

TÁC DỤNG GIẢM ĐAU, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CỦA ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP BẮM HUYỆT KẾT HỢP ĐẤP PARAFFIN TRÊN NGƯỜI BỆNH VIÊM QUANH KHỚP VAI

Trần Thanh Liêm và Trịnh Thị Lụa[✉]

Trường Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng vận động khớp vai của điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp đắp paraffin trên người bệnh viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên 60 người bệnh được chia làm hai nhóm. Nhóm nghiên cứu điều trị bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp đắp paraffin, nhóm đối chứng điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có điểm đau VAS trung bình ($0,9 \pm 0,8$) thấp hơn nhóm đối chứng ($1,4 \pm 0,7$), tầm vận động khớp vai theo Mc Gill - Mc Romi và chức năng khớp vai theo thang điểm Constant C.R và Murley A.H.G của nhóm nghiên cứu tăng hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết luận: điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp đắp paraffin có tác dụng giảm đau và phục hồi chức năng vận động trên người bệnh viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tốt hơn điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

Từ khóa: Điện châm, xoa bóp bấm huyệt, paraffin, viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là một bệnh lý đặc trưng bởi đau và hạn chế vận động khớp vai, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bệnh thường gặp ở người trung niên và cao tuổi, với tổn thương chủ yếu tại các cấu trúc phần mềm quanh khớp như gân, cơ, dây chằng và bao khớp.^{1,2} Trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống gần đây của J. Lucas và cộng sự (2022) cho thấy tỷ lệ đau vai dao động từ 7,7 đến 62 người/ 1000 dân/ năm.³ Tại Việt Nam, một khảo sát trên 12.136 người bệnh ở 48/63 tỉnh thành phố ghi nhận 8,14% trường hợp khám ngoại trú vì đau vai, cho thấy gánh nặng của bệnh lý này không hề nhỏ.⁴

Trong Y học cổ truyền (YHCT), VQKV được xếp vào phạm vi chứng “Kiên tý”, phần nhiều

do phong hàn thấp tà xâm nhập hoặc do chính khí hư suy khiến khí huyết kém lưu thông, kinh lạc bế tắc, từ đó gây đau và hạn chế vận động. Bệnh gồm ba thể lâm sàng, trong đó thể Kiên thống thường gặp nhất với biểu hiện đau tăng khi vận động hoặc thay đổi thời tiết.⁵ Theo y học hiện đại (YHHĐ), hướng tiếp cận điều trị VQKV chủ yếu là điều trị bảo tồn bằng thuốc kháng viêm giảm đau, vật lý trị liệu và tập phục hồi chức năng. Trong đó, đắp paraffin là một phương pháp điều trị vật lý trị liệu không xâm lấn, sử dụng nhiệt tại chỗ từ paraffin nóng ($55 - 60^\circ\text{C}$), có tác dụng thúc đẩy tuần hoàn, giảm đau, giãn cơ và cải thiện tầm vận động khớp.⁶

Bên cạnh đó, các phương pháp không dùng thuốc của YHCT như châm cứu, xoa bóp bấm huyệt đã được ứng dụng rộng rãi và chứng minh có hiệu quả trong điều trị các bệnh lý cơ xương khớp, trong đó có VQKV. Tuy nhiên, các nghiên cứu lâm sàng đánh giá hiệu quả của việc kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt và đắp paraffin trong điều trị VQKV thể đơn thuần

Tác giả liên hệ: Trịnh Thị Lụa

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: trinthilua@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 06/08/2025

Ngày được chấp nhận: 13/08/2025

còn tương đối hạn chế, đặc biệt là tại các cơ sở thực hành lâm sàng tại Việt Nam. Trong bối cảnh xu hướng phối hợp điều trị giữa YHCT và YHHĐ ngày càng được quan tâm, việc đánh giá tính hiệu quả và an toàn của các phác đồ điều trị kết hợp là cần thiết để làm cơ sở cho thực hành điều trị.

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá tác dụng giảm đau và phục hồi chức năng vận động của phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp đắp paraffin trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh Viêm quanh khớp vai (VQKV) thể đơn thuần điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Theo Y học hiện đại:

- Người bệnh ≥ 18 tuổi, cả hai giới, được chẩn đoán xác định VQKV thể đơn thuần theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về cơ xương khớp” của Bộ Y tế năm 2014⁷:

+ Lâm sàng: Đau vùng khớp vai kiểu cơ học. Đau tăng lên khi làm các động tác cơ cánh tay đối kháng. Thường có điểm đau chói khi ấn tại điểm bám tận gân bó dài của gân cơ nhị đầu cánh tay hoặc gân trên gai. Ít hạn chế vận động khớp.

+ Cận lâm sàng: Xquang khớp vai bình thường hoặc có thể thấy hình ảnh calci hóa tại gân. Siêu âm khớp vai thấy gân bị tổn thương giảm âm hơn bình thường, nếu gân bị vôi hóa sẽ thấy nốt tăng âm kèm bóng cản.

- Có điểm đau $3 < \text{VAS} < 7$.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị.

Theo Y học cổ truyền:

Người bệnh được chẩn đoán xác định VQKV thể đơn thuần theo YHHĐ và thuộc phạm vi thể Kiên thống theo YHCT: Đau xung quanh khớp vai, đau tăng khi vận động, đau làm hạn chế một số động tác như chải đầu, gãi lưng, trời lạnh ẩm đau tăng chườm nóng đỡ đau, chất lưỡi hồng rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoặc phù khẩn.⁵

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh viêm quanh khớp vai do các nguyên nhân khác như: Nhiễm khuẩn (vi khuẩn sinh mủ, lao), bệnh nội khoa (u phổi, bệnh tim mạch, viêm khớp hệ thống), chấn thương, tổn thương rễ thần kinh cổ – cánh tay hoặc hoại tử vô khuẩn đầu xương cánh tay.

- Người bệnh đã được tiêm corticoid tại chỗ trong 3 tháng trở lại đây.

- Người bệnh có tiền sử vụng châm, dị ứng với paraffin hoặc tổn thương da tại vùng đắp.

- Người bệnh không tuân thủ điều trị: Bỏ điều trị liên tục > 3 ngày hoặc sử dụng các phương pháp điều trị VQKV khác trong quá trình tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng, có đối chứng.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Y học dân tộc - Phục hồi chức năng Bệnh viện Đa khoa Đống Đa,

Thời gian: từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện

Nghiên cứu lựa chọn được 60 người bệnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn, được chia thành 2 nhóm theo hình thức ghép cặp tương đồng về nhóm tuổi, giới, thời gian bị bệnh và mức độ đau theo thang điểm VAS.

Chỉ tiêu nghiên cứu và phương pháp đánh giá kết quả

- Đặc điểm chung của người bệnh: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, kết quả siêu âm và X-quang trước điều trị.

- Mức độ đau khớp: Được lượng giá bằng thang điểm VAS (Visual Analog Scale).⁸

- Tầm vận động khớp vai: Các động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài được chia thành 5 mức độ (từ độ 0 đến độ 4) theo Mc Gill - Mc Romi.⁹

- Chức năng khớp vai được đánh giá theo thang điểm Constant C.R và Murley A.H.G (1987) thông qua 4 yếu tố: Mức độ đau, chức năng sinh hoạt hằng ngày, khả năng vận động khớp vai và năng lực khớp vai.¹⁰

Quy trình nghiên cứu

- Nhóm nghiên cứu (NC): 30 người bệnh được điều trị bằng các thủ thuật theo trình tự: Điện châm ngày 1 lần, mỗi lần 25 phút; XBBH ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút kết hợp đắp paraffin ngày 1 lần, mỗi lần 20 phút.

- Nhóm đối chứng (ĐC): 30 người bệnh được điều trị bằng các thủ thuật theo trình tự: Điện châm ngày 1 lần, mỗi lần 25 phút; XBBH ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút.

- Liệu trình điều trị ở cả hai nhóm là 15 ngày (gồm cả thứ 7 và chủ nhật).

- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng tại các thời điểm trước điều trị (D0), sau 7 ngày điều trị (D7), sau 15 ngày điều trị (D15).

- Đánh giá kết quả điều trị và so sánh giữa hai nhóm.

Chất liệu nghiên cứu

- Công thức xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật tác động lên vùng vai (xoa, day, lăn) và vùng cơ ở cánh tay (vờn, bóp). Ấn, bấm các huyệt Hợp cốc (LI 4), Khúc trì (LI 11), Kiên ngung (LI 15), Tý nhu (LI 14), Kiên trinh (SI 9),

Thiên tông (SI 11), Cự cốt (LI 16), Thiên tuyền (PC 2). Vận động cánh tay theo các thư thế, tăng dần biên độ để đạt được biên độ vận động sinh lý (cần tăng dần biên độ trong nhiều ngày). Cuối cùng thực hiện thủ thuật phát vùng trên và sau vai rồi rung toàn bộ cánh tay với tần số tăng dần.⁷

- Công thức huyệt điện châm: Châm tả các huyệt: Phong Trì (GB 20), Kiên tĩnh (GB 21), Kiên ngung (LI 15), Kiên trinh (SI 9), Thiên tông (SI 11), Trung phủ (Lu 1), Tý nhu (LI 14), Cự cốt (LI 16), Vân môn (Lu 2).⁵

- Phương pháp đắp paraffin: Đun paraffin nóng chảy đổ vào khay, ủ nóng để đắp khớp vai bị bệnh. Người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nằm thoải mái, bộc lộ vùng điều trị. Kiểm tra da, đặt miếng paraffin phủ nilon, đắp khăn ủ và cố định bằng một miếng vải. Đắp trong thời gian 20 phút, sau đắp gỡ paraffin, kiểm tra và lau khô.⁶

Phương tiện nghiên cứu

- Paraffin: Miếng paraffin màu trắng, kích thước 20 x 30cm, độ dày 1,5 - 2cm, đun bằng máy nấu tuần hoàn HDM - 40 do công ty Hadimed Việt Nam sản xuất ở nhiệt độ 70°C trong 3 tiếng.

- Kim châm cứu đường kính 0,25 - 0,3mm, dài 5cm, làm bằng thép không gỉ của hãng Đông Á. Máy điện châm: Model 1529 - ET - TK2 do Công ty đầu tư phát triển công nghệ và xây lắp K&N sản xuất.

- Bông vô khuẩn, cồn 70°, khay đựng dụng cụ, pince.

- Bệnh án nghiên cứu theo mẫu thống nhất.

- Thước đo điểm đau VAS (Visual analogue scale), thước đo tầm vận động khớp vai, bảng đánh giá mức độ hạn chế vận động khớp vai theo Mc Gill - Mc Romi.

- Thang điểm đánh giá chức năng khớp vai: Constant C.R và Murley A.H.G (1987).

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Thống kê mô tả bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn (SD) và tỷ lệ phần trăm (%).

So sánh các giá trị trung bình bằng t-test, so sánh tỷ lệ bằng chi bình phương (χ^2).

Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu Thạc sĩ Ứng dụng - Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng khoa học cấp cơ sở của Bệnh viện Đa khoa Đống Đa. Tất cả người bệnh đều được giải

thích, đồng thuận tham gia nghiên cứu và được bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của người bệnh nhóm nghiên cứu $64,77 \pm 11,37$, nhóm đối chứng $67,43 \pm 9,57$. Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam ở cả hai nhóm, lần lượt là 66,7% ở nhóm nghiên cứu và 60,0% ở nhóm đối chứng. Thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1 đến 3 tháng, chiếm 63,3% ở nhóm nghiên cứu và 60,0% ở nhóm đối chứng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tuổi, giới và thời gian mắc bệnh ($p > 0,05$).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị

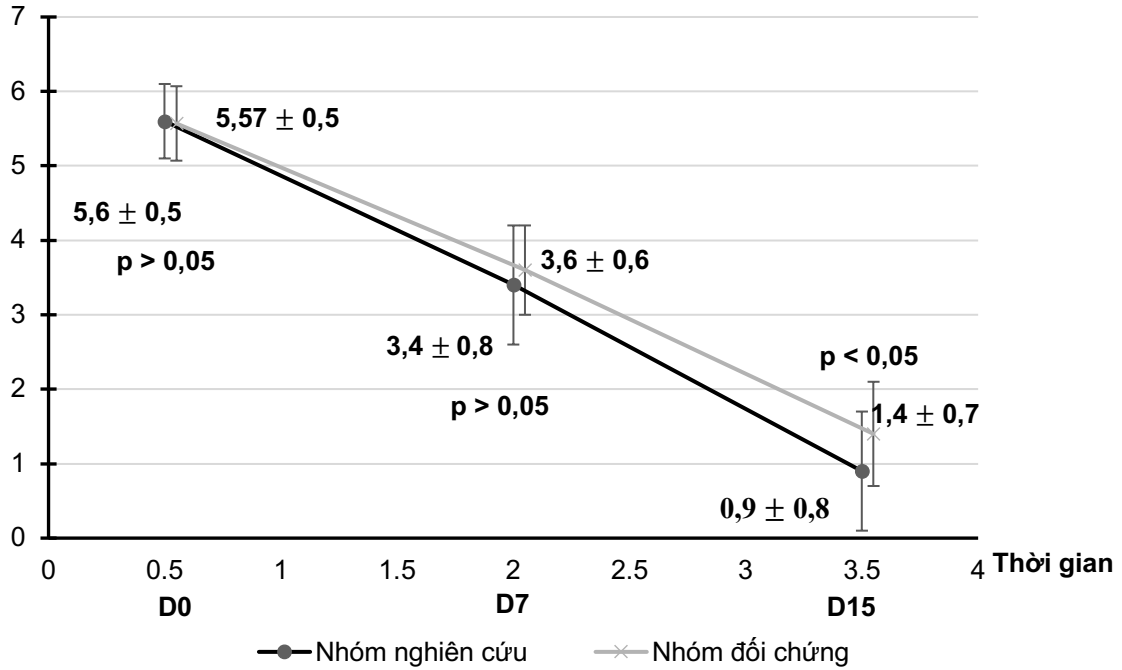
Đặc điểm lâm sàng/cận lâm sàng		Nhóm NC (n = 30)	Nhóm ĐC (n = 30)	$P_{NC-ĐC}$
Điểm đau trung bình (VAS) (\pm SD)		$5,60 \pm 0,5$	$5,57 \pm 0,5$	$> 0,05$
Điểm Constant - Murley (\pm SD)		$40,9 \pm 2,7$	$41,0 \pm 1,6$	$> 0,05$
Đặc điểm siêu âm khớp vai	Viêm gân cơ nhị đầu	10 (33,3%)	12 (40,0%)	$> 0,05$
	Viêm gân cơ trên gai	17 (56,7%)	14 (46,7%)	
	Viêm cả 2 gân	3 (10,0%)	4 (13,3%)	
X-quang khớp vai	Thoái hóa khớp vai	7 (23,3%)	4 (13,3%)	$> 0,05$
	Bình thường	23 (76,7%)	26 (86,7%)	

Trước điều trị, điểm đau VAS, điểm Constant - Murley trung bình, tổn thương trên siêu âm và X-quang của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

2. Kết quả điều trị

Cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS

VAS



Biểu đồ 1. Sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS sau điều trị

Sau 15 ngày điều trị, điểm đau VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Mức độ cải thiện tầm vận động theo Mc Gill – Mc Romi

Mức độ	Nhóm NC (n = 30)			Nhóm ĐC (n = 30)			$p_{(NC-ĐC)}$
	D0 n (%)	D7 n (%)	D15 n (%)	D0 n (%)	D7 n (%)	D15 n (%)	
Động tác dạng							
Độ 0	0	0	10 (33,3)	0	0	3 (10)	> 0,05
Độ 1	8 (26,7)	20 (66,7)	19 (63,3)	7 (23,3)	19 (63,3)	21 (70)	> 0,05
Độ 2	22(73,3)	10 (33,3)	1(3,3)	23 (76,7)	11 (36,7)	6 (20)	< 0,05
Động tác xoay trong							
Độ 0	0	0	10 (33,3)	0	0	2 (6,7)	
Độ 1	6 (20)	18 (60)	18 (60)	6 (20)	16 (53,3)	23 (76,7)	> 0,05
Độ 2	21(70)	12 (40)	2 (6,7)	22 (73,3)	14 (46,7)	5(16,7)	> 0,05
Độ 3	3 (10)	0	0	2 (6,7)	0	0	< 0,05

Mức độ	Nhóm NC (n = 30)			Nhóm ĐC (n = 30)			$p_{(NC-ĐC)}$
	D0 n (%)	D7 n (%)	D15 n (%)	D0 n (%)	D7 n (%)	D15 n (%)	
Động tác xoay ngoài							
Độ 0	0	0	12 (40)	0	0	4 (13,3)	
Độ 1	10(33,3)	21 (70)	17 (56,7)	9 (30)	18 (60)	22 (73,3)	> 0,05
Độ 2	18 (60)	9 (30)	1 (3,3)	20 (66,7)	12 (40)	4 (13,3)	> 0,05
Độ 3	2 (6,7)	0	0	1 (3,3)	0	0	< 0,05

Tại thời điểm D15, ở nhóm nghiên cứu tỉ lệ người bệnh không bị hạn chế các động tác dạng, xoay trong, xoay ngoài cao gấp > 3 lần nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Sự thay đổi về mức độ cải thiện tầm vận động theo Mc Gill – Mc Romi sau 15 ngày điều trị

Động tác	Mức cải thiện	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm ĐC (n = 30)		$p_{NC-ĐC}$
		n	%	n	%	
Dạng	Giảm ≥ 2 mức	3	10	0	0	< 0,05
	Giảm 1 mức	25	83,3	21	70	
	Không giảm	2	6,7	9	30	
Xoay trong	Giảm ≥ 2 mức	7	23,3	1	3,3	< 0,05
	Giảm 1 mức	21	70	21	70	
	Không giảm	2	6,7	8	26,7	
Xoay ngoài	Giảm ≥ 2 mức	6	20	1	3,3	< 0,05
	Giảm 1 mức	21	70	20	66,7	
	Không giảm	3	10	9	30	

Sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ cải thiện tầm vận động (giảm ≥ 1 mức theo thang Mc Gill – Mc Romi) ở các động tác dạng,

xoay trong và xoay ngoài cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Bảng 4. Sự cải thiện chức năng khớp vai theo thang điểm Constant – Murley

Ngày	Nhóm	Chỉ số đau	Hoạt động hàng ngày	Khả năng vận động khớp vai	Năng lực khớp vai
D0 ($\bar{X} \pm SD$)	NC (n = 30)	5	13,20 \pm 1,00	16,57 \pm 1,22	6,10 \pm 1,27
	ĐC (n = 30)	5	13,07 \pm 0,87	16,77 \pm 0,82	6,17 \pm 1,12
$P_{NC-ĐC}$		-	> 0,05	> 0,05	> 0,05
D7 ($\bar{X} \pm SD$)	NC (n = 30)	7,33 \pm 2,54	15,20 \pm 1,13	19,43 \pm 1,70	9,43 \pm 1,48
	ĐC (n = 30)	6,83 \pm 2,45	15,03 \pm 0,89	19,03 \pm 1,92	9,20 \pm 1,13
$P_{NC-ĐC}$		> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
D15 ($\bar{X} \pm SD$)	NC (n = 30)	11,67 \pm 2,40	17,43 \pm 1,01	28,27 \pm 1,76	15,20 \pm 1,27
	ĐC (n = 30)	10,50 \pm 1,53	16,57 \pm 1,14	27,17 \pm 1,48	14,40 \pm 1,04
$P_{NC-ĐC}$		< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05
Hiệu suất cải thiện sau 7 ngày ($\bar{X} \pm SD$)	NC (n = 30)	2,33 \pm 2,54	2,00 \pm 1,20	3,07 \pm 1,78	3,33 \pm 0,84
	ĐC (n = 30)	1,83 \pm 2,45	1,87 \pm 1,01	2,40 \pm 1,45	3,03 \pm 0,93
$P_{NC-ĐC}$		> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Hiệu suất cải thiện sau 15 ngày ($\bar{X} \pm SD$)	NC (n = 30)	6,67 \pm 2,40	4,23 \pm 1,22	11,70 \pm 2,18	9,10 \pm 1,79
	ĐC (n = 30)	5,50 \pm 1,53	3,50 \pm 1,41	10,40 \pm 1,71	8,23 \pm 1,36
$P_{NC-ĐC}$		< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05

Theo thang điểm Constant–Murley, sau 15 ngày điều trị, cả bốn tiêu chí bao gồm chỉ số đau, hoạt động hàng ngày, khả năng vận động và năng lực khớp vai đều được cải thiện rõ rệt ở cả hai nhóm. Tuy nhiên, mức độ cải thiện ở nhóm nghiên cứu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Hiệu suất cải thiện các chỉ số chức năng khớp vai sau 7 ngày giữa hai nhóm chưa có sự khác biệt rõ ràng, nhưng đến ngày thứ 15, hiệu suất cải thiện ở nhóm nghiên cứu vượt trội hơn rõ rệt ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng đau giữ vai trò trung tâm trong viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. Đau vừa là dấu hiệu chẩn đoán quan trọng vừa trực tiếp làm hạn chế tầm vận động và làm giảm chất lượng sống của người bệnh. Abraham và cộng sự (2017) đã chỉ ra rằng phản ứng viêm tại gân với các chất trung gian như IL-1 β , TNF- α cùng enzym phân giải nền ngoại bào không chỉ phá hủy cấu trúc gân mà còn duy trì tình trạng đau kéo dài, làm trầm trọng thêm rối loạn vận động.¹¹ Do đó, kiểm soát đau đóng vai trò then

chốt trong phục hồi chức năng khớp vai, tạo điều kiện cải thiện tầm vận động và khôi phục hoạt động sinh lý.

Trong nghiên cứu này, mức độ đau được đánh giá bằng thang điểm VAS, tầm vận động khớp vai được phân loại theo phương pháp của Mc Gill – Mc Romi và chức năng khớp vai được tính theo thang điểm Constant–Murley. Đây là các công cụ có sự kết hợp đánh giá khách quan các triệu chứng lâm sàng đồng thời ghi nhận được cảm nhận chủ quan của người bệnh viêm quanh khớp vai, có độ tin cậy cao và được ứng dụng rộng rãi trong nhiều nghiên cứu quốc tế.^{12,13} Sau 15 ngày điều trị, nhóm người bệnh được áp dụng phối hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt và đắp paraffin đạt cải thiện đáng kể về mức độ đau, tầm vận động và chức năng khớp vai so với nhóm đối chứng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức cải thiện cao hơn so với nghiên cứu của Đậu Hữu Nghị (2024), điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần, kết quả sau 14 ngày, điểm VAS trung bình giảm từ $5,40 \pm 1,00$ xuống $1,63 \pm 0,81$ ($p < 0,05$); không có bệnh nhân nào phục hồi tầm vận động bình thường (rất tốt) và vẫn còn 6,7% bệnh nhân có tầm vận động ở mức trung bình.¹⁴ Sự hiệu quả trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được lý giải bởi tác dụng cộng hưởng khi kết hợp đắp paraffin với điện châm và xoa bóp bấm huyệt giúp tăng hiệu quả giảm đau và cải thiện chức năng khớp vai.

Về cơ chế tác dụng, đắp paraffin mang lại nhiệt ấm tại chỗ, giúp giãn mạch, tăng tuần hoàn, làm mềm tổ chức quanh khớp, từ đó giảm co cứng cơ, giải phóng chèn ép, đồng thời kích thích phản ứng toàn thân, làm tăng giải phóng endorphin, điều hòa thần kinh thực vật và giảm đau tự nhiên.¹⁵ Đây là cơ sở giúp người bệnh vận động dễ dàng, giảm đau và phục hồi dần chức năng sinh hoạt hằng ngày.

Điện châm phát huy hiệu quả thông qua tác động tại chỗ, phản ứng tiết đoạn và toàn thân. Dòng điện kích thích vùng huyệt vị giúp điều hòa catecholamin, tăng acetylcholin và thúc đẩy tiết endorphin nội sinh, từ đó giảm đau hiệu quả. Ngoài ra, điện châm còn có tác dụng hành khí hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc, làm mềm cơ co thắt, giảm viêm, cải thiện lưu thông khí huyết.¹⁶

Xoa bóp bấm huyệt, phương pháp điều trị lâu đời trong y học cổ truyền, đã được chứng minh là hiệu quả trong việc giảm đau cơ xương khớp. Liệu pháp này tác động lên da, cơ, khớp và hệ thần kinh, giúp giảm co thắt cơ, cải thiện tuần hoàn cục bộ, từ đó hỗ trợ phục hồi chức năng vận động và giảm thiểu triệu chứng đau mạn tính.¹⁷

Như vậy, sự phối hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt và đắp paraffin đã phát huy tác dụng cộng hưởng, tận dụng ưu điểm của từng phương pháp, mang lại hiệu quả giảm đau, phục hồi tầm vận động và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

Tuy nhiên, nghiên cứu còn tồn tại một số hạn chế: Thứ nhất, cỡ mẫu tương đối nhỏ, thời gian can thiệp ngắn (15 ngày), chưa đủ để đánh giá hiệu quả lâu dài. Thứ hai, do nghiên cứu thực hiện tại một cơ sở y tế đơn lẻ và chọn mẫu thuận tiện nên có thể có thể ảnh hưởng đến tính đại diện và khả năng khái quát hóa kết quả. Điều này làm hạn chế tính áp dụng rộng rãi của kết luận nghiên cứu cho các nhóm dân cư khác nhau hoặc tại các cơ sở điều trị khác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả từ nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng trên 60 người bệnh Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần thuộc thể Kiên thống theo y học cổ truyền, sau 15 ngày điều trị cho thấy: phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp đắp paraffin có tác dụng giảm đau, tăng tầm vận động và cải thiện chức năng

khớp vai tốt hơn so với phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hodgetts CJ, Leboeuf-Yde C, Beynon A, Walker BF. Shoulder pain prevalence by age and within occupational groups: a systematic review. *Arch Physiother*. 2021 Nov 4;11(1):24. doi: 10.1186/s40945-021-00119-w. Erratum in: *Arch Physiother*. 2022 Jan 10; 12(1):3. doi: 10.1186/s40945-021-00127-w.
- Nguyễn Thị Ngọc Lan. *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*. Nhà xuất bản Y học; 2016. Tr 163-176.
- Lucas J, van Doorn P, Hegedus E, Lewis J, van der Windt D. A systematic review of the global prevalence and incidence of shoulder pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022; 23: 1073. doi:10.1186/s12891-022-05973-8.
- Chuong NV, Pho DC, Thuy NTT, et al. Pain incidence, assessment, and management in Vietnam: a cross-sectional study of 12,136 respondents. *J Pain Res*. 2019; 12: 769-777. doi:10.2147/JPR.S184713.
- Khoa Y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội. *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học; 2017. Tr 173-175.
- Bộ Y Tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng. (Ban hành kèm theo Quyết định số: 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế). Tr 37.
- Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. (Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế). Tr 154-157.
- Faiz KW. [VAS-visual analog scale]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 2014; 134(3): 115-121.
- The McGill, McRomi. *Range of motion index*; 2005, 115-121.41.
- Constant CR, Murley AH. A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clin Orthop*. 1987; (214); 160-164.
- Abraham AC, Shah SA, Thomopoulos S. Targeting inflammation in rotator cuff tendon degeneration and repair. *Tech Shoulder Elb Surg*. 2017 Sep; 18(3): 84-90. doi: 10.1097/BTE.000000000000124. PMID: 28947893; PMCID: PMC5609736.
- Roy JS, MacDermid JC, Woodhouse LJ. A systematic review of the psychometric properties of the Constant-Murley score. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2010; 19(1): 157-164. doi:10.1016/j.jse.2009.04.008.
- Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med*. 2001 Dec; 8(12): 1153-7. doi: 10.1111/j.1553-2712.2001.tb01132.x. PMID: 11733293.
- Đậu HN, Nguyễn THT. Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt tại khoa y học cổ truyền, bệnh viện quân y 103. *jmpm*. 2024; 49(8): 135-143. doi:10.56535/jmpm.v49i8.927.
- Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí. Sử dụng sáp parafin trong điều trị vật lý trị liệu. April 29, 2020. <https://vsh.org.vn/su-dung-sap-parafin-trong-dieu-tri-vat-ly-tri-lieu>.
- Zhang R, Lao L, Ren K, Berman BM. Mechanisms of acupuncture-electroacupuncture on persistent pain. *Anesthesiology*. 2014 Feb; 120(2): 482-503. doi: 10.1097/ALN.000000000000101. PMID: 24322588; PMCID: PMC3947586.
- Bộ Y Tế. *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. Nhà xuất bản Y học; 2013. Tr 298-301.

Summary

EFFECTS OF ELECTROACUPUNCTURE, ACUPRESSURE MASSAGE, AND PARAFFIN THERAPY ON PAIN RELIEF AND SHOULDER FUNCTION IN PATIENTS WITH PERIARTHRITIS OF THE SHOULDER

This study aimed to evaluate the pain-relieving and motor function-improving effects of electroacupuncture, acupressure massage combined with paraffin therapy in patients with primary periartthritis of the shoulder. A clinical intervention was conducted on 60 patients, divided into two groups. The intervention group received electroacupuncture, acupressure massage, and paraffin therapy, while the control group received only electroacupuncture and acupressure massage. After 15 days of treatment, the intervention group had a significantly lower mean VAS pain score (0.9 ± 0.8) compared to the control group (1.4 ± 0.7). Shoulder range of motion (McGill-McRomi scale) and functional outcomes (Constant-Murley score) also improved more significantly in the intervention group than in the control group, with statistically significant differences ($p < 0.05$). Conclusion: Electroacupuncture and acupressure massage combined with paraffin therapy were more effective in reducing pain and restoring motor function in patients with primary periartthritis of the shoulder compared to electroacupuncture and acupressure massage alone.

Keywords: Electroacupuncture, acupressure massage, paraffin therapy, primary periartthritis of the shoulder.