

**SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BẮC NINH**

PHẠM TRƯỜNG BA

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP
ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP CỨU TRONG ĐIỀU TRỊ
VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN
TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BẮC NINH
NĂM 2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

BẮC NINH - NĂM 2026

SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BẮC NINH

PHẠM TRƯỜNG BA

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP
ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP CỨU TRONG ĐIỀU TRỊ
VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN
TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BẮC NINH
NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: BSCKI. Phạm Trường Ba

MỤC LỤC

MỤC LỤC.....	3
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT.....	7
DANH MỤC BẢNG.....	8
DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....	9
DANH MỤC HÌNH ẢNH.....	9
DANH MỤC SƠ ĐỒ.....	9
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1.....	3
TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Viêm quanh khớp vai theo y học hiện đại.....	3
1.1.1. Định nghĩa.....	3
1.1.2. Nguyên nhân.....	4
1.1.3. Cơ chế bệnh sinh.....	4
1.1.4. Chẩn đoán các thể bệnh lâm sàng viêm quanh khớp vai.....	6
1.1.5. Điều trị.....	12
1.2. Viêm quanh khớp vai theo y học cổ truyền.....	15
1.2.1. Bệnh danh.....	15
1.2.2. Bệnh nguyên bệnh cơ.....	16
1.2.3. Phân thể bệnh và điều trị.....	16
1.3. Tổng quan về phương pháp can thiệp.....	18
1.3.1. Điện châm.....	18
1.3.2. Cận tam châm.....	21
1.3.3. Tổng quan về phương pháp Cứu.....	27
1.4. Một số nghiên cứu về viêm quanh khớp vai.....	29

1.4.1. Các nghiên cứu trên thế giới.....	29
1.4.2. Các nghiên cứu trong nước.....	30
1.5. Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu.....	31
CHƯƠNG 2.....	33
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	33
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	33
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	33
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	34
2.2. Thời gian và địa điểm và nghiên cứu.....	34
2.3. Thiết kế.....	34
2.4. Cỡ mẫu.....	34
2.5. Phương pháp chọn mẫu.....	35
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	35
2.6.1. Thu thập số liệu.....	35
2.6.2. Chất liệu nghiên cứu.....	35
2.6.3. Phương tiện nghiên cứu.....	35
2.6.4. Quy trình nghiên cứu.....	35
2.4.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu.....	36
2.8. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả.....	38
2.9. Xử lý số liệu.....	41
2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....	41
2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số.....	42
CHƯƠNG 3.....	43
DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	43

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	43
3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	43
3.1.3. Đặc điểm trên cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu	44
3.2. Kết quả điều trị viêm quanh khớp vai.....	45
3.2.1. Hiệu quả điều trị.....	45
3.1.2. Kết quả điều trị điều trị.....	45
3.1.2. Kết quả điều trị điều trị.....	46
3.2.2. Tác dụng không mong muốn.....	48
3.3. Khảo sát một số yếu tố liên quan tới hiệu quả điều trị.....	49
3.3.1. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị.....	49
3.3.3. Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị.....	50
3.3.4. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị.....	50
3.3.5. Mối liên quan giữa mức độ đau và kết quả điều trị.....	51
CHƯƠNG 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN.....	52
DỰ KIẾN KẾT LUẬN.....	53
DỰ KIẾN KHUYẾN NGHỊ.....	54
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	55
DANH MỤC PHỤ LỤC.....	57
PHỤ LỤC 1. BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU.....	58
PHỤ LỤC 2. CÁC HUYỆT SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU.....	63
PHỤ LỤC 3. QUY TRÌNH ĐIỆN CHÂM.....	68
PHỤ LỤC 4. THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU VAS.....	71
(VISUAL ANALOGUE SCALE).....	71
PHỤ LỤC 5.....	73
CÁC NGHIỆM PHÁP GIÚP PHÁT HIỆN GÂN TỒN THƯƠNG.....	73

PHỤ LỤC 6. ĐÁNH GIÁ TẦM VẬN ĐỘNG KHỚP VAI THEO PHƯƠNG PHÁP ZERO	75
Tầm vận.....	75
PHỤ LỤC 7. ĐÁNH GIÁ TẦM VẬN ĐỘNG KHỚP VAI THEO MCGILL – MC ROMI.....	76
PHỤ LỤC 8. BẢNG ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG KHỚP VAI THEO CONSTANT C.R VÀ MURLEY A.H.G 1987.....	77

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

NSAIDs	Non-Steroidal Inflammatory Drugs	Anti- steroid	Thuốc chống viêm không steroid
VAS	Visual Analogue Scale		Thang đo thị giác đánh giá đau
YHĐ			Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Biến số đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	38
Bảng 2.2. Biến số theo kết quả nghiên cứu.....	38
Bảng 2.3. Biến số một số yếu tố liên quan đến kết quả nghiên cứu.....	39
Bảng 3.1: Phân bố theo tuổi.....	44
Bảng 3.2: Phân bố theo giới tính.....	44
Bảng 3.3: Phân bố theo nghề nghiệp.....	45
Bảng 3.4. Phân bố theo thời gian mắc bệnh.....	45
Bảng 3.5. Đặc điểm đau theo VAS và tầm vận động khớp vai của bệnh nhân trước điều trị.....	45
Bảng 3. 6. Đặc điểm tổn thương gân cơ khớp vai trên siêu âm.....	46
Bảng 3. 7. Tầm vận động dạng khớp vai trung bình trước và sau điều trị.....	47
Bảng 3. 8. Tầm vận động xoay trong khớp vai trung bình.....	47
trước và sau điều trị.....	47
Bảng 3. 9. Tầm vận động xoay ngoài khớp vai trung bình.....	47
trước và sau điều trị.....	47
Bảng 3.10. Hiệu quả cải thiện tổng điểm Constant C.R và Murley trung bình sau điều trị.....	48
Bảng 3.11. Kết quả điều trị.....	48
Bảng 3. 12. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	48
Bảng 3.13. Môi liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị.....	49
Bảng 3.14. Môi liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị.....	49
Bảng 3.15. Môi liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị.....	50
Bảng 3.16. Môi liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị.....	50
Bảng 3.17. Môi liên quan giữa mức độ đau và kết quả điều trị.....	51

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3. 1. Hiệu quả cải thiện điểm VAS trung bình sau điều trị.....	46
--	----

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1. 1. Hình ảnh viêm quanh khớp vai.....	4
Hình 1. 2. Hình ảnh viêm quanh khớp vai đơn thuần trên siêu âm.....	8
Hình 1. 3. Hình ảnh vôi hóa gân cơ trên gai.....	9
Hình 1. 4. Hình ảnh rách gân cơ trên gai.....	10
Hình 1. 5. Hình ảnh dây chằng mỏ quạ cánh tay dày lên trên cộng hưởng từ.....	11
Hình 2. 1. Thước đánh giá đau nhìn hình đồng dạng VAS.....	39

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2. 1. Sơ đồ nghiên cứu.....	33
-----------------------------------	----

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai là một phản ứng viêm đặc hiệu vô trùng do tổn thương hoặc thoái hóa mãn tính kéo dài của bao khớp quanh khớp vai và các gân, cơ, dây chằng cùng các mô mềm khác xung quanh [1]. Tại Việt Nam, bệnh chiếm 13% các bệnh lý phần mềm cạnh khớp [2].

Viêm quanh khớp vai có tỷ lệ mắc hàng năm khoảng 3% đến 5% dân số nói chung. Bệnh phổ biến nhất ở những người trong độ tuổi từ 40 đến 60, phụ nữ thường bị ảnh hưởng nhiều hơn nam giới. Viêm quanh khớp vai thường được coi là một bệnh tự giới hạn, thường khỏi trong vòng 1–4 năm. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng khoảng 20% đến 50% bệnh nhân có thể tiếp tục phát triển các triệu chứng kéo dài hơn [3]. Tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bắc Ninh năm 2025, tổng số bệnh nhân có chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần phải nhập viện điều trị là 276 bệnh nhân.

Y học hiện đại điều trị viêm quanh khớp vai tập trung vào giảm triệu chứng (giảm đau và phục hồi vận động/chức năng), quản lý không phẫu thuật là lựa chọn điều trị ban đầu. Các phương pháp bao gồm: giáo dục bệnh nhân, vật lý trị liệu, dược lý (Nsaid, corticoid,...), nong giãn bao khớp, liệu pháp sóng xung kích, phẫu thuật,... [4]. Tuy nhiên, các phương pháp điều trị này không phải lúc nào cũng mang lại hiệu quả giảm đau, có thể không giải quyết được tất cả các triệu chứng và không thể đảm bảo lợi ích lâu dài cho tất cả bệnh nhân [5].

Theo y học cổ truyền, viêm quanh khớp vai thuộc phạm trù chứng “Kiên tý”. Y học cổ truyền có nhiều phương pháp điều trị viêm quanh khớp vai như dùng thuốc thang, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, cứu ngải,... [6], [7]. Hiện nay, xu thế kết hợp các phương pháp điều trị nhằm rút ngắn thời gian điều trị, hạn chế tiến triển nặng và tái phát đang được nhiều đơn vị y tế áp dụng.

Điện châm và cứu ngải là hai phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị viêm quanh khớp vai [8]. Cận tam châm là một kỹ thuật châm cứu do Giáo sư Cận Thụy, Trường Đại học Trung Y Dược Quảng Châu (Trung Quốc) nghiên cứu, xây dựng và phát triển. Hiện nay, phương pháp này được áp dụng rộng rãi trong lâm sàng tại Trung Quốc. Tại Việt Nam các công trình nghiên cứu đánh giá tác dụng của Điện châm kết hợp Cận tam châm cũng như kết hợp các phương pháp khác trong điều trị bệnh lý thoái hóa cột sống cổ còn hạn chế. Tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bắc Ninh, chúng tôi đã áp dụng phương pháp kết hợp này đem lại hiệu quả, tuy nhiên chưa có công trình nghiên cứu khoa học về sự kết hợp này trong điều trị viêm quanh khớp vai. Vì vậy, nhóm nghiên cứu chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp cứu trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại bệnh viện y học cổ truyền Bắc Ninh năm 2026” với hai mục tiêu:

- 1. Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp cứu trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại bệnh viện y học cổ truyền Bắc Ninh năm 2026*
- 2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của phương pháp can thiệp.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Viêm quanh khớp vai theo y học hiện đại

1.1.1. Định nghĩa

Viêm quanh khớp vai là khái niệm dùng để chỉ các tình trạng đau và viêm vùng khớp vai do tổn thương các cấu trúc phần mềm bao quanh khớp như gân, cơ, dây chằng, bao hoạt dịch và bao khớp, trong khi sụn khớp và xương khớp vai không bị tổn thương, đồng thời không liên quan đến nguyên nhân nhiễm khuẩn. Biểu hiện lâm sàng điển hình là đau vùng vai, có thể kèm theo hoặc không kèm theo hạn chế tầm vận động khớp vai. Thuật ngữ này không áp dụng cho các bệnh lý có tổn thương đặc hiệu tại đầu xương, sụn khớp, màng hoạt dịch, các thể viêm khớp thực sự hay các trường hợp chấn thương [2].

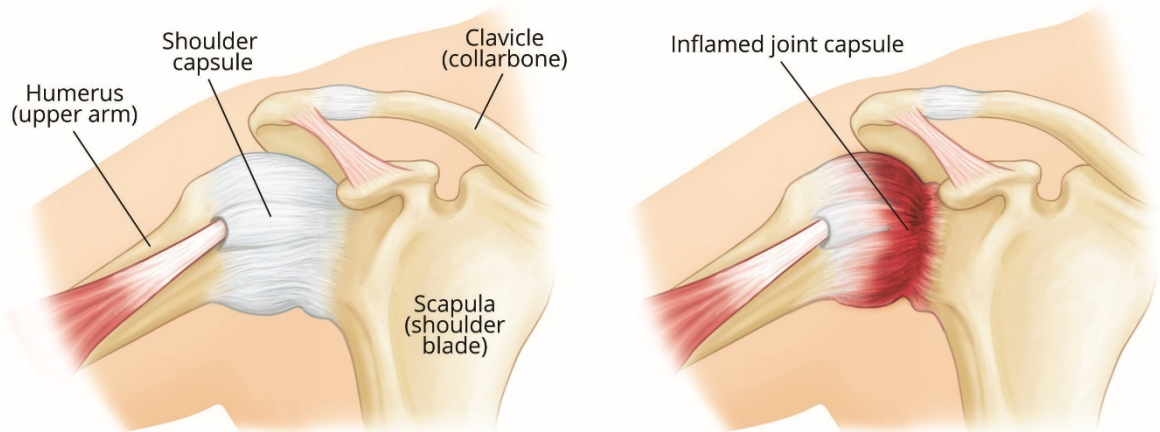
Viêm quanh khớp vai thường được mô tả là tiến triển qua bốn giai đoạn khác nhau [2]:

- + Giai đoạn đầu tiên được gọi là giai đoạn đau, trong đó bệnh nhân sẽ bị đau vai lan tỏa, nghiêm trọng và gây tàn tật, nặng hơn vào ban đêm. Trong giai đoạn đầu này, phạm vi chuyển động được bảo tồn và cơn đau được cho là do viêm màng hoạt dịch gây ra.

- + Giai đoạn tiếp theo của quá trình bệnh được đặc trưng bởi tình trạng cứng khớp tăng dần trong 2–9 tháng tiếp theo.

- + Giai đoạn thứ ba được mô tả là mất khả năng vận động khớp vai toàn bộ và tiến triển trong khi cơn đau dần dần giảm rõ rệt. Giai đoạn này thường kéo dài 2–4 tháng.

- + Giai đoạn thứ tư và cuối cùng được mô tả là giai đoạn phục hồi với sự trở lại dần dần của tầm vận động mất từ 5–14 tháng để hoàn thành.



Hình 1. 1. Hình ảnh viêm quanh khớp vai

1.1.2. Nguyên nhân

- Thoái hóa gân theo tuổi, thường gặp ở người trên 50 tuổi.
- Lao động nặng, động tác lặp lại gây tổn thương gân quanh khớp vai.
- Vận động quá mức hoặc chơi thể thao thường xuyên với động tác đưa tay cao quá vai.
- Chấn thương vùng vai do tai nạn hoặc ngã.
- Một số bệnh lý toàn thân và yếu tố liên quan như tim mạch, hô hấp, đái tháo đường, ung thư vú, bệnh thần kinh, dùng thuốc an thần kéo dài [1].

1.1.3. Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế bệnh sinh của viêm quanh khớp vai là một quá trình bệnh lý phức tạp, bao gồm sự tương tác giữa viêm và xơ hóa trong bao khớp vai. Mặc dù căn nguyên chính xác chưa được xác định rõ, các nghiên cứu mô học và phân tử đã cho thấy những biến đổi đặc trưng trong tiến trình bệnh:

1.1.3.1. Quá trình xơ hóa mô

- Đặc điểm mô học:
 - + Viêm quanh khớp vai đặc trưng bởi tăng sinh xơ mô sợi tại bao khớp vai, biểu hiện bằng dày bao khớp glenohumeral và co rút xơ hóa.

+ Trong quá trình này, nguyên bào sợi tăng sinh mạnh, sản xuất collagen typ I và III, và biệt hóa thành nguyên bào cơ sợi - dấu hiệu đặc trưng của tình trạng xơ hóa.

+ Tổn thương tập trung tại khoảng xoay (rotator interval), dây chằng quạ-cánh và túi nách (axillary pouch), dẫn đến giảm thể tích khoang khớp và hạn chế vận động.

- Vai trò của collagen và chất nền ngoại bào:

+ Bao khớp vai cho thấy tăng tổng hợp collagen, đặc biệt là collagen type III - dạng collagen non, sắp xếp kém tổ chức.

+ Sự mất cân bằng giữa metalloproteinase và chất ức chế metalloproteinase làm rối loạn quá trình tái cấu trúc collagen và chất nền ngoại bào, thúc đẩy xơ hóa tiến triển.

1.1.3.2. Giai đoạn viêm

Quá trình xơ hóa thường được khởi phát hoặc đi kèm bởi viêm mạn tính chưa được giải quyết.

- Tế bào viêm và cytokine:

+ Sinh thiết mô cho thấy viêm màng hoạt dịch tăng sinh mạch với sự thâm nhiễm của tế bào B, đại thực bào, tế bào mast và tế bào T.

+ Các cytokine và yếu tố tăng trưởng được tăng biểu hiện gồm:

* *TGF- β* (*Transforming Growth Factor- β*): kích thích tăng sinh nguyên bào sợi, tổng hợp collagen và chất nền ngoại bào, biệt hóa thành myofibroblast.

* *IL-6, IL-1 β , IL-1 α , TNF- α* : gây phản ứng viêm mạn, tăng sinh mạch và thúc đẩy xơ hóa.

* *IL-17A*: do tế bào T tiết ra, tăng cường phản ứng viêm và tăng sinh sợi mạnh hơn ở mô bệnh so với mô bình thường.

* *Yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu (Vascular Endothelial Growth Factor)*: thúc đẩy tân tạo mạch máu, góp phần duy trì viêm.

- Viêm liên quan đến đái tháo đường:

- + Đái tháo đường là yếu tố nguy cơ mạnh nhất của viêm quanh khớp vai.
- + Tăng đường huyết mạn tính gây hình thành sản phẩm glycat hóa cuối cùng (Advanced Glycation End-products – AGEs), làm tăng độ cứng mô liên kết do phản ứng oxy hóa không enzyme giữa glucose và collagen.
- + Sản phẩm glycat hóa cuối cùng còn kích hoạt phản ứng viêm, gây mất cân bằng tái tạo collagen và chất nền ngoại bào.
- + Ngoài ra, acid béo tự do do tế bào mỡ tiết ra cũng thúc đẩy sản xuất các chất trung gian viêm, làm trầm trọng thêm quá trình xơ hóa.

1.1.3.3. Biến đổi thần kinh và mạch máu (Neural and Vascular Changes)

Mô bao khớp cho thấy tăng sinh mạch máu và thần kinh – cơ chế góp phần gây đau đặc trưng [3].

- Tân tạo mạch: Tăng sinh mạch rõ ở vùng khoảng xoay, do yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu tăng biểu hiện.
- Tân tạo thần kinh: Song hành cùng quá trình tăng sinh mạch, có liên quan đến thụ thể yếu tố tăng trưởng thần kinh p75 (NGF-p75).
- Sự tăng biểu hiện của sản phẩm glycat hóa cuối cùng, peptit liên quan gen calcitonin (CGRP-calcitonin gene-related peptide) và substance P gây tăng cảm đau (hyperalgesia) và đau về đêm - triệu chứng đặc trưng trung của viêm quanh khớp vai. peptit liên quan gen calcitonin được xem là cầu nối giữa hệ thần kinh và hệ miễn dịch trong cơ chế bệnh sinh [3], [4].

1.1.4. Chẩn đoán các thể bệnh lâm sàng viêm quanh khớp vai

1.1.4.1. Thể viêm quanh khớp vai đơn thuần (Thể viêm gân)

Nguyên nhân: Tổn thương chủ yếu là tình trạng viêm của một hoặc nhiều gân thuộc chóp xoay, trong đó phần lớn trường hợp (95%) liên quan đến gân cơ trên gai, thường do tình trạng cọ xát tại khoang dưới mỏm cùng, đặc biệt dưới dây chằng cùng – quạ, viêm gân bó dài cơ nhị đầu ít gặp hơn [1].

Lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng: Đau vai mức độ nhẹ đến vừa, đau kéo dài, tăng

khi vận động. Vận động chủ động bị hạn chế trong khi vận động thụ động vẫn còn có thể làm được.

- Triệu chứng thực thể: Biểu hiện phụ thuộc vào vị trí gân bị tổn thương:

+ Viêm gân cơ trên gai: Đau vùng dưới hoặc trước mỏm cùng vai, đau tăng khi dạng tay có đối kháng; nghiệm pháp Jobe dương tính.

+ Viêm gân dưới gai: Đau vùng sau – ngoài mỏm cùng, tăng khi quay ngoài có đối kháng; nghiệm pháp Patte dương tính.

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

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

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

+ Tổn thương cơ dưới vai: Hạn chế các động tác tay – gáy, tay – lưng; nghiệm pháp Gerber dương tính.

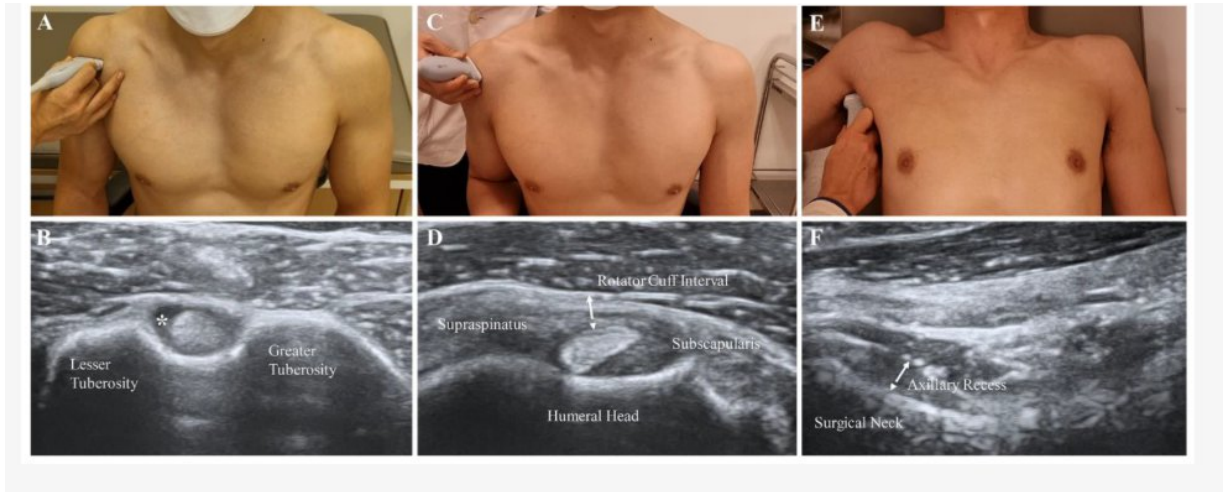
- Tiến triển: Đau vai đơn thuần có thể hồi phục hoàn toàn sau điều trị hoặc tự cải thiện sau vài tuần đến vài tháng. Tuy nhiên, bệnh có khả năng tái phát; một số trường hợp tiến triển thành đau vai cấp, cứng khớp vai, và hiếm gặp hơn là đứt gân.

Cận lâm sàng:

- *Chụp X-quang quy ước khớp vai*: Phần lớn không thấy bất thường; đôi khi ghi nhận hình ảnh đặc xương máu động lớn hoặc vôi hóa gân.

- *Siêu âm*: Là phương tiện thăm dò không xâm lấn, có giá trị cao trong phát hiện tổn thương phần mềm quanh khớp vai. Siêu âm cho phép đánh giá gân chóp xoay, gân cơ nhị đầu, bao hoạt dịch dưới mỏm cùng, bao khớp và bao hoạt dịch khớp ổ chảo – cánh tay; có thể thực hiện lặp lại để theo dõi tiến triển. Trong các trường hợp tổn thương nhẹ, hình ảnh siêu âm có thể chưa biểu hiện rõ [2].

+ Một số hình ảnh thường gặp: Gân cơ nhị đầu giảm âm, phù nề làm hẹp rãnh nhị đầu; dịch trong bao gân nhị đầu; đứt bán phần hoặc hoàn toàn gân cơ trên gai; vôi hóa gân cơ trên gai; tổn thương các gân chóp xoay và khớp cùng – đòn.



Hình 1. 2. Hình ảnh viêm quanh khớp vai đơn thuần trên siêu âm

1.1.4.2. Thở đau vai cấp (Viêm gân calci hóa)

Nguyên nhân: Bệnh sinh liên quan đến hiện tượng lắng đọng canxi tại các gân của chóp xoay, kèm theo sự di chuyển của các tinh thể canxi vào túi thanh mạc dưới mỏm cùng vai, gây phản ứng viêm cấp tính.

Lâm sàng:

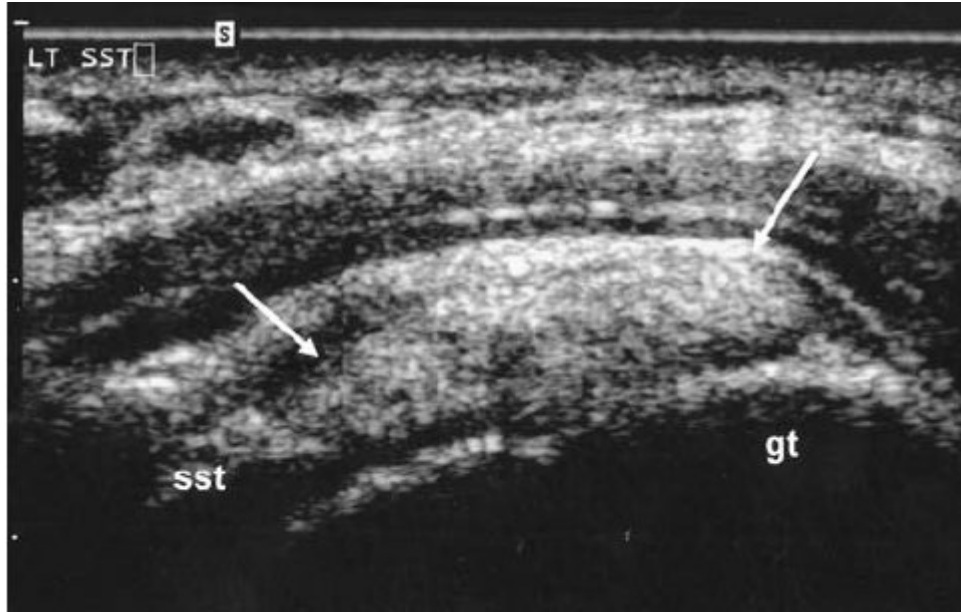
+ Đau vai khởi phát dữ dội, đau lan từ vùng ngoài mỏm vai xuống cánh tay. Vùng vai có biểu hiện sưng, nóng; đôi khi sờ thấy khối sưng mềm ở mặt trước cánh tay tương ứng với túi thanh mạc viêm. Một số trường hợp kèm theo sốt nhẹ.

+ Khám tầm vận động cho thấy hạn chế vận động khớp vai rõ rệt. Người bệnh thường giữ cánh tay áp sát thân mình, khó hoặc không thực hiện được cả vận động chủ động và thụ động, đặc biệt là động tác dạng vai, tạo nên tình trạng giả cứng khớp vai do đau.

Cận lâm sàng:

X-quang khớp vai: Có thể thấy khoảng cùng vai – máu động rộng hơn bình thường; hình ảnh lắng đọng canxi thường xuất hiện tại vùng này.

Siêu âm: Phát hiện ổ vôi hóa gân dưới dạng vùng tăng âm rõ, có tiêu điểm điển hình.



Hình 1. 3. Hình ảnh vôi hóa gân cơ trên gai

1.1.4.3. *Thở giả liệt khớp vai (Thở đứt mũ gân cơ quay)*

Nguyên nhân: tình trạng này xuất hiện khi gân chóp xoay bị đứt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn, thường xảy ra đột ngột hoặc liên quan trực tiếp đến chấn thương vùng vai.

Lâm sàng: người bệnh đau vai dữ dội, đôi khi kèm theo cảm giác hoặc âm thanh “rắc” tại thời điểm chấn thương. Sau vài ngày có thể xuất hiện bầm tím ở vùng trước – trên cánh tay. Đau đi kèm với hạn chế vận động rõ rệt. Khám lâm sàng ghi nhận mất khả năng nâng vai chủ động, trong khi các động tác vận động thụ động vẫn thực hiện được bình thường và không có biểu hiện tổn thương thần kinh. Trường hợp đứt bó dài gân cơ nhị đầu có thể quan sát thấy khối cơ tụt xuống phía trước – dưới cánh tay khi người bệnh gấp căng tay có đối kháng.

Cận lâm sàng:

+ *Xquang*: Chụp khớp vai có cản quang có thể phát hiện tổn thương gân chóp xoay thông qua hình ảnh thuốc cản quang tràn vào túi thanh mạc dưới mỏm cùng và cơ delta, chứng tỏ có sự thông thương giữa khoang khớp và túi

thanh mạc. Hiện nay, cộng hưởng từ được sử dụng phổ biến để chẩn đoán chính xác tình trạng đứt gân.

+ *Siêu âm*: Có thể thấy hình ảnh đứt gân cơ nhị đầu với việc không xác định được gân trong rãnh liên mấu động hoặc lệch khỏi vị trí bình thường; kèm theo tụ máu ở cơ vùng trước cánh tay. Trong trường hợp đứt gân cơ trên gai, siêu âm cho thấy sự gián đoạn của gân, hai đầu gân co rút và thường có dịch tại vị trí tổn thương.



Hình 1. 4. Hình ảnh rách gân cơ trên gai

1.1.4.4. *Thở đông cứng khớp vai*

Nguyên nhân: Bệnh sinh chủ yếu do tình trạng co rút và xơ hóa bao khớp vai, có thể xuất hiện nguyên phát hoặc thứ phát sau các bệnh lý hay chấn thương khác. Đây cũng có thể là giai đoạn tiến triển của hội chứng vai – tay.

Lâm sàng:

- + Đặc điểm đau: Đau vai mang tính chất cơ học, đôi khi tăng lên vào ban đêm.
- + Khám tầm vận động khớp vai: Tầm vận động bị hạn chế ở cả vận động

chủ động và thụ động, trong đó giảm nhiều nhất ở các động tác dạng vai và xoay ngoài. Khi quan sát từ phía sau, có thể thấy xương bả vai di chuyển đồng thời với xương cánh tay khi người bệnh nâng tay, phản ánh sự mất vận động độc lập của khớp vai.

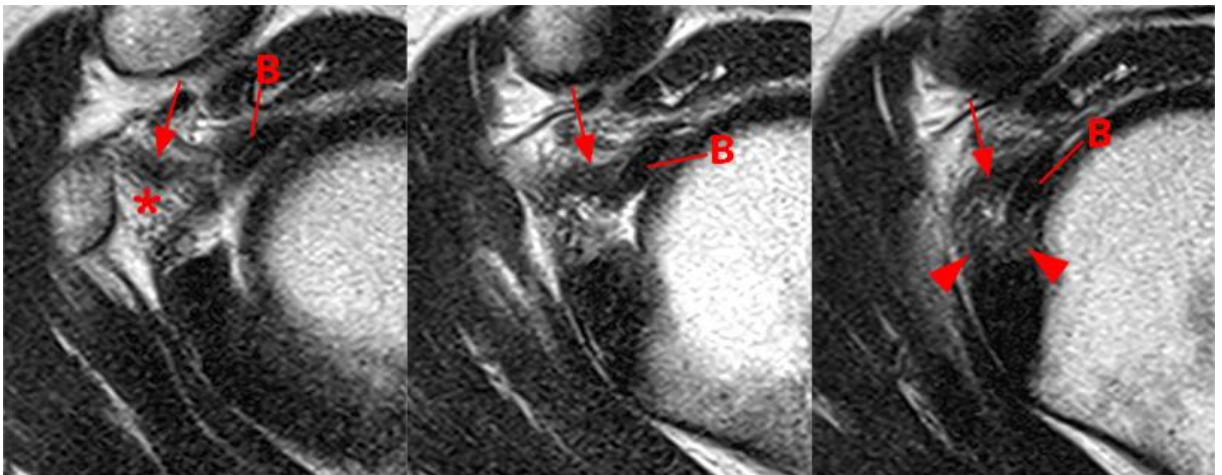
Cận lâm sàng:

X-quang: Giai đoạn sớm thường chưa ghi nhận bất thường; về sau có thể xuất hiện hình ảnh loãng xương đầu trên xương cánh tay, trong khi khe khớp vẫn được bảo tồn.

Siêu âm: Không thấy co thắt bao khớp.

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

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



Hình 1.5. Hình ảnh dây chằng mỏ quạ cánh tay dày lên trên cộng hưởng từ (Hình ảnh T2W tuần tự từ trong ra ngoài (trái sang phải) cho thấy dây chằng quạ cánh tay dày lên (mũi tên), dày tới 5 mm, thâm nhiễm nhẹ mỡ dưới quạ (dấu sao), và mô mềm dày lên cùng với viêm màng hoạt dịch (đầu mũi tên) nằm cạnh đầu dài gân cơ nhị đầu (B).

1.1.5. Điều trị

Viêm quanh khớp vai là tình trạng tự giới hạn nhưng gây đau và hạn chế vận động kéo dài, ảnh hưởng đáng kể đến chức năng sinh hoạt và lao động. Mục tiêu điều trị chủ yếu nhằm giảm đau, phục hồi tầm vận động và cải thiện chức năng khớp vai. Điều trị viêm quanh khớp vai được chia thành hai nhóm chính: (1) điều trị bảo tồn - chiếm đa số và là lựa chọn ban đầu, và (2) điều trị phẫu thuật, dành cho các trường hợp kháng trị.

1.1.5.1. Điều trị bảo tồn

a) Giáo dục bệnh nhân và theo dõi tiến triển:

Giáo dục bệnh nhân là bước đầu quan trọng trong quản lý viêm quanh khớp vai. Cần giải thích rõ cho người bệnh về:

+ Bản chất bệnh lý là tình trạng viêm dính và co rút bao khớp, thường diễn tiến qua 3 giai đoạn: đau – đông cứng – hồi phục.

+ Thời gian tiến triển kéo dài, thường từ 1–3 năm, có thể hồi phục hoàn toàn nếu tuân thủ điều trị.

Việc trấn an, hướng dẫn vận động nhẹ nhàng và theo dõi định kỳ giúp bệnh nhân duy trì kỳ vọng thực tế, tránh lo lắng và hạn chế can thiệp quá mức.

b. Điều trị nội khoa và giảm đau:

Thuốc giảm đau và kháng viêm:

- Paracetamol hoặc NSAIDs (như ibuprofen, diclofenac) là lựa chọn đầu tay nhằm giảm đau và viêm quanh khớp. Tác dụng chủ yếu trong ngắn hạn; cần theo dõi tác dụng phụ trên dạ dày – thận.

- Hàm lượng và liều dùng:

+ Acetaminophen liều 0,5 g, dùng 2–4 viên mỗi ngày; có thể phối hợp acetaminophen với codein hoặc tramadol, tổng liều 2–4 viên/ngày.

+ Diclofenac 50 mg, uống 2 lần/ngày.

+ Piroxicam 20 mg, dùng 1 viên/ngày.

+ Meloxicam 7,5 mg, sử dụng 1–2 viên/ngày.

+ Celecoxib 200 mg, uống 1–2 viên/ngày.

Corticosteroid đường uống:

- Có thể dùng trong đợt cấp, liều giảm dần trong 2–3 tuần.

- Mang lại hiệu quả giảm đau nhanh và cải thiện tạm thời tầm vận động, nhưng không rút ngắn thời gian bệnh.

- Không khuyến cáo sử dụng kéo dài do nguy cơ tác dụng phụ (tăng đường huyết, loãng xương...).

Tiêm Corticosteroid nội khớp:

- Áp dụng trong giai đoạn sớm (giai đoạn đau viêm) khi triệu chứng đau nổi bật.

- Giúp giảm đau nhanh, cải thiện vận động trong ngắn hạn, đặc biệt khi kết hợp với vật lý trị liệu.

- Cần thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm để đảm bảo chính xác và hạn chế biến chứng (nhiễm khuẩn, tăng đường huyết thoáng qua).

- Điều trị tiêm tại chỗ vào bao gân hoặc túi thanh mạc dưới cơ delta thường sử dụng các chế phẩm corticoid dạng muối, như methylprednisolon acetat liều 40 mg, betamethason dipropionat 5 mg hoặc betamethason natri phosphat 2 mg. Thông thường chỉ tiêm một lần; trong trường hợp đau tái phát, có thể cân nhắc tiêm lại sau khoảng 3–6 tháng.

- Không chỉ định tiêm corticoid ở những bệnh nhân có đứt gân bán phần do thoái hóa, vì nguy cơ gây hoại tử gân và tiến triển thành đứt gân hoàn toàn. Việc tiêm corticoid cần được thực hiện theo chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa.

c. Phục hồi chức năng:

Vật lý trị liệu là trụ cột trong điều trị viêm quanh khớp vai, bao gồm:

- Bài tập vận động thụ động và chủ động trong giới hạn chịu đau, tiến hành nhẹ nhàng ở giai đoạn viêm.

- Khi sang giai đoạn cứng, có thể tăng dần biên độ kéo giãn, sử dụng bài tập tạo thuận thân kinh-cơ, tăng sức đề kháng cơ vai, hoặc liệu pháp gương (mirror therapy).

- Mục tiêu là tăng tầm vận động khớp, cải thiện cảm thụ bản thể và phục hồi chức năng sinh hoạt.

- Một số phương tiện hỗ trợ như siêu âm trị liệu, điện xung, liệu pháp thủ công có thể phối hợp nhưng cần được chỉ định phù hợp.

d. Can thiệp hỗ trợ và thay thế:

- Nong giãn bao khớp bằng dịch (Hydrodilatation): Tiêm dung dịch nước muối pha corticosteroid và thuốc tê vào khớp vai giúp giãn bao khớp, giảm đau nhanh và tăng tầm vận động. Tác dụng tốt nhất trong 3 tháng đầu.

- Tiêm Hyaluronate nội khớp: Có hiệu quả tương đương tiêm corticocoid nội khớp trong cải thiện chức năng ngắn hạn.

- Sóng xung kích và châm cứu: Có thể hỗ trợ giảm đau, song bằng chứng còn hạn chế; cần thêm nghiên cứu xác nhận hiệu quả lâu dài.

1.1.5.2. Điều trị phẫu thuật

Chỉ định khi bệnh nhân không cải thiện sau ≥ 3 tháng điều trị bảo tồn tích cực, hoặc có hạn chế vận động nặng gây ảnh hưởng sinh hoạt [1].

a) Nong khớp dưới gây mê (Manipulation Under Anesthesia – MUA):

- Thực hiện dưới gây mê toàn thân, bác sĩ tiến hành kéo giãn mạnh khớp vai nhằm phá dính bao khớp.

- Hiệu quả phục hồi tầm vận động nhanh, khoảng 80% bệnh nhân cải thiện rõ.

- Tuy nhiên, có nguy cơ gãy xương cánh tay, trật khớp hoặc rách gân chóp xoay, do đó cần chỉ định thận trọng [2].

b) Giải phóng bao khớp nội soi (Arthroscopic Capsular Release – ACR):

- Là phẫu thuật nội soi cắt bỏ phần bao khớp dày và dính, giúp khôi phục biên độ vận động.

- Ưu điểm: ít xâm lấn, cho phép quan sát trực tiếp tổn thương, chẩn đoán kèm theo bệnh lý chóp xoay hoặc viêm gân.

- Hiệu quả cao trong cải thiện đau và chức năng, được coi là chuẩn vàng cho các trường hợp kháng trị.

- Theo nghiên cứu UK FROST, giải phóng bao khớp nội soi cho kết quả chức năng tốt hơn nong khớp dưới gây mê và điều trị bảo tồn đơn thuần sau 12 tháng.

c) Phẫu thuật mở (Open Capsulotomy)

- Ít được thực hiện hiện nay, chỉ áp dụng khi giải phóng bao khớp nội soi thất bại hoặc có chỉ định đặc biệt (ví dụ: dính khớp sau phẫu thuật, chấn thương phức tạp).

- Cho phép giải phóng toàn diện nhưng xâm lấn lớn và thời gian hồi phục lâu hơn [2].

1.2. Viêm quanh khớp vai theo y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Viêm quanh khớp vai được xếp trong phạm vi chứng “Cân thương” (tổn thương cân), “Kiên tý” trong y học cổ truyền. Trong sách «*Thuyết văn*» có ghi “*Cân vi nhục chi lực*” – tức “gân là sức của thịt”, sách «*Thích Danh*» có chép lại: “*Cân, lực dã. Nhục trung chi lực, khí chi nguyên dã, cận cố ư thân hình dã*”, nghĩa là “cân là sức, là nguồn của khí trong cơ nhục, có tác dụng cố định và duy trì hình thể cơ thể”. Trong «*Tố Vấn – Ngũ Tạng Sinh Thành Luận*» có câu: “Chư cân giả, giai thuộc ư tiết”, nghĩa là các hệ thống cân đều thuộc về khớp, chỉ rõ mối liên hệ mật thiết giữa gân và khớp. Còn «*Linh Khu – Cửu Châm Thập Nhị Nguyên*» ghi rằng: “Bì, nhục, cân, mạch, các hữu sở xứ”, cho thấy cân giữ vai trò bảo vệ cơ nhục, che chở khớp xương và điều hòa vận động toàn thân. Trong «*Châm Cứu Giáp Ất Kinh*» có ghi chép về triệu chứng của chứng “Kiên tý” như “Kiên thống bất khả cử”, “Thủ tý bất khả thượng đầu”, biểu hiện bằng đau khớp vai, yếu khi nâng tay và hạn chế vận động. Như vậy, theo lý luận y học

cổ truyền, tổn thương viêm quanh khớp vai có thể quy nạp vào phạm trù “Cân thương” hoặc “Kiên tý”, đặc trưng bởi khí huyết ứ trệ tại kinh lạc vùng vai, làm mất sự nhu dưỡng của cân cơ, dẫn đến đau, co cứng và hạn chế vận động khớp vai [3].

1.2.2. Bệnh nguyên bệnh cơ

Trong «*Tố Vấn – Tý Luận*» có ghi: “*Phong, hàn, thấp tam khí tạp chí, hợp nhi vi tý*” – nghĩa là khi ba tà khí phong, hàn, thấp cùng xâm nhập và kết hợp, sẽ gây nên chứng tý. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của tý chứng có thể chia làm nội nhân và ngoại nhân.

Ngoại nhân là do ngoại tà xâm nhập, phong – hàn – thấp thừa cơ xâm phạm vào cơ thể, làm kinh lạc bị bế tắc, khí huyết không thông, mà phát sinh chứng tý. Nội nhân là do can thận hư tổn, cân mạch mất sự nhu dưỡng, dẫn đến cân cơ co rút, đau nhức, yếu sức – đó là căn nguyên bên trong của bệnh.

Theo lý luận y học cổ truyền, can chủ cân, thận chủ cốt tủy. Khi can huyết sung túc, thận tinh đầy đủ, cân cốt được nuôi dưỡng, thân thể mạnh khỏe, gân xương linh hoạt. Ngược lại, khi can khí suy, thận khí hư, cân mạch không được nuôi dưỡng, nếu lại thêm ngoại tà phong – hàn – thấp hoặc chấn thương xâm phạm vào kinh lạc vùng vai, sẽ gây bế tắc mạch đạo, khí huyết vận hành không thông, hình thành chứng tý vùng vai.

Ngoài ra, phẫu thuật hoặc chấn thương té ngã đụng dập có thể làm tổn thương thêm hệ thống kinh lạc tại chỗ, khí huyết càng bị ứ trệ, dẫn đến “bất thông tắc thống, bất vinh tắc thống” – tức là “không thông thì đau, không được nuôi dưỡng cũng đau”. Hậu quả là cân mạch mất dưỡng, khí huyết ứ trệ kéo dài, khiến bệnh trình diễn tiến dai dẳng, khó hồi phục hoàn toàn [3].

1.2.3. Phân thể bệnh và điều trị

Căn cứ vào nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của chứng “Kiên tý” nguyên tắc điều trị tổng quát trong y học cổ truyền là:

- Bổ ích can thận, nhu dưỡng cân cốt để trị phần bản (gốc bệnh),

- Hoạt huyết hóa ứ, thông lạc trừ tý để trị phần tiêu (ngọn bệnh).

Như vậy, phép trị “Kiên tý” cần kết hợp điều trị tiêu - bản, vừa giải trừ tà khí, hoạt huyết thông lạc, vừa bồi bổ chính khí, điều hòa can thận, mới có thể đạt hiệu quả lâu dài và phòng ngừa tái phát.

1.2.3.1. Kiên thống

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

Chẩn đoán:

+ Bát cương: Biểu thực hàn.

+ Nguyên nhân: Ngoại nhân.

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

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

Châm cứu:

Châm tả: Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Tý nhu, Cự cốt, Vân môn, A thị. Có thể hào châm, ôn châm, điện châm, nhĩ châm, trường châm.

1.2.3.2. Kiên ngưng

Chứng trạng: Khớp vai đau ít hoặc không, chủ yếu là hạn chế vận động ở hầu hết các động tác. Khớp như đông cứng lại, bệnh nhân hầu như không làm được các động tác chủ động, như chải đầu, gãi lưng, lấy đồ vật ở trên cao... Trời lạnh ẩm, nhất là ẩm, khớp vai nhức mỏi, cử động càng khó khăn. Toàn thân và khớp vai gần như bình thường. Nếu bệnh kéo dài, các cơ quanh khớp teo nhẹ. Chất lưỡi hồng, rêu trắng dính nhớt, mạch trầm hoạt.

Chẩn đoán:

+ Bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, hàn.

+ Nguyên nhân: Ngoại nhân, bất nội ngoại nhân.

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

Phương: “Ô đầu thang” (Kim quỹ yếu lược).

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

1.2.3.3. *Lậu kiên phong*

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

Chẩn đoán:

+ Bất cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, nhiệt.

+ Nguyên nhân: Ngoại nhân, bất nội ngoại nhân

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

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

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

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

Chỉ nên làm sau khi bàn tay hết bầm tím, phù nề để tránh các tổn thương thứ phát như teo cơ, cứng khớp [3].

1.3. Tổng quan về phương pháp can thiệp

1.3.1. Điện châm

1.3.1.1. Định nghĩa

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của kim châm với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm. Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động các cơ, các tổ chức và tăng cường dinh dưỡng các tổ chức, làm giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ [8].

1.3.1.2. Cơ chế tác dụng theo y học hiện đại

Châm cứu được xem là một hình thức kích thích sinh học đặc hiệu, có khả năng thiết lập các cung phản xạ mới nhằm ức chế và làm gián đoạn các cung phản xạ bệnh lý đang tồn tại. Tùy theo vị trí và tác dụng sinh lý của huyết được lựa chọn, đáp ứng của cơ thể đối với châm cứu có thể được phân thành ba dạng phản ứng chính.

- Phản ứng tại chỗ: Kích thích châm cứu tại vùng tổn thương tạo nên cung phản xạ mới, góp phần ức chế cung phản xạ bệnh lý, làm thay đổi trạng thái tổn thương mô. Tác dụng sinh lý bao gồm giảm đau, giải phóng co cứng cơ, điều hòa vận mạch, thay đổi nhiệt độ da và ảnh hưởng đến quá trình tập trung bạch cầu tại vùng châm. Các huyết tại chỗ, đặc biệt là A thị huyết, thường được chỉ định trong điều trị các hội chứng đau cấp tính.

- Phản ứng tiết đoạn: Cơ thể được chia thành 31 tiết đoạn, mỗi tiết đoạn tương ứng với một đôi dây thần kinh tủy sống, một khoanh tủy, hệ hạch giao cảm và các cơ quan liên quan. Khi một cơ quan nội tạng xuất hiện tổn thương bệnh lý, có thể gây ra những biến đổi cảm giác tại vùng da thuộc cùng tiết đoạn chi phối. Ngược lại, việc kích thích da và cơ thuộc một tiết đoạn nhất định có thể tác động phản hồi lên các cơ quan nội tạng tương ứng. Nguyên lý này là cơ sở cho việc xây dựng các công thức huyết theo vùng và theo tiết đoạn, giúp nâng cao tính hiệu quả và tính ứng dụng trong lâm sàng.

- Phản ứng toàn thân: Mọi kích thích châm cứu đều có liên quan đến hoạt động của hệ thần kinh trung ương, đặc biệt là vỏ não và tủy sống, do đó mang tính chất điều hòa toàn thân. Theo nguyên lý chiếm ưu thế của Ukhtomsky, tại cùng một thời điểm, nếu tồn tại đồng thời hai ổ hưng phấn trên vỏ não thì ổ hưng phấn mạnh và bền vững hơn sẽ thu hút và làm triệt tiêu ổ hưng phấn còn lại. Cơ chế này giải thích cơ sở khoa học của việc lựa chọn các huyết ở xa vùng tổn thương nhưng vẫn có tác dụng điều trị rõ rệt tại vị trí bệnh.

Bên cạnh đó, điện châm còn phát huy tác dụng thông qua cơ chế điện sinh lý. Sự phân bố không đồng đều của các ion dương và âm giữa hai phía của màng tế bào tạo nên điện thế màng, với mặt trong tế bào mang điện tích âm so với mặt ngoài. Khi tế bào chịu tác động của dòng điện từ bên ngoài, điện thế màng bị thay đổi, dẫn đến hiện tượng khử cực khi đạt đến ngưỡng kích thích. Quá trình này kích hoạt sự mở các kênh ion, cho phép ion di chuyển qua màng tế bào, sau đó là giai đoạn tái cực để khôi phục trạng thái cân bằng ban đầu. Nhờ đó, tế bào tiếp tục sẵn sàng đáp ứng với các kích thích tiếp theo. Khi sử dụng dòng điện xung có tần số và cường độ phù hợp, điện châm có thể điều hòa hoạt động của hệ thần kinh, gây co hoặc giãn cơ, cải thiện tuần hoàn và đặc biệt mang lại hiệu quả giảm đau..

1.3.1.3. Cơ chế tác dụng theo y học cổ truyền

Theo quan điểm y học cổ truyền, bệnh tật hình thành chủ yếu do sự mất cân bằng giữa âm và dương trong cơ thể. Tình trạng này có thể xuất phát từ sự xâm nhập của lục tà bên ngoài, từ thể trạng suy nhược làm chính khí hao tổn, hoặc do rối loạn tình chí kéo dài. Bên cạnh đó, các yếu tố khác như thể chất yếu kém, chế độ ăn uống không điều độ, sinh hoạt và nghỉ ngơi không hợp lý cũng góp phần gây trở ngại cho sự vận hành của kinh khí, dẫn đến rối loạn âm dương và phát sinh bệnh lý.

Điện châm là phương pháp có tác dụng điều hòa kinh lạc và khí huyết. Trong trường hợp tà khí thịnh, nguyên tắc điều trị là khu tà, áp dụng phép tả; khi chính khí hư suy, cần lấy bổ pháp để tăng cường chính khí. Thông qua tác dụng điều hòa âm dương và khai thông kinh khí, điện châm giúp phục hồi sự vận hành thông suốt của các đường kinh. Khi chính khí được củng cố và âm dương trở về trạng thái cân bằng, tà khí sẽ dần bị loại trừ, qua đó góp phần cải thiện và làm thuyên giảm bệnh tật.

1.3.1.4. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định [8]:

- + Các hội chứng liệt, như liệt do tai biến mạch máu não, di chứng bại liệt và liệt các dây thần kinh ngoại biên.
- + Các bệnh lý đau, bao gồm đau đầu, đau thắt lưng và đau thần kinh tọa.
- + Các bệnh thuộc phạm vi ngũ quan, như suy giảm thị lực, suy giảm thính lực và thất ngôn.
- + Các hội chứng đau cấp tính và mạn tính, như đau do chấn thương, đung dập, đau sau phẫu thuật, đau khớp và phần mềm quanh khớp, cũng như đau liên quan đến các bệnh lý thần kinh.
- + Các rối loạn chức năng và triệu chứng của một số bệnh lý, như rối loạn thần kinh tim, mất ngủ không rõ nguyên nhân, chán ăn, đầy bụng, rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy, táo bón), cảm cúm, bí tiểu chức năng và nấc.
- + Một số bệnh lý viêm nhiễm thường gặp, như viêm tuyến vú, chắp và lệo.
- + Ứng dụng trong gây tê phục vụ phẫu thuật.

- Chống chỉ định [8]:

- + Các cơn đau cần theo dõi do nguyên nhân ngoại khoa, cấp cứu.
- + Cơ thể suy kiệt, thiếu máu, trạng thái tinh thần không ổn định, phụ nữ có thai.
- + Tránh châm vào những vùng viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da.

1.3.1.5. Các tai biến khi sử dụng điện châm

- Châm: choáng, chảy máu, gãy kim, vụng châm, nhiễm trùng, châm phải phủ tạng.
- Kích thích của dòng điện: dòng xung điện thường ít tai biến. Nếu người bệnh thấy khó chịu, chóng mặt ... thì ngừng kích thích điện, đồng thời rút kim ra ngay.

1.3.2. Cận tam châm

Cận tam châm là phương pháp châm cứu được hình thành từ những năm 80 của thế kỷ XX của cố giáo sư Cận Thụy [9]. Hiện nay ở Trung Quốc, Cận tam châm là phương pháp được áp dụng phổ biến, thông qua các nghiên cứu lâm sàng đã chứng minh được hiệu quả trong điều trị nhiều chứng bệnh.

Trong quá trình nghiên cứu và thực hành lâm sàng, giáo sư đã xác định được những huyệt có tính chất đặc trưng, có khả năng phối hợp với nhau nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. Các huyệt then chốt, cho hiệu quả cao nhất được ông sắp xếp thành những tổ hợp huyệt. Phần lớn các tổ hợp này gồm ba huyệt tạo thành một nhóm, bên cạnh đó một số tổ hợp đặc biệt có thể bao gồm từ bốn đến mười huyệt. Trên cơ sở đó, phương pháp Cận tam châm được hình thành. Hiện nay, trên lâm sàng có khoảng 39 tổ hợp huyệt thường xuyên được ứng dụng [9].

1.3.2.1. Cơ sở lý luận chọn huyệt Cận tam châm

Phương pháp Cận Tam Châm (靳三针) được xây dựng trên nền tảng tinh hoa của học thuyết châm cứu cổ điển, kết hợp với kinh nghiệm lâm sàng phong phú tích lũy qua hơn nửa thế kỷ của Giáo sư Cận Thụy (靳瑞). Hệ thống này đề cao tính chuẩn mực, tính hệ thống và tính thực chứng trong chọn huyệt, nhằm đạt hiệu quả điều trị cao và ổn định.

Trong cận tam châm, các tổ hợp huyệt được xem như huyệt chủ đạo đóng vai trò trung tâm trong phác đồ điều trị. Phương pháp sử dụng ba kim hoặc ba nhóm huyệt không chỉ dựa trên quan điểm “tam tài” (Thiên – Địa – Nhân), mà còn nhằm tạo hiệu ứng hiệp đồng điều trị, giúp khuếch đại tác dụng của từng huyệt đơn lẻ và nâng cao hiệu quả tổng thể [9].

Cơ sở lý luận và quy luật phối huyệt của Cận Tam Châm có thể khái quát thành bốn nguyên tắc chủ đạo sau:

Chọn huyệt căn cứ theo vị trí xung quanh nơi bị bệnh

- Đối với các bệnh lý có ổ tổn thương khu trú rõ ràng, Giáo sư Cận Thụy lựa chọn các huyệt phân bố quanh vùng bệnh, gồm huyệt ở trên, dưới, hai bên hoặc trung tâm ổ bệnh, tạo thành một tam giác châm trị liệu tập trung.

- Mục tiêu: Phát huy tác dụng điều trị tại chỗ mạnh mẽ, tác động trực tiếp đến vùng bệnh lý (直指病所), nhờ đó nâng cao hiệu quả giảm triệu chứng và khôi phục chức năng.

- Ví dụ: Trong quá trình nghiên cứu Kiên tam châm, ông nhận thấy các huyết châm cứu thường quy nằm tương đối xa vùng tổn thương nên khả năng cải thiện tuần hoàn tại chỗ còn hạn chế. Từ đó, ông đề xuất sử dụng ba huyết gần khớp vai gồm: Kiên ngung (Kiên I); Kiên II là điểm nằm từ Kiên ngung đo ngang ra phía trước 2 thốn, trên đường nách trước; Kiên III là điểm từ Kiên ngung đo ngang ra phía sau 2 thốn, trên đường nách sau. Việc châm phối hợp ba huyết này giúp tăng rõ rệt tuần hoàn khí huyết tại chỗ, nhờ đó các triệu chứng lâm sàng được cải thiện đáng kể.

Theo cùng nguyên tắc đó, ông tiếp tục xây dựng các tổ hợp huyết khác như Nhĩ tam châm gồm ba huyết phân bố ở vùng trước và sau tai; Tỵ tam châm gồm ba huyết nằm ở vị trí trên, giữa và dưới hai bên góc mũi; Nhiếp tam châm gồm ba huyết vùng thái dương thuộc khu vực phân bố của kinh Thiếu dương. Các tổ hợp huyết này đã được chứng minh mang lại hiệu quả điều trị tốt hơn so với việc sử dụng đơn huyết hoặc hai huyết, và trở thành nguyên lý chọn huyết được ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

Căn cứ vào biện chứng tạng phủ

- Phương pháp này xuất phát từ lý luận biện chứng luận trị theo tạng phủ, lấy mối quan hệ sinh – khắc, biểu – lý, và tương hợp giữa các tạng phủ làm cơ sở. Giáo sư Cận đề xuất nguyên tắc phối hợp mộ huyết - nơi khí tạng phủ hội tụ ở ngực/bụng với hợp huyết - huyết hội của kinh dương ở chi dưới, nhằm điều hòa công năng của tạng phủ bị rối loạn.

Đối với Vị tam châm, ông lựa chọn các huyết then chốt gồm Trung quản – huyết mộ của kinh Vị; Túc tam lý – huyết hợp của kinh Vị; và Nội quan – huyết bát mạch giao hội, đồng thời là nơi giao nhau của mạch Âm duy và Xung mạch.

Đờm tam châm được hình thành từ ba huyệt: Nhật nguyệt – huyệt mộ của kinh Đờm; Kỳ môn – huyệt mộ của kinh Can (do Can và Đờm có mối quan hệ biểu lý); và Dương lăng tuyền – huyệt hợp của kinh Đờm.

Tràng tam châm, các huyệt được sử dụng bao gồm Thiên khu – huyệt mộ của kinh Đại trường; Quan nguyên – huyệt mộ của kinh Tiểu trường; và Thượng cự hư – huyệt bồi du (hạ hợp) của kinh Đại trường.

Dựa trên tuần hành kinh lạc kết hợp trị bệnh tại chỗ

Nguyên tắc này dựa trên lý luận học thuyết kinh lạc, coi kinh lạc là hệ thống vận hành khí huyết, nối liền tạng phủ bên trong và cơ nhục, tứ chi bên ngoài, từ đó hình thành cơ sở lý luận cho việc chọn huyệt theo đường tuần hành kinh mạch và nguyên tắc chọn huyệt ở xa.

Theo «*Linh khu – Hải luận*»: “Phu thập nhị kinh mạch giả, nội thuộc ư tạng phủ, ngoại lạc ư chi tiết” (mười hai kinh mạch vừa nối liền nội tạng vừa liên hệ với tứ chi, gân cốt). Do đó, tác động lên các huyệt ở xa có thể điều hòa hoạt động của tạng phủ bên trong, giúp toàn thân khí huyết tương thông, âm dương điều hoà.

- Nguyên tắc Thượng bệnh hạ thủ : Là nguyên tắc chọn huyệt ở phần dưới cơ thể để điều trị các chứng bệnh ở phần trên, đặc biệt là vùng đầu, cổ và ngực. Cơ sở của nguyên tắc này nằm ở sự liên thông thượng – hạ trong hệ thống kinh lạc, giúp thông đạt khí huyết, dẫn khí quy nguyên và điều chỉnh tạng phủ tương ứng.

Dựa trên tác dụng hiệp đồng đặc hiệu của huyệt

Giáo sư Cận Thụy đặc biệt nhấn mạnh vai trò hiệp đồng đa chiều giữa các huyệt, thông qua việc kết hợp biện bệnh, biện nhân, biện chứng, tạo thành nhóm huyệt có tác dụng toàn diện, phù hợp cho các bệnh cảnh phức tạp hoặc khó biện chứng.

Ví dụ:

Phế tam châm: Gồm Nội quan (PC6), Tứ thần châm và Túc tam lý (ST36). Bộ huyết này phối hợp tác dụng an thần tĩnh não, bổ khí kiện tỳ, giúp điều hòa khí huyết và cải thiện triệu chứng mệt mỏi mạn tính.

Định thần châm và Tứ thần châm: Là những tổ hợp huyết kinh điển được ứng dụng trong điều trị các chứng thất miên, lo âu, trầm cảm nhờ công năng an thần định chí, điều hòa thần chí.

1.3.2.2. Cơ sở lý luận và phác đồ huyết theo Cận tam châm trong điều trị viêm quanh khớp vai

Cơ sở lý luận của Kiên tam châm (Jian San Zhen, 肩三针) trong điều trị viêm quanh khớp vai dựa trên hai nguyên tắc chủ đạo: chọn huyết tại chỗ và “Tam huyết hiệp đồng” là đặc trưng cơ bản của hệ thống Cận tam do giáo sư Cận Thụy xây dựng.

Kiên tam châm thuộc nhóm huyết pháp điều trị bệnh lý cột sống và tứ chi, được ứng dụng rộng rãi trong các rối loạn cơ xương khớp, đặc biệt là đau vai và viêm quanh khớp vai.

Công thức Kiên tam châm gồm ba huyết vị phân bố quanh vùng khớp vai:

Kiên ngưng (Jian Yu - LI15): Nằm trong cơ delta, ở chỗ lõm giữa bờ ngoài mỏm cùng vai phía trước và củ lớn xương cánh tay.

Kiên tiền (Jian Qian): Tại trung điểm của đường nối đỉnh nếp gấp nách trước với huyết Kiên Ngưng, hoặc trên nếp gấp nách trước khoảng 1 thốn.

Kiên hậu (Jian Hou): Nằm ở phía sau vai, thẳng trên nếp gấp nách sau khoảng 1 thốn.

Ba huyết này được bố trí tạo thành một tam giác điều trị cục bộ, bao quanh khớp vai – vùng tổn thương chính của bệnh.

Chọn huyết căn cứ vào vị trí bị bệnh

Viêm quanh khớp vai là bệnh lý đặc trưng bởi đau và hạn chế vận động, tổn thương tập trung tại các cấu trúc phần mềm quanh khớp như gân, cơ, dây

chằng và bao khớp. Tổn thương khu trú rõ ràng tại vùng vai, do đó nguyên tắc chọn huyết tại chỗ và lân cận ổ bệnh là phù hợp nhất.

Theo học thuyết Cận tam châm, với những bệnh có ổ tổn thương cố định, huyết được lựa chọn theo bố cục trên – giữa – dưới hoặc trước – giữa – sau quanh vùng bệnh nhằm đạt hiệu quả “trực chỉ bệnh sở”. Ứng dụng trong Kiên tam châm, ba huyết Kiên tiền – Kiên ngưng – Kiên hậu lần lượt đại diện cho ba vị trí trước, ngoài và sau của khớp vai, tạo thành hệ huyết bao quanh ổ bệnh, giúp khuếch tán tác động điều trị đều khắp vùng viêm, làm giảm đau và phục hồi vận động nhanh chóng.

Căn cứ vào tuần hành kinh lạc và nguyên lý thông kinh hoạt lạc

Theo y học cổ truyền, viêm quanh khớp vai thuộc phạm trù tý chứng (痹証), nguyên nhân do phong, hàn, thấp tà xâm nhập làm bế tắc kinh lạc, dẫn đến “bất thông tắc thống” .

Vùng khớp vai là nơi giao hội của ba kinh dương ở tay, bao gồm:

Thủ dương minh Đại trường kinh,

Thủ thái dương Tiểu trường kinh,

Thủ thiếu dương Tam tiêu kinh.

Ba huyết của Kiên tam châm nằm trên hoặc gần đường đi của các kinh này, do đó có tác dụng sơ thông kinh khí, hành khí hoạt huyết, khu phong tán hàn, trừ thấp chỉ thống. Khi tác động các huyết vị giúp giãn cơ, giảm co cứng, phục hồi vận động khớp vai, đồng thời điều hòa khí huyết vùng vai – cổ – chi trên.

Nguyên tắc “Tam châm hiệp đồng”

Một trong những đặc trưng của Cận tam châm là châm ba huyết đồng thời, nhằm tạo hiệu ứng hiệp đồng điều trị. Theo lý luận này, ba huyết khi được châm cùng lúc sẽ tạo nên trường kích thích rộng, tác động đồng bộ lên các vùng chi phối thần kinh – cơ – mạch, từ đó tăng cường tác dụng giảm đau, giãn cơ và phục hồi chức năng vận động.

1.3.3. Tổng quan về phương pháp Cứu

1.3.3.1. Đại cương

Cứu là dùng sức nóng tác động lên huyết để kích thích tạo nên phản ứng của cơ thể để phòng và điều trị bệnh. Cứu thường dùng lá ngải cứu khô chế thành ngải nhưng rồi làm mỗi ngải hay điều ngải để cứu [10].

- Cứu bao gồm cứu trực tiếp, cứu gián tiếp. Cứu gián tiếp bao gồm cứu cách gừng có tác dụng ôn trung tán hàn, cứu cách tỏi có tác dụng tiêu viêm trừ độc, cứu cách muối có tác dụng hồi dương cố thoát....

1.3.3.2. Chỉ định

Bệnh lý có nguyên nhân hàn.

1.3.3.3. Chống chỉ định

- Các trường hợp bệnh lý có nguyên nhân thực nhiệt (có sốt cao...).

- Không nên cứu ở các vùng có nhiều gân, da sát xương, vùng mặt ...vì có thể gây bỏng, đặc biệt là những vùng bị mất cảm giác.

1.3.3.4. Chuẩn bị

- Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ, Lương y được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

- Phương tiện

- Mỗi ngải hoặc điều ngải.

- Lửa (diêm, bật lửa...).

- Gừng, tỏi, muối (sử dụng khi cứu gián tiếp).

- Dao loại nhỏ, sắc, Khay men đựng dụng cụ.

- Người bệnh:

Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

Người bệnh nằm tư thế thoải mái, huyết được cứu hướng lên trên, mặt da nằm ngang để mỗi ngải đặt lên da được vững vàng, không bị rơi.

1.3.3.5. Các bước tiến hành

* Thủ thuật

- Tùy bệnh tật và huyết cần cứu mà chọn cách cứu trực tiếp hay gián tiếp.
 - Cứu trực tiếp: Dùng môi ngải đặt vào huyết rồi đốt hoặc điều ngải hơ trên huyết. Khi ngải cháy sẽ sinh nhiệt tác động lên da vùng huyết được cứu. Khi môi ngải cháy được 1/3 đến 2/3, người bệnh có cảm giác nóng, rát nơi cứu thì nhắc môi ngải ra sau đó thay bằng môi ngải khác. Sau khi cứu xong chỗ cứu thấy ấm và có quầng đỏ.

- Cứu gián tiếp: là cách cứu dùng lát gừng, tỏi hoặc muối... lót vào giữa da và môi ngải. Trong khi cứu, nếu người bệnh thấy nóng nhiều thì nhắc lát gừng, tỏi lên để giảm độ nóng sau đó tiếp tục cứu. Cũng có thể lót thêm một lát gừng, tỏi khác để giảm sức nóng của môi ngải. Tùy theo bệnh mà chọn thứ này hay thứ khác để lót môi ngải.

- Thứ tự trong khi cứu: Huyết trên trước - huyết dưới sau, huyết kinh dương trước - huyết kinh âm sau, huyết chủ trị trước - huyết phối hợp sau.

* Liệu trình

- Mỗi huyết được cứu từ 1- 3 môi ngải, trung bình 15 phút/huyết, trẻ em và người già thì thời gian cứu ngắn hơn.

- Cứu ngày 1 lần.

1.3.3.6. Theo dõi và xử trí tai biến

- Bỏng (thường gây bỏng độ I)

+ Triệu chứng: người bệnh thấy nóng rát sau khi cứu, trên mặt da vùng huyết được cứu xuất hiện phỏng nước.

+ Xử trí: dùng thuốc mỡ bôi và dán băng tránh nhiễm trùng.

- Cháy: do môi ngải rơi khỏi người Người bệnh vướng vào quần áo hoặc chăn đệm gây cháy.

+ Đề phòng: Không cứu nhiều huyết và trên nhiều Người bệnh một lúc. Theo dõi sát, không được rời Người bệnh khi cứu [10].

1.4. Một số nghiên cứu về viêm quanh khớp vai

1.4.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Gao Wei và Cao Rui (2019) tiến hành nghiên cứu lâm sàng có đối chứng nhằm đánh giá hiệu quả và cơ chế tác dụng của châm cứu “Kiên tam châm” trong điều trị viêm quanh khớp vai. Nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân, chia thành nhóm châm Kiên tam châm (30 ca) và nhóm đối chứng (30 ca) điều trị bằng xoa bóp – kéo giãn. Các chỉ số đánh giá gồm điểm VAS (đau) và khả năng sinh hoạt hàng ngày (ADL-Activities of Daily Living) trước và sau điều trị, thực hiện 3 liệu trình (mỗi ngày 1 lần, 10 ngày/đợt). Kết quả: sau điều trị, nhóm châm Kiên tam châm có điểm VAS giảm từ $6,8 \pm 1,0$ điểm xuống $1,8 \pm 0,3$ điểm và chức năng sinh hoạt hàng ngày giảm từ $27,6 \pm 2,8$ điểm xuống $13,9 \pm 2,5$ điểm, tốt hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Tổng hiệu quả đạt 93,33%, cao hơn nhóm đối chứng 70,00% ($p < 0,05$). Kết luận: Châm cứu Kiên tam châm là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, giúp giảm đau, cải thiện chức năng vận động khớp vai, thúc đẩy phục hồi tổ chức viêm và giảm yếu tố viêm, đồng thời dễ chấp nhận và phù hợp để ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng [11].

He-Xing Yu và cộng sự (2020) tiến hành nghiên cứu nhằm phân tích hiệu quả lâm sàng của ôn châm kết hợp xoa bóp trong điều trị viêm quanh khớp vai. Nghiên cứu gồm 120 bệnh nhân viêm quanh khớp vai điều trị tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đại học Trung y dược Hắc Long Giang từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019, chia ngẫu nhiên thành 4 nhóm: nhóm ôn châm, nhóm xoa bóp, nhóm điều trị kết hợp và nhóm chứng, mỗi nhóm 30 bệnh nhân. Các chỉ số được so sánh trước và sau điều trị gồm: việc sử dụng ibuprofen, điểm VAS, điểm Melle, điểm hội chứng y học cổ truyền và nồng độ các yếu tố viêm huyết thanh. Kết quả cho thấy triệu chứng đau và hạn chế vận động khớp vai cải thiện rõ ở tất cả các nhóm ($p < 0,05$), song mức cải thiện ở nhóm điều trị kết hợp tốt hơn so với các nhóm còn lại ($p < 0,05$). Nghiên cứu kết luận ôn châm kết hợp xoa bóp giúp cải thiện rõ triệu chứng lâm sàng, tăng khả năng vận động

khớp vai và ức chế phản ứng viêm nội tại, hiệu quả vượt trội hơn so với đơn trị liệu hoặc điều trị vật lý thông thường [12].

1.4.2. Các nghiên cứu trong nước

Năm 2020, Phạm Hồng Vân và cộng sự đã nghiên cứu biểu hiện lâm sàng và đặc điểm chẩn đoán hình ảnh của viêm quanh khớp vai: Theo dõi tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, kết quả theo dõi cho thấy bệnh gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới, với tỷ lệ nữ/nam khoảng 2/1. Phần lớn người bệnh nằm trong nhóm tuổi trên 50. So sánh các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cho thấy siêu âm có độ nhạy cao hơn so với X-quang trong phát hiện tổn thương viêm quanh khớp vai. Từ đó, nhóm tác giả kết luận rằng các biểu hiện lâm sàng của bệnh không mang tính đặc hiệu cao cho chẩn đoán xác định, trong khi siêu âm và X-quang giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán cũng như theo dõi tiến triển của bệnh [13].

Lê Văn Thanh, Hoàng Thị Lại và Nguyễn Thị Hạnh (2022) tiến hành thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trên 80 bệnh nhân viêm quanh khớp vai, so sánh “Độc hoạt tang ký sinh thang” kết hợp Kiên tam châm với châm cứu thông thường. Kết quả: nhóm Kiên tam châm có tổng điểm chức năng vai $86,5 \pm 12,0$ điểm, cao hơn nhóm chứng $80,0 \pm 8,0$ điểm ($p < 0,001$); 95% bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá, cao hơn nhóm chứng 75%, không gặp tác dụng phụ. Kết luận: Độc hoạt tang ký sinh thang kết hợp Kiên tam châm giúp giảm đau, cải thiện vận động và chức năng vai tốt hơn châm cứu thông thường, an toàn và dễ áp dụng trong lâm sàng [14].

Nguyễn Vinh Quốc và Ngô Trọng Tục (2023) tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng nhằm đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần thể hàn thấp bằng ôn châm kết hợp vận động trị liệu. Kết quả: 86,7% bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá [15].

Năm 2024, Lê Tuấn Vinh và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước và sau điều trị nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của Cận tam châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể

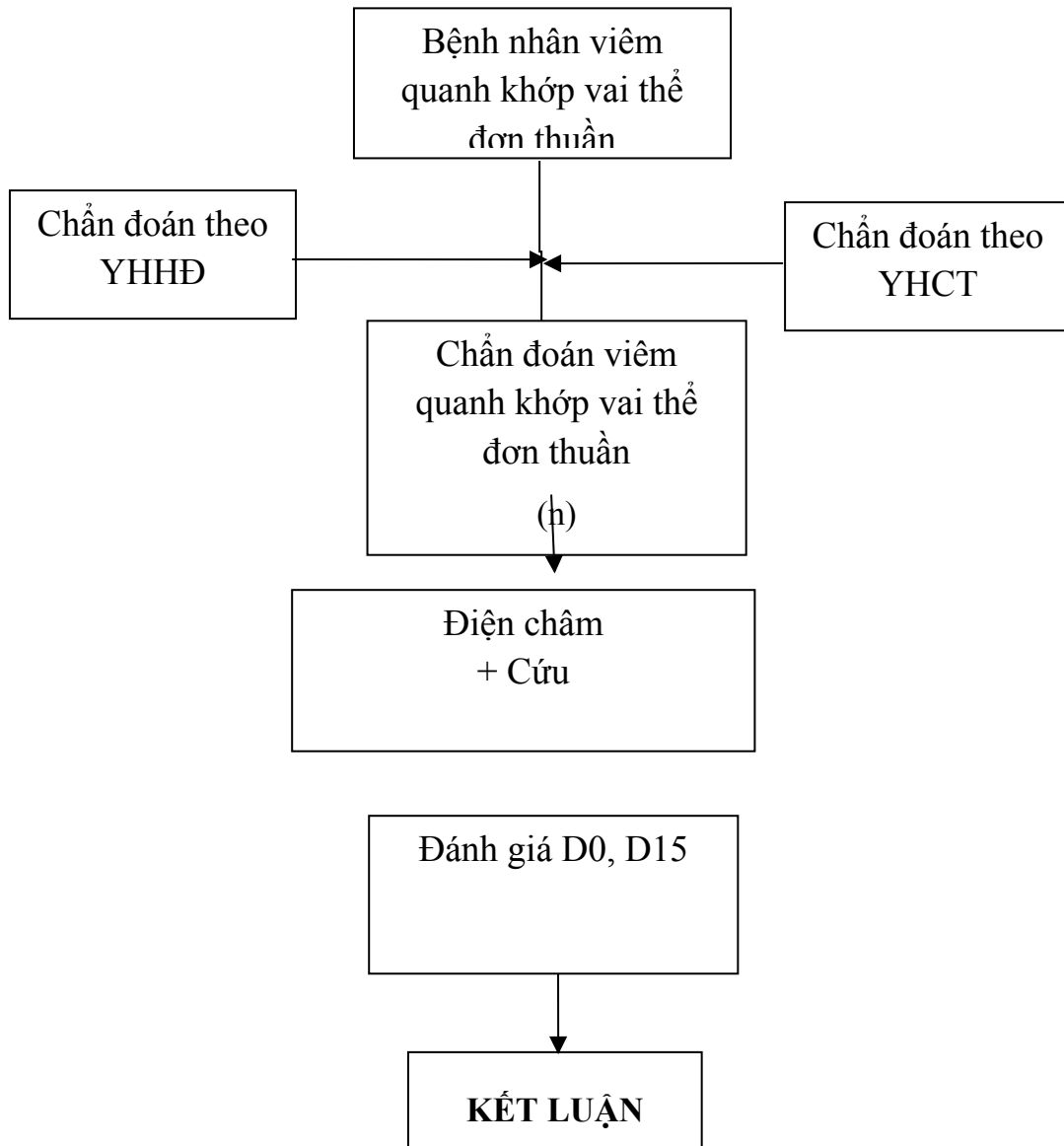
đơn thuần. Kết quả sau 20 ngày điều trị, điểm VAS giảm từ $5,78 \pm 0,58$ điểm xuống $1,03 \pm 0,86$ điểm, cải thiện tầm vận động khớp vai theo MC Gill-MC Romi, kết quả điều trị chung 60% là tốt, 30% khá, 10% trung bình [16].

Ngô Hiền Linh, Nguyễn Tiến Chung và Nguyễn Quốc Anh (2025) tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng cao dán Ôn kinh phương kết hợp điện châm. Kết quả: Sau 21 ngày, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ kết quả tốt 85,7%, khá 14,3% [17].

1.5. Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu

Bệnh viện Y học cổ truyền Bắc Ninh là bệnh viện chuyên khoa hạng III, cấp cơ bản, được giao 260 giường bệnh, số giường bệnh thực kê là 347 giường. Bệnh viện có chức năng thực hiện khám bệnh, chữa bệnh đa khoa và phục hồi chức năng bằng Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại; nghiên cứu khoa học, bảo tồn và phát triển y, dược cổ truyền; đào tạo; chỉ đạo tuyến về chuyên môn kỹ thuật và là cơ sở thực hành về y, dược cổ truyền của các cơ sở đào tạo y, dược và các đơn vị có nhu cầu; phòng chống dịch bệnh; hợp tác quốc tế.

Bệnh viện có 15 khoa phòng với tổng số nhân lực là 208 cán bộ. Bệnh viện thực hiện khám chữa bệnh ngoại trú và nội trú. Trong năm 2025 bệnh viện thực hiện khám điều trị ngoại trú cho 4 961 lượt bệnh nhân; khám và điều trị nội trú cho 6 071 lượt người bệnh, công suất sử dụng giường bệnh là 113,1 %. Trong năm 2025, tổng số bệnh nhân có chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần phải nhập viện điều trị là 276 bệnh nhân.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bắc Ninh.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

2.1.1.1. Theo y học hiện đại:

- BN trên 18 tuổi, không phân biệt giới tính, đồng ý tham gia nghiên cứu.
- BN được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần theo tiêu chuẩn của Boissier M.C (1992):
 - Đau khớp vai với VAS ≤ 6 , đau tăng khi vận động khớp vai.
 - Hạn chế vận động chủ động khớp vai với nhiều mức độ từ ít đến nhiều.
 - Có ít nhất một trong các nghiệm pháp sau dương tính: nghiệm pháp Palm up, nghiệm pháp Jobe.
 - Siêu âm khớp vai có thể có hình ảnh viêm gân cơ nhị đầu, viêm gân cơ trên gai, hoặc cả hai.
 - X-quang khớp vai không phát hiện tổn thương hoặc có thể có canxi hóa dây chằng, bao khớp, loãng xương.
 - X-quang tim phổi, điện tâm đồ loại trừ các bệnh đau vai do bệnh lý tim phổi, lồng ngực.
- Trong thời gian tham gia nghiên cứu, người bệnh không được áp dụng bất kỳ phương pháp điều trị nào khác.

2.1.1.2. Theo y học cổ truyền:

- BN được chẩn đoán “Kiên tý” thể Kiên thống với các triệu chứng.
 - Đau dữ dội, cố định một chỗ.
 - Đau tăng khi vận động, khi trời lạnh ẩm, chườm nóng đỡ đau.
 - Hạn chế vận động (chải đầu, gãi lưng...). Khớp vai không sưng, không nóng, không đỏ, không teo cơ.

- Chất lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng hoặc nhờn. Mạch phù khẩn, khi đau nhiều mạch có thể huyền khẩn.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Viêm quanh khớp vai thể đông cứng, giả liệt, hội chứng Sudeck, viêm gân do lắng đọng canxi;

- Điểm đau VAS >6;

- Viêm quanh khớp vai do các nguyên nhân thực thể khác: lao; thoái hóa cột sống cổ; viêm khớp vai trong các bệnh lý viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến, gout; chấn thương; hoặc các tổn thương vùng lồng ngực như can thiệp mạch vành, bệnh lý trung thất, tổn thương đỉnh phổi; tổn thương rễ thần kinh cột sống cổ mức C5; bệnh Paget; hoại tử vô khuẩn đầu trên xương cánh tay; hội chứng đau thần kinh teo cơ Parsonage – Turner;

- Không đưa vào nghiên cứu các trường hợp phụ nữ đang mang thai, những bệnh nhân không tuân thủ phác đồ điều trị.

2.2. Thời gian và địa điểm và nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền Bắc Ninh.

Địa chỉ: Số 02 Đường Nguyễn Danh Vọng, Phường Bắc Giang, Tỉnh Bắc Ninh.

- Thời gian nghiên cứu dự kiến: Từ tháng 2/2026 đến tháng 8/2026.

2.3. Thiết kế

Can thiệp lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị.

2.4. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

- p: tỷ lệ đáp ứng mong đợi, trong nghiên cứu lấy $p = 0,8$
- d: sai số chấp nhận được (ví dụ $\pm 0,1$ hay $\pm 10\%$)
- $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

Thay vào công thức tính được $n \approx 42$

→ Như vậy cỡ mẫu tối thiểu là 42, cộng thêm 10% bỏ cuộc là 46,2.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

2.6.1. Thu thập số liệu

- Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn, quan sát, khám bệnh, can thiệp.

- Số liệu được ghi chép theo mẫu bệnh án (Phụ lục 1)

Thang điểm đánh giá chức năng khớp vai Constant C.R và Murley (Phụ lục 8).

2.6.2. Chất liệu nghiên cứu

- Nhóm nghiên cứu: Sử dụng ba huyết Kiên I, Kiên II, Kiên III của hệ thống huyết Cận tam châm và công thức huyết điện châm theo Quy trình 23 – Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền, Bộ Y tế ban hành năm 2008 (Phụ lục 3).

2.6.3. Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm cứu, panh, bông, hộp đựng bông cồn, hộp đựng bông khô, cồn 70 độ, khay quả đậu, máy điện châm M8 (6 cọc 12 kim) do trung tâm đào tạo, ứng dụng châm cứu Việt Nam sản xuất.

- Điều ngải được làm từ bột ngải nhung khô.

- Thang điểm đau VAS, bảng đánh giá vận động khớp vai: Dạng, xoay trong, xoay ngoài (theo McGill – McRomi), thang điểm Constant C.R và Murley, thước 2 cạnh đo tầm vận động khớp, thước dây.

2.6.4. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Hỏi bệnh và khám lâm sàng toàn diện cho người bệnh.

Bước 2: Làm các cận lâm sàng cơ bản trước điều trị (D0): X-quang khớp vai thẳng nghiêng, siêu âm khớp vai cho cả 2 nhóm, các cận lâm sàng để loại trừ tình trạng khó vận động khớp vai trong các bệnh vùng ngực như u phổi, u trung thất, v.v....

Bước 3: Áp dụng các phương pháp điều trị:

Điều trị bằng điện châm theo công thức Cận tam châm kết hợp huyết phác đồ Bộ y tế x 25 phút/lần/ngày x 15 ngày.

+ Công thức huyết: Kiên I, II, III, Kiên tĩnh, Kiên trình, Tý nhu, Thiên tông, Trung phủ, Khúc trì.

+ Kỹ thuật điện châm: (Phụ lục 3).

Cứu ngải: 15 phút/ lần x 1 lần/ngày x 15 ngày.

Các triệu chứng lâm sàng và các test đánh giá được thực hiện tại thời điểm bắt đầu điều trị (D_0), ngày thứ 15 (D_{15}). Những tác dụng không mong muốn được theo dõi và ghi nhận liên tục trong suốt quá trình điều trị.

Bước 4: Sau khi kết thúc điều trị, phân tích số liệu và viết báo cáo.

2.4.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.

- Chỉ tiêu lâm sàng: đánh giá kết quả điều trị tại ngày D_0 , D_{15} của các chỉ số:

+ Mức độ đau theo thang điểm VAS.

+ Tầm vận động khớp vai theo Mc Gill-Mc Romi: đánh giá mức độ hạn chế tầm vận động khớp vai ở 3 động tác: Dạng, xoay trong, xoay ngoài.

+ Chức năng khớp vai được đánh giá bằng thang điểm Constant C.R. và Murley.

- Chỉ tiêu cận lâm sàng: Siêu âm khớp vai: Đánh giá các tổn thương gân cơ trên gai, gân cơ nhị đầu tại D_0 , D_{15} .

- Tác dụng không mong muốn:

+ Tác dụng không mong muốn của phương pháp châm: đau, chảy máu, gãy kim, vụng châm, nhiễm khuẩn theo dõi trong suốt quá trình điều trị.

+ Tác dụng không mong muốn của phương pháp cứu: bỏng, cháy.

Bảng 2.1. Biến số đặc điểm đối tượng nghiên cứu

TT	Tên biến	Định nghĩa	Phân loại	Phương pháp thu thập
1	Tuổi	Năm	Liên tục	Phỏng vấn, quan sát
2	Giới	Nam/Nữ	Nhị phân	Phỏng vấn, quan sát
3	Nghề nghiệp	Lao động tay chân/ Lao động trí óc/ Hưu trí	Biến danh mục	Phỏng vấn, quan sát
4	Thời gian mắc bệnh	tháng	Liên tục	Phỏng vấn

Bảng 2.2. Biến số theo kết quả nghiên cứu

TT	Tên biến	Định nghĩa	Phân loại	Phương pháp thu thập
1	Điểm VAS	Điểm	Định lượng	Phỏng vấn
2	Tầm vận động khớp vai	Độ	Định lượng liên tục	Đo trực tiếp
3	Chức năng khớp vai	Điểm	Định lượng	Phỏng vấn
4	Tổn thương gân cơ khớp vai trên siêu âm:	Viêm gân cơ trên gai, viêm gân cơ nhị đầu, viêm cả gân cơ nhị đầu và gân cơ trên gai		Quan sát
5	Tác dụng không mong muốn của phương pháp châm	Có/Không		Quan sát
6	Tác dụng không mong muốn của phương pháp cứu	Có/Không		Quan sát

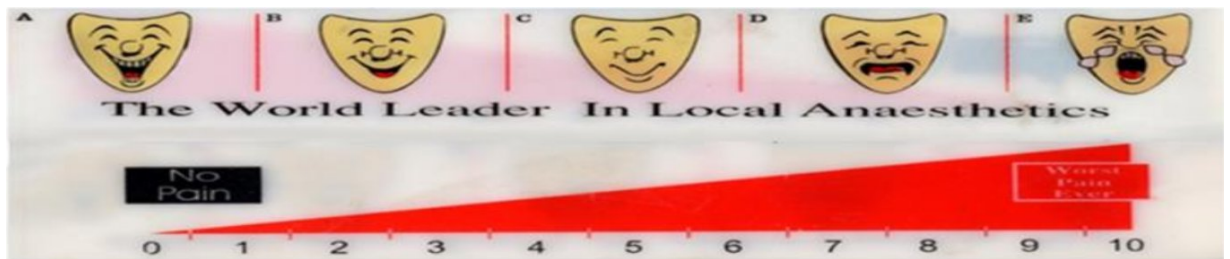
Bảng 2.3. Biến số một số yếu tố liên quan đến kết quả nghiên cứu

TT	Tên biến	Định nghĩa	Phân loại	Phương pháp thu thập
1	Tuổi	Năm	Liên tục	Phỏng vấn, quan sát
2	Giới	Nam/Nữ	Nhị phân	Phỏng vấn, quan sát
3	Nghề nghiệp	Lao động tay chân/ Lao động trí óc/ Hưu trí	Biến danh mục	Phỏng vấn, quan sát
4	Thời gian mắc bệnh	tháng	Liên tục	Phỏng vấn
5	Điểm VAS	Điểm	Định lượng	Phỏng vấn

2.8. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

2.8.1. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

- Đánh giá mức độ đau được thực hiện bằng thang điểm VAS. Tình trạng đau khớp vai của người bệnh được lượng giá theo thang đo hình ảnh tương tự VAS (Visual Analog Scale – AstraZeneca) [51]:



Hình 2. 1. Thước đánh giá đau nhìn hình đồng dạng VAS

Đánh giá được thực hiện tại các thời điểm trước điều trị và sau 15 ngày điều trị.

Thước đo: Mức độ đau của người bệnh được lượng giá bằng thang điểm VAS từ 1 đến 10, sử dụng thước đo do hãng AstraZeneca cung cấp. Thang VAS gồm hai mặt:

+ Một mặt được chia thành 11 mức điểm từ 0 đến 10, biểu thị mức độ đau tăng dần, trong đó 0 điểm là không đau và 10 điểm là mức đau tối đa.

+ Mặt còn lại thể hiện 5 hình ảnh minh họa tương ứng với các mức độ đau khác nhau, giúp người bệnh dễ nhận biết và lựa chọn.

- Cách tiến hành: Trước khi đánh giá, người bệnh được nghỉ ngơi trong điều kiện yên tĩnh, không chịu tác động kích thích từ bên ngoài, đồng thời được giải thích rõ cách xác định mức độ đau thông qua 5 hình ảnh minh họa. Sau đó, người bệnh tự chỉ ra mức độ đau mà mình đang cảm nhận. Trong nghiên cứu này, căn cứ theo tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng, chỉ những bệnh nhân có mức độ đau từ vừa trở lên theo thang VAS ($VAS \leq 6$) mới được đưa vào nghiên cứu. Quy đổi thang điểm VAS: Đau nhẹ 1-3 điểm: 1 Đau vừa 4-6 điểm: 2; Đau nặng > 6 điểm: 3.

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

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

Tầm vận động khớp vai được đánh giá theo phương pháp McGill – McROMI, tuân thủ nguyên tắc đo tầm vận động khớp của Viện Hàn lâm các Nhà phẫu thuật Chính hình Hoa Kỳ. Theo phương pháp này, mọi động tác của khớp đều được đo bắt đầu từ vị trí Zero. Vị trí Zero tương ứng với tư thế giải phẫu chuẩn của người bệnh: thân mình thẳng, mắt nhìn về phía trước, hai tay buông dọc theo thân, cẳng tay ở tư thế trung gian, lòng bàn tay hướng vào trong. Tư thế duỗi thẳng hoàn toàn của chi và thân được quy ước là 0° .

Tầm vận động khớp vai có thể được đo ở cả vận động chủ động và vận động thụ động. Vận động chủ động là các động tác do người bệnh tự thực hiện trong giới hạn cho phép của khớp, trong khi vận động thụ động là các động tác do người khám hỗ trợ đưa khớp đi hết biên độ theo quy định của từng động tác.

Việc đo tầm vận động khớp vai được tiến hành bằng thước đo chuyên dụng, có dạng mặt phẳng tròn chia độ từ 0° đến 360° , gồm một cánh cố định và một cánh di động để xác định chính xác góc vận động. Bệnh nhân được đặt ở

tư thế ngồi thẳng, lưng áp nhẹ vào tựa ghế ngang mức vai, hai chân vuông góc, bàn chân đặt hoàn toàn trên nền, hai tay thả lỏng dọc theo thân. Ba động tác được đo trong nghiên cứu là dạng vai, xoay trong, xoay ngoài.

Đo độ dạng khớp vai: Người đo đứng cùng bên với tay được đo. Góc thước đặt tại mỏm cùng vai. Cạnh cố định của thước đặt thẳng dọc theo thân, song song với trục cơ thể. Cạnh di động nằm dọc theo mặt ngoài cánh tay bệnh nhân. Khi bệnh nhân dạng tay ra bên ngoài và đưa lên cao theo mặt phẳng vành tai, cạnh di động của thước xoay theo cánh tay trong khi cạnh cố định giữ nguyên vị trí ban đầu. Góc ghi nhận là góc tạo bởi hai cạnh của thước tại mức dạng tối đa. Tầm vận động dạng khớp vai bình thường là 150-180 độ.

Quy đổi điểm: $>150^{\circ}$: 1 điểm, $101 - 150^{\circ}$: 2 điểm, $51 - 100^{\circ}$: 3 điểm, $0 - 50^{\circ}$: 4 điểm.

Đo tầm vận động xoay ngoài và xoay trong khớp vai:

Bệnh nhân nằm ngửa, vai dạng 90 độ so với thân người, cánh tay nằm trên mặt giường, khuỷu gấp 90 độ, cẳng tay dựng thẳng lên trần nhà. Trục thước đặt tại khuỷu, cạnh cố định của thước đặt vuông góc với mặt giường, cạnh di động đặt song song với trục dọc của xương trụ (đến mỏm trâm trụ).

Xoay ngoài: Bệnh nhân xoay cẳng tay ra phía sau đầu. Cạnh cố định giữ nguyên vị trí vuông góc với mặt giường, cạnh di động di chuyển theo trục cẳng tay cho đến điểm giới hạn vận động. Góc đo được là góc tạo bởi cạnh cố định và cạnh di động tại mức xoay ngoài tối đa, không có nâng vai hay uốn lưng. Tầm vận động xoay ngoài bình thường là 85-90 độ.

Quy đổi điểm: $>85^{\circ}$: 1 điểm, $61 - 85^{\circ}$: 2 điểm, $31 - 60^{\circ}$: 3 điểm, $0 - 30^{\circ}$: 4 điểm

Xoay trong: Bệnh nhân xoay cẳng tay về phía bụng. Cạnh cố định vẫn giữ nguyên, cạnh di động xoay theo trục cẳng tay cho đến điểm giới hạn vận động. Góc đo được góc tạo bởi cạnh cố định và cạnh di động tại mức xoay trong tối đa. Tầm vận động xoay trong bình thường là 85-90 độ.

Quy đổi điểm: $>85^0$: 1 điểm, $61 - 85^0$: 2 điểm, $31 - 60^0$: 3 điểm, $0 - 30^0$: 4 điểm.

2.8.4. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

Đánh giá hiệu quả điều trị chung dựa vào điểm của 4 chỉ số: điểm VAS, tâm vận động dạng, xoay trong, xoay ngoài

Theo công thức:

(Tổng điểm sau điều trị- tổng điểm trước điều trị)/ tổng điểm sau điều trị

- $> 80 \%$: Kết quả tốt; $60-80 \%$ Kết quả khá; $40-60\%$ Kết quả trung bình; $< 40 \%$ kết quả kém

2.9. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Các test thống kê được dùng: Tính giá trị trung bình (\bar{X}) và độ lệch chuẩn SD, so sánh các giá trị trung bình bằng kiểm định T-test,...

2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được hội đồng khoa học, hội đồng đạo đức của Bệnh viện Y học cổ truyền Bắc Ninh và Sở Y tế tỉnh Bắc Ninh thông qua.

- Tiến hành trên cơ sở trung thực, tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc khoa học và chuẩn mực đạo đức trong nghiên cứu y sinh học; kết quả nghiên cứu được công bố đúng mục đích khoa học.

- Người bệnh tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu, nội dung nghiên cứu, cũng như quyền lợi và nghĩa vụ khi tham gia.

- Người tham gia có quyền rút lui khỏi nghiên cứu tại bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến quyền lợi khám và điều trị.

- Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật tuyệt đối; dữ liệu thu thập và kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho các mục đích khác.

- Trong quá trình nghiên cứu, nếu người bệnh không đỡ, muốn chuyển phương pháp điều trị khác hoặc bệnh nặng lên thì cho người bệnh dừng điều trị, chuyển phương pháp điều trị khác nhưng vẫn lưu số liệu trong nhóm nghiên cứu và báo cáo trường hợp này trong mục Tác dụng không mong muốn.

2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

- Bệnh án nghiên cứu được xây dựng rõ ràng, bám sát mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

- Người tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và được giải thích đầy đủ về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu.

- Công tác nhập liệu được thực hiện cẩn thận, có kiểm tra chéo nhằm giảm thiểu tối đa sai sót.

CHƯƠNG 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1: Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	n	%
< 40		
40 – 59		
Trên 60		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.1.2. Đặc điểm về giới tính

Bảng 3.2: Phân bố theo giới tính

Giới	n	%
Nam		
Nữ		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Bảng 3.3: Phân bố theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Lao động chân tay		
Lao động trí óc		
Hưu trí		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Bảng 3.4. Phân bố theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	n	%
< 1 tháng		
1 – 3 tháng		
> 3 tháng		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.3. Đặc điểm trên cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 6. Đặc điểm tổn thương gân cơ khớp vai trên siêu âm

Tổn thương gân cơ khớp vai	Nghiên cứu	
	n	%
Viêm gân cơ trên gai		
Viêm gân cơ nhị đầu		
Viêm cả hai gân		
Tổng		

3.2. Kết quả điều trị viêm quanh khớp vai

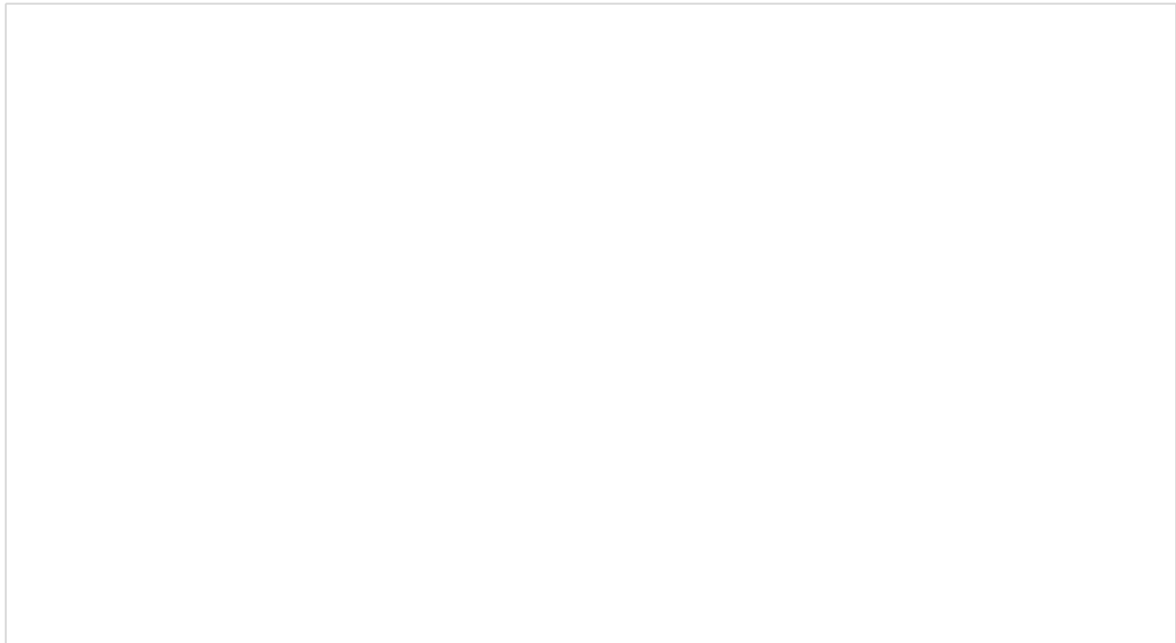
3.2.1. Hiệu quả điều trị

3.1.2. Kết quả điều trị điều trị

Bảng 3.5. Kết quả điều trị điều trị thang điểm VAS

Mức độ đau theo VAS	Trước điều trị		Sau điều trị		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Không đau						
Đau ít						
Đau vừa						
Đau nhiều						
p						

3.2.1.1. Hiệu quả cải thiện đau theo thang điểm VAS



Biểu đồ 3. 1. Hiệu quả cải thiện điểm VAS trung bình sau điều trị

3.2.1.2. Hiệu quả cải thiện tầm vận động theo Mc Gill - Mc Romi

3.1.2. Kết quả điều trị điều trị

Bảng 3.6. Kết quả cải thiện tầm vận động dạng khớp vai theo Mc Gill - Mc Romi

Tầm vận động dạng khớp vai	Trước điều trị		Sau điều trị		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
>150 ⁰						
101 – 150 ⁰						
51 - 100 ⁰						
0 - 50 ⁰						
p						

Bảng 3.7. Tầm vận động dạng khớp vai trung bình trước và sau điều trị

Thời điểm	$(\bar{X} \pm SD)$
D ₀	
D ₁₅	
p	

Bảng 3.8. Kết quả cải thiện tầm vận động xoay trong theo Mc Gill - Mc Romi

Tầm vận động xoay trong	Trước điều trị $(\bar{X} \pm SD)$		Sau điều trị $(\bar{X} \pm SD)$		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
>85 ⁰						
61 – 85 ⁰ :						
31 - 60 ⁰ :						
0 - 30 ⁰ :						

p	
---	--

Bảng 3.9. Tâm vận động xoay trong khớp vai trung bình trước và sau điều trị

Thời điểm	$(\bar{X} \pm SD)$
D ₀	
D ₁₅	
p	

Bảng 3.10. Kết quả cải thiện tâm vận động xoay ngoài theo Mc Gill - Mc Romi

Tâm vận động	Trước điều trị $(\bar{X} \pm SD)$		Sau điều trị $(\bar{X} \pm SD)$		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
>85°						
61 – 85°:						
31 - 60°:						
0 - 30°:						
p						

Bảng 3.11. Tâm vận động xoay ngoài khớp vai trung bình trước và sau điều trị

Thời điểm	$(\bar{X} \pm SD)$
D ₀	
D ₁₅	
p	

Nhận xét:

3.2.1.4. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.12. Kết quả điều trị

Kết quả	Tốt	Khá	Trung bình	Kém
n				
%				

Nhận xét:

3.2.2. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.13. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Chỉ tiêu	Nghiên cứu	
	n	%
Bỏng		
Vụng châm		
Gãy kim		
Nhiễm trùng tại vị trí châm		
Chảy máu tại vị trí châm		
Điện giật		

3.3. Khảo sát một số yếu tố liên quan tới hiệu quả điều trị

3.3.1. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị

Kết quả Thời gian mắc bệnh	Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR	p
	n	%	n	%		
< 1 tháng						
≥ 1 tháng						

Nhận xét:

3.3.2. Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Kết quả Tuổi	Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR	p
	n	%	n	%		
< 60						
≥ 60						

Nhận xét:

3.3.3. Mối liên quan giữa giới và kết quả điều trị

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị

Kết quả	Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR	p
	n	%	n	%		
Giới tính						
Nữ						
Nam						

Nhận xét:

3.3.4. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị

Kết quả	Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR	p
	n	%	n	%		
Nghề nghiệp						
Lao động trí óc + Hưu trí						
Lao động chân tay						

Nhận xét:

3.3.5. Mối liên quan giữa mức độ đau và kết quả điều trị

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa mức độ đau và kết quả điều trị

Kết quả	Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR	p
	Mức độ đau	n	%	n		
Đau ít						
Đau vừa						

Nhận xét:

CHƯƠNG 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu và mục tiêu nghiên cứu.

DỰ KIẾN KẾT LUẬN

DỰ KIẾN KHUYẾN NGHỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2022)**. Viêm quanh khớp vai. *Cẩm nang chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*. Hà Nội, Nhà xuất bản Y học: 944–8.
2. **Trường Đại học Y Hà Nội (2012)**. Viêm quanh khớp vai. *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*. Hà Nội, Nhà xuất bản Y học: 160–3.
3. **Khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y Hà Nội (2018)**. Viêm quanh khớp vai. *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học. 173.
4. **Đinh Thị Lam, Nguyễn Giang Thanh (2022)**, "Tác dụng của ôn điện châm kết hợp Ý dĩ nhân thang trên bệnh nhân thoái hoá khớp gối." *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 158(10). 149–56.
5. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2017)**. Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp. Hà Nội, Nhà xuất bản Giáo dục: 154–7.
6. **Trường Đại học Y Hà Nội (2020)**. Viêm quanh khớp vai. *Bệnh học nội khoa, Tập II*. Hà Nội, Nhà xuất bản Y học: 280–90.
7. **Bộ Y tế (2016)**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. *Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014*. Hà Nội,
8. **Bộ Y tế (2008)**. Quy trình 23. *Quyết định số 26/2008/QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền*. Hà Nội: Bộ Y tế.
9. 柴铁劬编著 (2008), 靳三针临症配穴法, 人民卫生出版社.
10. **Bộ Y tế (2013)**. Quy trình 8. *Quyết định số 792/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*. Hà Nội: Bộ Y tế.
11. 高巍, 曹锐 (2019), "肩三针治疗肩周炎的有效性及作用机制研究." *安徽卫生职业技术学院学报*. 18(1). 26–7.

- Cao Duy, Tào Duệ (2019).** “Nghiên cứu hiệu quả và cơ chế tác dụng của phương pháp Tam châm vai trong điều trị viêm quanh khớp vai.” *Tạp chí Trường Cao đẳng Kỹ thuật Nghề Y tế An Huy*. Tập 18(1): tr. 26–27.
- 12. He-Xing Yu, Bao-Long Li, Jie Zhang (2020),** "Clinical study of warm acupuncture combined with massage in treatment of periathritis of shoulder." *Journal of Hainan Medical University*. 26(2).
- 13. Pham Hong Van, Nguyen Tien Chung, Huynh Quang Huy, Hoang Huyen Cham, Dau Xuan Canh (2020),** "Clinical presentations and imaging features of shoulder periathritis: An observation in a Vietnamese traditional medicine hospital." *Medical Science*. 24(104). 1936–41.
- 14. Lê Văn Thanh, Hoàng Thị Lại, Nguyễn Thị Hạnh (2022),** "Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh thang” kết hợp Kiên tam châm, tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4." *Tạp chí Y học Quân sự*.(359). 75–80.
- 15. Nguyễn Vinh Quốc, Ngô Trọng Tục (2023),** "Hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần thể hàn thấp bằng ôn châm kết hợp vận động trị liệu." *Tạp chí Y học Việt Nam*. 523(2).
- 16. Tuấn Vinh Lê (2024).** *Hiệu quả điều trị của Cận tam châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần*. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
- 17. Ngô Hiền Linh, Nguyễn Tiến Chung, Nguyễn Quốc Anh (2025),** "Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng cao dán ôn kinh phương kết hợp điện châm." *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*. 60(Đặc biệt 02). 72–80.

DANH MỤC PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1: BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

PHỤ LỤC 2: CÁC HUYỆT SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU

PHỤ LỤC 3: QUY TRÌNH ĐIỆN CHÂM

PHỤ LỤC 4: THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU VAS

PHỤ LỤC 5: CÁC NGHIỆM PHÁP PHÁT HIỆN GÂN TỔN THƯƠNG

PHỤ LỤC 6: ĐÁNH GIÁ TẦM VẬN ĐỘNG KHỚP VAI THEO PHƯƠNG
PHÁP ZERO

PHỤ LỤC 7: ĐÁNH GIÁ TẦM VẬN ĐỘNG KHỚP VAI THEO MCGILL-
MC ROMI

PHỤ LỤC 8: BẢNG ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG KHỚP VAI THEO
CONSTANT C.R VÀ MURLEY A.H.G 1987

PHỤ LỤC 1. BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số vào viện:

Số thứ tự:.....

Nhóm nghiên cứu Nhóm đối chứng

A. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên bệnh nhân:.....

2. Tuổi:

3. Giới: Nam Nữ

4. Nghề nghiệp:

- Lao động trí óc

- Hưu trí

- Lao động chân tay

5. Địa chỉ:.....

6. Địa chỉ liên lạc:.....

7. Ngày vào viện:.....

B. Y HỌC HIỆN ĐẠI

I. Lý do vào viện

- Đau khớp vai: Trái Phải Hai bên

- Hạn chế vận động khớp vai Trái Phải Hai bên

II. Tiền sử

1. Bản thân:

1.1. Chấn thương khớp vai: Có Không

1.2. Dùng thuốc điều trị trước đó:

- Dùng thuốc giảm đau NSAID 1 tuần trở lại đây: Có Không

- Sử dụng corticoid hoặc vật lý trị liệu trong 6 tuần trở lại đây: Có Không

1.3. Tiền sử bệnh lý:

- Các bệnh nội khoa đã mắc:

THA

ĐTĐ

Viêm loét dạ dày - tá tràng

Khác:.....

2. Gia đình:.....

III. Bệnh sử

1. Khởi phát bệnh: Từ từ Đột ngột

2. Thời gian bị bệnh trước khi vào viện:

< 1 tháng

1 - 3 tháng

> 3 tháng

3. Triệu chứng hiện tại:

- Đau khớp vai: Trái Phải Hai bên

- Hạn chế vận động khớp vai: Trái Phải Hai bên

- Teo cơ: Có Không

IV. Khám lâm sàng

1. Toàn thân

Chiều cao.....cm Mạch.....ck/phút Cân nặng.....kg

Nhiệt độoC Huyết áp..... mmHg

2. Khớp vai

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

Mức độ đau	Điểm VAS	D0		D7		D15	
		P	T	P	T	P	T
Không đau	0						
Đau nhẹ	$1 \leq VAS \leq 3$						
Đau vừa	$3 \leq VAS \leq 6$						
Đau nặng	$6 \leq VAS \leq 9$						

Đau không chịu được	VAS = 10						
---------------------	----------	--	--	--	--	--	--

2.2. Đánh giá tầm vận động khớp vai theo McGill – Mc Romi.

Động tác	Tầm vận động khớp vai	D0		D7		D15	
		P	T	P	T	P	T
Dạng	>150 ⁰						
	101 – 150 ⁰						
	51 - 100 ⁰						
	0 - 50 ⁰						
Xoay trong	>85 ⁰						
	61 – 85 ⁰						
	31 – 60 ⁰						
	0 – 30 ⁰						
Xoay ngoài	>85 ⁰						
	61 – 85 ⁰						
	31 – 60 ⁰						
	0 – 30 ⁰						

2.3. Đánh giá hoạt động chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley

Chỉ số	D0	D7	D15
Đau			
Hoạt động hàng ngày			
Khả năng vận động			
Lực khớp vai			

Tổng điểm			
-----------	--	--	--

2.4. Các biểu hiện tại chỗ

Sung nề: Bầm tím: Teo cơ:

2.5. Dấu hiệu tổn thương

NP Jobe NP Palm up

3. Khám các cơ quan khác:

- Tim: Bình thường Bất thường

- Phổi Bình thường Bất thường

- Bụng-Ngực Bình thường Bất thường

- Cột sống cổ - thắt lưng Bình thường Bất thường

- Các cơ quan khác:.....

Ghi chú:.....

4. Cận lâm sàng

* Xquang khớp vai:

- Bình thường Canxi hóa gân Khác

* Siêu âm khớp vai:

Tổn thương gân khớp vai trên siêu âm:	
Viêm gân cơ nhị đầu <input type="checkbox"/>	Viêm gân cơ trên gai <input type="checkbox"/>
Viêm cả hai <input type="checkbox"/>	

B. THEO y học cổ truyền

Chứng trạng		D0		D15	
		Có	Không	Có	Không
Đau	Đau khi gặp lạnh				
	Hạn chế vận động vai				
	Đau tăng khi vận động				
	Chườm ấm đỡ đau				

Lưỡi nhạt				
Rêu lưỡi trắng mỏng				
Mạch phù hoãn				

Chẩn đoán bát cương:.....

C. ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Chỉ tiêu	Có	Không
Bỏng		
Vụng châm		
Gãy kim		
Nhiễm trùng tại vị trí châm		
Chảy máu tại vị trí châm		
.....		

Bắc Ninh, ngày...tháng...năm.....

Người làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 2. CÁC HUYỆT SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU

Công thức huyệt theo phác đồ Bộ y tế:

STT	Tên huyệt	Ký hiệu	Đường Kinh	Vị trí	Tác dụng
1	Kiên trinh	VI.9	Thủ thái dương Tiểu trường	Ở dưới sau khớp vai, huyệt ở cách đầu trên nếp lằn nách sau 1 thốn khi quay cánh tay vào trong	Chữa viêm quanh khớp vai, liệt tứ chi
2	Kiên tĩnh	XI.21	Túc thiếu dương Đờm	Trên vai, nằm giữa đường nối huyệt đại chùy đến đỉnh vai	Chữa đau vai gáy, cánh tay tê liệt không nhấc lên được, đẽ khó, viêm tuyến vú
3	Thiên tông	VI.11	Thủ thái dương Tiểu trường	Ở giữa hố xương bả vai.	Chữa bả vai đau nhức, viêm quanh khớp vai.
4	Tý nhu	II.14	Thủ dương minh Đại trường	Ở trên khuỷu tay 7 thốn phía trên đầu dưới cơ tam đầu, phía ngoài xương cánh tay trên đường nối Khúc trì và Kiên ngung.	Chữa đau nhức cánh tay và khuỷu tay, viêm quanh khớp vai.
5	Khúc trì	LI.11	Thủ dương	Tận cùng đầu ngoài nếp gấp khuỷu tay,	Đau họng, sốt cao, cảm cúm,

			minh Đại trường	giữa khối cơ trên lồi cầu	đau khớp khuỷu tay, liệt chi trên, mụn nhọt, đau bụng, ỉa chảy, lỵ.
--	--	--	-----------------	---------------------------	---

Công thức huyết cận tam châm:

Kiên ngưng (huyết Kiên I)

- Ký hiệu: LI.15.

- Đường kinh: Thủ dương minh Đại trường

Vị trí: Ở chỗ lõm ngoài vai, khoảng giữa hai xương, giờ cánh tay lên, lấy huyết ở chỗ lõm (Đồng nhân, Phát huy, Đại thành).

- Cách xác định huyết: Lấy ở điểm giữa móm cùng vai và mấu động lớn của xương cánh tay, sát bờ trước móm cùng vai hoặc sờ để xác định bờ trước móm cùng vai để lấy huyết, hoặc bảo người bệnh dang ngang cánh tay, móm cùng vai và mấu động lớn xương cánh tay sẽ làm xuất hiện 2 chỗ lõm, huyết ở trong chỗ lõm nhỏ phía trước.

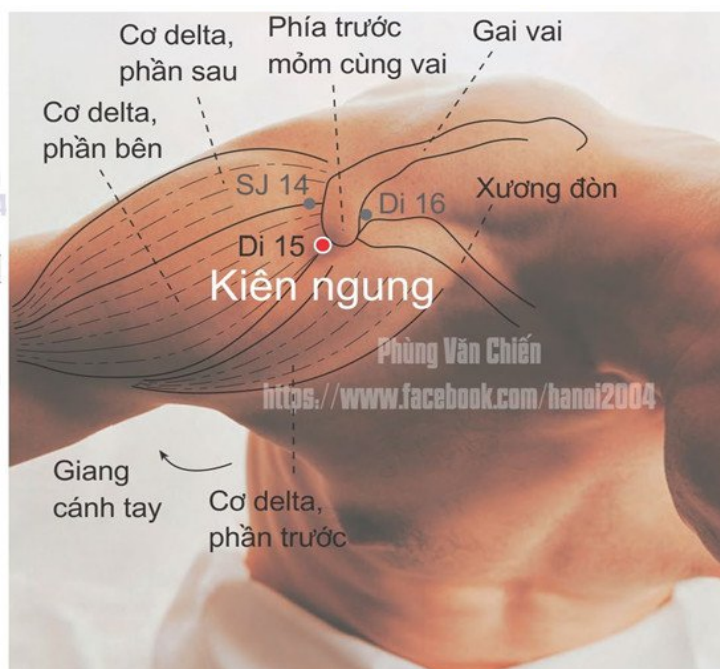
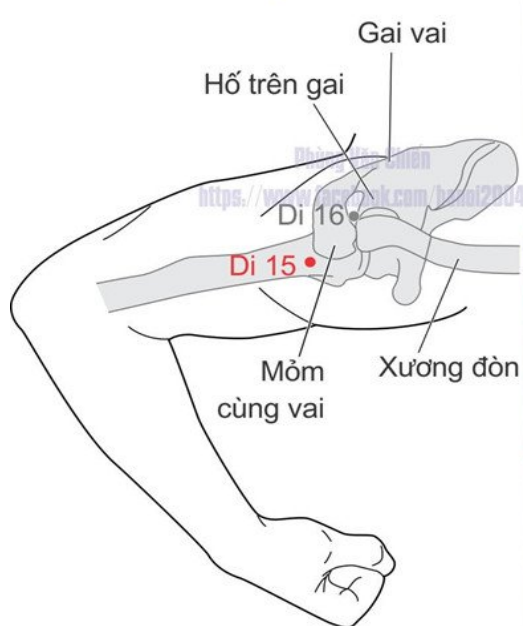
- Giải phẫu dưới huyết: da, mô dưới da, cơ Delta, bao hoạt dịch dưới cơ tam đầu, gân cơ trên gai. Thần kinh và mạch máu vùng huyết: Dây thần kinh thượng đòn, thần kinh nách, động tĩnh mạch ngoại bì sau.

- Cách châm:

+ Đối với các bệnh lý vùng vai: Châm 0,8-1,5 thốn hướng vào khớp vai.

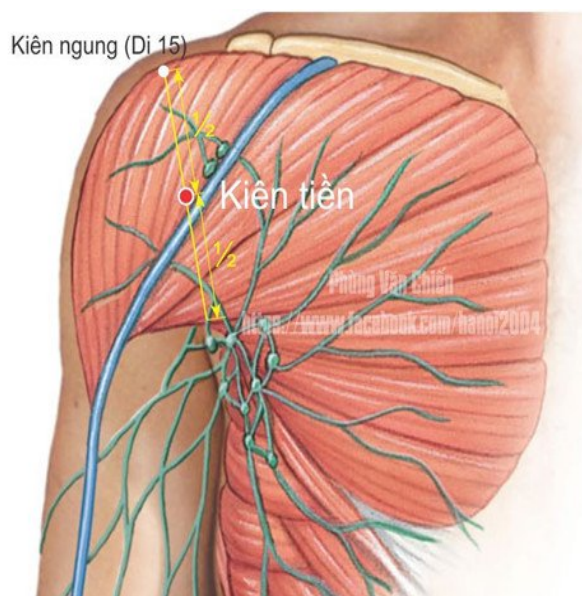
+ Đối với bệnh lý liệt chi trên: Châm 0,8-1,5 thốn hướng theo cơ Delta.

- Tác dụng: Khu phong tán hàn, hành khí hóa đàm, điều hòa khí huyết, cường tráng xương khớp.



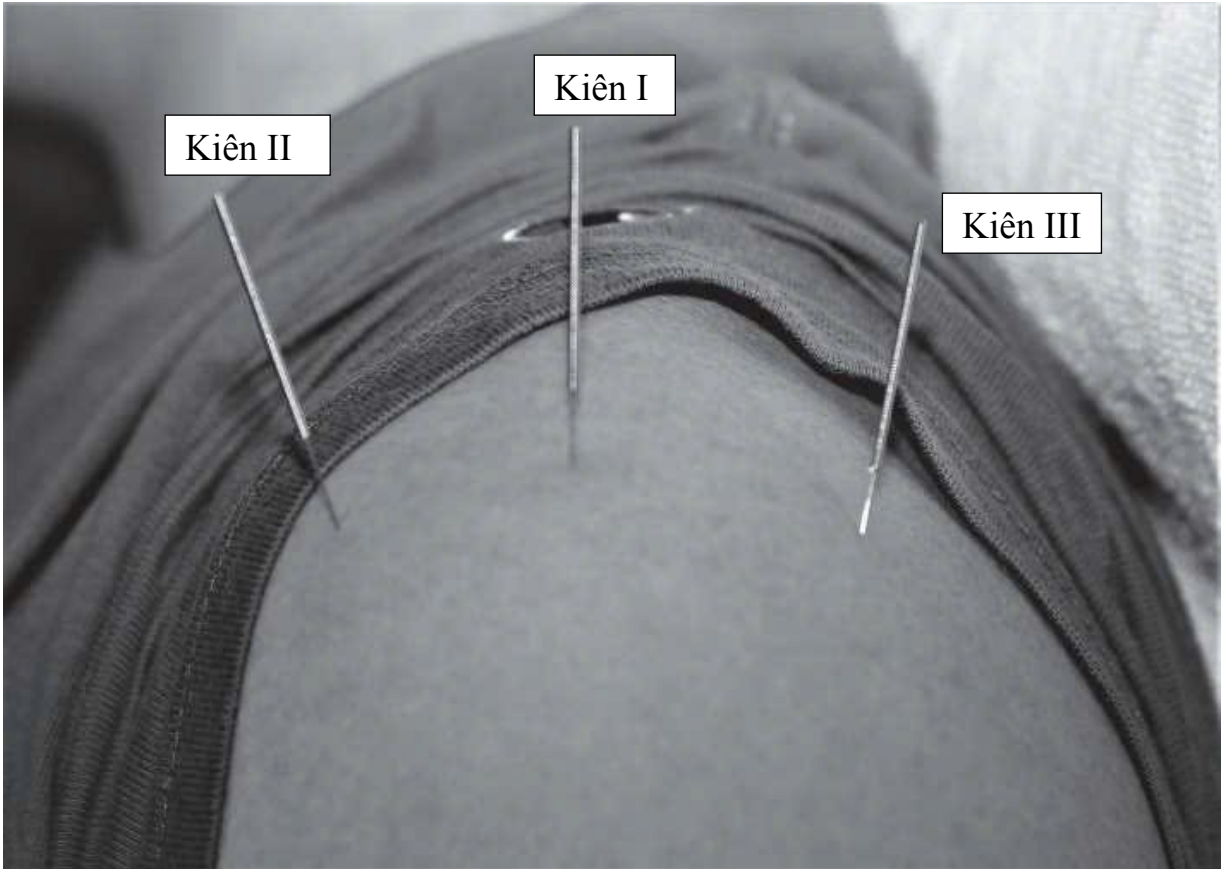
Huyệt Kiên Tiên (huyệt Kiên II)

- Ký hiệu: EX-UE
- Đường kinh: Ngoài kinh chính, thuộc nhóm cận tam châm vùng vai.
- Vị trí: Từ Kiên Ngưng đo ra phía trước 1 thốn.
- Cách xác định huyệt: Ở nếp nách trước đo lên 1 thốn. Từ huyệt Kiên Ngưng đo ra phía trước 2 thốn, ở chỗ lõm là huyệt.
- Giải phẫu dưới huyệt: da, mô dưới da, cơ nhị đầu. Thần kinh và mạch máu vùng huyệt: Có các nhánh bên nông của thần kinh thượng đòn, thần kinh nách sâu và thần kinh cơ, động mạch ngực sâu.
- Cách châm:
 - + Đối với bệnh lý viêm quanh khớp vai: châm 0,8-1,5 thốn hướng vào khớp vai.
 - + Đối với bệnh lý liệt chi trên: châm 0,8-1,5 thốn theo chiều dài cơ bắp tay.
- Tác dụng: Giảm đau vai phía trước, thư cân hoạt lạc, tăng biên độ gờ tay.



Huyệt Kiên Hậu (huyệt Kiên III)

- Ký hiệu: EX-UE
- Đường kinh: Ngoài kinh chính, thuộc nhóm cận tam châm vùng vai
- Vị trí: Từ Kiên Ngưng đo ra phía sau 1 thốn.
- Cách xác định huyệt: Ở phía trên nếp gấp nách sau 1 thốn. Từ huyệt Kiên Ngưng đo ra phía sau 2 thốn, chỗ lõm là huyệt.
- Giải phẫu dưới huyệt: da, mô dưới da, cơ delta, cơ tròn nhỏ, cơ tròn to, cơ lưng rộng. Thần kinh và mạch máu vùng huyệt: có các nhánh cơ của thần kinh nách và động mạch chày sau.
- Cách châm:
 - + Đối với các bệnh lý của vai: châm 0,8-1,5 thốn hướng vào khớp vai.
 - + Đối với bệnh lý liệt chi trên: 0,8-1,5 thốn theo hướng cơ delta.
- Tác dụng: Tán hàn, thông lạc, hoạt huyết chỉ thống, đặc biệt hiệu quả với co cứng cơ vùng sau vai, đau kiểu hàn thấp, vận động kém linh hoạt.



PHỤ LỤC 3. QUY TRÌNH ĐIỆN CHÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp giữa tác dụng chữa bệnh của châm cứu với kích thích bằng dòng điện.

Hiện nay thường sử dụng máy phát ra xung điện có tính năng ổn định, an toàn, điều chỉnh thao tác dễ dàng, đơn giản. Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm giảm đau, kích thích hoạt động các cơ, các tổ chức, tăng cường dinh dưỡng các tổ chức, giảm viêm.....

2. CHỈ ĐỊNH

- Các chứng liệt (liệt do tại biến mạch máu não, di chứng bại liệt, liệt các dây thần kinh ngoại biên, các bệnh lý đau như đau đầu, đau lưng, đau thần kinh tọa, bệnh ngũ quan như giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn, châm tê trong phẫu thuật...)

- Các chứng đau cấp và mạn tính: đau do đụng giập, chấn thương, đau sau mổ, đau các khớp hoặc phần mềm quanh khớp, đau trong các bệnh lý về thần kinh...

- Bệnh cơ năng và triệu chứng của một số bệnh như rối loạn thần kinh tim, mất ngủ không rõ nguyên nhân, kém ăn, đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc...

- Một số bệnh do viêm nhiễm như viêm tuyến vú, chắp, lẹo....

- Châm tê phẫu thuật

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cơ thể suy kiệt, sức đề kháng giảm, phụ nữ có thai.

- Tránh châm vào những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da.

- Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

Bác sỹ, Y sỹ, Lương y được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

4.2. Phương tiện:

- Kim châm cứu vô khuẩn dùng một lần
- Khay men, kim có máu, bông, cồn 70⁰
- Máy điện châm hai tần số bỏ tả

4.3. Người bệnh

- Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Người bệnh nằm tư thế thoải mái, chọn tư thế sao cho vùng được châm được bộc lộ rõ nhất.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thủ thuật:

- Bước 1:
 - + Xác định và sát trùng da vùng huyết
 - + Chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng định châm.

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

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết;

Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

Thì 2: Đẩy kim từ từ theo huyết đạo, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (Người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, Người thực hiện cảm giác kim nút chặt tại vị trí huyết).

- Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm

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

- Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bỏ từ 1 - 3Hz.
- Cường độ: nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

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

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

5.2. Liệu trình

Châm ngày 1 lần, thời gian 25- 30 phút/lần.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Theo dõi tại chỗ và toàn thân

6.2. Xử trí tai biến

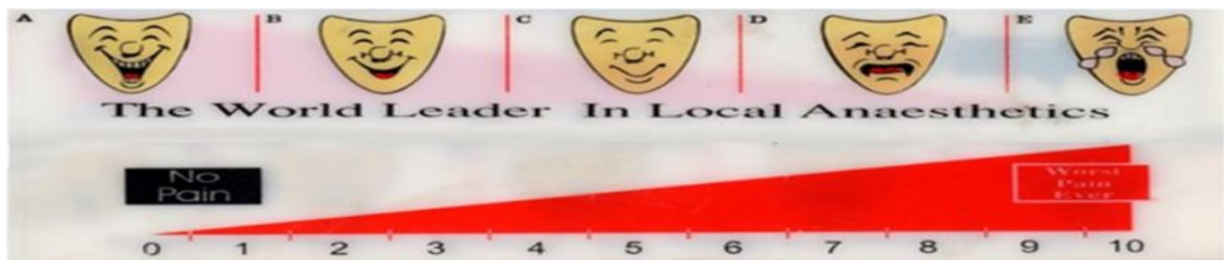
- *Vùng châm*: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

- *Chảy máu khi rút kim*: dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

PHỤ LỤC 4. THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU VAS (VISUAL ANALOGUE SCALE)

Đau là sự đánh giá một cách chủ quan của người bệnh, ta đánh giá dựa vào sự đánh dấu của BN trên thước đo độ đau VAS

Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS có 2 mặt:



Một mặt chia thành 11 vạch đều nhau tính điểm từ 0 đến 10 điểm

- Một mặt có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức để BN tự lượng giá cho đồng nhất mức độ đau.

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

Hình tượng thứ hai (tương ứng với 1 – 3 điểm): đau nhẹ, hầu như không cảm nhận và nghĩ đến nó, thỉnh thoảng thấy đau nhẹ.

Hình tượng thứ ba (tương ứng với 4-6 điểm): đau làm người bệnh chú ý, mất tập trung trong công việc, có thể thích ứng với nó.

Hình tượng thứ tư (tương ứng với 7-9 điểm): đau nhiều, BN không thể quên đau sau nhiều phút, BN vẫn có thể làm việc được.

Hình tượng thứ năm (tương ứng 10 điểm): đau kinh khủng, kêu khóc, rên rỉ không kiểm soát được.

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

Phân loại mức độ đau dựa theo thang điểm VAS:

Điểm VAS	Mức độ đau
VAS=0	Không đau
$1 \leq \text{VAS} \leq 3$	Đau nhẹ
$4 \leq \text{VAS} \leq 6$	Đau vừa
$7 \leq \text{VAS} \leq 9$	Đau nặng
VAS = 10	Đau không chịu được

PHỤ LỤC 5.

CÁC NGHIỆM PHÁP GIÚP PHÁT HIỆN GÂN TỔN THƯƠNG

+ Nghiệm pháp Palm-up: phát hiện tổn thương đầu dài gân cơ nhị đầu: bệnh nhân ngửa bàn tay tư thế 90° bàn tay xoay ngoài, nâng dần cánh tay lên trên kháng lại lực giữ của người khám, bệnh nhân đau khi có tổn thương gân cơ nhị đầu, trường hợp có đứt gân nhị đầu để cánh tay dọc theo thân, cẳng tay gấp vuông góc với cánh tay, lên phần sẽ thấy nổi cục vùng cơ cánh tay.

+ Nghiệm pháp Jobe: phát hiện tổn thương cơ trên gai: bệnh nhân dạng tay 90° , ngón cái hướng xuống dưới, đưa cánh tay về trước 30° và hạ thấp dần xuống. Bệnh nhân đau khi gân cơ tổn thương.

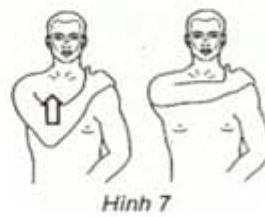
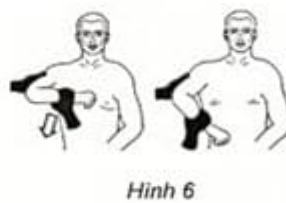
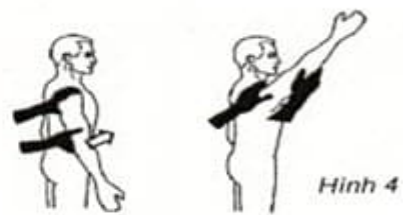
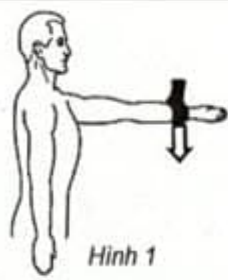
+ Nghiệm pháp Pattes: phát hiện tổn thương cơ dưới gai và cơ tròn bé: khuỷu gấp vào cánh tay 90° , cánh tay ở tư thế dạng 90° , hạ thấp cẳng tay và xoay vào trong làm bệnh nhân đau.

+ Nghiệm pháp Neer: phát hiện tổn thương vùng dưới mỏm quạ: người khám đứng phía sau bệnh nhân, một tay giữ vùng vai, tay còn lại nâng dần cánh tay cùng bên sẽ gây lực ép vùng mỏm cùng vai. Bệnh nhân đau vùng tổn thương.

+ Nghiệm pháp Gerber: đánh giá tổn thương cơ dưới vai: đưa tay bệnh nhân ra sau, mu tay tiếp xúc với lưng, đưa tay BN tách dần khỏi lưng (xoay khớp vào trong tối đa), cơ dưới vai tổn thương sẽ không làm được động tác này.

+ Nghiệm pháp Hawkins: phát hiện tổn thương dây chằng quạ-cùng vai: nâng tay bệnh nhân lên 90° và làm động tác xoay trong bằng cách hạ thấp cẳng tay và đưa ra phía ngoài. Bệnh nhân đau dưới mỏm cùng vai.

+ Nghiệm pháp Yocum: đặt lòng bàn tay lên mỏm khớp vai của bên đối diện và nâng dần khuỷu tay trong khi vẫn cố định khớp vai đang làm nghiệm pháp. Bệnh nhân đau khi có hẹp khoang dưới mỏm cùng của bên làm nghiệm pháp.



PHỤ LỤC 6. ĐÁNH GIÁ TẦM VẬN ĐỘNG KHỚP VAI THEO PHƯƠNG PHÁP ZERO

Tầm vận động khớp được đánh giá theo phương pháp zero như sau: bệnh nhân đứng thẳng, mặt nhìn thẳng ra phía trước, hai tay xuôi khép sát thân mình, bàn tay xoay ngửa hướng ra phía trước, hai gót chân chụm sát nhau, hai bàn chân mở ra trước 45 độ. Ở tư thế này, tất cả các khớp được xác định là 0 độ.

Cần khám tất cả các động tác vận động của khớp vai gồm:

+ Dạng cánh tay và nâng lên trên theo mặt phẳng đứng ngang, bình thường đạt 180 độ. Khép cánh tay vào trong theo mặt phẳng đứng ngang, bình thường đạt 30 độ.

+ Đưa cánh tay ra trước và lên trên theo bình diện đứng dọc, bình thường đạt 180 độ. Đưa cánh tay ra sau theo bình diện đứng dọc, bình thường đạt 50 độ.

+ Xoay trong cánh tay: bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay dạng 90 độ vuông góc với thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay hướng lên trên, bàn tay hướng ra trước để ngón tay cái hướng về phía thân mình, hạ bàn tay về phía lòng bàn tay xuống dưới để làm cánh tay xoay trong, bình thường đạt 90 độ.

+ Xoay ngoài cánh tay: bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay dạng 90 độ vuông góc với thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay hướng lên trên, bàn tay hướng ra trước để ngón tay cái hướng về phía thân mình giống như khi làm động tác xoay trong, hạ bàn tay về phía mu tay xuống dưới để làm xoay ngoài cánh tay, bình thường đạt 90 độ.

**PHỤ LỤC 7. ĐÁNH GIÁ TẦM VẬN ĐỘNG KHỚP VAI THEO
MCGILL – MC ROMI**

Động tác	Tầm vận động khớp vai	D0		D7		D15	
		P	T	P	T	P	T
Dạng	>150 ⁰						
	101 – 150 ⁰						
	51 - 100 ⁰						
	0 - 50 ⁰						
Xoay trong	>85 ⁰						
	61 – 85 ⁰						
	31 – 60 ⁰						
	0 – 30 ⁰						
Xoay ngoài	>85 ⁰						
	61 – 85 ⁰						
	31 – 60 ⁰						
	0 – 30 ⁰						

**PHỤ LỤC 8. BẢNG ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG KHỚP VAI THEO
CONSTANT C.R VÀ MURLEY A.H.G 1987**

Nội dung	Mức độ/tiêu chí	Điểm
Mức độ đau (tối đa 15/100)	Không đau	15
	Đau nhẹ	10
	Đau vừa phải	5
	Đau nặng	0
Hoạt động trong cuộc sống hàng ngày (tối đa 20/100)	A. Mức độ hoạt động	
	Làm việc	4
	Giải trí (thể thao)	4
	Ngủ sâu	2
	B. Vị trí	
	Hướng về hông	2
	Hướng về lưng	4
	Hướng về cổ	6
	Hướng về đỉnh đầu	8
	Trên đầu	10
Nâng vai ra trước, lên trên (tối đa 10/100)	0–30°	0
	31–60°	2
	61–90°	4
	91–120°	6
	121–150°	8
	151–180°	10
Dạng vai sang bên, lên trên	Cho điểm như nâng vai ra trước	Tối đa 10
Quay ngoài (tối đa 10/100)	Tay để dưới đầu, khuỷu tay đưa ra	2

	phía trước	
	Tay để dưới đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
	Tay để trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía trước	2
	Tay để trên đầu, khuỷu tay đưa ra phía sau	2
	Tay để quá đỉnh đầu	2
Quay trong (tối đa 10/100)	Bàn tay đặt ở đùi	0
	Bàn tay đặt ở hông	2
	Bàn tay đặt ở điểm nối cột sống thắt lưng – xương chậu	4
	Bàn tay đặt ở cột sống thắt lưng L5	6
	Bàn tay đặt ở đốt sống ngực D12	8
	Bàn tay đặt ở vùng xương bả vai	10
Năng lực khớp vai (Moseley) (tối đa 25/100)	Nâng tay ở góc 90°, bình thường nâng được 25 pound Anh ($\approx 11,3\text{kg}$)	25
Tổng điểm		100

Phân loại kết quả điều trị như sau:

Rất tốt 95 – 100

Tốt 85 – 94

Khá 75 – 84

Trung bình 60 – 74

Kém < 60

DỰ TRÙ KINH PHÍ THỰC HIỆN

TT	Nội dung	Kinh phí (VNĐ)
1	Chi in ấn tài liệu: 1000 x (100 trang đề cương + 140 trang đề tài) x 5 quyển x 5 lần chỉnh sửa	3.600.000
2	Chi in ấn giấy đồng thuận: 1000 tờ x 100 tờ	100.000
3	Chi in ấn bệnh án: 1000 x 6 trang x 50 bệnh án	316.000
4	Chi in ấn thang NDI: 1000 x 4 trang x 50	244.000
5	Văn phòng phẩm	200.000
6	Tổng	4.460.000