

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ THANH HIỀN

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BÀI THUỐC
“KHƯƠNG HOẠT THẮNG THÁP THANG” KẾT HỢP
ĐIỆN XUNG ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI
THỂ ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN TUỆ TĨNH**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ THANH HIỀN

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BÀI THUỐC
“KHUÔNG HOẠT THẮNG THẬP THANG” KẾT HỢP
ĐIỆN XUNG ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI
THỂ ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN TUỆ TĨNH**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 872 0115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Trần Thị Thu Vân

HÀ NỘI - 2025

LỜI CẢM ƠN

Với tất cả sự kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin gửi lời cảm ơn tới:

Ban giám đốc, phòng Đào tạo Sau đại học, các Bộ môn, khoa phòng Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, nơi đã trực tiếp đào tạo và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu luận văn.

Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, lãnh đạo các khoa phòng, cùng toàn thể cán bộ Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã tạo điều kiện cho tôi trong quá trình thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

Ban giám hiệu Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên, Khoa Các chuyên khoa, Bộ môn Y học cổ truyền đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập.

PGS.TS. Trần Thị Thu Vân – Trưởng bộ môn Phương tế kiêm phụ trách khoa Nội tổng hợp, bệnh viện Tuệ Tĩnh, học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam – người Thầy đã trực tiếp hướng dẫn, chỉ bảo và tạo mọi điều kiện tốt nhất giúp tôi hoàn thành luận văn này.

Các Thầy giáo, Cô giáo trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng đạo đức, Hội đồng chấm Luận văn Thạc sỹ Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, những người Thầy đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thành luận văn.

Các bệnh nhân, gia đình họ đã đồng hành cùng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

Cuối cùng tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, chị gái, cháu gái, những người thân trong gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã luôn ở bên động viên giúp đỡ tạo mọi điều kiện thuận lợi để tôi yên tâm học tập và nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Học viên

Đỗ Thanh Hiền

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Đỗ Thanh Hiền, học viên lớp Cao học 16, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của PGS.TS. Trần Thị Thu Vân.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Người viết cam đoan

Đỗ Thanh Hiền

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.2. Viêm quanh khớp vai theo y học hiện đại.....	3
1.1.1. Định nghĩa	3
1.1.2. Nguyên nhân.....	3
1.1.3. Cơ chế bệnh sinh	3
1.1.4. Các thể lâm sàng và điều trị theo Y học hiện đại	4
1.2. Viêm quanh khớp vai theo Y học cổ truyền.....	9
1.2.1. Bệnh danh	9
1.2.2. Nguyên nhân gây bệnh	9
1.2.3. Các thể bệnh và điều trị theo Y học cổ truyền.....	10
1.3. Tổng quan bài thuốc nghiên cứu.....	12
1.3.1. Xuất xứ	12
1.3.2. Thành phần	12
1.3.3. Cách dùng	12
1.3.4. Tác dụng	12
1.3.5. Chủ trị	12
1.3.6. Phân tích bài thuốc	12
1.3.7. Một số nghiên cứu đã có về bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang ..	13
1.4. Phương pháp điện xung	13
1.4.1. Khái niệm	13
1.4.2. Tác dụng sinh học của dòng điện xung	14
1.4.3. Điện xung dòng TENS	14
1.4.4. Chỉ định – Chống chỉ định.....	15
1.5. Tình hình nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai trên Thế Giới và Việt Nam.....	16
1.5.1. Trên thế giới.....	16
1.5.2. Tại Việt Nam.....	17

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU19

2.1. Chất liệu nghiên cứu	19
2.1.1. Bài thuốc nghiên cứu	19
2.1.2. Thiết bị sử dụng trong nghiên cứu.....	20
2.2. Đối tượng nghiên cứu	21
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn người bệnh theo YHHĐ	21
2.2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh theo YHCT	21
2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ.....	21
2.3. Phương pháp nghiên cứu	22
2.3.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	22
2.3.2. Thiết kế nghiên cứu	22
2.3.3. Cỡ mẫu.....	22
2.3.4. Các biến số và chỉ số nghiên cứu	23
2.4. Phương pháp thu thập số liệu.....	24
2.4.1. Quy trình nghiên cứu.....	24
2.4.2. Phương pháp đánh giá kết quả	26
2.5. Sai số và biện pháp khắc phục sai số	27
2.6. Phương pháp phân tích số liệu.....	27
2.7. Đạo đức nghiên cứu	27

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU29

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	29
3.1.1. Nhóm tuổi	29
3.1.2. Giới tính.....	30
3.1.3. Đặc điểm thời gian mắc bệnh	30
3.1.4. Đặc điểm vị trí đau quanh khớp vai	31
3.1.5. Đặc điểm siêu âm khớp vai trước điều trị	31
3.1.6. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng YHCT trước điều trị	32
3.2. Kết quả bài thuốc “Khương hoạt thắng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần	33
3.2.1. Kết quả cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS 100mm	33

3.2.2. Kết quả cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill-Mc Romi	34
3.2.3. Kết quả cải thiện mức độ đau và chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI	36
3.2.4. Kết quả siêu âm khớp vai sau điều trị	37
3.2.5. Kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng YHCT sau điều trị.....	38
3.2.6. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	39
3.3. Một số yếu tố liên quan kết quả bài thuốc “Khương hoạt thắng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần	40
3.3.1. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với nhóm tuổi.....	40
3.3.2. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với giới tính.....	43
3.3.3. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với thời gian mắc bệnh	45
3.3.4. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với vị trí đau quanh khớp vai	48
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	51
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	51
4.1.1. Nhóm tuổi	51
4.1.2. Giới tính.....	52
4.1.3. Thời gian mắc bệnh	52
4.1.4. Vị trí đau quanh khớp vai	53
4.1.4. Đặc điểm siêu âm khớp vai trước điều trị	54
4.1.5. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng YHCT trước điều trị	54
4.2. Kết quả bài thuốc “Khương hoạt thắng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.....	55
4.2.1. Bàn luận về kết quả cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS	55

4.2.2. Bàn luận về kết quả cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi	57
4.2.3. Bàn luận về kết quả cải thiện mức độ đau và chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI	58
4.2.4. Bàn luận về kết quả siêu âm khớp vai sau điều trị	59
4.2.5. Bàn luận về kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng YHCT sau điều trị	60
4.3. Một số yếu tố liên quan kết quả bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần	61
4.3.1. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với nhóm tuổi	61
4.3.2. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với giới tính	63
4.3.3. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với thời gian mắc bệnh	64
4.3.4. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với vị trí đau quanh khớp vai	66
KẾT LUẬN	68
KHUYẾN NGHỊ	69
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
D0	: Ngày vào viện	
D7	: Sau 7 ngày điều trị	
D14	: Sau 14 ngày điều trị	
ĐC	: Đối chứng	
NB	: Người bệnh	
NC	: Nghiên cứu	
TENS	: Kích thích thần kinh bằng xung điện qua da	Transcutaneous electrical nerve stimulation
VAS	: Thang điểm đánh giá mức độ đau	Visual analogue scales
VQKV	: Viêm quanh khớp vai	
XBBH	: Xoa bóp bấm huyệt	
YHCT	: Y học cổ truyền	
YHHĐ	: Y học hiện đại	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Công thức bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang”	19
Bảng 2.2. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS 100mm.....	26
Bảng 2.3. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi	26
Bảng 3.1: Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi.....	29
Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh	30
Bảng 3.3. Kết quả can thiệp tại D7 theo thang điểm VAS 100mm	33
Bảng 3.4. Kết quả can thiệp tại D14 theo thang điểm VAS 100mm	33
Bảng 3.5. Mức độ cải thiện tầm vận động khớp vai tại D7 theo Mc Gill-Mc Romi	34
Bảng 3.6. Mức độ cải thiện tầm vận động khớp vai tại D14 theo Mc Gill-Mc Romi	35
Bảng 3.7. Kết quả cải thiện về mức độ đau và chức năng khớp vai tại D7 theo thang điểm SPADI.....	36
Bảng 3.8. Kết quả cải thiện về mức độ đau và chức năng khớp vai tại D14 theo thang điểm SPADI.....	36
Bảng 3.9. Kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng YHCT sau 7 ngày điều trị.....	38
Bảng 3.10. Kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng YHCT sau 14 ngày điều trị.....	39
Bảng 3.11. Liên quan giữa độ tuổi và cải thiện VAS, SPADI.....	40
Bảng 3.12. Liên quan giữa độ tuổi và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi	41
Bảng 3.13. Liên quan giữa độ tuổi và cải thiện triệu chứng YHCT	42
Bảng 3.14. Liên quan giữa giới tính và cải thiện VAS, SPADI	43
Bảng 3.15. Liên quan giữa giới tính và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi.....	43
Bảng 3.16. Liên quan giữa giới tính và cải thiện triệu chứng YHCT.....	44
Bảng 3.17. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và cải thiện VAS, SPADI	45
Bảng 3.18. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi	46
Bảng 3.19. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và cải thiện triệu chứng YHCT.....	47
Bảng 3.20. Liên quan giữa vị trí đau quanh khớp vai và cải thiện VAS, SPADI.....	48
Bảng 3.21. Liên quan giữa vị trí đau quanh khớp vai và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi	49
Bảng 3.22. Liên quan giữa vị trí đau quanh khớp vai và cải thiện triệu chứng YHCT	50

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính	30
Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo vị trí đau quanh khớp vai.....	31
Biểu đồ 3.3. Đặc điểm siêu âm khớp vai trước điều trị	31
Biểu đồ 3.4. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng YHCT trước điều trị	32
Biểu đồ 3.5. Kết quả siêu âm khớp vai sau điều trị	37

DANH MỤC HÌNH ẢNH, SƠ ĐỒ

Hình 1.1. Minh họa một số nghiệm pháp khám lâm sàng khớp vai	5
Hình 2.1. Thước đo 2 cạnh.....	20
Hình 2.2. Máy điện xung BTL 5645 Puls	20
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu.....	28

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là bệnh lý gặp khá phổ biến trong nhóm các bệnh phần mềm quanh khớp, đặc trưng bởi tình trạng đau và hạn chế vận động khớp vai do nhiều nguyên nhân gây nên [1]. Người bệnh (NB) tuy không bị ảnh hưởng tới sinh mạng, nhưng bệnh lại gây ảnh hưởng rất nhiều đến sinh hoạt và lao động, nếu không được điều trị sẽ dẫn đến cứng và dính khớp vai [2].

Tại Mỹ tỷ lệ mắc VQKV là 2 – 5%, thường gặp ở độ tuổi từ 40 – 60 tuổi, phụ nữ mắc nhiều hơn nam giới [3]. VQKV là bệnh khớp gặp khá thường xuyên ở nước ta, tại Bệnh viện Bạch Mai, theo thống kê từ 1991 – 2000, tỷ lệ người bệnh VQKV tới khoa cơ xương khớp khám chiếm 13,24% [4].

Điều trị theo y học hiện đại (YHHĐ) bao gồm các liệu pháp chống viêm, giảm đau và phục hồi chức năng vận động gân cơ. Trong đó các thuốc chống viêm giảm đau NSAIDS/Corticoid vẫn được sử dụng với ưu điểm là giảm đau nhanh và mạnh. Tuy nhiên, do bệnh có tính chất mạn tính, bệnh nhân dùng NSAIDS/Corticoid trong thời gian dài có thể xuất hiện các tác dụng phụ như loét dạ dày, suy tuyến thượng thận và ảnh hưởng đến quá trình tái tạo của gân cơ [5], [6], [7]. Vì vậy, nghiên cứu phối hợp dùng thuốc y học cổ truyền (YHCT) trong điều trị VQKV làm giảm tình trạng viêm, tăng cường nuôi dưỡng, thúc đẩy quá trình tái tạo, hồi phục gân cơ và hạn chế các tác dụng không mong muốn là vấn đề rất được quan tâm hiện nay.

Theo YHCT, VQKV thuộc phạm vi chứng kiên tý, tùy vào nguyên nhân và chứng trạng trên lâm sàng, bệnh được chia thành 3 thể: Kiên thống, kiên ngưng, hậu kiên phong. Trong đó, thể kiên thống tương đương với VQKV thể đơn thuần, pháp điều trị là khu phong tán hàn trừ thấp, hành khí hoạt huyết. YHCT dùng các phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc để điều trị bệnh [8]. Bài thuốc cổ phương “Khuông hoạt thăng thấp thang” trích trong tác phẩm “Nội ngoại thương biện hoặc luận” của danh y Lý Đông Viên, chủ trị các chứng ngoại tà xâm phạm cơ biểu kinh lạc gây ra các triệu chứng vùng bả vai, cột sống đau, gáy cứng, thân mình nặng nề, không quay trở được, tương tự các triệu chứng thường gặp trong bệnh lý VQKV thể đơn thuần và thực tế đã có những nghiên cứu chứng minh tác dụng giảm đau chống

viêm của bài thuốc này trên thực nghiệm [9].

Điện xung là một phương pháp vật lý trị liệu, có tác dụng kiểm soát cơn đau, thư giãn cơ, phục hồi mô do tác động của dòng điện xung làm giảm sự kích thích của các dây thần kinh cảm giác trên da gần điện cực, ức chế dẫn truyền cảm giác đau lên não, kích thích não tăng giải phóng endorphin [10], [11]. Vì vậy, điện xung đã được chỉ định trong điều trị VQKV do tác dụng giảm đau [12].

Trên lâm sàng hiện nay, việc kết hợp phương pháp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc nhằm nâng cao hiệu quả lâm sàng đã và đang là hướng đi rất được quan tâm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh”** nhằm mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tác dụng bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh năm 2025.*
2. *Xác định một số yếu tố liên quan kết quả bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.2. Viêm quanh khớp vai theo y học hiện đại

1.1.1. Định nghĩa

Bộ Y tế định nghĩa : “Viêm quanh khớp vai (Periarthritis humeroscapularis) là thuật ngữ dùng chung cho các bệnh lý viêm các cấu trúc phần mềm quanh khớp vai như gân, túi thanh dịch, bao khớp; không bao gồm các bệnh lý có tổn thương đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch như viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp” [13].

1.1.2. Nguyên nhân

- Yếu tố tuổi : Tuổi càng cao (nhất là người từ 50 tuổi trở lên) nguy cơ thoái hóa gân càng tăng.
- Yếu tố nghề nghiệp : Các gân cơ quanh khớp vai bị tổn thương do phải lao động nặng hoặc thường xuyên lặp lại các động tác dễ gây chấn thương cơ học vùng vai.
- Hoạt động thể thao quá sức : Tập luyện, chơi một số môn thể thao đòi hỏi phải nhấc tay lên quá vai làm tăng nguy cơ tổn thương khớp vai.
- Chấn thương vùng vai : Các tai nạn như ngã, trượt, tai nạn giao thông tác động trực tiếp đến khớp vai.
- Một số bệnh lý mạn tính có thể làm tăng nguy cơ như tim mạch, hô hấp, đái tháo đường, ung thư vú, thần kinh, lạm dụng thuốc an thần [13].

1.1.3. Cơ chế bệnh sinh

Những vị trí tổn thương thường gặp trong VQKV là gân các cơ xoay, bó dài gân cơ nhị đầu và bao thanh mạc dưới mỏm cùng vai, nguyên nhân do :

- Giảm lưu lượng máu tới gân

Gân là tổ chức được dinh dưỡng kém, chủ yếu được dinh dưỡng nhờ thẩm thấu. Do khoang dưới mỏm cùng khá chật hẹp và gân bám chặt vào xương nên những vùng gần điểm bám tận ít được cung cấp máu. Nguyên nhân khiến lưu lượng máu

tới gân giảm là do lão hóa hoặc một số bệnh lý về mạch máu như vữa xơ động mạch, đái tháo đường, các bệnh tự miễn.

- Chấn thương cơ sinh học

Gân cơ tổn thương có thể do những chấn thương cấp tính với cường độ mạnh gây nên. Tuy nhiên, các vi chấn thương liên tiếp mới là nguyên nhân chủ yếu khiến người bệnh mắc bệnh lý khớp vai.

- Hiện tượng lắng đọng canxi

Lưu lượng máu tới gân ảnh hưởng đến quá trình lắng đọng canxi. Những tổ chức có dinh dưỡng kém, thậm chí tổ chức chết là những vị trí thường xảy ra sự lắng đọng này, gọi là canxi hóa do loạn dưỡng. Trên thực tế lâm sàng, NB có lắng đọng canxi trong gân sẽ không có cảm giác đau, tuy nhiên nếu canxi lắng đọng ở bề mặt gân, tạo ra những kích thích cơ học và gây đau cho người bệnh ở mọi động tác.

- Thuốc và hormon

Tiêm corticoid vào khu vực gân tổn thương sẽ ức chế các tế bào xơ và quá trình tổng hợp Glycosaminoglycan. Sử dụng steroid sẽ làm tăng đồng hóa kéo dài tuy nhiên sau giai đoạn đồng hóa là giai đoạn dị hóa với hoại tử tế bào và tiêu hủy tổ chức xơ khiến nguy cơ đứt gân tăng lên [4], [14].

1.1.4. Các thể lâm sàng và điều trị theo Y học hiện đại

1.1.4.1. Các thể lâm sàng viêm quanh khớp vai

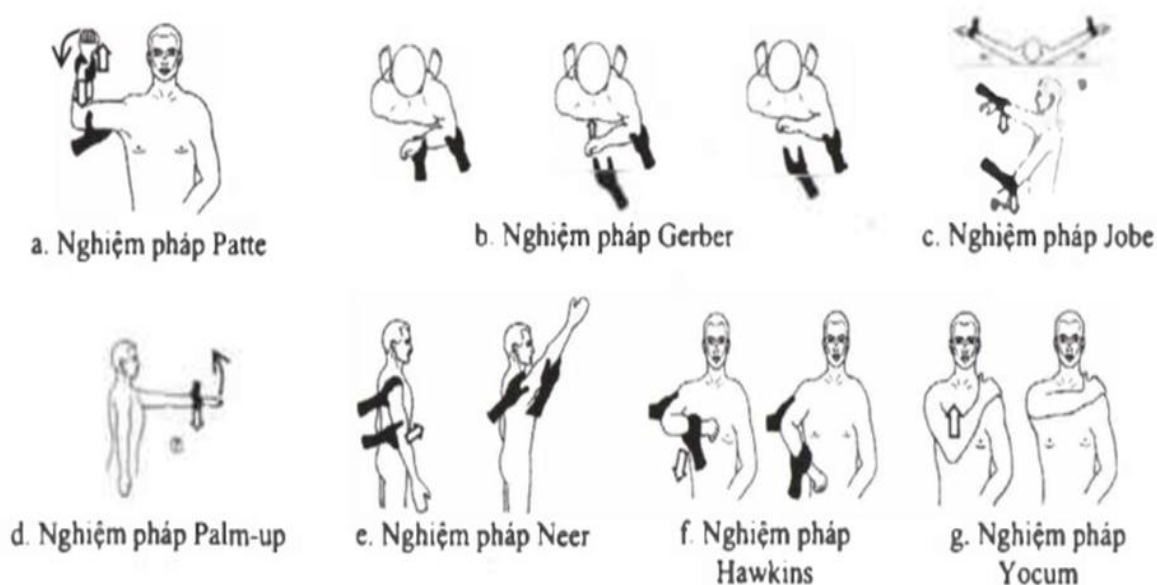
Gồm 4 thể bệnh

a. Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần (viêm gân mạn tính)

* *Triệu chứng lâm sàng:* Thường gặp ở những trường hợp khớp vai vận động quá mức hoặc những vi chấn thương liên tiếp vùng vai. Người bệnh đau ở vai hoặc rãnh chữ V của cơ delta, đau có tính chất cơ học, đau tăng khi làm các động tác co cánh tay đối kháng, đau kèm hạn chế vận động chủ động khớp vai, vận động thụ động không hạn chế. Gân cơ nhị đầu, gân cơ trên gai là vị trí hay gặp tổn thương, NB thấy đau chói khi ấn điểm bám tận gân bó dài của gân cơ nhị đầu cánh tay (mặt trước của khớp vai, dưới mỏm quạ 1cm) hoặc gân trên gai (mỏm cùng vai).

Có thể dựa vào các nghiệm pháp thăm khám để định hướng tổn thương [15] [16]:

Nghiệm pháp	Tổn thương
- Patte	Cơ dưới gai và cơ tròn nhỏ
- Gerber	Cơ dưới gai
- Jobe	Cơ trên gai
- Palm – up	Gân dài cơ nhị đầu
- Neer	Vùng dưới mỏm quạ
- Hawkins	Dây chằng cùng – quạ
- Yocum	Hẹp khoang dưới mỏm cùng



Hình 1.1. Minh họa một số nghiệm pháp khám lâm sàng khớp vai [17]

** Cận lâm sàng khớp vai*

- X – quang : Đa số không phát hiện bất thường, có thể thấy một hoặc nhiều điểm canxi hóa tại gân.

- Siêu âm: Gân có hình ảnh giảm âm hơn bình thường. Có nốt tăng âm kèm bóng cản nếu gân bị vôi hóa. Gân nhị đầu có thể có dịch bao quanh. Hình ảnh tăng sinh mạch trong gân hoặc bao gân trên siêu âm doppler năng lượng [4], [13].

b. Viêm quanh khớp vai thể cấp (viêm khớp vi tinh thể)

** Triệu chứng lâm sàng:* Bệnh thường khởi phát đột ngột, với triệu chứng đau vai dữ dội, đau khiến người bệnh không ngủ được, đau lan tỏa toàn bộ vùng vai, lan lên

cổ, xuống tay, có thể lan xuống tận bàn tay. Mất vận động hoàn toàn, người bệnh phải dùng tay lành nâng tay tổn thương nên thường có tư thế cánh tay sát vào thân, cẳng tay gấp 90° . Tất cả cố gắng vận động thụ động cánh tay đặc biệt là động tác dạng (giả cứng khớp vai do đau) đều không thực hiện được. Vai sưng to, nóng, đôi khi có sốt nhẹ. Khi túi thanh mạc bị viêm có thể thấy khối sưng bùng nhùng ở trước cánh tay.

** Cận lâm sàng khớp vai*

- X – quang: Khoảng cùng vai – mấu động thường có hình ảnh canxi hóa với các kích thước khác nhau, có thể mất dần sau vài ngày.

- Siêu âm: Ở gân, bao thanh dịch dưới mỏm cùng vai quan sát thấy tình trạng canxi hóa biểu hiện bởi các nốt tăng âm kèm bóng cản. Có thể thấy cấu trúc trống âm ở bao thanh dịch dưới mỏm cùng vai do tụ dịch. Trong gân, bao gân, bao thanh dịch thấy hình ảnh tăng sinh mạch trên siêu âm doppler năng lượng [4], [13].

c. Viêm quanh khớp vai thể giả liệt (đứt mũ gân cơ quay)

** Triệu chứng lâm sàng:* Người bệnh xuất hiện cơn đau dữ dội tại khớp vai, kèm theo tiếng kêu răng rắc, sau đó vài ngày ở phần trước trên cánh tay có thể xuất hiện đám bầm tím. Vận động hạn chế rõ, đặc biệt là mất động tác dạng cánh tay chủ động, tuy nhiên vận động thụ động hoàn toàn bình thường, thần kinh không có dấu hiệu tổn thương. Trong trường hợp bó dài gân nhị đầu bị đứt, khi thực hiện động tác gấp có đôi kháng cẳng tay sẽ thấy phần đứt cơ ở trước dưới cánh tay (tương ứng với đầu bị đứt của cơ nhị đầu).

** Cận lâm sàng khớp vai*

- X – quang: Thấy hình ảnh cản quang ở túi thanh mạc dưới mỏm cùng vai định hướng tổn thương đứt các gân mũ cơ quay trên hình ảnh chụp khớp vai có tiêm thuốc cản quang. Ngày nay, cộng hưởng từ thường được sử dụng để phát hiện tình trạng đứt gân.

- Siêu âm : Ở vị trí hố liên mấu động hoặc phía trong hố liên mấu động không quan sát thấy hình ảnh gân nhị đầu hoặc các cơ mặt trước cánh tay có thể có hình ảnh tụ máu trong trường hợp đứt gân nhị đầu. Với tổn thương đứt gân cơ trên gai,

khi siêu âm thấy hình ảnh gân mất tính liên tục, hai đầu gân đứt bị co rút, vị trí đứt quan sát có dịch tụ [4] [13].

d. Viêm quanh khớp vai thể đông cứng (đông cứng khớp vai)

* *Triệu chứng lâm sàng:* Người bệnh đau khớp vai kiểu cơ học, đôi khi đau tăng xuất hiện về đêm. Trong vài tuần, đau giảm dần, vai cứng lại, khớp vai bị hạn chế tầm vận động cả chủ động lẫn thụ động ở mọi động tác. Động tác dạng và xoay ngoài khớp vai bị hạn chế rõ ràng hơn. Quan sát từ phía sau NB thấy xương bả vai và xương cánh tay sẽ di chuyển thành một khối khi nâng tay lên.

** Cận lâm sàng khớp vai*

- X – quang: Quan sát thấy khoang khớp bị thu hẹp (bình thường là 30 – 35 ml, khi có tổn thương còn 5 – 10 ml) hoặc khớp giảm cản quang, không thấy các túi cùng màng hoạt dịch trên hình ảnh chụp khớp có tiêm thuốc cản quang, thầy thuốc thấy khó khăn khi bơm thuốc. Phương pháp này vừa có tác dụng định hướng chẩn đoán vừa có tác dụng nong rộng khoang khớp sau bơm thuốc, giúp NB vận động khớp vai dễ dàng hơn [4] [13].

1.1.5.2. Điều trị

a. Nguyên tắc điều trị :

Mục tiêu trong điều trị đợt cấp là giảm đau nhanh, góp phần thúc đẩy khớp sớm phục hồi chức năng vận động.

Mục tiêu trong điều trị duy trì là phục hồi tổn thương mô, tăng cường sức mạnh gân cơ, tránh tái phát.

Cần phối hợp các biện pháp khác nhau như nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng trong điều trị viêm quanh khớp vai.

b. Điều trị cụ thể

** Nội khoa*

- Sử dụng thuốc giảm đau theo thang giảm đau 3 bậc của WHO.
- Thuốc chống viêm không steroid.
- Tiêm corticoid tại chỗ khi người bệnh không đáp ứng thuốc đường uống. Để tăng độ chính xác và an toàn nên thực hiện tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm.

- Chế độ sinh hoạt, vận động phù hợp : Để vai được nghỉ ngơi trong giai đoạn đau vai cấp tính. NB cần tập phục hồi chức năng khớp vai ngay khi điều trị có hiệu quả (nhất là VQKV thể đông cứng). Không lao động quá sức trong thời gian dài, hạn chế dạng khớp vai hoặc nâng tay lên quá vai.

- Lấy các tinh thể canxi lắng đọng bằng phương pháp nội soi ổ khớp.

- Liệu pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân được chỉ định điều trị đứt bán phần các gân mũ cơ quay do chấn thương ở NB dưới 60 tuổi.

** Ngoại khoa*

- Phẫu thuật được chỉ định điều trị VQKV thể giả liệt, nhất là chấn thương gây đứt gân vùng khớp vai ở người trẻ tuổi, tuy nhiên chỉ định ngoại khoa rất tế nhị ở người lớn tuổi (> 60 tuổi), đứt gân do thoái hóa.

- Căn cứ tình trạng bệnh, sau mỗi 1 – 3 tháng NB nên đi tái khám định kỳ. Để theo dõi tình trạng gân, bao gân và khớp vai có thể dùng phương pháp siêu âm khớp vai để kiểm tra [4].

** Phục hồi chức năng*

- Vật lý trị liệu

+ Nhiệt nóng tại chỗ: Parafin, hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm để giảm đau, giãn cơ, tăng cường lưu thông máu, chống viêm và giảm xơ dính.

+ Điện phân dẫn thuốc như Novocain, Salicilat để giảm đau, chống viêm.

+ Sử dụng các dòng điện xung để giảm đau.

- Vận động trị liệu

+ Kéo giãn và di động khớp nhằm làm tăng tầm vận động khớp.

+ Vận động chủ động trợ giúp: Các bài tập với gậy, tập với sợi dây, thang tường, ròng rọc giúp khớp vai tăng tầm vận động và các cơ vùng vai được gia tăng sức mạnh.

+ Bài tập Codman dùng đưa khớp vai: Giúp NB giảm đau vai rất tốt, làm tăng tầm vận động khớp vai.

- Hoạt động trị liệu

+ Hướng dẫn NB thực hiện các hoạt động sinh hoạt thường ngày có sử dụng tay như mặc áo quần, tắm rửa, chải tóc,...[12], [13].

1.2. Viêm quanh khớp vai theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Theo quan niệm YHCT, VQKV thuộc phạm vi chứng tý, bệnh danh là kiên tý.

Căn cứ vào nguyên nhân và chứng trạng biểu hiện mà VQKV phân thành 3 thể: Kiên thống, kiên ngưng, hậu kiên phong (hay lậu kiên phong). Trong đó, VQKV thể đơn thuần tương ứng với thể kiên thống [18].

1.2.2. Nguyên nhân gây bệnh

Khớp vai là nơi qua lại của thủ tam âm kinh và thủ tam dương kinh, trong đó có kinh thủ thiếu dương tam tiêu đi qua, đường kinh này có quan hệ mật thiết với thượng tiêu, trung tiêu, hạ tiêu, tinh hoa của lục phủ ngũ tạng được chứa đựng tại đây. Nhân khi bên trong khí huyết hư yếu, bì phu tẩu lý sơ hở để ngoại tà xâm nhập kinh lạc gây tắc trệ, khí huyết không hành “bất thông tắc thống” mà sinh đau khớp vai.

Sách Tô Vấn, thiên Tý luận lần đầu tiên đề cập bệnh nguyên, bệnh sinh của chứng tý có ghi: “Phong, hàn, thấp ba thứ tà khí kết hợp gây nên chứng tý. Về bệnh sinh thì dinh khí hành trong mạch, vệ khí hành ngoài mạch, dinh khí là tinh khí của thủy cốc, tưới khắp ngũ tạng lục phủ, vệ khí 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” [19], [20]. Trong viêm quanh khớp vai, căn nguyên chủ yếu do can thận hư, khí huyết hư, thiếu sự vận động dẫn đến cơ xương thất dưỡng, thoái hóa lại thêm sự xâm nhập của phong hàn thấp tà hoặc sang chấn gây bệnh [21]. Theo học thuyết kinh lạc, sự lưu thông khí huyết do mười hai kinh lạc phụ trách, tuy nhiên sự phân bố khí huyết trong kinh mạch không đồng đều [22]. Sách “Loại chứng trị tài” cho rằng, cơ thể sau tuổi trung niên thay đổi, khí huyết can thận suy yếu, cân mạch thất dưỡng, phong, hàn, thấp tà bên ngoài dễ xâm nhập kinh lạc, sự tuần hành của khí huyết trở trệ là lý do gây bệnh viêm quanh khớp. Chính khí và tà khí giao tranh gây nên tình trạng đau vai, các triệu chứng nhẹ về ban ngày, nặng về ban đêm. Nếu bệnh tiến triển trong thời gian dài, các cơ vùng vai sẽ thiếu dinh dưỡng, dẫn đến teo cơ, yếu cơ, hạn chế vận động [23]. Ngoài ra, lao

động quá độ hay chấn thương vùng vai là nguyên nhân quan trọng gây tổn thương gân, mạch, cơ, và cản trở sự lưu thông bình thường của khí huyết, khí huyết lưu thông kém, hình thành khí trệ huyết ứ vùng vai [24].

Ở giai đoạn đầu, phong hàn chiếm ưu thế nên đau là triệu chứng chính (kiên thống); giai đoạn sau hàn thấp là chủ yếu nên người bệnh hạn chế vận động là chính (kiên ngưng). Bệnh tiến triển lâu ngày, đường lưu thông khí huyết bị tà khí làm tắc trở, cân cơ không đủ khí huyết để nuôi dưỡng gây teo cơ, cứng khớp [8], [20], [25].

1.2.3. Các thể bệnh và điều trị theo Y học cổ truyền

Gồm 3 thể: Kiên thống, kiên ngưng, hậu kiên phong (hay lậu kiên phong)

1.2.3.1. Thể kiên thống (Tương ứng với VQKV thể đơn thuần)

- *Triệu chứng*: Đau là triệu chứng chính, đau xung quanh khớp vai, không kèm sưng đỏ, không teo cơ. Thời tiết lạnh ẩm, vận động đau tăng, đau làm hạn chế một số động tác như chải đầu, gãi lưng. Rêu lưỡi trắng. Mạch phù [18], [26].

- *Pháp điều trị*: Khu phong, tán hàn, hành khí hoạt huyết.

- *Điều trị cụ thể*

+ Phương dược : Bài thuốc “Quyên tý thang” gia trần bì, quế chi.

+ Châm cứu: Châm tả kết hợp điện châm, ôn châm hoặc cứu các huyệt như Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Tý nhu, Cự cốt, Vân môn, a thị.

+ Xoa bóp bấm huyệt : Thực hiện các thủ thuật như xát, day, lăn, bóp, vòn, vận động, bấm huyệt. Yêu cầu thực hiện động tác nhẹ nhàng, tránh gây đau tăng cho NB.

+ Thủy châm: Vitamin B1, B6, B12, NSAIDS vào vị trí các huyệt Thiên tông, Kiên trinh, Tý nhu, Đại chùy [8].

1.2.3.2. Thể kiên ngưng (Tương ứng VQKV thể nghẽn tắc)

- *Triệu chứng*: Hầu hết các động tác vận động khớp vai của người bệnh bị hạn chế, khớp vai như bị đông cứng lại, đau ít hoặc không đau khớp vai. Trong trường hợp bệnh lâu ngày, cơ xung quanh khớp vai teo nhẹ. Chết lưỡi hồng, rêu lưỡi mỏng, trắng nhợt. Mạch hoạt. Thường gặp ở NB liệt nửa người, chấn thương sọ não, viêm màng não, gãy tay, chấn thương lồng ngực [18], [26].

- *Pháp điều trị*: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, thư cân, hoạt lạc.

- *Điều trị cụ thể*

+ Phương dược : Bài thuốc “ Quyên tý thang ” gia tô mộc, trần bì, đào nhân, hồng hoa.

+ Châm cứu : Châm tả kết hợp điện châm, ôn châm hoặc cứu các huyệt như thể Kiên thống.

+ Xoa bóp bấm huyệt : Thực hiện các thủ thuật như xát, day, lăn, bóp, vòn, bấm huyệt, rung, vận động. Trong đó, quan trọng nhất là động tác vận động để mở khớp vai. Căn cứ vào sức chịu đựng tối đa của NB để điều chỉnh tăng dần cường độ, biên độ vận động khớp vai. NB cần phối hợp tập luyện tích cực, kiên trì để đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất, đặc biệt là các động tác mở khớp [8].

1.2.3.3. Thể hậu kiên phong (Tương ứng với thể hội chứng vai tay)

- *Triệu chứng*: Đây là thể bệnh đặc biệt gồm VQKV thể đông cứng kết hợp rối loạn thần kinh vận động ở bàn tay. Người bệnh đau, hạn chế vận động khớp vai, kèm theo phù ở bàn tay có thể lan cả tay, phù to, phù cứng, da căng tay, bàn tay có màu đỏ tía hoặc tím, da lạnh. Toàn bộ bàn tay đau suốt ngày đêm, cơ bàn tay teo rõ, cơ lực giảm, vận động bị hạn chế, móng tay giòn dễ gãy. Chết lưỡi tím nhợt, có thể có điểm ứ huyết. Mạch trầm [18], [26].

- *Pháp điều trị*: Hoạt huyết tiêu ứ, bổ khí huyết.

- *Điều trị cụ thể*

+ Phương dược : Bài thuốc “ Tứ vật đào hồng ” gia đẳng sâm, hoàng kỳ

+ Châm cứu: Châm bổ kết hợp điện châm, ôn châm hoặc cứu các huyệt như thể Kiên thống, thêm các huyệt Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Dương trì, Hợp cốc.

+ Xoa bóp bấm huyệt : Thực hiện các thủ thuật như thể kiên ngưng, thêm xoa bóp ở bàn tay khi tình trạng bầm tím, phù nề ở bàn tay đã hết. Để dự phòng các thương tật thứ phát như teo cơ, cứng khớp, NB cần kết hợp tự xoa bóp, tập vận động bàn tay, khớp vai [8].

1.3. Tổng quan bài thuốc nghiên cứu

1.3.1. Xuất xứ

Bài thuốc cổ phương “Khương hoạt thăng thấp thang” được danh y Lý Đông Viên (1180 – 1251) viết vào thời kỳ Kim Nguyên trong cuốn “Nội ngoại thương biện hoặc luận” quyển thượng [27].

1.3.2. Thành phần

Khi quy đổi liều lượng theo đơn vị quốc tế (gram) và đổi chiều liều lượng của Dược điển Việt Nam V (2017), thành phần công thức bài thuốc như sau [23],[24]:

- Khương hoạt	06g	- Phòng phong	03g
- Độc hoạt	06g	- Xuyên khung	03g
- Cảo bản	03g	- Chích cam thảo	03g
- Mạn kinh tử	02g		

1.3.3. Cách dùng

Cho 2 bát nước sắc cạn còn 1 bát thì lọc bỏ bã, uống khi thuốc ấm.

1.3.4. Tác dụng

Khư phong, thăng thấp, chỉ thống.

1.3.5. Chủ trị

Phong thấp xâm nhập vào biểu, trở trệ kinh lạc gây ra triệu chứng đau đầu, thân mình nặng nề, vai lưng hoặc cột sống thắt lưng đau, khó trở mình, rêu lưỡi trắng, mạch phù.

1.3.6. Phân tích bài thuốc

Bài thuốc gồm 7 vị, trong đó Khương hoạt và Độc hoạt là hai vị thuốc cay đắng, tính ấm, điều quy kinh bàng quang, can, thận dùng để khu trừ phong hàn thấp. Khương hoạt sở trường đi lên trị phong hàn thấp ở phía trên, Độc hoạt sở trường đi xuống trị phong hàn thấp ở phía dưới, hai vị thuốc này kết hợp để khu phong thăng thấp, trị phong hàn thấp ở cả trên dưới thân mình là quân dược.

Phòng phong vị cay ngọt, tính ấm, quy kinh can, phế, vị, bàng quang tác dụng khu phong thăng thấp giải biểu là thần dược.

Cảo bản vị cay tính ấm, quy kinh phế, vị, tỳ có tác dụng phát tán phong hàn.

Mạn kinh tử vị cay đắng, tính bình, quy kinh can, phế, bàng quang, vị dùng để phát tán phong nhiệt, thông kinh hoạt lạc. Xuyên khung vị đắng, tính ấm, quy kinh can, đờm, tâm bào, tác dụng hành khí hoạt huyết, khu phong chỉ thống đều là tá dược.

Chích cam thảo vị ngọt, tính bình, quy 12 kinh là sứ dược điều hòa các vị thuốc.

1.3.7. Một số nghiên cứu đã có về bài thuốc Khương hoạt thắng thấp thang

1. Simin Luo và cộng sự (2022) nghiên cứu cơ chế phân tử của thuốc sắc Khương hoạt thắng thấp thang trong điều trị viêm cột sống dính khớp dựa trên dược lý học mạng lưới cho kết quả trong thành phần bài thuốc có hoạt chất Notoptol là một loại coumarin có đặc tính chống viêm, giảm đau, kích thích hình thành melanin, Medicarpin ngăn ngừa những thay đổi về nồng độ cytokine bằng cách điều hòa giảm các cytokine tiền viêm (TNF- α , IL6 và IL17A), ngăn ngừa sự phá vỡ sụn, xói mòn xương [30].

2. Cao Thạch Tâm (2023) đánh giá tác dụng điều trị đau cổ gáy cấp của bài thuốc Khương hoạt thắng thấp thang kết hợp siêu âm nghiên cứu trên 60 NB, nhóm NC sử dụng bài thuốc Khương hoạt thắng thấp thang kết hợp siêu âm, nhóm ĐC sử dụng siêu âm đơn thuần. Sau 15 ngày điều trị nhóm NC đạt hiệu quả tốt 80%, cao hơn nhóm ĐC là 50%, $p < 0,05$ [31].

3. Xiang Shou Juan (2025) quan sát tác dụng của bài thuốc Khương hoạt thắng thấp thang kết hợp châm cứu trong điều trị thoái hóa cột sống cổ trên 72 NB được chia thành 2 nhóm, nhóm NC sử dụng bài Khương hoạt thắng thấp thang thuốc kết hợp châm cứu, nhóm ĐC sử dụng bài thuốc đơn thuần. Sau 4 tuần điều trị, điểm chức năng cột sống cổ NDI ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, $p < 0,05$ [32].

1.4. Phương pháp điện xung

1.4.1. Khái niệm

- Dòng điện xung là dòng điện do nhiều xung động điện liên tiếp tạo ra, xen kẽ giữa các xung là khoảng nghỉ hoàn toàn không có dòng điện.
- Xung động điện là dòng điện chỉ tồn tại trong thời gian rất ngắn.
- Có các dòng điện xung một chiều và dòng điện xung xoay chiều, dòng điện xung tần số thấp và dòng điện xung tần số trung bình [33].

1.4.2. Tác dụng sinh học của dòng điện xung

Dòng điện xung khi tác động lên cơ thể sẽ gây ra hai tác dụng cơ bản là kích thích gây hưng phấn và ức chế làm giảm hưng phấn thần kinh. Hai đặc tính này phụ thuộc vào dạng xung và tần số xung.

1.4.2.1. Tác dụng ức chế

Đặc điểm dòng xung có tính ức chế là độ dốc xung thoải, thời gian xung dài, tần số xung > 80 Hz. Ứng dụng trong giảm đau, giảm co cứng cơ, tăng cường tuần hoàn dinh dưỡng của cơ làm giảm phù nề, giảm thâm xuất tại vị trí tổn thương.

1.4.2.2. Tác dụng kích thích

Đặc điểm dòng xung có tính kích thích là độ dốc xung lớn, độ rộng xung hẹp, tần số xung < 50 Hz. Ứng dụng để kích thích co cơ trong các trường hợp cần tăng cường trương lực cơ, tập luyện để tăng sức mạnh của cơ, chống teo cơ khi bị tổn thương thần kinh.

1.4.2.3. Tác dụng khác

- Chống viêm: Tăng cường tuần hoàn, chuyển hóa, giảm phù nề, tăng cường miễn dịch dịch thể và tế bào, giảm các chất gây viêm. Thường tác dụng với viêm không do nhiễm khuẩn.

- Gây ngủ : Sử dụng dòng xung hình vuông, tần số 100 – 150 Hz [33].

1.4.3. Điện xung dòng TENS

- Kích thích thần kinh bằng điện qua da (TENS) là biện pháp can thiệp không dùng thuốc giá rẻ, được sử dụng trong điều trị các tình trạng đau cấp tính và mãn tính [34].

- Dòng TENS là dòng xung hình chữ nhật xoay chiều tần số thấp, thời gian xung nghỉ có thể biến đổi được, độ rộng của xung rất ngắn. Đặc điểm của dòng TENS là độ dốc xung đứng, đảo cực nên rất khó quen và tránh được tác dụng giống dòng Galvanic khi điều trị kéo dài. Dòng TENS thông dụng nhất là dòng xung hình chữ nhật hai pha không đối xứng.

- Dòng TENS có ba dạng xung cơ bản, tùy mục đích điều trị để lựa chọn:

- + Dòng TENS thông thường: Tần số cao (80 – 100 Hz), cường độ thấp, được dùng phổ biến nhất, hiệu quả nhanh trong điều trị tăng cảm và bỏng buốt do tổn thương thần kinh ngoại vi, đau “ma”, đau do sẹo, đau sau phẫu thuật.

+ Dòng TENS châm cứu: Tần số thấp ($< 10\text{Hz}$), cường độ cao, được dùng tác động lên huyết vị châm cứu, thường ứng dụng trong điều trị đau mạn tính.

+ Dòng Burst – TENS: Tần số chuỗi 1 – 5 Hz, tác dụng gây phóng thích endorphin ở mức trung ương có tác dụng giảm đau mạnh, được sử dụng trong trường hợp đau sâu (đau cân, cơ) và đau mạn tính. Tác dụng giảm đau thường xuất hiện muộn (sau 20 – 30 phút) nhưng có thể kéo dài sau khi đã hết kích thích [33], [35], [36].

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng dòng TENS thông thường hai pha không đối xứng vì tác dụng giảm đau, độ dốc xung đứng, đảo cực nên rất khó quen, tránh được tác dụng phụ của dòng điện một chiều khi điều trị kéo dài.

1.4.4. Chỉ định – Chống chỉ định

1.4.4.1. Chỉ định

- Dòng điện xung ức chế

+ Giảm đau: Kiểm soát các cơn đau do chấn thương, các tổn thương viêm mạn tính không do nhiễm khuẩn (ví dụ : Viêm khớp dạng thấp). Phương pháp này cũng được dùng để giảm đau trong các bệnh lý tổn thương rễ thần kinh (ví dụ : Hội chứng cổ – vai – cánh tay, hội chứng thắt lưng hông, đau dây thần kinh liên sườn, bệnh Zona thần kinh).

+ Giảm co rút cơ: Làm giảm tình trạng cơ co cứng ở những NB liệt cứng do tổn thương thần kinh trung ương.

+ Giảm phù nề do chấn thương.

+ Điều hòa rối loạn tuần hoàn ngoại vi (do lạnh, ứ trệ tĩnh mạch, bệnh Raynaud, chấn thương)

+ Chống viêm : Áp dụng trong các trường hợp viêm không do nhiễm khuẩn.

- Dòng điện xung kích thích

+ Phục hồi dẫn truyền thần kinh : Điện xung có tác dụng kích thích, thúc đẩy quá trình phục hồi khả năng dẫn truyền của dây thần kinh bị tổn thương. Ngoài ra, điện xung giúp tăng cường sức cơ và trương lực cơ trong các bệnh lý teo cơ, bại liệt, liệt do tổn thương thần kinh ngoại vi.

+ Kích thích cơ vân và cơ trơn bị liệt: Ứng dụng điều trị các trường hợp giảm trương lực cơ, giãn dạ dày, rối loạn vận động bàng quang, táo bón do hội chứng ruột kích thích.

1.4.4.2. Chống chỉ định

- Chống chỉ định tuyệt đối :

- + Có chảy máu hoặc đe dọa chảy máu tại vùng tổn thương ;
- + Tất cả khối u, gồm cả u lành và u ác tính ;
- + Các ổ viêm cấp tính, viêm nhiễm khuẩn ;
- + Lao xương, lao khớp
- + Viêm tắc động mạch, tĩnh mạch
- + Người mang máy tạo nhịp tim.

- Chống chỉ định tương đối

- + Trẻ nhỏ, người bệnh tâm thần (do không kiểm soát được)
- + Vùng da đặt điện cực bị xây xát hoặc có bệnh ngoài da
- + Phụ nữ có thai, đang hành kinh không điều trị ở vùng có liên quan trực tiếp hoặc vùng gây phản xạ co thắt tử cung (vùng bụng, vùng thắt lưng, xương cụt) [33].

1.5. Tình hình nghiên cứu điều trị viêm quanh khớp vai trên Thế Giới và Việt Nam

1.5.1. Trên thế giới

- Gladys LY. Cheing (2008) tiến hành so sánh hiệu quả điều trị VQKV của điện châm và điện xung. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, mù đôi, có đối chứng trên 70 NB VQKV. Nhóm can thiệp gồm 2 nhóm đối tượng được điều trị bằng phương pháp điện châm và điện xung 10 buổi trong 4 tuần (2 – 3 lần/ tuần). Kết quả điểm VAS của nhóm điện châm giảm từ $6,5 \pm 2,1$ xuống $3,5 \pm 1,9$, mức cải thiện trung bình 46,5%, $p < 0,001$. Tương tự, nhóm điện xung điểm VAS giảm từ $6,5 \pm 2,0$ xuống $3,4 \pm 1,9$, mức cải thiện trung bình 48,6%, $p < 0,001$. Điện châm và điện xung đều có hiệu quả điều trị VQKV, không có sự khác biệt giữa 2 phương pháp, $p > 0,05$ [37].

- Zhao Zuo Yi (2011) tiến hành nghiên cứu tác dụng của bài thuốc “Khương

hoạt thăng thấp thang” kết hợp châm cứu và bài tập bằng tạ tay điều trị VQKV. Nghiên cứu trên 60 NB, chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 30 NB. Nhóm NC sử dụng bài thuốc kết hợp châm cứu và bài tập bằng tạ tay, nhóm ĐC sử dụng châm cứu kết hợp bài tập bằng tạ tay. Sau 10 ngày điều trị, hiệu quả điều trị của nhóm NC cao hơn đáng kể so với nhóm ĐC, với $p < 0,05$ [38].

- Chen M.Y và CS (2013) so sánh hiệu quả của phương pháp điện châm, điện xung dòng TENS và xoa bóp bấm huyệt điều trị VQKV. Nghiên cứu trên 120 NB, chia thành 3 nhóm, 1 nhóm điện châm, 1 nhóm điện xung TENS, 1 nhóm XBBH, mỗi nhóm 40 NB. Sau 4 tuần điều trị, điểm VAS và tầm vận động khớp vai đều được cải thiện ở 3 nhóm ($p < 0,001$), nhóm XBBH cải thiện rõ rệt hơn nhóm điện xung dòng TENS và nhóm điện châm ($p < 0,05$). Tỷ lệ hiệu quả và điều trị khỏi là 61,5% ở nhóm XBBH, vượt trội so với 42,9% ở nhóm điện châm và 44,4% ở nhóm điện xung dòng TENS, với $p < 0,05$ [39].

- Peng Xu, Miao Tan, Mingming Wang (2020) đã nghiên cứu ứng dụng bài thuốc “Hoàng kỳ quế chi ngũ vật thang” trong điều trị VQKV trên 66 NB, chia làm 2 nhóm, nhóm NC dùng bài thuốc kết hợp điện châm, nhóm ĐC chỉ dùng điện châm. Cho kết quả tỷ lệ cải thiện điểm VAS và điểm của hiệp hội chỉnh hình Nhật Bản (JOA) ở nhóm NC cao hơn đáng kể so với nhóm ĐC, với $p < 0,05$ [40].

- Ping Lin, Moudan Yang, Deqing Huang (2022) nghiên cứu hiệu quả của phương pháp tập tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể (PNF) trong điều trị VQKV trên 48 NB, chia thành 2 nhóm, nhóm NC điều trị bằng kỹ thuật PNF, nhóm ĐC điều trị bằng phương pháp vận động khớp truyền thống đơn thuần. Sau 4 tuần điều trị, điểm VAS của nhóm NC giảm từ $7,12 \pm 0,94$ xuống $1,5 \pm 0,93$ cao hơn nhóm ĐC từ $6,95 \pm 1,04$ giảm xuống $2,37 \pm 1,2$; nhóm NC cải thiện tầm vận động tốt hơn nhóm ĐC ở cả ba động tác dạng, gấp trước, xoay ngoài ($p < 0,05$) [41].

1.5.2. Tại Việt Nam

- Dương Xuân Phát (2021) nghiên cứu đề tài “đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc thư cân thang kết hợp điện châm và vận động trị liệu” trên 60 NB, chia thành 2 nhóm, nhóm NC điều trị bằng bài thuốc kết hợp điện châm, vận động trị liệu, nhóm ĐC điều trị bằng điện châm, vận động trị

liệu. Sau 20 ngày can thiệp, tỷ lệ NB có hiệu quả điều trị tốt, khá, trung bình của nhóm NC lần lượt là 10%, 66,7%, 23,3% cao hơn nhóm ĐC là 3,3%, 53,4%, 40% với $p < 0,05$ [42].

- Trần Ngọc Nghĩa (2022) nghiên cứu đề tài “đánh giá tác dụng của viên hoàn cứng Quyên tý kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị VQKV” trên 60 NB chia thành 2 nhóm, nhóm NC điều trị bằng viên hoàn cứng Quyên tý kết hợp điện châm XBBH, nhóm ĐC điều trị bằng phương pháp điện châm và XBBH. Sau 20 ngày điều trị, nhóm NC cho kết quả điều trị tốt hơn (tốt 73,3%) với $p < 0,05$ [43].

- Nguyễn Thị Bích Nguyệt (2022) tiến hành nghiên cứu “đánh giá kết quả điều trị viêm gân cơ nhị đầu cánh tay bằng siêu âm trị liệu kết hợp điện xung TENS tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang” trên 64 NB, chia 2 nhóm, nhóm NC điều trị bằng siêu âm trị liệu kết hợp điện xung, nhóm ĐC điều trị bằng Mobic và Myonal. Sau 15 ngày can thiệp, hiệu suất cải thiện điểm VAS của nhóm NC là $4,34 \pm 0,13$ và nhóm ĐC là $4,25 \pm 0,1$. Hiệu suất cải thiện điểm SPADI của nhóm NC là $42,32 \pm 3,17$ và nhóm ĐC là $41,59 \pm 0,64$ tuy nhiên khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$ [44].

- Nguyễn Thị Ngọc Châm (2024) nghiên cứu đề tài “đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng phương pháp điện châm kết hợp siêu âm trị liệu” trên 50 NB. Sau 20 ngày can thiệp, tỷ lệ NB có hiệu quả điều trị tốt và khá lần lượt là 44% và 50%, sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ [45].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Bài thuốc nghiên cứu

- Bài thuốc: “Khương hoạt thắng thấp thang” xuất xứ trong tác phẩm “Nội ngoại thương biện hoặc luận”, thứ tự số 44644 trong “Trung y phương tể đại từ điển” quyển 5 [27]. Trên cơ sở bài thuốc gốc, sau khi quy đổi liều lượng cụ thể theo đơn vị quốc tế (gram) như sau:

Bảng 2.1. Công thức bài thuốc “Khương hoạt thắng thấp thang”

Tên vị thuốc	Tên khoa học	Liều lượng	Tiêu chuẩn
Khương hoạt	<i>Rhizoma et Radix Notopterygii</i>	09g	Dược điển Việt Nam V
Độc hoạt	<i>Radix Angelicae pubescentis</i>	09g	
Cảo bản	<i>Rhizoma et Radix Ligustici</i>	06g	
Phòng phong	<i>Radix Saposhnikoviae divaricatae</i>	06g	
Chích cam thảo	<i>Radix et Rhizoma Glycyrrhizae</i>	06g	
Xuyên khung	<i>Rhizoma Ligustici wallichii</i>	03g	
Mạn kinh tử	<i>Fructus Viticis trifoliae</i>	03g	

- Tên các vị thuốc: Được viết theo tên khoa học trong thông tư 05 năm 2015 của Bộ y tế về danh mục thuốc Đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc YHCT.

Tiêu chuẩn thuốc

- Nguyên liệu: Thuốc sử dụng dưới dạng nguyên liệu khô do khoa Dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh cung cấp, được bảo chế theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V.

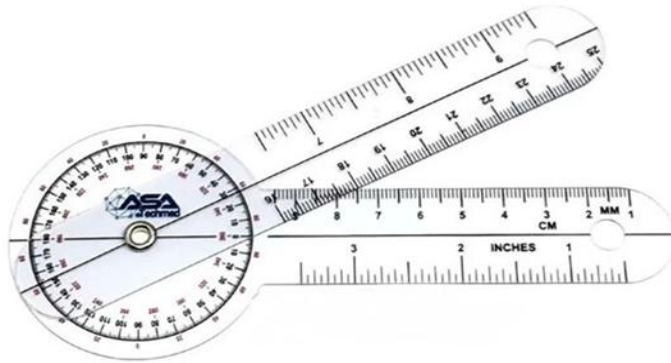
- Dạng thuốc sử dụng trên lâm sàng: Thuốc sắc.

Thuốc được sắc bằng máy Extractor do hãng Kyungseo của Hàn Quốc sản xuất năm 2003 tại khoa Dược – Bệnh viện Tuệ Tĩnh cung cấp, 01 thang sắc đóng làm 02 túi (thể tích 150ml), ngày uống 02 lần, chia sáng chiều, uống sau ăn.

- Liều trình dùng thuốc: 14 ngày.

2.1.2. Thiết bị sử dụng trong nghiên cứu

- Thước đo 2 càn



Hình 2.1. Thước đo 2 càn

- Máy điện xung: Máy điện xung điện phân 4 kênh.

+ Model/Hãng: BTL 5645 Puls/ BTL Industries Ltd

+ Liệu điều trị: Điện xung dòng TENS thông thường.

Một liệu trình điều trị 10 lần trong 14 ngày (5 lần/tuần, trừ thứ 7 và chủ nhật).

Thời gian điều trị 30 phút/lần x 01 lần/ngày [46].



Hình 2.2. Máy điện xung BTL 5645 Puls

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định viêm quanh khớp vai thể đơn thuần đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Lựa chọn người bệnh có điểm VAS 100: $30 \leq \text{VAS} \leq 60$. Đáp ứng đồng thời tiêu chuẩn lựa chọn NB theo YHHĐ và YHCT, không thuộc các trường hợp trong tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn người bệnh theo YHHĐ

* Lâm sàng: Người bệnh được chẩn đoán viêm quanh khớp vai theo tiêu chuẩn chẩn đoán của M.C. Boissier 1992 [47]

- Đau vai với các mức độ khác nhau
- Hạn chế các động tác chủ động khớp vai

* Cận lâm sàng: Siêu âm khớp vai có hình ảnh gân dày /giảm âm, có thể có dịch quanh gân không quá 5 ml.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh theo YHCT

Lựa chọn NB được chẩn đoán bệnh danh “kiên tý” thể “kiên thống” biểu hiện các chứng trạng sau [26]:

- Vọng chẩn: Khớp vai không sưng, không đỏ, cơ chưa teo. Chất lưỡi hồng, rêu trắng dính.
- Văn chẩn: Tiếng nói, hơi thở bình thường
- Vấn chẩn: Đau là dấu hiệu chính, đau nhiều, có điểm đau cố định, đau tăng khi gặp lạnh ẩm, chườm ấm đỡ đau.
- Thiết chẩn: Khớp vai không nóng. Đau tăng khi vận động, làm hạn chế một số động tác như chải đầu, gãi lưng. Mạch phù khẩn.

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các thể viêm quanh khớp vai khác (thể đau vai cấp, thể đông cứng, thể giả liệt)
- Các tổn thương khác: Rách sụn viền (SLAP), rách, đứt gân cơ chóp xoay.
- Bệnh toàn thân nặng như: Nhiễm trùng, suy giảm miễn dịch.
- Bệnh mạn tính nặng: Suy gan, suy thận, tim mạch, hô hấp, đái tháo đường, tăng huyết áp chưa được kiểm soát.
- Người bệnh đang có các tổn thương tại da vùng trị liệu, vùng tổn thương của người bệnh đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu.

- Phụ nữ có thai, người mang máy tạo nhịp tim.
- Người bệnh không tuân thủ thời gian điều trị và phương pháp điều trị

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Tuệ Tĩnh số 2 Trần Phú, Hà Đông, Hà Nội
- Thời gian: Từ tháng 3/2025 đến tháng 8/2025

2.3.2. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng so sánh trước sau và có đối chứng.

Tất cả NB đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và đồng thuận tham gia nghiên cứu được theo dõi bằng mẫu bệnh án nghiên cứu đồng nhất. NB được phân làm 2 nhóm theo phương pháp ghép cặp sao cho có sự tương đồng về tuổi, mức độ đau, cụ thể:

- Nhóm NC: Dùng bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung dòng TENS thông thường.
- Nhóm ĐC: Dùng phương pháp điện xung dòng TENS thông thường.

2.3.3. Cỡ mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu để so sánh 2 tỷ lệ:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

- p_1 : tỷ lệ đáp ứng của người bệnh VQKV thể đơn thuần điều trị bằng bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung. Giả định $p_1 = 80\%$.
- p_2 : tỷ lệ đáp ứng của người bệnh VQKV điều trị bằng điện xung dòng TENS dựa trên nghiên cứu của Mu Yuan Chen và cộng sự năm 2013, $p_2 = 44,4\%$ [39].
- α : mức ý nghĩa thống kê, $\alpha = 0,05$
- $1-\beta$: lực mẫu, $1-\beta = 80\%$

Thay vào công thức trên, được kết quả $n = 28$. Ước tính có khoảng 10% người bệnh bỏ nghiên cứu, lấy hệ số điều chỉnh là 0,1. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 30 người bệnh. Tổng số NB cần lấy trong nghiên cứu này là 60 NB cho 2 nhóm.

- Cách chia người bệnh vào 2 nhóm: Người bệnh được phân 2 nhóm bằng

phương pháp ghép cặp đảm bảo sự tương đồng về tuổi và mức độ đau trước nghiên cứu theo tỷ lệ 1:1. Sau khi ghép cặp, trong mỗi cặp người bệnh được phân ngẫu nhiên vào nhóm nghiên cứu hoặc nhóm đối chứng.

2.3.4. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến số	Biến số, chỉ số	Định nghĩa	Phương pháp	Công cụ thu thập
Mục tiêu 1	Mức độ đau	NB nhìn vào thước đo có thể hiện mức độ đau và chỉ vào mức độ đau cảm nhận tại thời điểm đánh giá.	Hỏi bệnh	Thang điểm VAS 100mm
	Tầm vận động khớp vai	Đặt cố định một cạnh của thước vào thành ngực, góc của thước để ở hõm nách, yêu cầu NB thực hiện các động tác của khớp vai tối đa tầm vận động, cạnh kia để tiếp tuyến với mặt dưới của cánh tay, góc mở của cánh tay NB được hiển thị trên thước đo, ghi lại theo dõi.	Khám bệnh	Thang điểm Mc Gill – Mc Romi
	Mức độ cải thiện đau và chức năng khớp vai	Sử dụng bộ 13 câu hỏi chia làm 2 phần, phần 1 gồm 5 câu hỏi mô tả mức độ nghiêm trọng của cơn đau, phần 2 gồm 8 câu hỏi về mức độ khó khăn khi thực hiện hành động của khớp vai. Thang điểm đánh là 100. Điểm SPADI càng cao thì mức độ đau và giảm chức năng khớp vai càng nhiều.	Hỏi bệnh	Thang điểm SPADI

Nhóm biến số	Biến số, chỉ số	Định nghĩa	Phương pháp	Công cụ thu thập
	Siêu âm	Gân tăng kích thước/ gân giảm âm/ dịch khu trú khớp vai/ không phát hiện tổn thương	Siêu âm khớp vai	Phiếu kết quả siêu âm
	Triệu chứng YHCT	Có hay không các triệu chứng: đau vai, hạn chế vận động, sợ lạnh, lạnh ẩm đau tăng, rêu lưỡi trắng dính, mạch phù khản	Khám bệnh	Bệnh án nghiên cứu
	Tác dụng không mong muốn	Có hay không các triệu chứng: Dị ứng, mẩn ngứa, buồn nôn, nôn, rối loạn tiêu hóa, điện giật, bông.		
Mục tiêu 2	Tuổi	Tính theo năm sinh trên căn cước công dân: < 40 tuổi, 41 – 50 tuổi, 51 – 60 tuổi, > 60 tuổi	Hỏi bệnh	Bệnh án nghiên cứu
	Giới tính	Theo thông tin trên căn cước công dân: Nam / nữ		
	Thời gian mắc bệnh	Tính từ khi xuất hiện triệu chứng đau vai đến khi tham gia nghiên cứu: < 1 tháng, 1 – 3 tháng, > 3 tháng		
	Vị trí đau	Bên phải / bên trái / cả 2 bên		

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

2.4.1. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Trước điều trị, người bệnh được giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của NC. Người bệnh đồng ý tham gia được thỏa thuận bằng phiếu đồng thuận tham gia NC.

Bước 2: Hỏi bệnh, thăm khám ghi nhận triệu chứng lâm sàng toàn diện, đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS 100mm, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill –

Mc Romi, mức độ cải thiện đau và chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI. Khai thác triệu chứng theo tứ chẩn (vọng, văn, vấn, thiết) của YHCT. Tiến hành siêu âm khớp vai để đánh giá mức độ tổn thương tại thời điểm D0. Ghép cặp người bệnh phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn vào nhóm NC và nhóm ĐC.

Bước 3: Tiến hành can thiệp theo phác đồ

* **Nhóm NC:** Người bệnh được sử dụng bài thuốc “Khương hoạt thắng thấp thang” ngày 01 thang sắc đóng 02 túi 150ml, uống 2 lần vào sau bữa ăn (sáng, chiều) khi thuốc còn ấm. Sau đó, kết hợp điện xung dòng TENS thông thường 30 phút/lần x 01 lần/ngày vào buổi sáng.

Quy trình điện xung

- Người thực hiện: Bác sỹ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu
- Phương tiện: Máy điện xung BTL 5645 Puls/BTL Industries Ltd
- Các bước tiến hành:

+ Thử máy: Chuẩn bị và kiểm tra máy trước điều trị.

Vặn nút cường độ về vị trí zero. Nối dây dẫn ra NB và thử xem máy hoạt động thế nào.

+ Chuẩn bị người bệnh: Tư thế thoải mái, thuận tiện, bộc lộ, quan sát vùng điều trị. Hướng dẫn người bệnh thông báo khi có cảm giác nóng rát, khó chịu, ...

+ Cài đặt chế độ TENS thông dụng 2 pha không đối xứng, chương trình quét khoảng rộng tần số 100Hz, cường độ điều chỉnh theo cảm giác của NB.

+ Điện cực: Gắn điện cực vị trí trước và sau khớp vai (cực dương ở vị trí đau)

+ Đóng mở máy: Chỉ đóng mở máy khi nút cường độ ở vị trí không. Bật máy và điều chỉnh cường độ cho đến khi NB đạt đến ngưỡng rung.

- Thời gian điều trị: 30 phút/lần x 01 lần/ngày

- Liệu trình: 1 liệu trình điều trị 10 lần làm thủ thuật, 5 lần/tuần (trừ thứ 7, chủ nhật) trong 2 tuần.

* **Nhóm ĐC:** NB được điều trị bằng phương pháp điện xung tương tự nhóm NC.

Bước 4: Thu thập các chỉ tiêu theo dõi, biến số NC tại các thời điểm đánh giá; theo dõi và ghi nhận tác dụng không mong muốn trong suốt quá trình NC.

Bước 5: Ghi chép cụ thể hồ sơ bệnh án, xử lý các số liệu, báo cáo kết quả.

Bước 6: Kết luận

2.4.2. Phương pháp đánh giá kết quả

- Sự thay đổi điểm đau theo thang điểm VAS, giá trị ghi nhận theo đơn vị mm [48]:

Bảng 2.2. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS 100mm

Điểm VAS		Mức độ
VAS = 0 điểm	VAS = 0 mm	Hoàn toàn không đau
$0 < VAS \leq 2$ điểm	$0 \text{ mm} < VAS \leq 20 \text{ mm}$	Đau nhẹ
$2 < VAS \leq 4$ điểm	$20 \text{ mm} < VAS \leq 40 \text{ mm}$	Đau vừa
$4 < VAS \leq 6$ điểm	$40 \text{ mm} < VAS \leq 60 \text{ mm}$	Đau nặng
$6 < VAS \leq 8$ điểm	$60 \text{ mm} < VAS \leq 80 \text{ mm}$	Đau rất nặng
$8 < VAS \leq 10$ điểm	$80 \text{ mm} < VAS \leq 100 \text{ mm}$	Đau nghiêm trọng

- Sự thay đổi tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi [49]:

Bảng 2.3. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi

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

- Sự thay đổi mức độ cải thiện đau và chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI: đánh giá mức độ đau (5 tiêu chí) và mức độ khó khăn vận động khớp vai (8 tiêu chí), tổng 13 tiêu chí. Điểm đánh giá được chuyển thành thang điểm từ 0 đến 100, trong đó 100 biểu thị vấn đề nghiêm trọng và 0 biểu thị bình thường [50].

2.5. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

Trong quá trình nghiên cứu, để các thông tin thu thập được đảm bảo khách quan, hạn chế các sai số, chúng tôi tuân thủ một số yêu cầu sau:

- Chuẩn hóa các công cụ đo lường, mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất cho tất cả các đối tượng nghiên cứu.
- NB được khám bệnh, đánh giá theo thang điểm tỷ mỉ, cẩn thận, ghi chép đầy đủ vào bệnh án nghiên cứu.
- NB được tư vấn, giải thích kỹ tình trạng bệnh, phương hướng điều trị, và được theo dõi chặt chẽ trong suốt quá trình điều trị.
- Số liệu được xử lý khách quan, trung thực.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm xử lý số liệu SPSS 20.0.
- Các thuật toán sử dụng gồm: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình $\bar{X}$ và độ lệch chuẩn SD, kiểm định χ^2 Chi-square test, Wilcoxon signed-rank test, T-test ghép cặp, Anova test.
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương luận văn Thạc sỹ, Hội đồng đạo đức Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam và được sự cho phép của Ban Giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh chấp thuận cho tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe cho người bệnh, không nhằm mục đích gì khác.

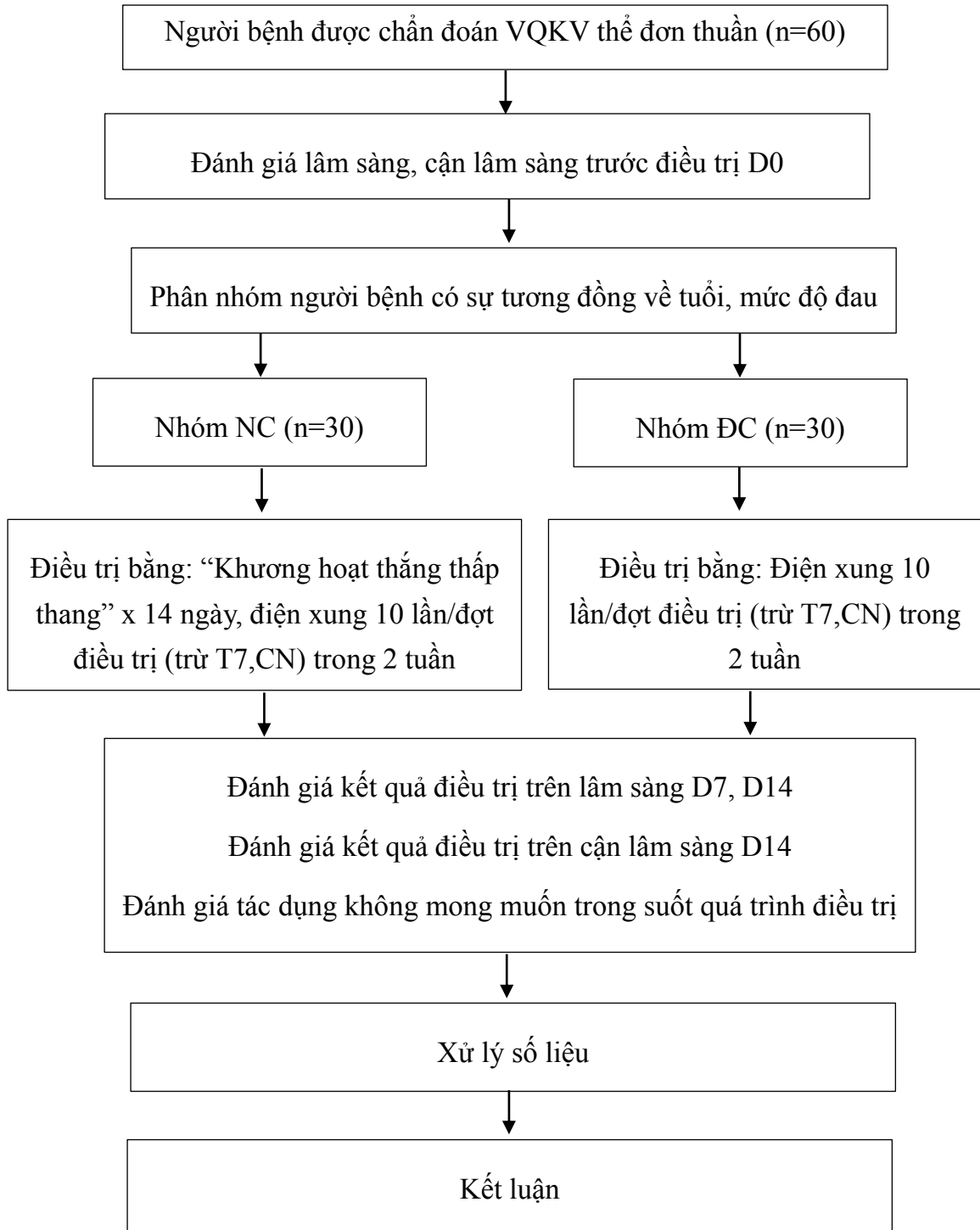
Tất cả các người bệnh tham gia nghiên cứu đều tình nguyện ký vào bản cam kết chấp thuận nghiên cứu.

Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

Người bệnh có quyền rời khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào mà không cần giải thích lý do.

Trong quá trình điều trị, nếu bệnh tăng lên hoặc có diễn biến bất thường sẽ được xử trí theo đúng quy định của Bộ Y tế.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

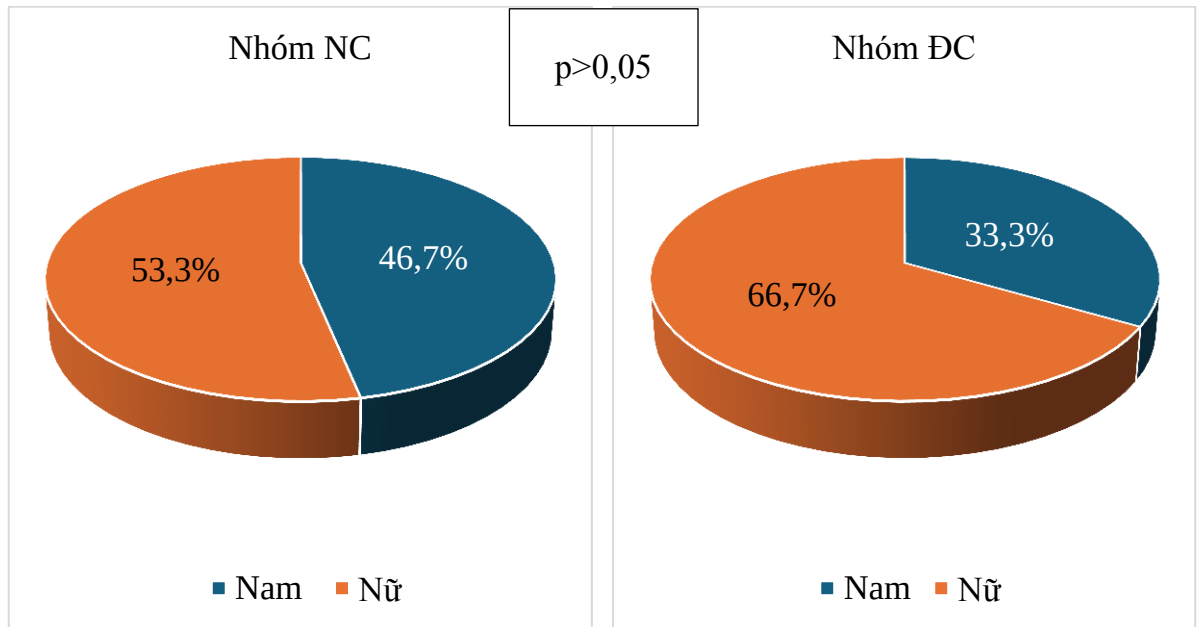
3.1.1. Nhóm tuổi

Bảng 3.1: Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Nhóm Nhóm tuổi	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		Tổng (n=60)		p
	n	%	n	%	n	%	
≤ 49	4	13,3	5	16,7	9	15	>0,05
50 – 59	7	23,3	8	26,7	15	25	
≥ 60	19	63,3	17	56,7	36	60	
Tuổi trung bình	62,1 ± 10,7		61,3 ± 10,8		61,7 ± 10,6		>0,05
Min- Max	42 – 80		41 – 81		41 – 81		

Nhận xét: Đa số người bệnh trong nghiên cứu nằm trong độ tuổi trên 60, thấp nhất là 41 tuổi, cao nhất là 81 tuổi. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo nhóm tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2. Giới tính



Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính

Nhận xét: Ở cả 2 nhóm người bệnh là nữ giới chiếm đa số, sự khác biệt về tỷ lệ phân bố người bệnh theo giới tính của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

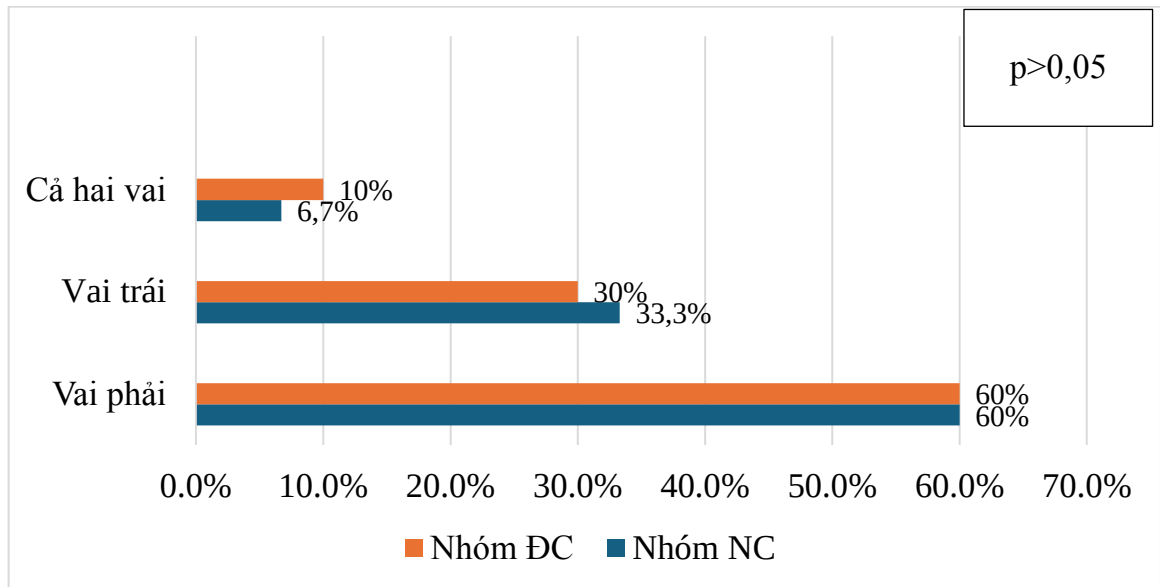
3.1.3. Đặc điểm thời gian mắc bệnh

Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Nhóm	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		Tổng (n=60)		p
	n	%	n	%	n	%	
< 1 tháng	19	63,3	15	50	34	56,7	>0,05
1 – 3 tháng	7	23,3	11	36,7	18	30	
> 3 tháng	4	13,3	4	13,3	8	13,3	

Nhận xét: Đa số người bệnh trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng, sự khác biệt về tỷ lệ phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

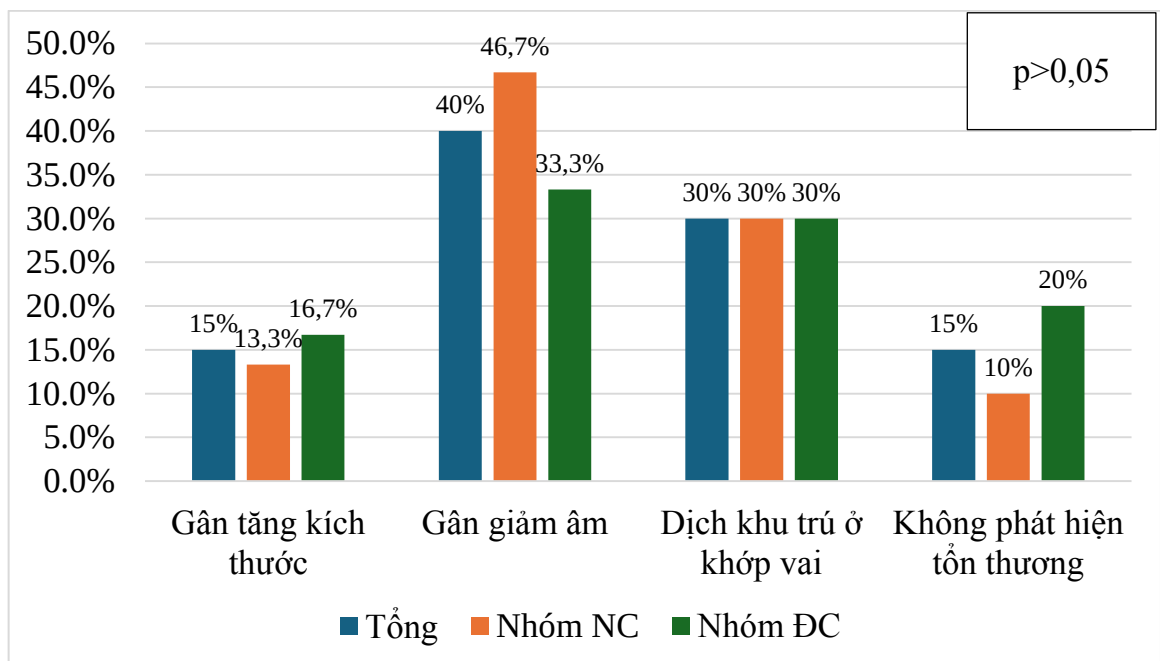
3.1.4. Đặc điểm vị trí đau quanh khớp vai



Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo vị trí đau quanh khớp vai

Nhận xét: Đa số người bệnh bị tổn thương vai bên phải là chủ yếu, sự khác biệt về tỷ lệ phân bố người bệnh theo vị trí đau của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

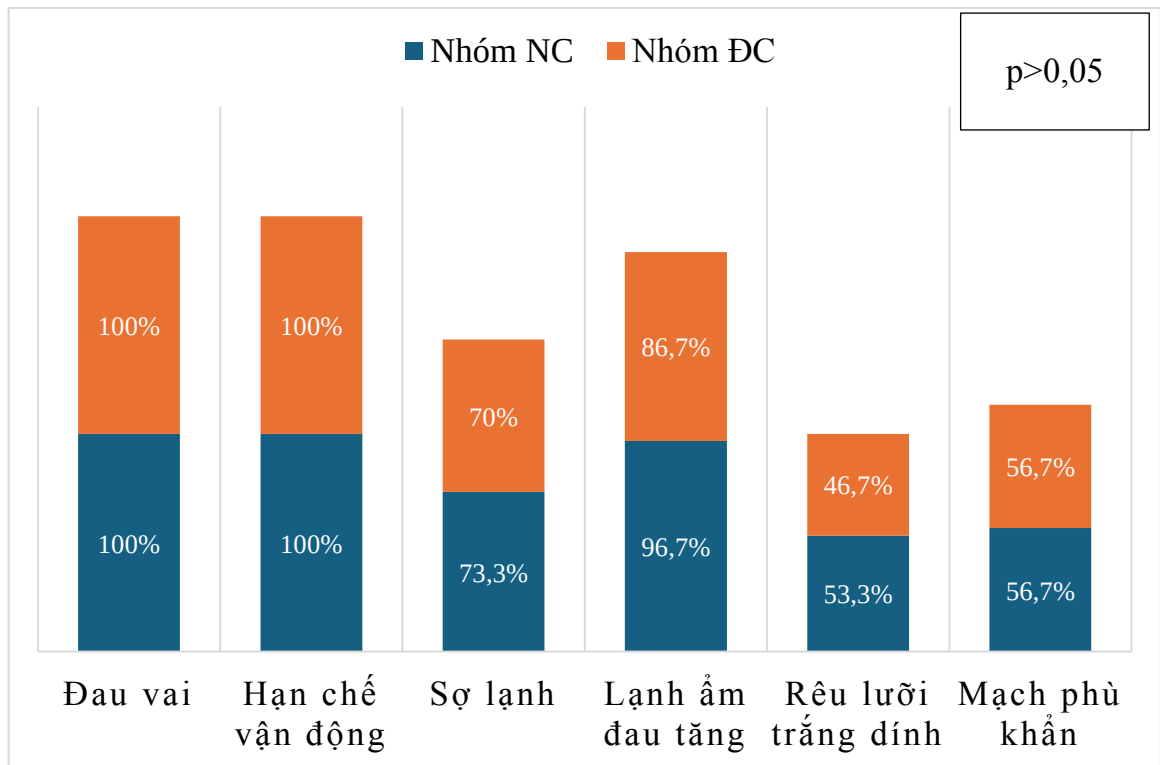
3.1.5. Đặc điểm siêu âm khớp vai trước điều trị



Biểu đồ 3.3. Đặc điểm siêu âm khớp vai trước điều trị

Nhận xét: Người bệnh có hình ảnh gân giảm âm trên siêu âm chiếm tỷ lệ cao hơn hình ảnh dịch khu trú ở khớp vai và gân tăng kích thước. Sự khác biệt về đặc điểm tổn thương trên siêu âm khớp vai giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.6. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng YHCT trước điều trị



Biểu đồ 3.4. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng YHCT trước điều trị

Nhận xét: Triệu chứng đau vai, hạn chế vận động khớp vai chiếm tỷ lệ 100% ở cả hai nhóm, tiếp đó là triệu chứng lạnh ảm đau tăng và sợ lạnh. Đa số người bệnh đều có biểu hiện rêu lưỡi trắng dính và mạch phù khản. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm triệu chứng YHCT trước điều trị ở hai nhóm với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

3.2.1. Kết quả cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS 100mm

Bảng 3.3. Kết quả can thiệp tại D7 theo thang điểm VAS 100mm

	D0	D7	Mức cải thiện (trước – sau)	p_{D0}	p_{D0-D7}	p_{NC-ĐC}
Nhóm NC n=30	52,8±4,09	34,93±5,19	17,57±2,93	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Nhóm ĐC n=30	53,6±4,19	41,70±4,35	11,9±1,21		< 0,01	

Nhận xét: Trước can thiệp hai nhóm có sự tương đồng về mức độ đau $p > 0,05$. Sau 7 ngày can thiệp, điểm VAS 100mm ở cả hai nhóm đều có cải thiện, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt cải thiện giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.4. Kết quả can thiệp tại D14 theo thang điểm VAS 100mm

	D0	D14	Mức cải thiện (trước – sau)	p_{D0-D14}	p_{NC-ĐC}
Nhóm NC n=30	52,8±4,09	19,73 ± 4,46	33,07±2,63	< 0,01	< 0,01
Nhóm ĐC n=30	53,6±4,19	29,57 ± 4,63	24,03±2,25	< 0,01	

Nhận xét: Sau 14 ngày can thiệp, điểm VAS 100mm ở cả hai nhóm đều có cải thiện, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC. Sự khác biệt cải thiện giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.2. Kết quả cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill-Mc Romi

Bảng 3.5. Mức độ cải thiện tầm vận động khớp vai tại D7 theo Mc Gill-Mc Romi

Nhóm Tâm vận động		Nhóm NC (n=30)				Nhóm ĐC (n=30)				P _{D0} NC-ĐC	P _{D7} NC-ĐC
		D0		D7		D0		D7			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Dạng	Độ 0	1	3,3	4	13,3	1	3,3	2	6,7	> 0,05	< 0,05
	Độ 1	5	16,7	15	50	3	10	5	16,7		
	Độ 2	16	53,3	6	20	16	53,3	15	50		
	Độ 3	8	26,7	5	16,7	10	33,3	8	26,7		
P _{D0-D7}		< 0,01				< 0,05					
Xoay trong	Độ 0	1	3,3	4	13,3	1	3,3	1	3,3	> 0,05	< 0,05
	Độ 1	3	10	14	46,7	4	13,3	6	20		
	Độ 2	19	63,3	10	33,3	20	66,7	19	63,3		
	Độ 3	7	23,3	2	6,7	5	16,7	4	13,3		
P _{D0-D7}		< 0,01				< 0,05					
Xoay ngoài	Độ 0	1	3,3	5	16,7	1	3,3	1	3,3	> 0,05	< 0,01
	Độ 1	5	16,7	16	53,3	3	10	6	20		
	Độ 2	20	66,7	8	26,7	21	70	19	63,3		
	Độ 3	4	13,3	1	3,3	5	16,7	4	13,3		
P _{D0-D7}		< 0,01				< 0,05					

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài có sự cải thiện rõ rệt ở cả 2 nhóm với $p < 0,05$. Nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Mức độ cải thiện tầm vận động khớp vai tại D14 theo Mc Gill-Mc Romi

Nhóm Tầm vận động		Nhóm NC (n=30)				Nhóm ĐC (n=30)				P _{NC-ĐC}
		D0		D14		D0		D14		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Dạng	Độ 0	1	3,3	17	56,7	1	3,3	4	13,3	<0,05
	Độ 1	5	16,7	8	26,7	3	10	16	53,3	
	Độ 2	16	53,3	5	16,7	16	53,3	8	26,7	
	Độ 3	8	26,7	0	0	10	33,3	2	6,7	
P _{D0-D14}		< 0,01				< 0,01				
Xoay trong	Độ 0	1	3,3	16	53,3	1	3,3	5	16,7	<0,05
	Độ 1	3	10	10	33,3	4	13,3	19	63,3	
	Độ 2	19	63,3	4	13,3	20	66,7	5	16,7	
	Độ 3	7	23,3	0	0	5	16,7	1	3,3	
P _{D0-D14}		< 0,01				< 0,01				
Xoay ngoài	Độ 0	1	3,3	19	63,3	1	3,3	4	13,3	<0,01
	Độ 1	5	16,7	9	30	3	10	21	70	
	Độ 2	20	66,7	2	6,7	21	70	4	13,3	
	Độ 3	4	13,3	0	0	5	16,7	1	3,3	
P _{D0-D14}		< 0,01				< 0,01				

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, tầm vận động khớp vai động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài có sự cải thiện rõ rệt ở cả 2 nhóm với $p < 0,05$. Nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0,05$.

3.2.3. Kết quả cải thiện mức độ đau và chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI

Bảng 3.7. Kết quả cải thiện về mức độ đau và chức năng khớp vai tại D7 theo thang điểm SPADI

	D0	D7	Mức cải thiện (trước – sau)	p_{D0-D7}	p_{NC-ĐC}
Nhóm NC n=30	46,07 ± 6,14	31,57 ± 6,51	14,50 ± 2,64	< 0,01	< 0,01
Nhóm ĐC n=30	45,90 ± 3,62	38,50 ± 3,95	7,40 ± 1,1	< 0,01	

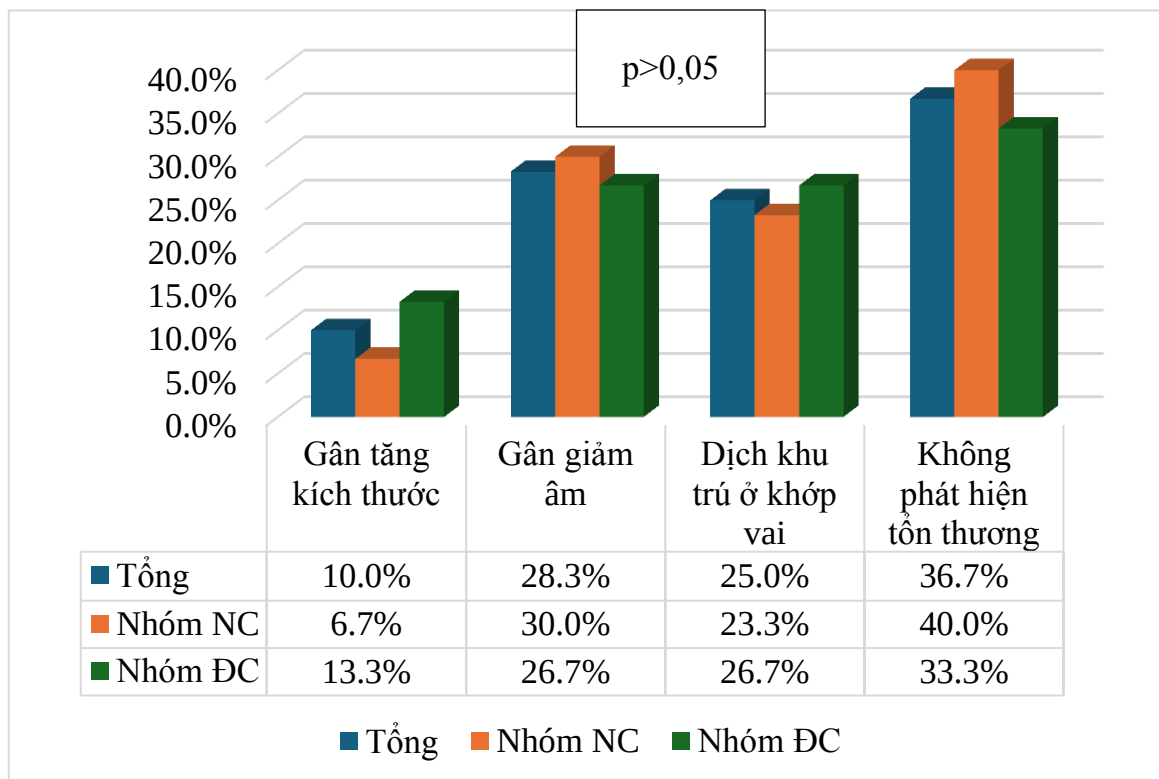
Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, điểm SPADI toàn phần ở cả hai nhóm đều có cải thiện, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.8. Kết quả cải thiện về mức độ đau và chức năng khớp vai tại D14 theo thang điểm SPADI

	D0	D14	Mức cải thiện (trước – sau)	p_{D0-D14}	p_{NC-ĐC}
Nhóm NC n=30	46,07 ± 6,14	18,53 ± 5,81	27,53 ± 4,00	< 0,01	< 0,01
Nhóm ĐC n=30	45,90 ± 3,62	29,97 ± 3,63	15,93 ± 1,86	< 0,01	

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, điểm SPADI toàn phần ở cả hai nhóm đều có cải thiện, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.4. Kết quả siêu âm khớp vai sau điều trị



Biểu đồ 3.5. Kết quả siêu âm khớp vai sau điều trị

Nhận xét: Sau 14 ngày can thiệp, người bệnh ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC đều có sự cải thiện trên kết quả siêu âm khớp vai. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.5. Kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng YHCT sau điều trị

Bảng 3.9. Kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng YHCT sau 7 ngày điều trị

Nhóm Triệu chứng	Nhóm NC					Nhóm ĐC					p NC-ĐC
	D0		D7		p _{D0-D7}	D0		D7		p _{D0-D7}	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
Đau vai	30	100	30	100		30	100	30	100		>0,05
Hạn chế vận động	30	100	28	93,3	>0,05	30	100	30	100		>0,05
Sợ lạnh	22	73,3	7	23,3	<0,01	21	70	15	50	<0,05	<0,05
Lạnh ẩm đau tăng	29	96,7	11	36,7	<0,01	26	86,7	19	63,3	<0,05	<0,05
Rêu lưỡi trắng dính	16	53,3	7	23,3	<0,01	14	46,7	11	36,7	>0,05	>0,05
Mạch phù khăn	17	56,7	9	30	<0,01	18	60	14	46,7	>0,05	>0,05

Nhận xét: Sau 7 ngày can thiệp, triệu chứng đau vai hạn chế vận động chưa được cải thiện nhiều ở cả hai nhóm. Tuy nhiên, triệu chứng sợ lạnh, lạnh ẩm đau tăng ở hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt với $p < 0,05$. Triệu chứng rêu lưỡi trắng dính, mạch phù khăn của nhóm NC cải thiện rõ hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa ngày 0 và ngày 7 của nhóm NC có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 3.10. Kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng YHCT sau 14 ngày điều trị

Triệu chứng	Nhóm NC					Nhóm ĐC					p
	D0		D14		p	D0		D14		p	NC-ĐC
	n	%	n	%	D0-D14	n	%	n	%	D0-D14	
Đau vai	30	100	11	36,7	<0,01	30	100	24	80	<0,05	<0,01
Hạn chế vận động	30	100	4	13,3	<0,01	30	100	19	63,3	<0,01	<0,01
Sợ lạnh	22	73,3	1	3,3	<0,01	21	70	7	23,3	<0,01	<0,05
Lạnh ẩm đau tăng	29	96,7	4	13,3	<0,01	26	86,7	15	50	<0,01	<0,01
Rêu lưỡi trắng dính	16	53,3	1	3,3	<0,01	14	46,7	6	20	<0,01	<0,05
Mạch phù khẩn	17	56,7	1	3,3	<0,01	18	60	6	20	<0,01	<0,05

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, các triệu chứng đau vai, hạn chế vận động, sợ lạnh, lạnh ẩm đau tăng, rêu lưỡi trắng dính, mạch phù khẩn của cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt cải thiện giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.2.6. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

- Dùng thuốc sắc Khương hoạt thăng thấp thang không có biểu hiện triệu chứng rối loạn tiêu hóa, dị ứng, buồn nôn, nôn và không ghi nhận tình trạng dị ứng, mẩn ngứa, điện giật, bỏng trong quá trình nghiên cứu 14 ngày.

3.3. Một số yếu tố liên quan kết quả bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

3.3.1. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với nhóm tuổi

Bảng 3.11. Liên quan giữa độ tuổi và cải thiện VAS, SPADI

$\bar{X} \pm SD$	Cải thiện sau 7 ngày			Cải thiện sau 14 ngày		
Tuổi	≤ 49	50 – 59	≥ 60	≤ 49	50 – 59	≥ 60
	n = 4	n = 7	n = 19	n = 4	n = 7	n = 19
VAS 100	20,25 $\pm$ 2,36	18,86 $\pm$ 2,67	17 $\pm$ 2,06	36 $\pm$ 3,37	33 $\pm$ 3,65	32,47 $\pm$ 1,58
p	< 0,05			< 0,05		
SPADI	17,5 $\pm$ 0,58	16,43 $\pm$ 1,27	13,16 $\pm$ 2,29	31,25 $\pm$ 2,63	29,57 $\pm$ 2,88	26 $\pm$ 3,84
p	<0,05			<0,01		

Nhận xét: Người bệnh dưới 49 tuổi có sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS 100, mức độ đau và chức năng khớp vai theo SPADI tốt nhất, tiếp đó là độ tuổi 50 – 59 tuổi, cải thiện ít nhất là độ tuổi từ 60 trở lên. Sự khác biệt cải thiện mức độ đau và chức năng khớp vai giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.12. Liên quan giữa độ tuổi và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi

		Cải thiện sau 7 ngày						Cải thiện sau 14 ngày					
		≤ 49		50 – 59		≥ 60		≤ 49		50 – 59		≥ 60	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dạng	Độ 0	2	50	0	0	2	10,5	4	100	7	100	6	31,6
	Độ 1	2	50	7	100	6	31,6	0	0	0	0	8	42,1
	Độ 2	0	0	0	0	6	31,6	0	0	0	0	5	26,3
	Độ 3	0	0	0	0	5	26,3	0	0	0	0	0	0
p		<0,05						<0,05					
Xoay trong	Độ 0	1	25	2	28,6	1	5,3	4	100	6	85,7	6	31,6
	Độ 1	3	75	4	57,1	7	36,8	0	0	1	14,3	9	47,4
	Độ 2	0	0	1	14,3	9	47,4	0	0	0	0	4	21,1
	Độ 3	0	0	0	0	2	10,5	0	0	0	0	0	0
p		>0,05						<0,05					
Xoay ngoài	Độ 0	1	25	3	42,9	1	5,3	4	100	7	100	8	42,1
	Độ 1	3	75	4	57,1	9	47,4	0	0	0	0	9	47,4
	Độ 2	0	0	0	0	8	42,1	0	0	0	0	2	10,5
	Độ 3	0	0	0	0	1	5,3	0	0	0	0	0	0
p		>0,05						<0,05					

Nhận xét: Sự cải thiện tầm vận động động tác dạng khớp vai ở hai thời điểm ngày 7, ngày 14 có liên quan đến độ tuổi người bệnh $p < 0,05$. Sự cải thiện tầm vận động động tác xoay trong, xoay ngoài khớp vai tại thời điểm ngày 14 liên quan đến độ tuổi người bệnh $p < 0,05$.

Bảng 3.13. Liên quan giữa độ tuổi và cải thiện triệu chứng YHCT

	Sau 7 ngày can thiệp						Sau 14 ngày can thiệp					
	≤ 49		50 – 59		≥ 60		≤ 49		50 – 59		≥ 60	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đau vai	3	75	6	85,7	19	100	0	0	1	14,3	8	42,1
p	>0,05						>0,05					
Hạn chế vận động	3	75	6	85,7	19	100	0	0	1	14,3	3	15,8
p	>0,05						>0,05					
Sợ lạnh	0	0	0	0	7	36,8	0	0	0	0	1	5,3
p	>0,05						>0,05					
Lạnh ẩm đau tăng	2	50	1	14,3	8	42,1	0	0	0	0	5	26,3
p	>0,05						>0,05					
Rêu lưỡi trắng dính	3	75	2	28,6	6	31,6	0	0	0	0	1	5,3
p	>0,05						>0,05					
Mạch phù khẩn	2	50	1	14,3	6	31,6	0	0	0	0	1	5,3
p	>0,05						>0,05					

Nhận xét: Sự cải thiện triệu chứng YHCT (đau vai, hạn chế vận động, sợ lạnh, lạnh ẩm đau tăng, rêu lưỡi trắng dính, mạch phù khẩn) không liên quan đến độ tuổi với $p > 0,05$.

3.3.2. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với giới tính

Bảng 3.14. Liên quan giữa giới tính và cải thiện VAS, SPADI

$\bar{X} \pm SD$	Cải thiện sau 7 ngày		Cải thiện sau 14 ngày	
Giới tính	Nam	Nữ	Nam	Nữ
	n = 14	n = 16	n = 14	n = 16
VAS 100	18,57 $\pm$ 2,17	17,25 $\pm$ 2,65	33,07 $\pm$ 3,29	33,06 $\pm$ 1,98
p	> 0,05		> 0,05	
SPADI	14,71 $\pm$ 3,07	14,31 $\pm$ 2,27	27,43 $\pm$ 4,48	27,63 $\pm$ 3,69
p	> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Sự cải thiện điểm đau VAS, mức độ đau và chức năng khớp vai theo thang SPADI tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không liên quan tới giới tính với $p > 0,05$.

Bảng 3.15. Liên quan giữa giới tính và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi

		Sau 7 ngày can thiệp				Sau 14 ngày can thiệp			
		Nam		Nữ		Nam		Nữ	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Dạng	Độ 0	1	7,1	3	18,8	7	50	10	62,5
	Độ 1	8	57,1	7	43,8	5	35,7	3	18,8
	Độ 2	3	21,4	3	18,8	2	14,3	3	18,8
	Độ 3	2	14,3	3	18,8	0	0	0	0
p		>0,05				>0,05			
Xoay trong	Độ 0	3	21,4	1	6,3	9	64,3	7	43,8
	Độ 1	6	42,9	8	50	4	28,6	6	37,5
	Độ 2	4	28,6	6	37,5	1	7,1	3	18,8
	Độ 3	1	7,1	1	6,3	0	0	0	0
p		>0,05				>0,05			
Xoay ngoài	Độ 0	3	21,4	2	12,5	10	71,4	9	56,3
	Độ 1	8	57,1	8	50	4	28,6	5	31,3
	Độ 2	3	21,4	5	31,3	0	0	2	12,5
	Độ 3	0	0	1	6,3	0	0	0	0
p		>0,05				>0,05			

Nhận xét: Sự cải thiện tầm vận động động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài khớp vai tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không liên quan tới giới tính với $p > 0,05$.

Bảng 3.16. Liên quan giữa giới tính và cải thiện triệu chứng YHCT

	Sau 7 ngày can thiệp				Sau 14 ngày can thiệp			
	Nam		Nữ		Nam		Nữ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đau vai	13	92,9	15	93,8	3	21,4	6	37,5
p	>0,05				>0,05			
Hạn chế vận động	13	92,9	15	93,8	1	7,1	3	18,8
p	>0,05				>0,05			
Sợ lạnh	3	21,4	4	25	0	0	1	6,3
p	>0,05				>0,05			
Lạnh ẩm đau tăng	6	42,9	5	31,3	4	28,6	1	6,3
p	>0,05				>0,05			
Rêu lưỡi trắng dính	6	42,9	5	31,3	1	7,1	0	0
p	>0,05				>0,05			
Mạch phù khăn	3	21,4	6	37,5	0	0	1	6,3
p	>0,05				>0,05			

Nhận xét : Sự cải thiện triệu chứng YHCT tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không liên quan tới giới tính với $p > 0,05$.

3.3.3. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với thời gian mắc bệnh

Bảng 3.17. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và cải thiện VAS, SPADI

$\bar{X} \pm SD$	Cải thiện sau 7 ngày			Cải thiện sau 14 ngày		
Thời gian	< 1 tháng	1 – 3 tháng	> 3 tháng	< 1 tháng	1 – 3 tháng	> 3 tháng
	n=19	n=7	n=4	n=19	n=7	n=4
VAS 100	17,89 ± 2,16	18 ± 2,38	17,5 ± 4,51	32,89 ± 2,45	33,14 ± 3,29	33,75 ± 2,87
p	> 0,05			> 0,05		
SPADI	14,37 ± 2,36	14,43 ± 3,69	15,25 ± 2,36	27,37 ± 4,02	27,57 ± 5,13	28,25 ± 2,22
p	> 0,05			> 0,05		

Nhận xét : Sự cải thiện điểm đau VAS, mức độ đau và chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không liên quan tới thời gian mắc bệnh với $p > 0,05$.

Bảng 3.18. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi

		Sau 7 ngày can thiệp						Sau 14 ngày can thiệp					
		< 1 tháng		1 – 3 tháng		> 3 tháng		< 1 tháng		1 – 3 tháng		> 3 tháng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dạng	Độ 0	2	10,5	1	14,3	1	25	12	63,2	3	42,9	2	50
	Độ 1	11	57,9	2	28,6	2	50	4	21,1	3	42,9	1	25
	Độ 2	3	15,8	3	42,9	1	25	3	15,8	1	14,3	1	25
	Độ 3	3	15,8	1	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0
p		>0,05						>0,05					
Xoay trong	Độ 0	2	10,5	1	14,3	1	25	11	57,9	3	42,9	2	50
	Độ 1	10	52,6	3	42,9	1	25	6	31,6	3	42,9	1	25
	Độ 2	6	31,6	2	28,6	2	50	2	10,5	1	14,3	1	25
	Độ 3	1	5,3	1	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0
p		>0,05						>0,05					
Xoay ngoài	Độ 0	3	15,8	1	14,3	1	25	12	63,2	4	57,1	3	75
	Độ 1	9	47,4	4	57,1	3	75	5	26,3	3	42,9	1	25
	Độ 2	6	31,6	2	28,6	0	0	2	10,5	0	0	0	0
	Độ 3	1	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
p		>0,05						>0,05					

Nhận xét: Sự cải thiện tầm vận động động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài khớp vai tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không liên quan tới thời gian mắc bệnh với $p > 0,05$.

Bảng 3.19. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và cải thiện triệu chứng YHCT

	Sau 7 ngày can thiệp						Sau 14 ngày can thiệp					
	< 1 tháng		1 – 3 tháng		> 3 tháng		< 1 tháng		1 – 3 tháng		> 3 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đau vai	18	94,7	6	85,7	4	100	6	31,6	2	28,6	1	25
p	>0,05						>0,05					
Hạn chế vận động	18	94,7	6	85,7	4	100	3	15,8	1	14,3	0	0
p	>0,05						>0,05					
Sợ lạnh	6	31,6	1	14,3	0	0	1	5,3	0	0	0	0
p	>0,05						>0,05					
Lạnh ẩm đau tăng	5	26,3	4	57,1	2	50	1	5,3	3	42,9	1	25
p	>0,05						>0,05					
Rêu lưỡi trắng dính	6	31,6	3	42,9	2	50	0	0	1	14,3	0	0
p	>0,05						>0,05					
Mạch phù khẩn	4	21,1	3	42,9	2	50	1	5,3	0	0	0	0
p	>0,05						>0,05					

Nhận xét : Sự cải thiện triệu chứng YHCT tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không liên quan tới thời gian mắc bệnh với $p > 0,05$.

3.3.4. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với vị trí đau quanh khớp vai

Bảng 3.20. Liên quan giữa vị trí đau quanh khớp vai và cải thiện VAS, SPADI

$\bar{X} \pm SD$	Cải thiện sau 7 ngày			Cải thiện sau 14 ngày		
Vị trí	Vai phải	Vai trái	Cả 2 vai	Vai phải	Vai trái	Cả 2 vai
	n=18	n=10	n=2	n=18	n=10	n=2
VAS 100	17,83 ± 2,62	18,5 ± 1,65	15,0 ± 4,24	33,11 ± 3,12	33,10 ± 1,91	32,50 ± 0,71
p	> 0,05			> 0,05		
SPADI	14,89 ± 2,32	14,0 ± 3,3	13,5 ± 2,12	27,67 ± 3,48	27,40 ± 5,28	27,00 ± 2,83
p	> 0,05			> 0,05		

Nhận xét : Sự cải thiện điểm đau VAS, mức độ đau và chức năng khớp vai theo thang SPADI tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không liên quan tới vị trí đau quanh khớp vai với $p > 0,05$.

Bảng 3.21. Liên quan giữa vị trí đau quanh khớp vai và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi

		Sau 7 ngày can thiệp						Sau 14 ngày can thiệp					
		Vai phải		Vai trái		Cả 2 vai		Vai phải		Vai trái		Cả 2 vai	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dạng	Độ 0	4	22,2	0	0	0	0	14	77,8	3	30	0	0
	Độ 1	10	55,6	4	40	1	50	2	11,1	5	50	1	50
	Độ 2	2	11,1	4	40	0	0	2	11,1	2	20	1	50
	Độ 3	2	11,1	2	20	1	50	0	0	0	0	0	0
p		>0,05						>0,05					
Xoay trong	Độ 0	4	22,2	0	0	0	0	11	61,1	5	50	0	50
	Độ 1	9	50	5	50	0	0	5	27,8	4	40	1	50
	Độ 2	4	22,2	4	40	2	100	2	11,1	1	10	1	50
	Độ 3	1	5,6	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0
p		>0,05						>0,05					
Xoay ngoài	Độ 0	5	27,8	0	0	0	0	13	72,2	5	50	1	50
	Độ 1	8	44,4	6	60	2	100	4	22,2	4	40	1	50
	Độ 2	4	22,2	4	40	0	0	1	5,6	1	10	0	0
	Độ 3	1	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
p		>0,05						>0,05					

Nhận xét : Sự cải thiện tầm vận động động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài khớp vai tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không liên quan tới vị trí đau quanh khớp vai với $p > 0,05$.

Bảng 3.22. Liên quan giữa vị trí đau quanh khớp vai và cải thiện triệu chứng YHCT

	Sau 7 ngày can thiệp						Sau 14 ngày can thiệp					
	Vai phải		Vai trái		Cả 2 vai		Vai phải		Vai trái		Cả 2 vai	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đau vai	17	94,4	9	90	2	100	3	16,7	5	50	1	50
p	>0,05						>0,05					
Hạn chế vận động	17	94,4	9	90	2	100	2	11,1	2	20	0	0
p	>0,05						>0,05					
Sợ lạnh	3	16,7	4	40	0	0	0	0	1	10	0	0
p	>0,05						>0,05					
Lạnh ẩm đau tăng	6	33,3	4	40	1	50	1	5,6	3	30	1	50
p	>0,05						>0,05					
Rêu lưỡi trắng dính	7	38,9	3	30	1	50	0	0	1	10	0	0
p	>0,05						>0,05					
Mạch phù khản	5	27,8	3	30	1	50	0	0	1	10	0	0
p	>0,05						>0,05					

Nhận xét : Sự cải thiện triệu chứng YHCT tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không liên quan tới vị trí đau quanh khớp vai với $p > 0,05$.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Nhóm tuổi

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, 60 NB tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $61,7 \pm 10,6$ tuổi, người nhỏ nhất là 41 tuổi, lớn nhất là 81 tuổi, trong đó độ tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi, ít gặp nhất là độ tuổi dưới 49, sự khác biệt về phân bố nhóm tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu: Nguyễn Thị Tân (2019) đối tượng mắc VQKV trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $61,87 \pm 10,38$ [51]. Nguyễn Tiến Chung (2025) người bệnh mắc VQKV tại bệnh viện Tuệ Tĩnh tập trung ở độ tuổi từ 50 đến 69 tuổi chiếm 72,9% [52]. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Gallacher (2018) thấy rằng độ tuổi thường mắc VQKV là 55,2 tuổi [53].

Như vậy, tương tự như nhiều bệnh lý cơ xương khớp khác, độ tuổi thường mắc bệnh lý VQKV thể đơn thuần là trung niên và cao tuổi. Cùng với sự tăng dần của tuổi tác thì quá trình lão hóa cũng tăng dần gây ảnh hưởng không nhỏ tới hệ vận động đặc biệt là hệ thống gân cơ, dây chằng, bao khớp, làm giảm sự tưới máu đến khớp vai và tổ chức quanh khớp vai. Ở độ tuổi trên 50, do sự thoái hóa của các gân cơ chóp xoay, kèm thêm các vi chấn thương liên tiếp được tạo ra ở vùng dưới mỏm cùng vai là yếu tố thúc đẩy VQKV thể đơn thuần [17].

Theo lý luận YHCT, sách “Linh khu”, thiên “Niên” viết: “Hai mươi tuổi thì khí huyết thịnh, cơ nhục phát triển, ba mươi tuổi thì ngũ tạng đã phát triển tột bậc, huyết mạch thịnh vượng, cơ nhục săn chắc...”, nói lên sự liên quan giữa tuổi tác với sự phát triển của cơ nhục. Ở người cao tuổi, chức năng của tạng tỳ suy giảm, cơ nhục không được nuôi dưỡng tốt nên teo nhỏ, vận động chậm chạp, mặt khác khí hư, tẩu lý thừa hờ, khả năng chống đỡ với ngoại tà suy giảm nên nếu không chú ý chăm sóc sức khỏe thì rất dễ cảm phải ngoại tà gây bệnh [54]. Như vậy, bước đầu quan sát trong nghiên cứu của chúng tôi về bệnh lý VQKV thể đơn thuần có sự phù hợp với lý luận YHCT.

4.1.2. Giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng mắc bệnh lý VQKV thể đơn thuần thường gặp ở nữ giới chiếm tỷ lệ trên 50% người bệnh tham gia nghiên cứu.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu về tỷ lệ phân bố giới tính ở người bệnh VQKV của các tác giả: Narendran Pushpasekaran (2017) có 72,09% nữ giới mắc bệnh [55]. Nguyễn Hồng Thái (2021) tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 1,5/1 [56]. Wang Shan Jian (2022) thấy tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu chiếm 55,56% [57].

Lý giải điều này theo YHHĐ, do phụ nữ tuổi trung niên, nhất là sau khi mãn kinh, suy giảm nội tiết tố, quá trình lão hóa diễn ra nhanh, mạnh hơn. Trong khi đó, quá trình này diễn ra một cách từ từ ở nam giới. Ngoài ra, tuy phụ nữ ít phải lao động nặng như nam giới, nhưng phụ nữ thường phải làm thêm các công việc nội trợ, việc thực hiện các động tác mang tính lặp lại thường xuyên, khiến cho khớp vai phải vận động liên tục kéo dài, gây ra các vi chấn thương cũng là một yếu tố nguy cơ khiến NB mắc bệnh lý VQKV.

Sách “Nội kinh” có viết: “Con gái 7 tuổi thận khí thịnh răng thay, tóc dài....49 tuổi mạch nhân trống rỗng, mạch thái xung suy yếu, thiên quý khô kiệt, tinh khí suy thiếu, kinh nguyệt hết. Con trai 8 tuổi thận khí sung túc răng thay, lông tóc dài... 56 tuổi thận khí suy, gân yếu, thiên quý kiệt, tinh ít”. Thận tinh, thận khí không ngừng chuyển hóa lẫn nhau. Thận lại chủ cốt tủy, nếu thận tinh hư thiếu, nguồn sinh dưỡng của cốt tủy thiếu hụt, xương cốt yếu mềm, mà ở nữ giới thận khí suy hao sớm hơn nam giới, vậy nên có thể giải thích được phần nào lý do tỷ lệ nữ giới mắc VQKV nhiều hơn nam giới [58].

Tuy nhiên, chênh lệch về tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi chưa phản ánh được tình hình chung về tỷ lệ giới tính liên quan đến bệnh lý VQKV do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ so với yêu cầu của một cuộc điều tra dịch tễ học, cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn sau này để khẳng định kết quả.

4.1.3. Thời gian mắc bệnh

Kết quả bảng 3.2 cho thấy đa số người bệnh trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng, ít gặp nhất là nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng.

Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của : Nguyễn Thị Ngọc Châm (2025) thấy rằng thời gian mắc bệnh VQKV chủ yếu dưới 1 tháng, ít gặp nhất là nhóm trên 3 tháng [45]. Nghiên cứu của Yang Jia Ni (2025) thấy thời gian mắc VQKV trung bình của nhóm NC là $15,10 \pm 9,19$ ngày, nhóm ĐC là $15,43 \pm 7,27$ ngày [59].

Lý giải cho kết quả này, thời gian mắc bệnh được tính từ thời điểm xuất hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi NB đến khám và điều trị tại cơ sở y tế. Thời gian này phụ thuộc nhiều yếu tố như : Tình trạng bệnh lý (mức độ đau, hạn chế vận động, sự ảnh hưởng đến khả năng lao động, sinh hoạt của NB), sự hiểu biết về bệnh, nhận thức về tầm quan trọng của việc chăm sóc sức khỏe của NB, điều kiện gia đình, thời gian, kinh tế. Ngày nay, cùng với sự nâng cao về trình độ dân trí, sự đẩy mạnh truyền thông về giáo dục sức khỏe, người dân có thể tìm hiểu về bệnh tật một cách dễ dàng, nhận thức về tầm quan trọng của việc chăm sóc sức khỏe ngày càng nâng cao. Các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập ngày càng nhiều với chất lượng dịch vụ tốt. Vì vậy người bệnh thường đi khám sớm để điều trị kịp thời. Ngoài ra, trong nghiên cứu này đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh VQKV thể đơn thuần, tương đương người bệnh mắc kiên tý thể kiên thống, đây là giai đoạn đầu của bệnh, nên thời gian mắc bệnh ngắn.

4.1.4. Vị trí đau quanh khớp vai

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, đa số người bệnh tổn thương vai phải là chủ yếu, vai trái chiếm tỷ lệ ít hơn và ít gặp nhất là người bệnh đau cả hai vai.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả : Nguyễn Thị Thu Trang (2025) có 75,8% đối tượng NC tổn thương vai phải [60], Huỳnh Thị Hồng Nhung (2022) đa số người bệnh nghiên cứu tổn thương vai phải chiếm 60% [61]. Nghiên cứu của Yang Jiani, Xiao Yaoyao (2025) thấy tỉ lệ người bệnh tổn thương vai phải và trái là như nhau ở nhóm NC [59].

Theo nghiên cứu thống kê của Yamamoto trên 683 người dân, thấy tỷ lệ rách gân cơ chớp xoay ở tay thuận cao hơn tay không thuận [62]. Hiện nay chưa có nghiên cứu cụ thể nào về mối liên quan giữa tay thuận và tỷ lệ mắc VQKV, dựa vào kết quả trên có thể lý giải do tay thuận vận động nhiều hơn, thực hiện các động tác

cần đến lực hơn, nên khớp vai bên thuận có tốc độ thoái hóa nhanh hơn bên không. Trong thực tế đời sống, số người thuận tay phải nhiều hơn tay trái, vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi đa số người bệnh bị tổn thương vai bên phải. Theo tác giả Hà Hoàng Kiệm, người lao động hoặc học tập có thói quen chống khuỷu tay lên bàn nên thường bị viêm khớp vai bên đó, vì vậy tay không thuận vẫn có khả năng bị tổn thương [17].

4.1.4. Đặc điểm siêu âm khớp vai trước điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số người bệnh có biểu hiện gân giảm âm trên siêu âm. Tỷ lệ người bệnh có dịch khu trú ở khớp vai cao thứ hai trong các đối tượng nghiên cứu. Ít gặp hơn là biểu hiện gân tăng kích thước và không phát hiện tổn thương.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả phù hợp với nghiên cứu của : Đặng Ngọc Tân (2009) thấy đa số NB có gân nhị đầu dày, giảm âm kèm có dịch (78,8%), ít gặp hơn là gân nhị đầu dày, giảm âm và có dịch gân nhị đầu đơn thuần (4,5%) [63].

Kết quả này phù hợp với nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của VQKV. Tổn thương thường gặp nhất trong VQKV thể thông thường là thoái hóa do thiếu dưỡng và viêm gân cơ chóp, biểu hiện trên siêu âm là hình ảnh giảm âm khu trú hoặc lan tỏa, mất cấu trúc sợi gân, tăng độ dày gân. Trong giai đoạn cấp và bán cấp, khi phản ứng viêm đủ lớn xuất hiện tình trạng viêm tăng tiết, siêu âm thấy dịch khu trú khớp vai. Những trường hợp tổn thương nhẹ không phát hiện hình ảnh trên siêu âm [17].

4.1.5. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng YHCT trước điều trị

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tất cả người bệnh đều có triệu chứng đau vai và hạn chế vận động khớp vai. Đa số người bệnh có biểu hiện sợ lạnh, lạnh âm đau tăng, rêu lưỡi trắng dính, mạch phù khắn.

Theo YHCT, chứng kiên tý thể kiên thống có các triệu chứng tương tự VQKV thể đơn thuần. Thể kiên thống do phong, hàn, thấp xâm phạm gây nên khí trệ huyết ứ, kinh mạch không được lưu thông “bất thông tắc thống”, cân cơ không được nuôi dưỡng, kết hợp với đặc điểm 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. Khi gặp các

yếu tố hàn thấp tà là âm tà dễ tổn thương dương khí, làm suy giảm tác dụng ôn âm của cơ thể nên người bệnh có cảm giác sợ lạnh, hàn có tính ngưng trệ, co rút, thấp có tính nặng đục nên khi xâm phạm khiến khí huyết càng trở trệ hơn người bệnh đau tăng, hạn chế vận động hơn và có biểu hiện rêu lưỡi trắng dính. Khi người bệnh đau do hàn chứng ở biểu sẽ có mạch phù khẩn. Vậy nên hầu hết NB đều có các triệu chứng đau, hạn chế vận động, sợ lạnh, lạnh ẩm đau tăng, rêu lưỡi trắng dính, mạch phù khẩn.

4.2. Kết quả bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

4.2.1. Bàn luận về kết quả cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS

Đau là sự đánh giá dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh, trong nghiên cứu này, chúng tôi dựa vào sự đánh dấu của người bệnh trên thước đo VAS 100 mm để đánh giá mức độ đau.

Kết quả bảng 3.3, 3.4 cho thấy : Sau 7 ngày can thiệp, mức độ cải thiện của nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $17,57 \pm 2,93$ mm, $11,90 \pm 1,21$ mm. Sau 14 ngày can thiệp, mức độ đau của nhóm NC là $19,73 \pm 4,46$ mm cải thiện $33,07 \pm 2,63$ mm, mức độ đau của nhóm ĐC là $29,57 \pm 4,63$ mm cải thiện $24,03 \pm 2,25$ mm so với trước can thiệp. Sự khác biệt cải thiện giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê tại 2 thời điểm đánh giá ngày 7, ngày 14 với $p < 0,01$. Sự thay đổi tối thiểu có ý nghĩa lâm sàng về mức độ đau là 13,7 mm trên thang VAS 100 mm [64]. Kết quả này đã chứng minh, sau 14 ngày cả hai nhóm đều có sự cải thiện về mức độ đau, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0,05$.

Kết quả này phù hợp với kết quả của những nghiên cứu trước đây về hiệu quả điều trị VQKV thể đơn thuần : Nghiên cứu của Duan Ruirui (2020) về tác dụng của châm cứu điều trị VQKV thể phong hàn thấp thấy điểm VAS từ $6,76 \pm 1,55$ giảm còn $2,52 \pm 1,405$ sau 2 tuần điều trị [23]. Wang Guanjun (2025) quan sát lâm sàng bài thuốc Hoạt huyết thông lạc trong điều trị VQKV cấp tính thấy điểm VAS giảm từ $5,65 \pm 1,15$ xuống $2,85 \pm 0,40$ sau 2 tuần điều trị [65].

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả giảm đau tương đồng với các nghiên cứu trước đây khi sử dụng bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang : Cao Thạch Tâm

(2023) sử dụng bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp siêu âm điều trị đau cổ gáy cấp thấy rằng trước điều trị có 93,33% người bệnh đau rất nặng, 6,67% đau nặng, sau 15 ngày điều trị có 23,33% hết đau, 60% đau nhẹ [31]. Chen zeng (2023) nghiên cứu về hiệu quả phương pháp lời hỏa cứu kết hợp bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang điều trị bệnh lý rễ thần kinh cổ do phong hàn cho kết quả mức độ đau VAS giảm từ $5,85 \pm 2,13$ xuống $1,75 \pm 0,38$ sau 3 tuần điều trị [66].

Có sự khác biệt do nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thước VAS 100 mm, trong khi đó các tác giả sử dụng thước VAS 10 cm.

Điện xung dòng TENS là phương pháp kích thích các dây thần kinh ngoại biên bằng các truyền dòng điện xung qua bề mặt da, phương pháp được sử dụng rộng rãi để kiểm soát tình trạng đau thông qua cơ chế được giải thích theo thuyết “cổng kiểm soát” do Melzack và Wall đề xuất (1965) dựa trên cấu trúc và chức năng của các đường dẫn truyền thần kinh cảm giác, kích thích của điện xung dòng TENS thông thường được dẫn truyền chủ yếu theo sợi to ($A\alpha$, $A\beta$) làm đóng “cổng kiểm soát” ngăn xung động đau dẫn truyền lên [33], [67]. Trong nghiên cứu này, cả hai nhóm đều sử dụng phương pháp điện xung dòng TENS, nhóm nghiên cứu kết hợp thêm “Khương hoạt thăng thấp thang” có hiệu quả giảm đau rõ hơn nhóm đối chứng, điều này đã chứng minh tác dụng giảm đau của bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang”. Theo YHCT, bài thuốc có 7 vị thuốc: Khương hoạt, Độc hoạt khư phong, trừ thấp, chỉ thống là quân dược; Cảo bản, Phòng phong là thần dược tác dụng giải biểu, tán hàn, thăng thấp, chỉ thống; Xuyên khung, Mạn kinh tử trừ phong, chỉ thống là tá dược; Chích cam thảo là sứ dược có tác dụng hoãn cấp chỉ thống, điều hòa các vị thuốc. Các vị thuốc phối hợp để giải biểu, tán hàn, khư phong, trừ thấp, thông lạc, chỉ thống [32]. Các nghiên cứu YHHĐ cho thấy, vị thuốc Khương hoạt tác dụng chống viêm, giảm đau, hạ sốt, kháng vi-rút, kháng khuẩn, ức chế miễn dịch, cũng như thúc đẩy lưu thông máu, loại bỏ ứ trệ máu, bảo vệ thần kinh [68]. Độc hoạt làm giảm nồng độ các cytokine tiền viêm ($TNF-\alpha$, $IL-1\beta$, $IL-6$), làm giảm đáng kể sự biểu hiện của thụ thể cảm nhận đau và nhiệt trên tế bào thần kinh cảm giác, ức chế đường truyền tín hiệu đau ở mức tế bào thần kinh [69]. Phòng phong làm giảm biểu hiện của các cytokine viêm $IL-6$, $IL-1\beta$, giảm đau, điều hòa

miễn dịch, chống oxy hóa, chống tăng sinh [70][71]. Thảo bản chống viêm, giảm đau, chống melanin, chống oxy hóa, chống ung thư [72]. Xuyên khung có tác dụng lưu thông máu, loại bỏ huyết ứ, chống viêm, chống oxy hóa [73]. Mạn kinh tử có tác dụng giảm đau, chống viêm, chống oxy hóa, chống ung thư [74]. Chiết xuất của cam thảo ức chế các cytokin viêm (TNF- α , IL-6), ức chế COX 2, bảo vệ gan, dạ dày, tim mạch [75], [76]. Bài thuốc có tác dụng tăng cường tuần hoàn máu và vi tuần hoàn, thúc đẩy quá trình trao đổi chất, góp phần tăng cường khả năng tái hấp thu các yếu tố trung gian gây viêm [77].

Nhờ có sự kết hợp của bài thuốc “Khương hoạt thắng thấp thang” và điện xung dòng TENS nên kết quả nhóm NC đã có sự cải thiện rõ rệt triệu chứng đau tốt hơn nhóm ĐC dùng điện xung dòng TENS đơn thuần.

4.2.2. Bàn luận về kết quả cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi

Theo MC Gill – MC Romi, tầm vận động khớp vai ở 3 động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài được chia thành 4 mức độ tăng dần : Độ 0 là khớp vai hoạt động bình thường, độ 1 là hạn chế nhẹ, độ 2 là hạn chế mức độ vừa, độ 3 là hạn chế nặng nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.5 thấy : Trước điều trị, các động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài khớp vai đa phần người bệnh hạn chế ở mức độ 2, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lương Tuấn Vinh (2024), hạn chế động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài độ 2 là chính chiếm tỷ lệ lần lượt là 87,5%, 55%, 85% [78].

Kết quả bảng 3.5, 3.6 cho thấy : Sau 7 và 14 ngày can thiệp, cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt tầm vận động khớp vai ở ba động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0,05$. Sau 14 ngày điều trị, nhóm NC có 56,7%, 53,3% và 63,3% người bệnh hết hạn chế vận động lần lượt các động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài khớp vai, tỷ lệ này ở nhóm ĐC lần lượt là 13,3%, 16,7% và 13,3%.

Chúng tôi nhận thấy kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với nghiên cứu của: Trần Anh Tuấn (2025) đánh giá tác dụng điều trị VQKV của điện châm kết hợp XBBH và phục hồi chức năng thấy rằng sau 14 điều trị có 22,9%, 17,1%, 34,3%

người bệnh hết hạn chế và 77,1%, 62,9%, 60% hạn chế nhẹ các động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài khớp vai [79]. Đào Thị Hương Giang (2025) thấy hiệu quả cải thiện chức năng khớp vai ở người bệnh VQKV thể đơn thuần sau 20 ngày được điều trị bằng điện châm kết hợp siêu âm trị liệu tỷ lệ người bệnh hạn chế độ 0 và độ 1 lần lượt là 16% và 74% ở động tác dạng ; 14% và 68% ở động tác xoay trong ; 28% và 62% ở động tác xoay ngoài [80].

Đối với VQKV thể đơn thuần, nguyên nhân gây hạn chế vận động do triệu chứng đau xuất hiện khi người bệnh thực hiện các động tác của khớp vai chứ không phải do cứng khớp. Khi sử dụng bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” có tác dụng khu phong, tán hàn, thăng thấp, thông lạc, chỉ thống kết hợp điện xung dòng TENS có tác dụng giảm đau, giãn cơ khiến mức độ đau giảm thì tầm vận động khớp vai cũng được cải thiện tốt lên. Sự chênh lệch về kết quả cải thiện tầm vận động khớp vai giữa 2 nhóm là do hiệu quả điều trị của bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang”. Điều này chứng minh rõ rệt hiệu quả hỗ trợ cải thiện tầm vận động khớp vai của bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang”.

4.2.3. Bàn luận về kết quả cải thiện mức độ đau và chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang điểm SPADI, là một trong những công cụ để đánh giá cụ thể và tương đối đầy đủ về chức năng khớp vai. SPADI đơn giản dễ thực hiện, có thể quản lý dễ dàng và hoàn thành nhanh chóng, dựa vào 2 thang điểm chính gồm mức độ đau và mức độ khó khăn khớp vai. Chỉ số SPADI toàn phần là tổng điểm của 2 chỉ số SPADI đau và chỉ số SPADI khó khăn, chỉ số SPADI càng cao thì mức độ giảm chức năng của khớp vai càng nhiều.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm SPADI toàn phần trung bình của nhóm NC trước điều trị là $46,07 \pm 6,14$, nhóm ĐC là $45,90 \pm 3,62$. Sau 7 ngày can thiệp, nhóm NC cải thiện $14,5 \pm 2,64$ điểm, nhóm ĐC cải thiện $7,40 \pm 1,1$ điểm so với trước can thiệp. Sau 14 ngày can thiệp, hiệu suất cải thiện của nhóm NC là $27,53 \pm 4,00$ điểm, và của nhóm ĐC là $15,93 \pm 1,86$ điểm, sự khác biệt cải thiện giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê tại 2 thời điểm đánh giá ngày 7, ngày 14 với $p < 0,01$. Sự thay đổi tối thiểu có ý nghĩa lâm sàng về thang điểm SPADI là 15,4 điểm

[81]. Kết quả nghiên cứu này đã chứng minh sau 14 ngày cả hai nhóm đều có sự cải thiện về mức độ đau và chức năng khớp vai, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của : Nguyễn Ngọc Ánh Trang (2023) đánh giá hiệu quả kết hợp băng dán Kinesio trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần cho kết quả cải thiện điểm SPADI giảm từ $44,83 \pm 10$ xuống $18,81 \pm 8,16$ điểm sau 14 ngày điều trị ở nhóm NC [82]. Đào Thị Hương Giang (2025) thấy hiệu quả cải thiện điểm SPADI toàn phần sau 20 ngày điều trị giảm từ $51,22 \pm 8,47$ xuống $16,75 \pm 6,39$, kết quả này tốt hơn nghiên cứu của chúng tôi, nguyên do thời gian điều trị của chúng tôi ngắn hơn, sử dụng liệu trình 14 ngày [80].

Ở bệnh lý VQKV thể đơn thuần, đau là triệu chứng chính khiến người bệnh đến khám điều trị, và đau cũng là nguyên nhân chính gây hạn chế vận động khớp vai ở người bệnh. Vậy nên khi triệu chứng đau được cải thiện thì tầm vận động khớp vai tăng lên, người bệnh vận động dễ dàng hơn, điểm đau và khó khăn khớp vai giảm đi. Cả hai nhóm đều sử dụng điện xung dòng TENS có tác dụng giảm đau, tăng cường tuần hoàn, dinh dưỡng cơ. Ở nhóm NC người bệnh được sử dụng kết hợp bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông lạc, chỉ thống làm tăng cường công năng giảm đau của phương pháp, nên cải thiện điểm đau và chức năng khớp vai tốt hơn nhóm ĐC.

4.2.4. Bàn luận về kết quả siêu âm khớp vai sau điều trị

Biểu đồ 3.5 cho thấy : Sau 14 ngày điều trị, 53,3% người bệnh có hình ảnh gân giảm âm, dịch khu trú khớp vai ở hai nhóm, 40% người bệnh ở nhóm NC có kết quả siêu âm bình thường, tỷ lệ đó ở nhóm ĐC là 33,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Nguyệt (2022) đánh giá kết quả điều trị viêm gân cơ nhị đầu cánh tay bằng siêu âm trị liệu kết hợp điện xung dòng TENS thấy sau 15 ngày điều trị nhóm NC có 25% kết quả siêu âm bình thường, 81,25% gân dày, giảm âm, tỷ lệ này ở nhóm ĐC lần lượt là 12,5% và 87,5%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm [44].

VQKV thể đơn thuần là viêm không đặc hiệu, thường là hậu quả của quá trình

thiếu dưỡng lâu dài dẫn tới thoái hóa gân cơ nhị đầu, gân cơ chớp xoay. Gân là tổ chức dinh dưỡng kém, chủ yếu dinh dưỡng nhờ thẩm thấu [17]. Điện xung dòng TENS có tác dụng tăng cường dinh dưỡng cơ, khi kết hợp bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang để thông kinh lạc, tăng cường lưu thông khí huyết khiến hiệu quả nuôi dưỡng gân cơ tăng lên, khả năng phục hồi tốt hơn. Tuy nhiên đa số NB trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc độ tuổi trung niên, cao tuổi, các tổn thương gân, cơ, bao khớp đa phần đều có thoái hóa, khả năng phục hồi chậm và thời gian nghiên cứu ngắn ngày nên sự thay đổi trên hình ảnh siêu âm ít, không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Để làm rõ tác dụng của phương pháp trên kết quả siêu âm, cần thời gian nghiên cứu dài hơn.

4.2.5. Bàn luận về kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng YHCT sau điều trị

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, sau 7 ngày can thiệp, triệu chứng sợ lạnh, lạnh ẩm đau tăng ở hai nhóm đều có sự cải thiện. Sau 14 ngày điều trị, cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng YHCT, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0,05$.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cải thiện triệu chứng YHCT tốt hơn Nguyễn Thanh Hà Tuấn (2025) điều trị VQKV thể đơn thuần bằng laser châm kết hợp XBBH, sau 15 ngày thấy 26,7% người bệnh đau tăng khi gặp gió, lạnh, ẩm thấp, 23,3% rêu lưỡi trắng nhớt [83]. Điều này có thể lý giải do phương pháp laser châm và XBBH chủ yếu tác dụng lưu thông khí huyết, giảm đau giãn cơ tại chỗ, ít tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp toàn thân.

Theo YHCT, triệu chứng đau và hạn chế vận động do phong hàn thấp xâm nhập kinh lạc làm cho khí huyết ứ trệ gây đau, kinh mạch không thông sướng, cân cơ thiếu sự nuôi dưỡng lại thêm hàn ngưng huyết ứ gây hạn chế vận động. Nhóm NC sử dụng bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang khu trừ phong hàn thấp, thông lạc, chỉ thống kết hợp điện xung giảm đau, giãn cơ, tăng cường tuần hoàn, dinh dưỡng cơ, phương pháp có tác dụng điều trị tại chỗ và toàn thân phù hợp với cơ chế bệnh sinh của của VQKV thể đơn thuần theo YHHĐ và YHCT. Nhóm NC có kết quả cải thiện tốt hơn nhóm ĐC chỉ sử dụng điện xung đơn thuần, chứng tỏ sự phối hợp của bài thuốc và điện xung nâng cao hiệu quả cải thiện triệu chứng đau, hạn chế

vận động. Các triệu chứng sợ lạnh, lạnh ẩm đầu tăng, rêu lưỡi trắng dính, mạch phù khắn do hàn thấp tà trở trệ kinh lạc, sau 7 ngày điều trị nhóm NC đã có sự cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm ĐC, điều này khẳng định bài thuốc có tác dụng tốt trong điều trị các chứng bệnh do hàn thấp tà xâm nhập trở trệ kinh lạc gây nên.

4.2.6. Tác dụng không mong muốn trong nghiên cứu

- Trong quá trình can thiệp 14 ngày ở nhóm NC không có trường hợp người bệnh nào biểu hiện triệu chứng rối loạn tiêu hóa, dị ứng, buồn nôn, nôn trong quá trình dùng thuốc.

- Không ghi nhận trường hợp nào có biểu hiện dị ứng, mẩn ngứa, điện giật, bỏng trong quá trình thực hiện thủ thuật điện xung.

4.3. Một số yếu tố liên quan kết quả bài thuốc “Khương hoạt thắng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

4.3.1. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với nhóm tuổi

4.3.1.1. Liên quan giữa tuổi và cải thiện VAS, SPADI

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 3 nhóm tuổi (≤ 49 tuổi, 50 – 59 tuổi, ≥ 60 tuổi). Kết quả nghiên cứu cho thấy mức cải thiện điểm VAS và SPADI tại ngày 7, ngày 14 giảm dần theo độ tuổi với $p < 0,05$. Như vậy độ tuổi càng cao thì hiệu quả điều trị giảm đau, cải thiện chức năng khớp vai càng kém, điều này phù hợp với quy luật tự nhiên : NB tuổi càng cao, diễn biến bệnh càng nặng do quá trình lão hóa tăng dần, ảnh hưởng tới hệ vận động đặc biệt là hệ thống gân, cơ, dây chằng, bao khớp [84], [85].

Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Duyên Trang (2013) điều trị người bệnh VQKV thể đơn thuần bằng phương pháp vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu cho tỷ lệ NB đạt kết quả điều trị rất tốt ở nhóm ≤ 50 tuổi là 77,8%, trong khi đó ở nhóm > 50 tuổi là 26,1% [86].

Lý giải về kết quả này, chúng tôi cho rằng tuổi càng cao tốc độ lão hóa càng nhanh, thể chất và khả năng phục hồi của NB càng giảm. Ngoài ra, tình trạng thoái hóa và bệnh lý mạn tính thường gặp ở người lớn tuổi có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

4.3.1.2. Liên quan giữa tuổi và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.12 cho thấy: Sự cải thiện tầm vận động động tác dạng khớp vai ở hai thời điểm ngày 7, ngày 14 có liên quan đến độ tuổi người bệnh $p < 0,05$. Sự cải thiện tầm vận động động tác xoay trong, xoay ngoài khớp vai tại thời điểm đánh giá ngày 14 sau điều trị có liên quan đến độ tuổi người bệnh $p < 0,05$. Lý giải cho điều này, theo YHHĐ ở người tuổi càng cao quá trình lão hóa diễn ra ngày càng nhanh, mạnh, giảm sự tưới máu ở mô cơ, bao khớp có thể làm hạn chế hiệu quả cải thiện tầm vận động khớp vai. Theo YHCT, người cao tuổi thường chính khí cơ thể hư suy, công năng tạng can thận suy kém, khí huyết hư suy hiệu quả thông kinh lạc, hóa ứ chỉ thống kém hơn người trẻ khí huyết sung mãn nên khả năng phục hồi tốt hơn.

Kết quả cho thấy, tuổi tác là yếu tố cần được xem xét khi đánh giá mức độ cải thiện tầm vận động khớp vai, nhất là thời điểm sau 14 ngày điều trị. Việc phối hợp bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang với điện xung mang lại hiệu quả cải thiện toàn diện hơn so với dùng điện xung đơn độc trong điều trị VQKV. Điều này mở ra hướng nghiên cứu trong tương lai như kết hợp thuốc có tác dụng bổ can thận với người cao tuổi bị bệnh lý VQKV để tăng hiệu quả điều trị.

4.3.1.3. Liên quan giữa tuổi và cải thiện triệu chứng YHCT

Kết quả ở bảng 3.13 cho thấy sự khác biệt về mức độ cải thiện các triệu chứng đau vai, hạn chế vận động, sợ lạnh, lạnh ẩm đau tăng, rêu lưỡi trắng dính và mạch phù khắn giữa các nhóm tuổi tại hai thời điểm ngày 7 và ngày 14 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này chứng tỏ rằng hiệu quả điều trị của bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp điện xung không bị ảnh hưởng đáng kể bởi yếu tố tuổi tác.

Theo YHCT, thể bệnh “phong hàn thấp tý” gặp ở mọi lứa tuổi, cơ chế bệnh sinh chủ yếu liên quan đến tà khí phong, hàn, thấp xâm phạm cân mạch, làm khí huyết ứ trệ gây đau và hạn chế vận động. Việc sử dụng Khương hoạt thăng thấp thang với tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc kết hợp cùng

điện xung giúp tăng tuần hoàn, giảm co cứng cơ, cải thiện triệu chứng đau và hạn chế vận động một cách đồng đều ở các nhóm tuổi, giải quyết tình trạng khí trệ huyết ứ ở kinh lạc thuộc thực chứng theo YHCT.

4.3.2. *Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với giới tính*

4.3.2.1. *Liên quan giữa giới tính và cải thiện VAS, SPADI*

Kết quả bảng 3.14 cho thấy tỷ lệ nữ giới mắc VQKV thể đơn thuần nhiều hơn nam giới nhưng lại không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa hai giới trong nghiên cứu này với $p > 0,05$.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lâm Thùy Mai (2023) khi đánh giá hiệu quả kết hợp sóng xung kích trong phục hồi chức năng người bệnh VQKV thể đơn thuần bằng thấy không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa hai giới [87]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Ánh Trang (2023) chỉ ra không có sự khác biệt trong cải thiện điểm VAS và SPADI giữa nam và nữ $p > 0,05$ [82]. Điều này có thể lý giải bởi tác dụng của bài thuốc Khương hoạt thắng thấp thang và điện xung là giảm đau, chống viêm, tăng cường tuần hoàn, dinh dưỡng cơ. Cơ chế này tác động vào cả hai giới nên không có sự khác biệt cải thiện điểm đau và chức năng khớp vai giữa hai giới.

4.3.2.2. *Liên quan giữa giới tính và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi*

Kết quả bảng 3.15 cho thấy, giới tính không ảnh hưởng đến sự cải thiện tầm vận động các động tác dạng, xoay trong và xoay ngoài khớp vai sau điều trị bằng bài thuốc Khương hoạt thắng thấp thang kết hợp điện xung tại cả hai thời điểm đánh giá (ngày 7 và ngày 14).

Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Tuấn Vinh (2024) đánh giá hiệu quả điều trị của cận tam châm kết hợp XBBH trên người bệnh VQKV thể đơn thuần, kết quả điều trị chung dựa vào vào chỉ số đau VAS, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi thấy không có mối liên quan giữa giới tính với hiệu quả điều trị [78]. Lý giải cho điều này, ở người bệnh VQKV thể đơn thuần hạn chế vận động do đau, chưa có hiện tượng cứng khớp, vì vậy khi cơ chế tác dụng của

phương pháp tác động vào cả hai giới có hiệu quả giảm đau, giảm viêm, tăng dinh dưỡng cơ thì tầm vận động sẽ được cải thiện.

4.3.2.3. Liên quan giữa giới tính và cải thiện triệu chứng YHCT

Kết quả nghiên cứu cho thấy giới tính không ảnh hưởng đến hiệu quả cải thiện các triệu chứng YHCT như đau vai, hạn chế vận động, sợ lạnh, lạnh ẩm đau tăng, rêu lưỡi trắng dính, mạch phù khắn ($p > 0,05$).

Lý giải điều này, bệnh sinh của chứng kiên tý thể kiên thông do phong hàn thấp tà nhân khí chính khí hư yếu xâm nhập vào kinh lạc khiến khí huyết không thông mà gây bệnh. Bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp điện xung có tác dụng khu trừ phong hàn thấp, thông kinh lạc, thúc đẩy điều hòa khí huyết, tăng cường dinh dưỡng cân cơ giúp tà khí được trừ, chính khí được phù. Khi chính khí thịnh, tà khí không thể gây bệnh, các triệu chứng YHCT thuyên giảm, cơ chế này phù hợp với lý luận “chính khí tồn nội, tà bất khả can” [20]. Chính khí là khả năng miễn dịch, sức đề kháng của cơ thể chống lại tác nhân gây bệnh, chính khí sung mãn tức là cơ thể khỏe mạnh, âm dương cân bằng, khí huyết điều hòa, tạng phủ vận hành nhịp nhàng, tinh khí thần đầy đủ, sự thịnh suy của chính khí không phụ thuộc vào giới tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng hiệu quả cải thiện triệu chứng YHCT của hai giới là tương đương, điều này phù hợp với bệnh sinh và lý luận YHCT.

4.3.3. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với thời gian mắc bệnh

4.3.3.1. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và cải thiện VAS, SPADI

Kết quả bảng 3.17 cho thấy sự cải thiện điểm đau VAS, mức độ đau và chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không bị ảnh hưởng bởi thời gian mắc bệnh với $p > 0,05$. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lâm Thùy Mai (2023) và Lê Tuấn Vinh (2024) thấy không có mối liên quan giữa yếu tố thời gian mắc bệnh với hiệu quả điều trị [87][78].

Nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của Lê Quang Đạo (2005), thời gian mắc bệnh càng dài thì thời gian điều trị càng phải dài : 100% người bệnh có thời gian mắc bệnh < 1 tuần chỉ cần thời gian điều trị 1 – 2 tuần và

66,7% người bệnh có thời gian mắc bệnh ≥ 2 tháng cần thời gian điều trị trên 4 tuần [88].

Lý giải cho sự khác biệt này, VQKV thể đơn thuần là giai đoạn đầu của bệnh, chưa có biến chứng như teo cơ, dính khớp, vậy nên khi được điều trị đúng hướng tổn thương vẫn còn có khả năng hồi phục tốt, không có sự khác biệt rõ giữa các nhóm thời gian mắc bệnh. Bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang có tác dụng khu phong tán hàn trừ thấp, hành khí hoạt huyết để chỉ thống. Bài thuốc không chỉ có tác dụng “trị tiêu” là giảm đau, mà còn có tác dụng “trị bản” là nguyên nhân gây bệnh. Phương pháp điện xung giúp giảm đau, tăng tuần hoàn tại vùng tổn thương. Vậy nên phương pháp có hiệu quả tương đối ổn định ở các thời điểm khác nhau của bệnh. Tuy nhiên, cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ không thể khái quát hóa cho toàn bộ người bệnh VQKV thể đơn thuần tại Việt Nam, cần thực hiện thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

4.3.3.2. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi

Kết quả bảng 3.18 cho thấy sự cải thiện tầm vận động động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài khớp vai tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không bị ảnh hưởng bởi thời gian mắc bệnh với $p > 0,05$.

VQKV thể đơn thuần đặc trưng bởi triệu chứng đau tại khớp vai và hạn chế vận động do đau, không hạn chế vận động thụ động khớp vai, chưa có tổn thương thực thể nặng hoặc cứng khớp, vì vậy khi được điều trị đúng hướng thì dù thời gian mắc bệnh có khác nhau, cấu trúc quanh khớp vẫn còn khả năng phục hồi tốt.

4.3.3.3. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và cải thiện triệu chứng YHCT

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng sự cải thiện triệu chứng YHCT tại hai thời điểm ngày 7, ngày 14 không bị ảnh hưởng bởi thời gian mắc bệnh với $p > 0,05$.

Lý giải cho kết quả này, VQKV thể đơn thuần thuộc phạm vi chứng kiên tý thể kiên thống, bệnh xuất hiện do vệ khí của cơ thể không đầy đủ, các tà khí như phong, hàn, thấp tà thừa cơ xâm nhập vào bì phu, kinh lạc. Ở thể này tà khí chủ yếu vẫn ở biểu, chưa tổn thương sâu, vì vậy khi sử dụng bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang để khu phong tán hàn trừ thấp, chỉ thống, tác động trực tiếp đến nguyên nhân gây bệnh, kết hợp điện xung để giảm đau, tăng tưới máu vùng bao khớp và

dinh dưỡng cơ. Do đó, dù thời gian mắc bệnh khác nhau, tà khí đều được khu trừ, chỉ thống.

4.3.4. Mối liên quan giữa sự cải thiện điểm VAS, điểm SPADI, tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi và triệu chứng YHCT với vị trí đau quanh khớp vai

4.3.4.1. Liên quan giữa vị trí đau quanh khớp vai và cải thiện VAS, SPADI

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy kết quả cải thiện điểm VAS và điểm SPADI ở nhóm đối tượng người bệnh đau cả hai bên vai ít hơn nhóm người bệnh đau một bên vai, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lâm Thùy Mai (2023) thấy rằng kết quả điều trị không bị ảnh hưởng bởi vị trí vai tổn thương [87]. Lý giải cho kết quả này, bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang có tác dụng trị nguyên nhân gây bệnh, chỉ thống nên dù người bệnh đau một hay hai bên thì hiệu quả giảm đau và cải thiện chức năng khớp vai vẫn được phát huy tương tự. Tuy nhiên do số lượng người bệnh mỗi nhóm không đủ lớn (chỉ có 2 người bệnh tổn thương cả hai bên) để đánh giá chính xác được mối liên quan này, cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định.

4.3.4.2. Liên quan giữa vị trí đau quanh khớp vai và cải thiện tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi

Kết quả bảng 3.21 cho thấy, vị trí đau quanh khớp vai không ảnh hưởng đến sự cải thiện tầm vận động dạng, xoay trong, xoay ngoài khớp vai tại cả hai thời điểm ngày 7, ngày 14 ($p > 0,05$). Lý giải cho điều này, thành phần bài thuốc có vị Khương hoạt là quân dược vào kinh thái dương, sở trường dẫn thuốc đi lên, đuổi phong thấp ở phần trên cơ thể. Độc hoạt, Phòng phong, Cẩu bản hiệp đồng làm tăng tác dụng đuổi phong thấp. Xuyên khung, Mạn kinh tử hoạt huyết, khu phong, chỉ thống. Bài thuốc sắc chuyên trị các chứng phong hàn thấp ở phần trên cơ thể. Ngoài ra dù tổn thương vai phải, vai trái hay cả hai vai thì nguyên nhân cơ chế bệnh sinh và đáp ứng điều trị của cơ thể với phương pháp điều trị đều tương tự. Khi kết hợp bài thuốc với điện xung làm tăng tác dụng giảm đau, chống viêm, giãn cơ, tăng cường tuần hoàn, dinh dưỡng cơ từ đó cải thiện tầm vận động khớp vai mà không liên quan tới vị trí đau quanh khớp vai.

4.3.4.2. *Liên quan giữa vị trí đau quanh khớp vai và cải thiện triệu chứng YHCT*

Vị trí đau quanh khớp vai không ảnh hưởng đến kết quả cải thiện triệu chứng YHCT của phương pháp điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi với $p > 0,05$. Lý giải điều này, vị trí đau (vai phải, vai trái, hai bên) chỉ phản ánh vị trí tà khí khu trú ở khớp vai, không ảnh hưởng đến cơ chế bệnh sinh do phong hàn thấp tà xâm nhập làm khí huyết ứ trệ gây bệnh, khi sử dụng đúng bài thuốc tương ứng với pháp điều trị thu được hiệu quả tương đồng. Ngoài ra cấu tạo giải phẫu, chức năng khớp vai hai bên tương đương, khi sử dụng điện xung có thể tùy chỉnh đặt điện cực ở vị trí đau. Vậy nên khả năng cải thiện triệu chứng YHCT của phương pháp không phụ thuộc vào vị trí đau quanh khớp vai.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 60 người bệnh viêm quanh khớp vai thể đơn thuần điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng 3/2025 đến tháng 8/2025: nhóm nghiên cứu dùng bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung dòng TENS, nhóm đối chứng dùng điện xung dòng TENS đơn thuần, liệu trình can thiệp 14 ngày.

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận sau :

1. Tác dụng bài thuốc “Khương hoạt thăng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

- Bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp điện xung dòng TENS có tác dụng giảm đau rõ rệt, hiệu suất cải thiện điểm đau VAS 100mm là $33,07 \pm 2,63$ mm cao hơn nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

- Bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp điện xung dòng TENS cải thiện tầm vận động chủ động khớp vai ở ba động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài tốt hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

- Bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp điện xung dòng TENS cải thiện điểm SPADI rõ rệt, hiệu suất cải thiện điểm SPADI là $27,53 \pm 4,00$, cao hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

- Bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp điện xung dòng TENS cải thiện triệu chứng YHCT (đau vai, hạn chế vận động, sợ lạnh, lạnh ẩm đau tăng, rêu lưỡi trắng dính, mạch phù khẩn) tốt hơn nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

- Không ghi nhận tác dụng không mong muốn của phương pháp sử dụng bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp điện xung dòng TENS trong suốt quá trình can thiệp 14 ngày.

2. Độ tuổi là yếu tố liên quan đến kết quả cải thiện triệu chứng đau theo thang điểm VAS 100 mm, mức độ đau và chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI, và tầm vận động khớp vai theo Mc Gill – Mc Romi trong quá trình can thiệp 14 ngày ($p < 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin đề xuất khuyến nghị sau :

- Bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp điện xung dòng TENS có hiệu quả giảm đau, cải thiện tầm vận động, chức năng khớp vai ở người bệnh viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. Phương pháp can thiệp an toàn, không có tác dụng phụ trong thời gian nghiên cứu 14 ngày. Phương pháp này có tiềm năng ứng dụng thực tiễn rộng rãi trong lâm sàng, ở các cơ sở điều trị kết hợp y học cổ truyền và vật lý trị liệu đối với người bệnh viêm quanh khớp vai thể đơn thuần (thể phong hàn thấp của YHCT).

- Nhóm tuổi làm ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của phương pháp, tuổi càng cao hiệu quả điều trị càng giảm. Vì vậy, cần quan tâm, lưu ý hơn khi thăm khám, điều trị cho người bệnh lớn tuổi và khuyến khích người bệnh tham gia tích cực chương trình trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Date, L. Rahman (2020)**, “Frozen shoulder: overview of clinical presentation and review of the current evidence base for management strategies”, *Future Sci. OA*, vol.6, no.10.
2. **S. M. Sarasua, S. Floyd, W. C. Bridges (2021)**, “The epidemiology and etiology of adhesive capsulitis in the U.S. Medicare population,” *BMC Musculoskelet. Disord.*, vol. 22, no. 1, p. 828.
3. **C. Hand, K. Clipsham, J. L. Rees (2008)**, “Long-term outcome of frozen shoulder,” *J. Shoulder Elbow Surg.*, vol. 17, no. 2, pp. 231–236.
4. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2009)**, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr 163 – 175.
5. **M. Yasir, A. Goyal, S. Sonthalia (2023)**, “Corticosteroid Adverse Effects,” *StatPearls*. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531462/>
6. **I. Ghlichloo, V. Gerriets (2023)**, “Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs),” *StatPearls*. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>
7. **K. Takeuchi (2012)**, “Pathogenesis of NSAID-induced gastric damage: Importance of cyclooxygenase inhibition and gastric hypermotility”, *World J. Gastroenterol.*, vol 18, no. 18, pp. 2147–2160.
8. **Bộ Y tế (2009)**, “Quyết định về việc ban hành quy trình kỹ thuật y học cổ truyền,” quy trình số 93.
9. **N. Hu et al. (2022)**, “Qianghuo Shengshi decoction exerts anti-inflammatory and analgesic via MAPKs/CREB signaling pathway,” *J. Ethnopharmacol.*, vol. 284, p. 114776.
10. **É. P. Rampazo, R. E. Liebano (2022)**, “Analgesic Effects of Interferential Current Therapy: A Narrative Review,” *Med. Kaunas Lith.*, vol. 58, no. 1, p. 141.
11. **J.L. Senger, H. Power, A. M. Moore (2024)**, “Electrical Stimulation: How It Works and How to Apply It”, *Hand Clin.*, vol. 40, no. 3, pp. 409–420.

12. **Bộ Y tế (2014)**, “*Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng*”, tr 106–109.
13. **Bộ Y tế (2016)**, “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*,” tr 154 – 158.
14. **Phạm Văn Minh (2022)**, *Phục hồi chức năng một số bệnh thường gặp*. Nhà xuất bản Y học, tr 121 – 142.
15. **S. Yang et al (2021)**, “Understanding the physical examination of the shoulder: a narrative review,” *Ann. Palliat. Med.*, vol. 10, no. 2.
16. **Bộ tế (2017)**, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*. Nhà xuất bản Y học, tr 625 – 628.
17. **Hà Hoàng Kiệm (2015)**, *Viêm quanh khớp vai chẩn đoán và điều trị*. Nhà xuất bản thể dục thể thao, tr 85 – 88.
18. **Trường Đại học Y Hà Nội (2016)**, *Bài giảng Y học cổ truyền tập 2 (Dùng cho học viên chuyên khoa định hướng YHCT)*. Nhà xuất bản Y học, tr 203 – 211.
19. **赵颖岚 (2023)**, “肩周炎中医证候研究进展,” *光明中医*, vol. 38(9), pp. 1817–1820.
Zhao Ying Lan (2023), “Triển vọng nghiên cứu chứng hậu của viêm quanh khớp vai theo Y học cổ truyền,” *Tạp chí Y học cổ truyền Quang Minh*, tập 38(9), tr 1817–1820.
20. “*Hoàng đế Nội kinh Tố Vấn*,” Nhà xuất bản Hồng Đức, 2017, tr 202–204, 221.
21. **刘波, 舒文韬, 欧阳松 (2025)**, “杜氏理筋手法结合活血散外敷治疗肩周炎的临床效果观察,” *中国实用医药*, vol. 20(12), : 29–33.
Liu Bo, Shu Wen Tao, Ou Yang Song (2025), “Quan sát hiệu quả lâm sàng của thủ pháp chỉnh cân Đỗ thị kết hợp cao dán Hoạt huyết tán điều trị viêm quanh khớp vai,” *Tạp chí Y dược thực dụng Trung Quốc*, tập 20(12), tr 29 – 33.
22. **孙玮辰 (2020)**, “穴位贴敷配合针刺治疗肩周炎(风寒湿型)的临床观察,” *硕士学位论文*, 长春中医药大学.
Sun Wei Chen (2020), “Quan sát lâm sàng điều trị viêm quanh khớp vai thể phong hàn thấp bằng phương pháp đắp dán huyết vị kết hợp châm cứu,” *Luận văn Thạc sỹ*, Đại học Trung y Trường Xuân.

23. 段瑞瑞 (2020), “傍刺法治疗风寒湿型肩周炎的临床疗效观,” 硕士学位论文, 新疆医科大学.

Duan Rui Rui (2020), “Quan sát lâm sàng về điều trị viêm quanh khớp vai thể phong hàn thấp bằng Bàng châm pháp,” *Luận văn Thạc sỹ*, Đại học Y khoa Tân Cương.

24. 陈秋田, 余莉君, 黄文蝶 (2025), “中医治疗肩周炎的临床研究进展,” *护理学*, vol. 14(10), pp. 1688–1694.

Chen Qiu Tian, She Li Jun, Huang Wen Die (2025), “Tiến bộ trong nghiên cứu lâm sàng điều trị viêm quanh khớp vai bằng Y học cổ truyền Trung Quốc,” *Tạp chí điều dưỡng học*, tập 14(10), tr 1688–1694.

25. **Trần Quốc Bảo (2020)**, *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền và ứng dụng lâm sàng (Dùng cho Sau đại học)*. Nhà xuất bản Y học, tr 661 - 672.

26. **Trường Đại học Y Hà Nội (2017)**, *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, tr 173 – 177.

27. 彭怀仁 (1993), *中医方剂大辞典第5册*. 人民卫生出版社, :761.

Peng Huai Ren (1993), *Trung y phương tễ đại từ điển tập 5*, Nhà xuất bản vệ sinh nhân dân, tr 761.

28. **Bộ Y tế (2017)**, *Dược điển Việt Nam, lần xuất bản thứ 5 tập 2*. Nhà xuất bản Y học, tr 34, 109, 154, 183, 231, 325.

29. 邓中甲 (2012), *方剂学第二版*. 上海科学技术出版社, :224, 225.

Deng Zhong Jia (2012), *Phương tễ học ấn bản thứ 2*. Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật Thượng Hải, tr 224, 225.

30. **Simin Luo et al (2022)**, “Investigating the Molecular Mechanism of Qianghuo Shengshi Decoction in the Treatment of Ankylosing Spondylitis Based on Network Pharmacology and Molecular Docking Analysis,” *Processes*, vol. 10, no. 8, p. 1487.

31. **Cao Thạch Tâm (2023)**, “Đánh giá tác dụng điều trị đau cổ gáy cấp của bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp siêu âm,” *Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam*, tập 51 số 4, tr 21 – 26.

32. 向守娟 (2025), “羌活胜湿汤结合针刺治疗颈型颈椎病疗效观察,” *实用中医药杂志*, vol. 第 41 卷 4 期, pp. 735–737.
Xiang Shou Juan (2025), “Quan sát hiệu quả điều trị bệnh cột sống cổ thể cổ bằng bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp châm cứu,” *Tạp chí Thực dụng Trung y dược*, tập 41, số 4, tr 735 – 737.
33. **Học viện Quân y (2014),** *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng (dùng cho đào tạo sau đại học)*. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr 32 - 44.
34. **C. G. T. Vance, D. L. Dailey, B. A. Rakel (2014),** “Using TENS for pain control: the state of the evidence,” *Pain Manag.*, vol. 4, no. 3, pp. 197–209.
35. **W. W. Peng et al. (2019),** “Neurobiological mechanisms of TENS-induced analgesia,” *NeuroImage*, vol. 195, pp. 396–40.
36. **Cầm Bá Thước, Phạm Văn Minh (2021),** *Điện trị liệu lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, tr 269 – 289.
37. **G. Cheing, E. So, and C. Chao (2008),** “Effectiveness of electroacupuncture and interferential electrotherapy in the management of frozen shoulder,” *J. Rehabil. Med.*, vol. 40, no. 3, pp. 166–17.
38. 赵作义 (2011), “羌活胜湿汤配合针刺、哑铃治疗肩周炎 60 例临床观察,” *中外医疗*, :135.
Zhao Zuo Yi (2011), "Tác dụng của bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp châm cứu và bài tập tạ tay điều trị viêm quanh khớp vai" *Trung ngoại trị liệu*, tr 135.
39. **M. Y. Chen, Qin Qin Pu, Shen Yi Liu (2013),** "Efficacy comparison of different stimulation therapies for periarthritis of shoulder" *Zhongguo Zhenjiu*, pp. 109.
40. **P. Xu, M. Tan, M. Wang (2022),** “Application of Huangqi Guizhi Wuwu Decoction in Orthopaedics and Traumatology,” *Chin. Med. Nat. Prod.*, vol. 02, no. 02, pp. e60–e66
41. **P. Lin et al. (2022),** “Effect of proprioceptive neuromuscular facilitation technique on the treatment of frozen shoulder: a pilot randomized controlled trial,” *BMC Musculoskelet. Disord.*, vol. 23, no. 1, p. 367.

42. **Dương Xuân Phát (2021)**, “Đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc “Thư cân thang” kết hợp điện châm và vận động trị liệu”, *Luận văn Thạc sỹ*, Trường Đại học Y Hà Nội.
43. **Trần Ngọc Nghĩa (2022)**, “Đánh giá tác dụng của viên hoàn cứng quyên tý kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị viêm quanh khớp vai,” *Luận văn Thạc sỹ*, Trường Đại học Y Hà Nội.
44. **Nguyễn Thị Bích Nguyệt (2022)**, “Kết quả điều trị viêm gân cơ nhị đầu cánh tay bằng phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện xung qua da (TENS),” *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, tập 517, tr 157 – 162.
45. **Nguyễn Thị Ngọc Châm (2025)**, “Tác dụng giảm đau trong điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần bằng điện châm kết hợp siêu âm trị liệu” *Tạp chí Y học cộng đồng*, tập 66, tr 237 – 242.
46. **Bộ Quốc phòng (2019)**, *Phục hồi chức năng tại bệnh viện*. Nhà xuất bản Y học, tr 28 – 40.
47. **Boissier.M.C (1992)**, “Painful shouder. Diagmstic orientation,” *Rev. Prat.*, pp. 751 – 754.
48. **H. M. McCormack et al (1988)**, “Clinical applications of visual analogue scales: a critical review,” *Psychol. Med.*, vol. 18, no. 4, pp. 1007 – 1019.
49. **M. Baron and R. Steele (2007)**, “Development of the McGill Range of Motion Index,” *Clin. Orthop.*, vol. 456, pp. 42 – 50.
50. **J. W. Williams, D. R. Holleman, and D. L. Simel (1995)**, “Measuring shoulder function with the Shoulder Pain and Disability Index,” *J. Rheumatol.*, vol. 22, no. 4, pp. 727 – 732.
51. **Nguyễn Thị Tân (2019)**, “Hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng điện châm kết hợp bài thuốc Quyên tý thang”, *Tạp chí Dược học - Trường Đại học dược Huế*, tập 9 số 2, tr 49 – 54.
52. **Nguyễn Tiến Chung (2025)**, “Đặc điểm người bệnh viêm quanh khớp vai tại bệnh viện Tuệ Tĩnh,” *Tạp chí Y học cộng đồng*, tập 66 số 5, tr 179–183.
53. **S. Gallacher et al (2018)**, “A randomized controlled trial of arthroscopic capsular release versus hydrodilatation in the treatment of primary frozen shoulder,” *J. Shoulder Elbow Surg.*, vol. 27, no. 8, pp. 1401 – 1406.

54. **Phạm Vũ Khánh (2009)**, *Lão khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr 38.
55. **N. Pushpasekaran et al (2017)**, “Thawing frozen shoulder by steroid injection: An evaluation and comparative study between a novel three-site injection and single-site injection,” *J. Orthop. Surg.*, vol. 25, no. 1, p. 2309499016684470.
56. **Nguyễn Hồng Thái (2020)**, “Đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng châm huyết điều khẩu thấu thừa sơn tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2020,” *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 503, tr 8 – 14.
57. **王善建 (2022)**, “温针灸结合激痛点推拿疗法治疗肩周炎气滞血瘀证的疗效及对局部症状、肩关节功能及血清 CRP、NO 的影响,” *四川中医*, vol. 第 40 卷第 9 期, pp. 198–201.
- Wang Shan Jian (2022)**, “Hiệu quả điều trị của ôn châm kết hợp xoa bóp kích thống điểm điều trị viêm quanh khớp vai thể khí trệ huyết ú và ảnh hưởng của phương pháp này đối với các triệu chứng tại chỗ, chức năng khớp vai và nồng độ CRP, NO trong huyết thanh”, *Tạp chí Trung y Tứ Xuyên*, tập 40 số 9, tr 198 – 201.
58. **Trường Đại học Y Hà Nội (2018)**, *Nội kinh*. Nhà xuất bản Y học, tr 75.
59. **杨佳妮 (2025)**, “腕踝针联合运动针法治疗肩周炎急性期的 临床观察,” *中国中医急症*, vol. 第 34 卷第 2 期, pp. 283–286.
- Yang Jia Ni (2025)**, Quan sát lâm sàng về điều trị giai đoạn cấp của viêm quanh khớp vai bằng phương pháp Uyển hòa châm kết hợp với châm vận động.” *Tạp chí Cấp cứu Trung y Trung Quốc*, tập 34 số 2, tr 283–286.
60. **Nguyễn Thị Thu Trang (2025)**, “Hiệu quả điều trị phục hồi chức năng trên người bệnh viêm quanh khớp vai thể đơn thuần”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 554 số 1, tr 217–221.
61. **Huỳnh Thị Hồng Nhung (2022)**, “Đánh giá kết quả của bài thuốc Thái Bình HV kết hợp xoa bóp bấm huyết điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần,” *Tạp chí Dược cổ truyền Việt Nam*, tập 44 số 03, tr 42 – 49.

62. **A. Yamamoto et al (2010).**, “Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population,” *J. Shoulder Elbow Surg.*, vol. 19, no. 1, pp. 116–120.
63. **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*, Trường Đại học Y Hà Nội.
64. “Visual Analogue Scale”, Physiopedia. Available: https://www.physio-pedia.com/Visual_Analogue_Scale
65. **王冠军 (2025)**, “活血通络方治疗急性期肩周炎(气血瘀滞证)的临床观察,” *中国中医急症*, vol. 第 34 卷第 4 期, pp. 676–680.
- Wang Guan Jun (2025)**, “Quan sát lâm sàng về điều trị viêm quanh khớp vai giai đoạn cấp (chứng khí huyết ứ trệ) bằng bài thuốc Hoạt huyết thông lạc.” *Tạp chí Cấp cứu Trung y Trung Quốc*, tập 34, số 4, tr 676–680.
66. **陈增 (2023)**, “雷火灸配合羌活胜湿汤治疗风寒痹阻型神经根型颈椎病疗效观察,” *上海针灸杂志*, 第 42 卷第 11 期, pp. 1190–1194.
- Chen Zeng (2023)**, “Quan sát hiệu quả điều trị bệnh lý cột sống cổ có chèn ép rễ thần kinh thể phong hàn tý trở bằng phương pháp Lôi hỏa cứu kết hợp bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang”, *Tạp chí châm cứu Thượng Hải*, tập 42 số 11, tr 1190 – 1194.
67. **Chen P.Y et al (2022)**, “Clinical applications and consideration of interventions of electrotherapy for orthopedic and neurological rehabilitation,” *J. Chin. Med. Assoc.*, vol. 85, no. 1, p. 24.
68. **J. Hu et al (2024)**, “A systematic review of the botany, traditional use, phytochemistry, analytical methods, pharmacological effects and pharmacokinetics of *Notopterygii rhizoma et radix*,” *J. Ethnopharmacol.*, vol. 334, p. 118589
69. **R. Li et al (2017)**, “Analgesic effect of coumarins from *Radix angelicae pubescentis* is mediated by inflammatory factors and TRPV1 in a spared nerve injury model of neuropathic pain,” *J. Ethnopharmacol.*, vol. 195, pp. 81–88.

70. **X. Zhu et al (2021)**, “Metabolomic Investigation of Synergistic Mechanism for Fangfeng Extract Preventing LPS Induced Neuroinflammation in BV-2 Microglia Cells,” *Appl. Sci.*, vol. 11, no. 17, p. 8155.
 71. **J. Kreiner et al (2017)**, “Saposhnikovia divaricata: a phytochemical, pharmacological, and pharmacokinetic review,” *Chin. J. Nat. Med.*, vol. 15, no. 4, pp. 255–264.
 72. **Y. Liu et al (2024)**, “A comprehensive review of the botany, ethnopharmacology, phytochemistry, pharmacology, quality control and other applications of Ligustici Rhizoma et Radix,” *J. Ethnopharmacol.*, vol. 323, p. 117687.
 73. **S. Huang et al (2024)**, “Evaluation of the Pharmaceutical Activities of Chuanxiong, a Key Medicinal Material in Traditional Chinese Medicine,” *Pharmaceuticals*, vol. 17, no. 9, p. 1157.
 74. **X. Meng et al.(2023)**, “Traditional use, phytochemistry and pharmacology of Viticis Fructus,” *Heliyon*, vol. 9, no. 9, p. e19144.
 75. **X. Gao et al (2009)**, “Review of pharmacological effects of Glycyrrhiza radix and its bioactive compounds,” *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi Zhongguo Zhongyao Zazhi China J. Chin. Mater. Medica*, vol. 34, no. 21, pp. 2695–2700.
 76. **S. Wahab et al.(2021)**, “Glycyrrhiza glabra (Licorice): A Comprehensive Review on Its Phytochemistry, Biological Activities, Clinical Evidence and Toxicology,” *Plants*, vol. 10, no. 12, p. 2751.
 77. **孟俊谷 (2025)**, “温针灸联合羌活胜湿汤对风寒痹阻型椎动脉型颈椎病的临床疗效及对血清炎性因子含量的影响,” *内蒙古中医药*, vol. 第 44 卷第 2 期, pp. 100–102.
- Meng Jungu (2025)**, “Hiệu quả lâm sàng và ảnh hưởng đến yếu tố gây viêm của ôn châm kết hợp Khương hoạt thăng thấp thang trong điều trị bệnh lý động mạch cột sống nền do thoái hóa cột sống cổ thể phong hàn tý trở”, *Tạp chí y học cổ truyền Nội Mông* tập 44 số 2, tr 100 – 102.

78. **Lê Tuấn Vinh (2024)**, “Hiệu quả điều trị của cân tam châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần,” *Luận văn Thạc sỹ*, Trường Đại học Y Hà Nội.
79. **Trần Anh Tuấn (2025)**, “Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và phục hồi chức năng điều trị viêm quanh khớp vai”, *Tạp chí Dược cổ truyền Việt Nam*, tập 60 số 02, tr 102 – 109.
80. **Đào Thị Hương Giang, Lại Thanh Hiền (2025)**, “Hiệu quả cải thiện chức năng khớp vai bằng điện châm kết hợp siêu âm trị liệu trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai đơn thuần”, *Tạp chí Y học cộng đồng*, vol 66, số p.h 9, tr 86–91
81. “Shoulder Pain And Disability Index | RehabMeasures Database.” Available: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/shoulder-pain-and-disability-index>
82. **Nguyễn Ngọc Ánh Trang (2024)**, “Đánh giá hiệu quả kết hợp băng dán Kinesio trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần,” *Luận văn Thạc sỹ*, Trường Đại học Y Hà Nội.
83. **Nguyễn Thanh Hà Tuấn (2025)**, “Đánh giá tác dụng của laser châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần”, *Tạp chí Dược học Quân sự*, tập 5, tr 213 – 220.
84. **M. M. McCarthy and J. A. Hannafin (2014)**, “The Mature Athlete,” *Sports Health*, vol. 6, no. 1, pp. 41–48.
85. **K. Y. C. Kwan et al.(2023)**, “Effect of Aging on Tendon Biology, Biomechanics and Implications for Treatment Approaches,” *Int. J. Mol. Sci.*, vol. 24, no. 20, p. 15183.
86. **Vũ Thị Duyên Trang (2013)**, “Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần,” *Luận văn Thạc sỹ*, Trường Đại học Y Hà Nội.
87. **Lâm Thùy Mai (2023)**, “Đánh giá hiệu quả kết hợp sóng xung kích trong phục hồi chức năng bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần,” *Luận văn chuyên khoa cấp II*, Trường Đại học Y Hà Nội.
88. **Lê Quang Đạo (2005)**, “Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai bằng phương pháp vật lý trị liệu,” *Tạp chí Sinh lý học*, tr 42 – 47.

PHỤ LỤC 1

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Kính thưa Ông/ Bà:

Nghiên cứu viên: Học viên Thạc sỹ Đỗ Thanh Hiền

Đơn vị chủ trì: Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

Tôi viết bản thông báo này gửi đến Ông/Bà với mong muốn Ông/Bà tham gia vào khảo sát: **“Đánh giá kết quả bài thuốc “Khương hoạt thắng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh”**

Mẫu thông tin dưới đây dành cho Ông/Bà chấp thuận tham gia nghiên cứu.

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Mục đích nghiên cứu

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là một bệnh khớp gặp khá phổ biến ở nước ta. Nếu không 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 tay bên đau.

Bài thuốc “Khương hoạt thắng thấp thang” có nguồn gốc từ cuốn “Nội ngoại thương biện hoặc luận” của danh y Lý Đông Viên, có tác dụng khu phong trừ thấp, dùng để điều trị các chứng ngoại tà xâm phạm vào cơ biểu kinh lạc gây ra các triệu chứng: Vùng bả vai, cột sống đau, gáy cứng, hoặc đau toàn thân, hoặc thân mình nặng nề, không quay trở được, các triệu chứng trên tương tự VQKV thể đơn thuần.

Điện xung là một phương pháp vật lý trị liệu, đã được chỉ định trong điều trị VQKV.

Trên lâm sàng hiện nay, việc kết hợp nhiều phương pháp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc nhằm nâng cao hiệu quả lâm sàng đã và đang là hướng đi được quan tâm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này để làm sáng tỏ tác dụng của bài thuốc “Khương hoạt thắng thấp thang” kết hợp điện xung điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

2. Tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong 14 ngày.

Đối tượng: Ông/Bà được chẩn đoán, điều trị Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần

tại bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng 03/2025 – 09/2025.

Quá trình thu thập thông tin sẽ ngừng lại ngay nếu Ông/Bà có nhu cầu cần chăm sóc y tế ngay hoặc nhân viên y tế tại khoa điều trị cần tiến hành các công tác thăm khám điều trị cho Ông/Bà.

3. Lợi ích khi tham gia nghiên cứu

Sự tham gia của Ông/Bà góp phần quan trọng vào kết quả của nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của bài thuốc Khương hoạt thăng thấp thang kết hợp điện xung giúp nghiên cứu mang tính khách quan, khoa học hơn, giúp nâng cao hiệu quả điều trị sau này.

Trong quá trình trao đổi, Ông/Bà có thể được tư vấn sức khỏe từ nghiên cứu viên hoặc cộng tác viên nếu cần.

4. Bất lợi khi tham gia nghiên cứu

Ông/Bà sẽ được xử lý theo phác đồ của Bộ y tế trong trường hợp có diễn biến bất lợi. Ngoài những điều nêu trên, không còn tác động nào khác lên Ông/Bà.

5. Người liên hệ

Nếu Ông/bà có bất cứ thắc mắc gì, xin liên hệ với:

Họ và tên: Đỗ Thanh Hiền Số điện thoại: 0339712259

E-mail: dohien2526@gmail.com

6. Sự tự nguyện tham gia

Ông/Bà được quyền tự quyết định, không hề bị ép buộc tham gia. Ông/Bà có thể rút lui ở bất kỳ thời điểm nào mà không bị ảnh hưởng đến điều trị/chăm sóc mà Ông/Bà được hưởng.

7. Tính bảo mật

Họ tên của Ông/Bà được ghi là: Họ, chữ lót và chữ cái đầu của tên.

Ông/Bà không cần cung cấp địa chỉ chi tiết, cách thức liên lạc.

Mọi thông tin Ông/Bà cung cấp chỉ được sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu. Sau khi xử lý, thông tin sẽ công bố dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%), không trình bày dưới dạng cá nhân và không có dấu hiệu nhận dạng.

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

1. Người tham gia nghiên cứu

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây, đã có cơ hội xem xét và đặt câu hỏi về thông tin liên quan đến nội dung trong nghiên cứu này. Tôi đã nói chuyện trực tiếp với nghiên cứu viên và được trả lời thỏa đáng tất cả các câu hỏi. Tôi nhận một bản sao của Bản Thông tin cho người tham gia nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu này. Tôi tự nguyện đồng ý tham gia.

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên:.....Chữ ký:

Ngày tháng năm:

2. Chữ ký của Nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng Ông/Bà tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho Ông/Bà và Ông/Bà đã hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc Ông/Bà khi tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên:.....Chữ ký:

Ngày tháng năm:

PHỤ LỤC 2
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số bệnh án: ☐ Nhóm NC ☐ Nhóm ĐC

I. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân:.....

Tuổi: ≤ 49 ☐ 50 – 59 ☐ ≥ 60 ☐ ; Giới: Nam ☐ Nữ ☐

Địa chỉ:.....

Nghề nghiệp: Lao động trí óc ☐ Lao động chân tay ☐

Ngày vào viện:...../...../..... Ngày ra viện/...../.....

II. LÝ DO VÀO VIỆN

1. Đau khớp vai: Trái ☐ Phải ☐ Hai bên ☐

2. Hạn chế vận động khớp vai: Trái ☐ Phải ☐ Hai bên ☐

3. Triệu chứng khác:

III. TIỀN SỬ

Chấn thương khớp vai: Có ☐ Không ☐

IV. BỆNH SỬ

Thời gian bị bệnh trước khi vào viện:

< 1 tháng ☐ 1 – 3 tháng ☐ > 3 tháng ☐

A. PHẦN YHHĐ

1.Toàn thân:

.....
.....

Dấu hiệu sinh tồn: Mạch: Huyết áp

Nhiệt độ Nhịp thở BMI: (Chiều cao Cân nặng)

2. Bộ phận bị bệnh:

- Đau khớp vai: Trái ☐ Phải ☐ Hai bên ☐

- Hạn chế vận động: Trái ☐ Phải ☐ Hai bên ☐

3. Siêu âm khớp vai

Nhóm Siêu âm khớp vai	D0	D14
Gân tăng kích thước		
Gân giảm âm		
Dịch khu trú ở khớp vai		
Không phát hiện tổn thương		

4. Chẩn đoán YHHD:

B. PHẦN Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Tứ chẩn

Tứ chẩn		D0	D7	D14
Vọng chẩn	Khớp vai không sưng, đỏ			
	Rêu lưỡi trắng dính			
Vấn chẩn	Tiếng nói rõ ràng			
Vấn chẩn	Đau vai			
	Sợ lạnh			
	Lạnh ẩm đau tăng			
Thiết chẩn	Hạn chế vận động			
	Mạch phù khẩn			

2. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Các chỉ số theo dõi	D0	D...	D14
Dị ứng, mẩn ngứa			
Buồn nôn, nôn			
Rối loạn tiêu hóa			
Điện giật			
Bỏng			
Các triệu chứng khác			

C. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

1. Đánh giá mức độ cải thiện đau theo điểm VAS 100mm

Điểm VAS	D0	D7	D14
mm			

2. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo MC Gill – MC Romi

Động tác	D0	D7	D14
Dạng			
Xoay trong			
Xoay ngoài			

3. Đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI

Chỉ số đánh giá	D0	D7	D14
Điểm đau			
Điểm vận động			
Tổng điểm			

Hà Nội, ngày tháng năm

Người làm bệnh án

Đỗ Thanh Hiền

PHỤ LỤC 3

CÁC NGHIỆM PHÁP KHÁM ĐỊNH KHU TỒN THƯƠNG KHỚP VAI

Các nghiệm pháp này dựa trên nguyên tắc làm căng dần gân cơ định thăm khám, nếu viêm gân cơ đó sẽ gây đau ở khớp vai [15], [16], [17].

- Nghiệm pháp Patte – phát hiện tổn thương cơ dưới gai và cơ tròn nhỏ : Khuỷu gấp vào cánh tay 90° , cánh tay ở tư thế dạng 90° , hạ thấp cánh tay và xoay vào trong làm NB đau.

- Nghiệm pháp Gerber – phát hiện tổn thương cơ dưới gai : Đưa tay NB ra sau, mu tay tiếp xúc với lưng, đưa tay NB tách rời dần khỏi lưng (xoay khớp vào trong tối đa), nếu tổn thương cơ dưới gai NB không làm được động tác này.

- Nghiệm pháp Jobe – phát hiện tổn thương gân cơ trên gai : NB dạng tay 90° , ngón cái hướng xuống dưới, đưa cánh tay về trước 30° , hạ thấp dần, NB đau khi có tổn thương.

- Nghiệm pháp Palm – up – phát hiện tổn thương gân dài cơ nhị đầu : NB ngửa bàn tay tư thế 90° bàn tay xoay ngoài, nâng dần cánh tay lên trên có đối kháng, NB đau khi có tổn thương. Ngoài ra trường hợp đứt gân nhị đầu thấy nổi cục vùng cánh tay.

- Nghiệm pháp Neer – phát hiện tổn thương vùng dưới mỏm quạ : Bác sĩ đứng phía sau NB, một tay giữ vùng vai, tay còn lại nâng dần tay cùng bên sẽ gây lực ép vùng mỏm cùng vai, NB đau vùng tổn thương.

- Nghiệm pháp Hawkins – phát hiện tổn thương dây chằng cùng – quạ : Nâng tay NB lên 90° và làm động tác xoay trong bằng cách hạ thấp cánh tay và đưa ra phía ngoài, NB đau vùng dưới mỏm cùng vai.

- Nghiệm pháp Yocum – phát hiện hẹp khoang dưới mỏm cùng : Đặt tay NB lên vai đối diện và nâng khuỷu tay cùng bên lên phía trên (không được cử động khớp vai). Động tác này gây ép vùng dưới mỏm cùng vai giữa dây chằng quạ cùng vai và chỏm xương cánh tay.

PHỤ LỤC 4
ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU THEO THUỐC ĐO VAS 100mm
THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU VAS [48]
(Visual Analogue Scale)

Mức độ đau của BN được đánh giá theo thang điểm VAS bằng thước đo, gồm hai mặt:

- Một mặt chia thành 11 vạch đều nhau tính điểm từ 0 đến 10, có 6 hình tượng quy ước và mô tả ra các mức độ đau để bệnh nhân tự lượng giá theo cảm nhận. Trong đó mức độ đau tăng dần từ 0 đến 10.

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

Hình tượng thứ 2 (tương ứng với 1 – 2 điểm): Đau nhẹ, hầu như bệnh nhân không cảm nhận và nghĩ đến nó, thỉnh thoảng thấy đau nhẹ.

Hình tượng 3 (tương ứng với > 2 – 4 điểm): Đau làm bệnh nhân chú ý, mất tập trung trong công việc, có thể thích ứng với nó.

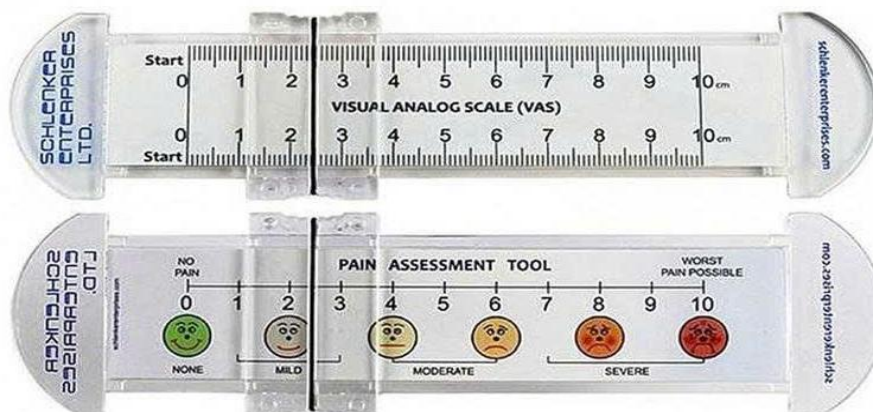
Hình tượng thứ 4 (tương ứng với > 4 – 6 điểm): Đau nhiều, bệnh nhân không thể quên đau sau nhiều phút, nhưng vẫn có thể làm việc được.

Hình tượng thứ 5 (tương ứng > 6 – 8 điểm): Đau nặng, ảnh hưởng đến các giác quan và hạn chế nhiều đến sinh hoạt hằng ngày, ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân

Hình tượng 6 (tương ứng > 8 – 10 điểm) : Đau kinh khủng, bệnh nhân kêu khóc, rên rỉ không kiểm soát được.

- Một mặt của thước chia thành 10 vạch, mỗi vạch cách nhau 10mm, người đánh giá xác định điểm tương ứng với điểm mà bệnh nhân đã chỉ ở mặt trước. Giá trị ghi nhận theo đơn vị mm.

Trước khi đo phải giải thích và mô tả cho bệnh nhân hiểu rõ phương pháp đánh giá cảm giác đau để bệnh nhân tự chỉ ra mức độ đau của mình.



PHỤ LỤC 5
LƯỢNG GIÁ TẦM VẬN ĐỘNG KHỚP VAI THEO MC GILL – MC ROMI
[49]

Động tác	Tầm vận động khớp vai	Mức độ	Điểm quy đổi
Dạng	$> 150^{\circ}$	Độ 0	4
	$101 - 150^{\circ}$	Độ 1	3
	$51 - 100^{\circ}$	Độ 2	2
	$0 - 50^{\circ}$	Độ 3	1
Xoay trong	$> 85^{\circ}$	Độ 0	4
	$61 - 85^{\circ}$	Độ 1	3
	$31 - 60^{\circ}$	Độ 2	2
	$0 - 30^{\circ}$	Độ 3	1
Xoay ngoài	$> 85^{\circ}$	Độ 0	4
	$61 - 85^{\circ}$	Độ 1	3
	$31 - 60^{\circ}$	Độ 2	2
	$0 - 30^{\circ}$	Độ 3	1

PHỤ LỤC 6
THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ ĐAU VÀ VẬN ĐỘNG KHỚP VAI
SHOULDER PAIN and DISABILITY INDEX – SPADI [43]

A. Mức độ đau

Mức độ nghiêm trọng của cơn đau:

Khoanh tròn số phù hợp nhất với mức độ đau của bạn trong đó:

0 = không đau và 10 = đau nhất mà bạn có thể tưởng tượng

Mức độ đau	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Khi nằm về phía đau	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Với một vật trên cao	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Đưa cánh tay vào sau cổ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Đưa cánh tay ra trước	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. Mức độ tàn tật

Khoanh tròn số phù hợp nhất với mức độ khó khăn của bạn trong đó:

0 = không khó và 10 = khó đến mức cần trợ giúp khi thực hiện các hoạt động sau:

Gội đầu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kỳ lưng	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mặc áo chui đầu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mặc áo sơ mi cài cúc	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mặc quần	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Đặt đồ lên kệ cao	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mang vật nặng □ 4,5kg	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lấy đồ ở túi quần sau	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Cách tính điểm

- Tổng điểm đau: $\text{Điểm đau} = \frac{\text{tổng điểm đau}}{50} \times 100$

Nếu một người không trả lời hết các câu hỏi, chia cho tổng số điểm các câu đã trả lời (ví dụ: nếu một câu bỏ qua chia cho 40)

Tổng điểm vận động: $\text{Điểm vận động} = \frac{\text{tổng điểm vận động}}{80} \times 100$

Nếu một người không trả lời hết các câu hỏi, chia cho tổng số điểm các câu đã trả lời (ví dụ: nếu một câu bỏ qua chia cho 70)

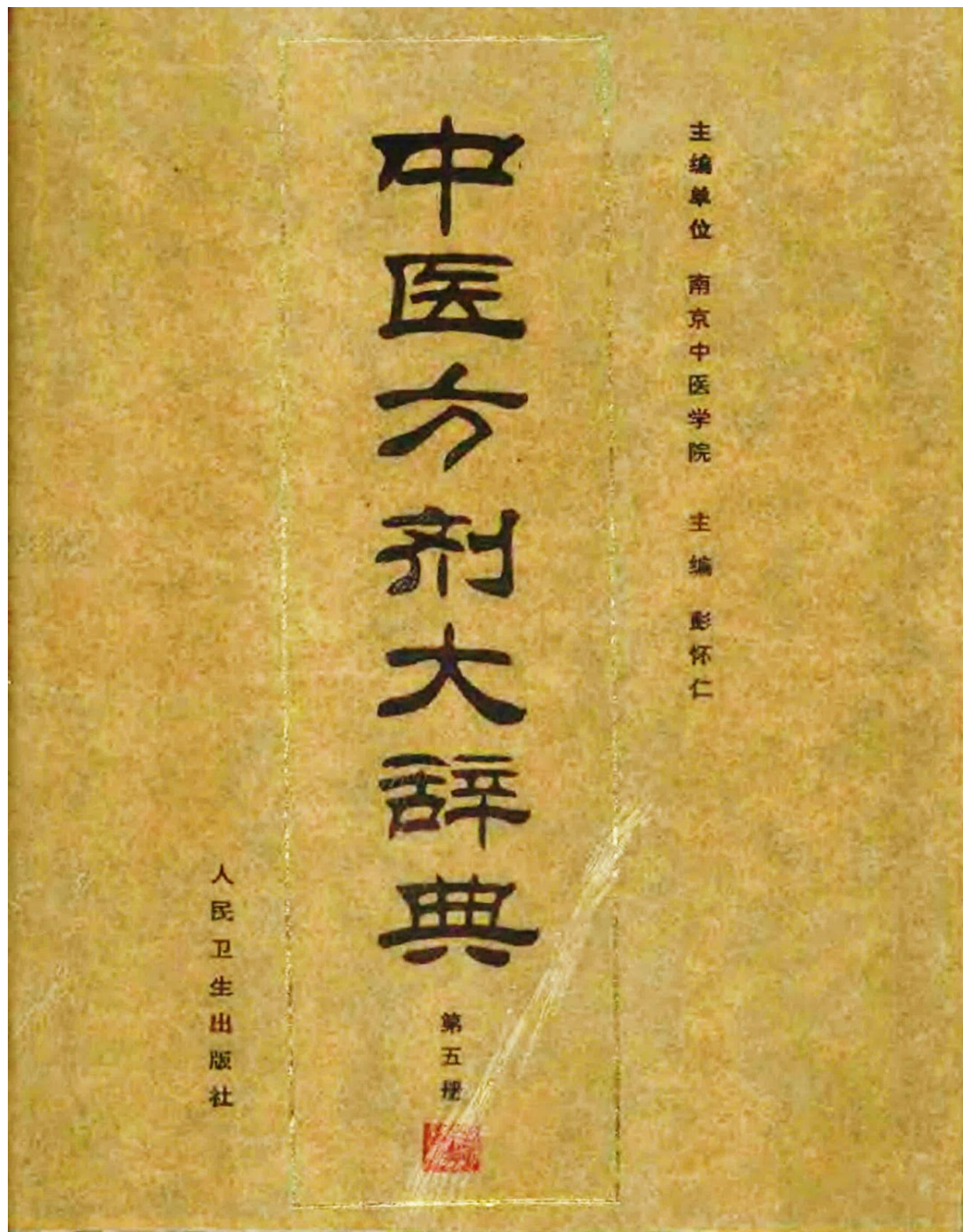
$$\text{Tổng điểm SPADI: } SPADI = \frac{\text{tổng điểm đau} + \text{tổng điểm vận động}}{130} \times 100$$

Nếu một người không trả lời hết các câu hỏi, chia cho tổng số điểm các câu đã trả lời (ví dụ: nếu một câu bỏ qua chia cho 120)

PHỤ LỤC 7
MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG QUÁ TRÌNH NGHIÊN CỨU



PHỤ LỤC 8
TRUNG Y PHƯƠNG TẾ ĐẠI TỪ ĐIỂN



【主治】①《原机启微》：风热不制而风胜，眇多眵膜，紧涩羞明，赤脉贯睛，头痛鼻塞，肿胀涕泪，脑巅沉重，眉骨痠疼，外翳如云雾、丝缕、秤星、螺盖；伤寒愈后之病。②《审视瑶函》：暴风客热风胜目痛。

【加减】生翳者，随翳所见经络加药；翳自内眦而出者，加蔓荆子、苍术；自锐眦而入，客主人斜下者，加龙胆草、藁本，少加人参；自目系而下者，倍柴胡，加黄连；自抵过而上者，加木通、五味子。

【方论选录】夫窍不利者，皆脾胃不足之证。故以白术、枳壳调治胃气为君；羌活、川芎、白芷、独活、防风、前胡诸治风药，皆主升发为臣；桔梗除寒热，薄荷、荆芥清利上焦，甘草和百药为佐；柴胡解热，行少阳厥阴之经，黄芩疗上热，主目中赤肿为使。热服者，热性炎上，令在上散，不令流下也。

44644 羌活胜湿汤

【方源】《内外伤辨》卷中。

【异名】通气防风汤（《医学发明》卷五）、通气防风散（《普济方》卷九十七）、胜湿汤（《医级》卷七）。

【组成】羌活 独活各一钱 藁本 防风 甘草（炙） 川芎各五分 蔓荆子三分

【用法】上咬咀，都作一服。水二盏，煎至一盏，空心食前去滓大温服。

【主治】外伤于湿，郁于太阳，肩背痛，脊痛项强，或一身尽痛，或身重不能转侧，脉浮；邪在少阳、厥阴，卧而多惊。

①《内外伤辨》：手太阳气郁而不行，肩背痛，不可回顾者；足太阳经不通行，脊痛项强，腰似折，项似拔。②《医方考》：外伤于湿，一身尽痛者。③《医宗必读》：邪在少阳、厥阴，卧而多惊。④《金匱翼》：风湿在表，脉浮身重，不能转侧，自汗，或额上多汗。

【加减】如经中有寒湿，身重腰沉沉然，加酒洗汉防己五分，轻者附子五分，重者川乌五分。

【方论选录】①《医方考》：《经》曰：风胜

湿。故用羌、防、藁、独、芎、蔓诸风药以治之，以风药而治湿，如卑湿之地，风行其上，不终日而湿去矣；又曰无窍不入，惟风为能。故凡关节之病，非风药不可。用甘草者，以风药悍燥，用以调之，此之谓有制之兵也。②《医方集解》：此足太阳药也。《经》曰：风能胜湿。如物之湿，风吹则干。羌、独、防、藁、芎、蔓皆风药也，湿气在表，六者辛温升散，又皆解表之药，使湿从汗出，则诸邪散矣。藁本专治太阳寒湿；荆、防善散太阳风湿；二活祛风胜湿，兼通关节；川芎能升厥阴清气，上治头痛；甘草助诸药辛甘发散为阳，气味甘平，发中有补也。

44645 羌活胜湿汤

【方源】《普济方》卷一四七。

【组成】炙甘草三分 黄耆七分 生甘草五分 生黄芩 酒黄芩各三分 人参 羌活 防风 藁本 独活 蔓荆子 川芎各二分 细辛 升麻 柴胡各半钱 薄荷一分

【用法】上作一服。水二大盏，煎至一盏半，入细辛以下轻清四味，再上火煎至一盏，去滓热服。

【功用】去湿泻热。

【主治】真气已亏，胃中火盛，汗出不休；或阴中之阳、阳中之阴俱衰，胃中真气已竭，阴火亦衰，无汗皮燥，甚者湿衰燥旺，四时无汗。

【临证举例】湿热汗出 张耘夫，己酉闰二月尽，天寒阴雨，寒湿相杂，缘官事饮食失节，劳役所伤，病解之后，汗出不止，沾濡数日，恶寒，重添厚衣，心胸间时作烦热，头目昏愤上壅，食少减。此乃胃中阴火炽盛，与外天雨之湿气峻热，两气相合，令湿热大作，汗出不休，兼见风邪。以助东方甲乙之风药去其湿，以甘寒泻其热，羌活胜湿汤主之。一服而止，诸证悉去。

44646 羌活胜湿汤

【方源】《扶寿精方》。

【组成】羌活一钱半 独活一钱半 炙甘

DỊCH TIẾNG VIỆT

44644. Khương hoạt thăng thấp thang

Nguyên phương: Nội ngoại thương biện hoặc luận – Quyền trung

Tên khác: Thông khí phòng phong thang (Y học phát minh – Quyền 5), Thông khí phòng phong tán (Phổ tế phương – Quyền 97), Thăng thấp thang (Y cấp – Quyền 7)

Thành phần: Khương hoạt, Độc hoạt mỗi loại 1 tiền. Cảo bản, Phòng phong, Cam thảo (Chích), Xuyên khung mỗi loại 5 phân. Mạn kinh tử 3 phân.

Cách dùng: cho 2 chén nước sắc cho cạn còn khoảng 1 chén thì lọc bỏ bã. Uống hết 1 lần vào lúc đói trước bữa ăn khi nước thuốc còn ấm.

Chủ trị : ngoại thương do thấp uất ở Thái dương, vùng bả vai, cột sống đau, gáy cứng, hoặc đau toàn thân, hoặc thân mình nặng nề, không quay trở được, mạch phù. Tà ở thiếu dương, quyết âm, nằm ngủ hay mơ giật mình.

(1) “Nội ngoại thương biện”: thủ thái dương khí uất không hành, vai lưng đau, không quay trở được; kinh túc thái dương không thông hành, cột sống đau nhức dữ dội, lưng như bị gãy, gáy như bị kéo ra ngoài. (2) “Y phương khảo”: ngoại thương do thấp, toàn thân đau vô cùng. (3) “Y tông tất độc”: tà ở thiếu dương, quyết âm, nằm hay mơ giật mình. (4) “Kim quỹ dục”: phong thấp ở biểu, mạch phù, thân mình nặng nề, không quay trở được, tự hãn, hoặc mồ hôi trán nhiều.

Gia giảm: nếu hàn thấp ở kinh mạch, thân mình nặng nề, eo lưng nặng mỏi, gia 5 phân Hán phòng kỷ rửa qua rượu, nhẹ thì thêm 5 phân phụ tử, nặng thì thêm 5 phân xuyên ô.

Phương luận tuyển lục: (1) “Y phương khảo”: “Kinh” nói rằng: phong thăng thấp. Dùng các vị thuốc trị phong như: khương hoạt, phòng phong, cảo bản, độc hoạt, xuyên khung, mạn kinh tử, lấy phong dược mà trị thấp, như ở nơi ẩm thấp, phong hành lên trên, không quá ngày mà thấp tự đi; lại nói vô khiếu bất nhập, chỉ phong mới có thể. Các khớp thường xuyên đau, không thể không dùng phong dược. Dùng cam thảo vì phong dược táo mạnh, dùng để điều hòa, hạn chế tác dụng táo của phong dược, đây được gọi là tá dược. (2) “Y phương tập giải”: túc thái dương

được. “Kinh” nói rằng: phong có thể thắng thấp. Như vật bị ướt, sau đó gió thổi khô. Khương hoạt, độc hoạt, phòng phong, cỏ bản, xuyên khung, mạn kinh tử đều là phong dược, thấp khí ở biểu, sáu vị thuốc này tân ôn thăng tán, vừa là thuốc giải biểu, trừ thấp từ việc phát hãn, tất cả để tán tà. Cỏ bản chuyên trị hàn thấp ở thái dương; Mạn kinh tử, phòng phong có tác dụng tốt trong việc tán phong thấp ở thái dương; Nhị hoạt (gồm Độc hoạt và Khương hoạt) trừ phong thăng thấp, thông quan tiết gấp đôi; Xuyên khung có khả năng thăng quyết âm thanh khí, lên trên để trị đau đầu; Cam thảo trợ giúp các vị thuốc trên phát tán vi dương, vị ngọt tính bình, trong phát có bổ.

TRỌNG LƯỢNG THỜI KIM NGUYÊN

1 lạng = 37,03 gram = 10 đồng cân

1 tiền = Hoặc còn gọi là 1 đồng cân

1 đồng cân = 3,73 gram = 10 phân

1 phân = 0,373 gram = 10 ly

PHỤ LỤC 9
CÁC VỊ THUỐC TRONG BÀI THUỐC CỔ PHƯƠNG
“KHƯƠNG HOẠT THẮNG THÁP THANG”

1. Khương hoạt (*Notopterygium incisum* Ting)



Khương hoạt

- Bộ phận dùng: thân rễ và rễ
- Tác dụng dược lý: hạ sốt, giảm đau, chống viêm.
- Tính vị, quy kinh: Vị cay, đắng, tính ấm. Quy kinh bàng quang, can, thận
- Công năng: Tán phong hàn, trừ phong thấp, chỉ thống.
- Chủ trị: Cảm mạo phong hàn (mình đau không có mồ hôi), phong chạy khắp người, mình, chân, tay, các khớp đau nhức nặng nề, thiên về đau ở nửa người trên.
- Liều dùng: Ngày dùng từ 3 g đến 9 g.

2. Độc hoạt (*Radix Angelicae pubescentis*)



Độc hoạt

- Bộ phận dùng: rễ
- Tác dụng dược lý: giảm đau, chống viêm, tác dụng với hệ thần kinh trung ương, giúp tăng cường trí nhớ, sự tập trung và tác dụng với tim mạch, điều trị rối loạn nhịp tim trên thực nghiệm.
- Tính vị, quy kinh: Vị cay, đắng, tính hơi ấm. Quy kinh thận, can, bàng quang
- Công năng: Khu phong, trừ thấp, thông tý, chỉ thống.

- Chủ trị: Phong hàn thấp tý, thất lung và đầu gối đau, thiếu âm phục phong đầu thống, phong hàn hiệp thấp đau đầu.

- Liều dùng: Ngày dùng từ 3 g đến 9 g.

3. **Phòng phong (*Radix Saposhnikoviae divaricatae*)**



Phòng phong

- Bộ phận dùng: rễ

- Tác dụng dược lý: giảm đau, chống viêm, chống oxy hóa, tăng cường hệ thống miễn dịch, ngăn cản quá trình tăng sinh, chống ung thư trên thực nghiệm.

- Tính vị, quy kinh: Vị cay, ngọt, tính ấm. Quy kinh can, phế, vị, bàng quang.

- Công năng: Giải biểu trừ phong hàn, trừ phong thấp, trừ co thắt.

- Chủ trị: Đau đầu do hàn, mày đay, phong thấp tê đau, uôn ván.

- Liều dùng: Ngày dùng từ 5 g đến 12 g.

4. **Xuyên khung (*Ligusticum wallichii*)**



Xuyên khung

- Bộ phận dùng: thân rễ

- Tác dụng dược lý: chống viêm, cải thiện lưu động máu, ức chế tổn thương tế bào nội mô và sự tăng sinh tế bào cơ trơn mạch máu.

- Tính vị, quy kinh: Vị cay, tính ấm. Quy kinh can, đờm, tâm bào.

- Công năng: Hành khí hoạt huyết, trừ phong, giảm đau.

- Chủ trị: Điều kinh, nhức đầu, hoa mắt, cảm mạo phong hàn, phong thấp nhức mỏi, ngực bụng đau tức, nhọt độc sưng đau.

- Liều dùng: Ngày dùng từ 6 g đến 12 g.

5. **Mạn kinh tử (*Fructus Viticis trifoliae*)**



Mạn kinh tử

- Bộ phận dùng: quả

- Tác dụng dược lý: điều trị dị ứng, tác dụng kháng khuẩn, chống tạo mạch, chống tăng sinh, hỗ trợ điều trị ung thư, chống viêm, chống oxy hóa, bảo vệ tế bào gan.

- Tính vị, quy kinh: Vị đắng, cay, tính hơi lạnh. Quy kinh can, phế, bàng quang, vị.

- Công năng: Sơ tán phong nhiệt, khu phong thắng thấp.

- Chủ trị: Cảm mạo, nhức đầu do phong nhiệt, sưng đau răng lợi, đau mắt kèm chảy nhiều nước mắt, hoa mắt, chóng mặt, phong thấp, cân mạch co rút.

- Liều dùng: Ngày dùng từ 5g đến 9g.

6. **Cảo bản (*Ligusticum sinense Oliv.*)**



Cảo bản

- Bộ phận dùng: thân rễ

- Tác dụng dược lý: giảm đau, chống viêm, ức chế co bóp, bảo vệ thần kinh chống lại tình trạng thiếu máu cục bộ và xuất huyết não.

- Tính vị, quy kinh: Vị cay, tính hơi ấm. Quy kinh phế, vị, tỳ.
- Tác dụng: khu phong, táo thấp, chữa ung nhọt.
- Chủ trị: Chữa cảm mạo do lạnh, chứng âm hộ lạnh, sưng đau nhức, nhức đầu, còn dùng gội đầu cho sạch gàu.
- Liều dùng: Ngày dùng từ 3g đến 6g.

7. **Chích cam thảo (*Radix et Rhizoma Glycyrrhizae*)**



Chích cam thảo

- Bộ phận dùng: thân rễ và rễ
- Tác dụng dược lý: tác dụng giải độc, tác dụng như cortison tăng sự tích nước, muối NaCl trong cơ thể gây thủy thũng, đồng thời trị các vết loét trong bộ máy tiêu hóa, tác dụng giảm tiết acid dạ dày, tác dụng tiêu giệt đối với cơ trơn ống tiêu hóa, tác dụng như nội tiết tố sinh dục đối với âm đạo chuột bạch, lợi tiểu, tiêu viêm, chữa táo bón, chống trầm cảm, giảm ho và long đờm, bảo vệ gan và tăng cường trí nhớ.
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, tính bình. Quy kinh tâm, phế, tỳ, vị và thông 12 kinh.
- Tác dụng: Bổ tỳ, ích khí, phục mạch.
- Chủ trị: Tỳ vị hư nhược, mệt mỏi yếu sức, hóa đờm chỉ ho, đánh trống ngực, mạch kết đại (mạch dừn), loạn nhịp tim.
- Liều dùng: Ngày dùng từ 4 g đến 12 g.