âm dương và điều chỉnh cơ năng hoạt động của kinh lạc[50],[48],[49]. Theo nhiều tài liệu, sau khi dùng chỉ catgut cấy vào huyết vị của hệ kinh lạc rồi đo sự thay đổi sinh hóa bên trong cơ thể, người ta nhận thấy sự đồng hóa của cơ tăng cao, còn sự dị hóa của cơ lại giảm đi, kèm theo làm tăng tái tạo protein và hydratcarbon ở cơ, giảm acid lactic, cũng như giảm sự phân giải acid ở cơ từ đó tăng chuyển hóa và dinh dưỡng của cơ. Hệ thống mạch máu tăng sinh kết hợp tăng lưu lượng tuần hoàn ở các chi do vậy tăng cường dinh dưỡng tới các chi. Giảm đau nhức do nâng cao ngưỡng đau và có thể kích thích cơ thể tăng sinh morphin nội sinh, một chất giảm đau mạnh gấp 200 lần morphin. Khi mức độ đau giảm thì tầm vận động khớp vai cũng được cải thiện tốt lên.

Thứ hai do tác dụng của Xoa bóp bấm huyết (XBBH), XBBH là một phương pháp phòng và chữa bệnh dùng thao tác của bàn tay, ngón tay tác động lên bệnh nhân, là một loại kích thích, trực tiếp tác động vào da thịt, các cơ quan cảm thụ và cơ, gây nên những thay đổi về thần kinh, thể dịch, nội tiết. Từ đó ảnh hưởng đến toàn thân. Tác dụng chính của XBBH theo YHHĐ là giảm đau, tăng cường hồi phục chức năng vùng bị bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cả 2 nhóm đều dùng phương pháp điều trị là XBBH, trong đó nhóm nghiên cứu áp dụng thêm cấy chỉ đã mang lại kết quả điều trị hiệu quả cao hơn nhóm chỉ dùng đơn thuần XBBH.

4.2.4. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên lực của vai

Kết quả ở (Bảng 3.10; 3.24) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, bệnh nhân cả 2 nhóm NC và nhóm chứng: Lực của vai ở nhóm dưới 10 điểm giảm so trước điều trị (16.7% so 56.7% và 30.0% so 50.0%); Nhóm 10- 20 điểm tăng hơn so trước điều trị (83.3% so 43.3% và 70.0% so 50.0%). Như vậy, sau 15 ngày điều trị, lực của vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt (*điểm trung bình đạt 18.2 điểm so 7.88 điểm và 16.7 điểm so 7.83 điểm*). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy sau 15 ngày điều trị, sự cải thiện lực của vai nhóm NC tỷ lệ năng lực khớp vai nhóm dưới 10 điểm giảm so hơn so với nhóm chứng (16.7% so 30.0%), CSHQ tăng được 56.7% so với 53.1%, tuy nhiên sự khác nhau chưa có ý nghĩa, $p > 0.05$.

Kết quả ở (Bảng 3.11; 3.25) cho thấy: Sau 30 ngày điều trị, bệnh nhân cả 2 nhóm NC và nhóm chứng: lực của vai nhóm dưới 10 điểm giảm không còn trường hợp nào; Nhóm trên 20 điểm tăng hơn so trước điều trị (66.7% so 0.0% và 33.3% so 0.0%). Như vậy, sau 30 ngày điều trị, lực của vai của bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được cải thiện rõ rệt (*điểm trung bình 23.3 so 7.88 điểm và 18.5 so 7.83 điểm*). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. So sánh 2 nhóm với nhau: ta thấy sau 30 ngày điều trị, sự cải thiện lực của vai nhóm NC nhóm trên 20 điểm tăng hơn so với nhóm chứng (66.7% so 33.3%), CSHQ tăng được 66.2% so với 57.7%, sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$. Có nghĩa là bệnh nhân nâng tay ở một góc 90° bình thường nâng được 0,4536kg chiếm tỷ lệ rất cao, và của nhóm NC cải thiện rất rõ so với nhóm chứng.

Do sau quá trình điều trị bằng điện châm cây chỉ kết hợp XBBH, tình trạng đau của khớp vai được giảm bớt, tầm vận động của khớp vai được gia tăng, các cơ và tổ chức phần mềm quanh khớp được thư giãn nhiều, dẫn đến năng lực của khớp vai cũng được tăng lên.

So với kết quả nghiên cứu của Trương Văn Chúc năm 2016 [66], 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 thuầnsau 20 ngày điều trị, mức trên 20 điểm tăng từ (0%) lên (26.7%), điểm trung bình năng lực của khớp vai tăng từ (8.2 ± 4.6) lên (20.2 ± 3.6) , thì kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có thể chúng tôi dùng thời gian dài ngày hơn (30 ngày).

So với kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với kết quả nghiên cứu của 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 điểm trung bình năng lực khớp vai là (22.57 ± 3.25) [67] thì kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương.

4.2.5. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

Việc đánh giá tác dụng điều trị VQKV của bất kỳ một phương pháp nào không chỉ dựa vào một khía cạnh đơn thuần nào như: mức độ giảm đau, tầm vận động...mà bao gồm tổng hòa của nhiều khía cạnh ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Chính vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thực hiện đánh giá kết quả điều trị dựa trên các chỉ số: mức độ đau, hoạt động hàng ngày của bệnh nhân, tầm vận động khớp vai (gồm: gập, giạng, xoay trong, xoay ngoài) và năng lực khớp vai.

Theo kết quả ở (bảng 3.26) cho thấy: Sau 15 ngày điều trị, kết quả điều trị chung của nhóm NC đạt kết quả tốt cao hơn nhóm chứng (16.67% so với 3.33%; đạt kết quả kém còn thấp hơn nhóm chứng (10.0% so với 40.0%) và điểm tổng \bar{X} cao hơn nhóm chứng (68.0% so với 57.6%). Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0.05$.

Theo kết quả ở (bảng 3.27) cho thấy: Sau 30 ngày điều trị, hiệu quả điều trị chung ở nhóm NC đạt kết quả tốt cao hơn nhóm chứng (76.67% so với 46.67%; kết quả kém không còn và điểm tổng \bar{X} cao hơn nhóm chứng

(95.4% so với 76.7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

So với kết quả nghiên cứu của Trương Văn Chúc năm 2016 [66], đạt kết quả tốt 36.7%; của Nguyễn Thị Nga, đánh giá hiệu quả điều trị VQKV thể đơn thuần bằng thuốc chống viêm nonsteroid kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng đạt kết quả tốt 46.67%; khá 43.33%; trung bình 10% [41]; của Vũ Thị Duyên Trang (2013), điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu đạt kết quả rất tốt 12.5%, tốt 50.0%, khá 28.1% và trung bình 9.4% [56]; thì kết quả của chúng tôi cao hơn.

So với nghiên cứu của Hoàng Văn Lý, điều trị cho 50 bệnh nhân viêm quanh khớp vai bằng xoa bóp bấm huyệt trong 3 tuần tại bệnh viện Hữu nghị năm (1998) thu được hiệu quả điều trị tốt và khá đạt 80.0% [58]. Lê Quang Đạo, nghiên cứu hiệu quả điều trị 82 bệnh nhân viêm quanh khớp vai ở bệnh xá Bộ Quốc Phòng bằng vật lý và tập vận động, nhận thấy hiệu quả điều trị tốt và khá đạt 85.3% [17]. Dương Trọng Hiếu, nghiên cứu hiệu quả điều trị VQKV bằng châm cứu và xoa bóp bấm huyệt, cho kết quả tốt và khá là 89.02% [31]. Phạm Việt Hoàng, nghiên cứu hiệu quả điều trị VQKV bằng xoa bóp bấm huyệt, cho kết quả tốt và khá là 86.7% [32]. thì tương đương kết quả của chúng tôi.

Như vậy, hiệu quả điều trị VQKV thể đơn thuần bằng cây chỉ kết hợp XBBH trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương khi so sánh với kết quả của các nghiên cứu khác và một số phương pháp thì tốt hơn.

4.3. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp cây chỉ

Qua kết quả nghiên cứu ở bảng 3.28 cho thấy không gặp bất cứ một tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng tại thời điểm trước và sau điều trị ở cả 2 lần cây chỉ.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.29 cho thấy các chỉ số về tần số mạch, nhiệt độ và huyết áp động mạch của bệnh nhân giữa thời điểm trước và sau

điều trị ở cả 2 lần cấy chỉ không có sự khác biệt, $p > 0.05$.

Tóm lại cấy chỉ giống như châm cứu thông qua tác động vào huyết và kinh lạc có thể đuổi ngoại tà, điều hoà dinh vệ, thông được kinh lạc do đó làm giảm đau, điều hoà chức năng tạng phủ, chữa được khỏi bệnh tật, nhưng không phải ngày nào cũng châm mà chỉ cần cấy 2 lần vào ngày thứ 1 và ngày thứ 15 của đợt điều trị.

Theo cơ chế thần kinh - nội tiết - thể dịch, châm cứu có tác dụng làm tăng nồng độ Beta - endorphin (có tác dụng mạnh gấp hơn 200 lần morphin), serotonin, catecholamin, cortisol và ACTH do đó làm giảm cơn đau. Theo cơ chế thần kinh, châm cứu có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Điện châm cũng như tác động khác lên huyết sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân [28]. Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại A δ type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ mức tuỷ sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các tạng phủ... Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hoá khi tác động vào huyết có thể điều chỉnh được rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này.

Mặt khác khi tiến hành XBBH có tác dụng làm tăng cường tuần hoàn mạch máu tại chỗ làm nhanh chóng hấp thu các chất trung gian hóa học gây đau như bradykinin, prostaglandin... Kích thích nhiệt nóng được dẫn truyền theo các sợi thần kinh to sẽ làm ức chế cảm giác đau được dẫn truyền theo các sợi thần kinh nhỏ, nhiệt nóng có tác dụng an thần, điều hoà chức năng thần kinh, thư giãn cơ đang co thắt, điều hoà thần kinh thực vật, tăng cường tuần hoàn, tăng cường dinh dưỡng và chuyển hóa tại chỗ, từ đó có tác dụng giảm đau [68].

Như vậy việc điều trị kết hợp cấy chỉ và XBBH an toàn cho người bệnh mà hiệu quả điều trị cao, mà người bệnh không phải ngày nào cũng châm cứu

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hiệu quả điều trị VQKV thể đơn thuần bằng kết hợp cấy chỉ và XBBH trên 60 bệnh nhân sau 30 ngày điều trị, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng kết hợp cấy chỉ và XBBH

- **Kết quả điều trị chung:** hiệu quả điều trị chung ở nhóm NC đạt kết quả tốt cao hơn nhóm chứng (76.67% so với 46.67%); điểm tổng \bar{X} cao hơn nhóm chứng (95.4% so với 76.7%).

- **Đau theo thang điểm VAS:** Số bệnh nhân hết đau của nhóm NC tăng cao hơn nhóm chứng (83.3% so với 60.0%) và CSHQ giảm đau tăng được 81.2% so với 79.6%.

- **Các hoạt động hàng ngày:** Hiệu quả cải thiện khả năng hoạt động hàng nhóm NC tăng hơn so với nhóm chứng (đạt trên 10 điểm 96.7% so 80.0%); (điểm trung bình 19.1 điểm so với 14.5 điểm) và CSHQ tăng được cao hơn (64.0% và 54.0%).

- Tâm vận động khớp vai:

+ Động tác gập khớp vai: sự cải thiện tâm vận động gập khớp vai nhóm NC tăng hơn so với nhóm chứng (điểm trung bình tăng được 9.7 so 7.7); (độ 0 tăng 83.3% so 60.0%), CSHQ tăng được 69.8% so với 61.0%,

+ Động tác dạng khớp vai: sự cải thiện tâm vận động giạng khớp vai nhóm NC tăng hơn so với nhóm chứng (điểm trung bình tăng được 9.7 so 8.1); (độ 0 tăng 83.3% so 60.0%), CSHQ tăng được 69.8% so với 61.0%,

+ Động tác xoay trong khớp vai: sự cải thiện tâm vận động xoay trong khớp vai nhóm NC tăng hơn so với nhóm chứng (điểm trung bình tăng được 9.4 so 7.5); (độ 0 tăng 73.3% so 46.7%), CSHQ tăng được 58.2% so với

48.1%,

+ Động tác xoay ngoài khớp vai: sự cải thiện tầm vận động xoay ngoài khớp vai nhóm NC tăng hơn so với nhóm chứng (điểm trung bình tăng được 9.3 so 7.7); (độ 0 tăng 73.3% so 46.7%), CSHQ tăng được 60.5% so với 51.6 %.

- **Lực của vai:** sự cải thiện lực khớp vai nhóm NC tăng hơn so với nhóm chứng (điểm trung bình tăng được 23.3 so 18.5); (nhóm đạt trên 20 điểm tăng 66.7% so 33.3%), CSHQ tăng được 66.2% so với 57.7%.

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ trên lâm sàng

Không có tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng và các chỉ số xét nghiệm.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả thu được trong nghiên cứu này chúng tôi xin khuyến nghị như sau:

Cây chỉ kết hợp XBBH trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần là phương pháp điều trị không dùng thuốc an toàn, hiệu quả, dễ thực hiện, ít tốn kém và giúp người bệnh hàng ngày phải chăm cứu trên một đợt điều trị, nên khuyến nghị sử dụng rộng rãi cho các tuyến Y tế cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân (2002)**, *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 364 - 374.
2. **Trần Ngọc Ân (1999)**, “Viêm quanh khớp vai”, *Bệnh khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 334-344.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011)**, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 165 - 176.
4. **Trần Ngọc Ân và CS (2000)**, *Tài liệu nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội*.
5. **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.
6. **Boissier. M.C (1992)** “Périarthrites Scapulo - Humérales”, *Congrence de Rhumatologie de Paris*; pp. 21-28.
7. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2000)**, *Nghiên cứu tổn thương dạ dày tá tràng ở bệnh nhân mắc bệnh khớp điều trị thuốc chống viêm không steroid*, Luận án tiến sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
8. **Học viện Trung y Nam Kinh (1992)**, *Trung y học khái luận*, Hội y học cổ truyền dân tộc thành phố Hồ Chí Minh xuất bản.
9. **Đặng Văn Tám (1996)**, *Góp phần nghiên cứu lâm sàng và điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm xoa bóp*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
10. **Nguyễn Thị Cẩm Châu, Trần Ngọc Ân (1994)**, “*Tìm hiểu tác dụng của Axit Tiaprofenic trong điều trị bệnh khớp*”, *Y học thực hành*, (308), tr. 9 - 11.
11. **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.

12. **Đoàn Quang Huy (1999)**, *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai của cây Bạch hoa xà*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
13. **Nguyễn Thị Lực (1999)**, *Các thể bệnh của viêm quanh khớp vai (Dựa vào lâm sàng, Xquang và siêu âm)*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
14. **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.
15. **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.
16. **Bộ môn Giải phẫu - Đại học Y Hà Nội (1992)**, *Giải phẫu học*, tập I, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
17. **Lê Quang Đạo (2005)**, *Nghiên cứu tác dụng phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản thể thao, Hà Nội, tr. 57 - 59.
18. **Bộ môn phục hồi chức năng - Trường đại học Y Hà Nội (2009)**, *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 232 - 237, 268 - 269.
19. **Peric P.** [The painful shoulder - functional anatomy and clinical diagnosis]. *Reumatizam*.2003; 50(2): 36-7. Croatian. PMID: 15098372 [PubMed - indexed of MEDLINE]
20. **Tuite MJ (2012)**, *Magnetic resonance imaging of rotator cuff disease and external impingement*, *Magn Reson Imaging Clin N Am*, 20(2): 187-200.
21. **Naredo E, Iagnocco A, Valesini G, et al (2003)**, *Ultrasonographic study of painful shoulder*, *Ann Rheum Dis*, 62
22. **Jajic Z. (2003)**, *Painful shoulder syndrome*, *Reumatizam*, 50(2): 34-5. Review, Croatian.
23. **Tôn Thất Minh Đạt (2005)**, “Hội chứng cơ chụp xoay”, *Thời sự y học* số 10 tháng 8 năm 2005.

24. **Jandova D, Beran V (1982)**, *Our experience with reflexotherapy in shoulder pain*, Cesk. Neurol Neurochir, 45(6): 403-9, Czech.
25. **Dương Xuân Đạm (2000)**, *Thế dục phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản thể dục thể thao, Hà Nội, tr. 57 - 59.
26. **Lê Vinh (2009)**, *Đau vai*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
27. **Nguyễn Quang Vinh (1996)**, *Kết quả điều trị tổn thương khớp vai ở 123 bệnh nhân bằng phương pháp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
28. **Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2005)**, *Bài giảng y học cổ truyền*, Tập II, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
29. **Đoàn Quốc Sỹ (1998)**, *Đánh giá tác dụng của châm cứu, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai tắc nghẽn*, Đề tài nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền, Hà Nội.
30. **Bộ môn y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2005)**, *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
31. **Dương Trọng Hiếu (1992)**, “*Kết hợp day bấm huyệt với điện xung điều trị viêm quanh khớp vai (kiên bối thống)*”, Tổng hội Y dược học Việt Nam xuất bản, Nội khoa (2), tr. 20 - 22.
32. **Phạm Việt Hoàng (2005)**, *Đánh giá tác dụng của phương pháp xoa bóp bấm huyệt y học cổ truyền trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
33. **Lê Thị Hoài Anh (2001)**, *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
34. **Lin-ML, Huang CT, Lin JG, Tsai SK**. [A comparison between the pain relief effect of electroacupuncture, regional nerve block and electroacupuncture plus regional nerve block in frozen shoulder]. *Acta Anaesthesiol Sin*. 1994 Dec; 32 (4): 237 - 42. Chinese. PMID: 7894919 [PubMed - indexed of MEDLINE].

35. **Palier - Cuau C, Champsaur P, Nizard R, Wybier M, Bacque MC, Laredo JD.** Percutaneous treatments of painful shoulder. *Radiol Clin North Am.* 1998 May; 36 (3): 589-596. Review. PMID: 9597076 [PubMed - indexed of MEDLINE].
36. **Klein G, Klulich W.** [Reducing pain by oral enzyme therapy in rheumatic diseases]. *Wien Med Wochensechr.* 199; 149 (21-22): 577 - 580. Review. German. PMID: 1066820 [PubMed - indexed of MEDLINE].
37. **Itokaru M, Matsunaga T.** Clinical Evaluation of high - molecular weight Sodium hyaluronate for the treatment of patients with periarthritis of the shoulder. *Clin Ther.* 1995 Sep - Oct; 17 (5): 946 - 955. PMID: 859566 [PubMed - indexed of MEDLINE].
38. **Melzer C., Wallny T., Wirth CJ., Hoffmann S.,** “Frozen shoulder - treatment and results”, *Arch Orthop Trauma Surg.* 1995; 114 (2): 87 - 91. PMID: 7734240 [PubMed - indexed of MEDLINE].
39. **Lierz P., Hoffmann P., Felleiter P., Horauf K.** [Interscalene plexus block for mobilizing chronic shoulder stiffness], *Wien Klin wochenschr,* 1998 Nov 13; 110 (21): 766 - 9. German. PMID: 9871969 [PubMed - indexed of MEDLINE].
40. **Trần Thúy Và Cộng sự (1987),** *Kết quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng châm ở loa tai*, Thông tin Y học cổ truyền dân tộc, (57) tr. 40.
41. **Nguyễn Thị Nga (2006),** *Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng thuốc kết hợp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
42. **Paternostro - Sluga T, Zoch C (2004),** “Conservative treatment and rehabilitation of shoulder problems”, *Radiologe,* 44(6): 597-603, German.
43. **Đặng Ngọc Tân (2009),** *Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

44. **Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa (2011)**, “Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng nghẽn tắc bằng vật lý trị liệu kết hợp tập vận động”, *Tạp chí y học thực hành*, (772), tr. 128-131.
45. **Bộ môn châm cứu (2017)**, bài giảng cây chỉ, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
46. **Trung tâm hỗ trợ phát triển tài năng y học dân tộc sao phương đông (2015)**, châm cứu tổng hợp, Nhà xuất bản Y học.
47. **Trường đại học y 2005 châm cứu**, nhà xuất bản y học Hà Nội
48. **Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy 1997**, châm cứu sau đại học, nhà xuất bản y Hà Nội.
49. **Bộ Y tế 2013**, Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, nhà xuất bản y học Hà Nội.
50. **Lê Thúy Oanh**, Cây Chỉ, Nhà Xuất Bản Y Học Hà Nội
51. **Patte D.** Classification of rotator cuff lesions. *Clin Orthop Relat Res.* 1990 May; (256):81-6. PMID: 2323151 [PubMed - indexed of MEDLINE].
52. **Huskisson E.C. (1974)**, *Measurement of pain*, Luncef. 2, pp27-31.
53. **Constant C.R., Murley A. H. G. (1987)**, “A clinical method of functional assessment of the shoulder”, *Clin. Orthop*, 214, pp. 160 - 164.
54. **The McGill - McRomi (2005)**, *Range of Motion Index - McROMI*
55. **Chung Khánh Bằng (2001)**, *Nghiên cứu tác dụng phương pháp tân châm trong điều trị viêm quanh khớp vai*, Trường đại học Y Hà Nội.
56. **Vũ Thị Duyên Trang (2013)**, *Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
57. **Cailliet.R (1998)**, “*Pericapsulitis shoulder pain*”, *Neck and arm pain*, F.A Davis company Philadelphia, (2) : 150 - 154.

58. **Hoàng Văn Lý, Nguyễn Minh Hùng (1998)**, “*Một số nhận xét qua 50 trường hợp viêm quanh khớp vai ở người có tuổi được điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt tại bệnh viện Hữu Nghị năm 1996*”, *Y học Việt Nam*, 225, tr.102 - 104.
59. **DANH MỤC QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CÂY 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
60. **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.
61. **Chu Quốc Trường (1990)**, *Bấm huyệt chữa bệnh*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
62. **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
63. **Phạm Thị Minh Đức (1998)**, “*Sinh lý đau*”, *Chuyên đề sinh lý học*, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 138- 153.
64. **Y học cổ truyền 1994**. NXB Y học.
65. **Bộ Y Tế (2015)**. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản Y học.
66. **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 2016. HV Y Dược học cổ truyền Việt Nam
67. **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.
68. **Nguyễn xuân Nghiên (2008)**, *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 19 - 23. 68

69. **刘海峰, 丁月亭, 俄广平(2014)** 电针推拿配合局部封闭治疗肩周炎 50 例. 肩周炎是肩关节周围组织退行性, 炎症性病变. 以肩部疼痛和活动障碍为主要特征. 多发生于 50 岁左右, 故有“五十肩”之称. 笔者在临床工作中运用电针推拿配以局部封闭疗法治疗肩周炎, 取得了满意疗效, 现简介如下
70. **张勇助 (2015)** 近 20 年推拿治疗肩周炎的文献研究
71. **Zhang Hai-ling (2016)** 推拿配合功能锻炼治疗肩关节周围炎的临床研究
72. **郭长青 (2018)**, 张佛明针刺条口穴治疗肩关节周围炎临床疗效研究与评价
73. **徐三文 (2015)** 穴位埋线治疗肩关节周围炎 76 例
74. **陈东 (2016)** 微创埋线配合推拿疗法治疗肩关节周围炎
75. **杜海绒 (2017)** 透刺埋线法配合渐进式功能锻炼治疗肩关节周围炎 70 例
76. **Nghiêm Thị Minh Thảo, Nguyễn Thị Thu Hà (2018)**. *Đánh giá tác dụng của liệu pháp kinh cân trong điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần*. Luận văn thạc sĩ y học trường Đại học Y Hà Nội
77. **Nguyễn Thị Thu Huyền (2005)**, *Đánh giá hiệu quả xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại khoa y học cổ truyền bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội*. Luận văn thạc sĩ y học trường Đại Học Y Hà Nội.
78. **Hoàng Thị Thu Hương(2009)** *Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm quanh khớp vai đơn thuần bằng điện châm*. Tạp chí y học thực hành tr 121-123.
79. **Phan Huy Quyết (2019)** *Đánh giá tác dụng của siêu âm trị liệu kết hợp phương pháp điện châm xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*. Luận văn thạc sĩ y học trường Đại Học y Hà Nội.

PHỤ LỤC I

Số bệnh án:

Số thứ tự:

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

A. Hành chính:

1. Họ tên bệnh nhân: 2. Giới: 1 nam 2. Nữ
3. Tuổi: 1. < 40 tuổi ; 2. > 40 Tuổi
4. Nghề nghiệp: 1. nông dân; 2. Hưu trí; 3. Công nhân; 4 Nội trợ 5. Khác
5. Địa chỉ:
6. Ngày vào viện: .. /.../2019 7. Ngày ra viện: : .. /.../2019

B. Tiền sử

- B.1. Ông/ Bà có bị Chấn thương khớp vai bao giờ không?
1. Có ; 2. Không
B.2. Ông/ Bà có bị tổn thương khớp vai bao giờ không?
1. Có ; 2. Không (Chuyển phần C)
B.3. Nếu có tổn thương khớp vai lần đó cách đây bao lâu?
1. < 1 tháng ; 2. < 3 tháng ; 3. < 1 năm, 4. < 5 năm , 5. >= 5 năm

C. Phương pháp điều trị:

Lý do vào viện:

Hoàn cảnh khởi phát bệnh:

* Triệu chứng đầu tiên:

- Đau vai (trước, sau, móm cùng) âm ỉ, nhức nhối.
- Giảm vận động: Ra trước- sau- sang ngang- vào trong- lên trên
- Triệu chứng khác:

* Tiền sử:

- Chơi thể thao
- Chấn thương
- Thuốc

I. KHÁM YHHĐ:

- Sưng nề, teo cơ
- Điểm đau: Móm quạ, khớp cùng vai đòn, ức đòn, mặt trước khớp (Khớp ổ chảo - xương cánh tay), mấu động to, rãnh gân nhị đầu, gai xương bả.

- Khám các gân cơ vai.

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

II. CẬN LÂM SÀNG:

Chỉ số	TĐT	SĐT
Tốc độ máu lắng(mm/h)		

Crp mg/dL		
Bạch cầu (G/l)		
Tiểu cầu (G/l)		
Ure (micromol/l)		
Creatinin (micromol/l)		
AST (UI/L)		
ALT(UI/L)		
Axit uric mmol/L		

IV. KHÁM YHCT:

1. **Vọng chẩn:**

- Thần
- Lưỡi

2. **Văn chẩn:**

- Hơi thở:
- Tiếng nói:

3. **Vấn chẩn:**

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

4. **Thiết chẩn:**

4.1. Xúc chẩn:

- Da vùng bị bệnh:
- Cơ nhục:

4.2. Mạch chẩn:

V. CHẨN ĐOÁN YHCT:

1, **Bát cương:**

2. **Kinh lạc:**

3. **Nguyên nhân:**

VI. ĐIỀU TRỊ:

Cây chỉ cagout kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

VII. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

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	Trước điều trị	Sau 15 ngày điều trị.	Sau 30 ngày điều trị
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	Trước điều trị		Sau 15 ngày điều trị		Sau 30 ngày điều trị	
	Góc đo	Độ	Góc đo	Độ	Góc đo	Độ
Dạng						
Xoay trong						
Xoay ngoài						

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHUNG:

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng:

Hà nội , Ngày ... Tháng...Năm 2019

Xác Nhận Trưởng Khoa

Người làm bệnh án

PHỤ LỤC 2

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

I. KINH THỦ DƯƠNG MINH ĐẠI TRƯỜNG:

1. Hợp cốc (LI. 4): (*huyệt nguyên*)

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

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

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

2. Kiên ngung (LI. 15)

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

- Chữa: Đau nhức cánh tay, khuỷu tay, không giơ được cánh tay, liệt chi trên, viêm quanh khớp vai, lao hạch...

3. Khúc trì (LI.11) - huyệt hợp, thuộc thổ (ngũ du huyệt).

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

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

4. Tý nhu(LI. 14)

- Vị trí : Huyệt ở đầu cuối của cơ tam giác cánh tay, trên đường nối huyệt Khúc Trì (LI.11) và Kiên Ngung (LI. 15) .

-Chữa: Trị vai đau, cánh tay đau, chi trên liệt, bệnh mắt.

II. KINH THỦ THIẾU DƯƠNG TAM TIÊU:

1. Kiên liêu (X. 14)

- Vị trí: ở khoảng dưới sau đỉnh vai, chỗ lõm sau huyết Kiên ngưng (X13) 1 thốn.

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

2. Ngoại quan (TE. 5)

- Vị trí: Ở sau cổ tay 2 tấc, chỗ lõm giữa hai xương , Lấy ở giữa khe xương quay và xương trụ, trên Dương trì 2 tấc.

- Chữa: Đau tay, bàn tay không nắm được, run bàn tay, đau khuỷu tay, không co ruỗi, ù điếc tai, đau đầu.

III. KINH THỦ THÁI DƯƠNG TIÊU TRƯỜNG:

1. Kiên trinh (SI. 9)

- Vị trí: ở đầu dưới sau khớp vai, khi quay cánh tay vào trong thì huyết ở cách đầu trên nếp gấp nách 1 thốn (Hình 32).

- Chữa: Viêm, đau quanh khớp vai, cánh tay bàn tay đau không nhấc lên được, liệt chi trên.

2. Thiên tông (SI. 11)

- Vị trí: ở giữa hố dưới xương bả vai

- Chữa: Bả vai đau nhức, viêm quanh khớp vai, liệt chi trên.

IV. KINH TÚC THIẾU DƯƠNG ĐỒM:

1. Kiên tĩnh (XI. 21)

- Vị trí: ở trên vai, nằm giữa đường nối từ Đại chùy (XIII.24) đến đỉnh vai.

- Chữa: đau vai, gáy, cánh tay liệt, tê không nhấc lên được, khó đi, viêm tuyến vú.

V. Kinh Túc Dương Minh Vị:

1. Điều khẩu (S. 38)

- Vị trí: Ở giữa đoạn nối huyết Độc Ty và Giải Khê, cách dưới mắt gôi ngoài 8 thôn, ngay dưới Thượng Cự Hư 2 thôn.

- Chủ trị: Trị đau vai, chân đau và liệt, khớp gôi viêm, dạ dày viêm, ruột viêm.

Phụ Lục 3
Một số hình ảnh trong nghiên cứu

