

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM GÂN CƠ NHỊ ĐẦU BẰNG TIÊM CORTICOSTEROID TẠI CHỖ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH

Hoàng Thị Hải Yến[✉], Võ Hồng Sơn, Bùi Thị Quý, Trần Thị Hồng
Bệnh viện Đa khoa TP. Vinh

Viêm đầu dài gân cơ nhị đầu cánh tay thuộc thể đau khớp vai đơn thuần, là bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi hoặc những người trẻ chơi thể thao. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị bằng tiêm corticosteroid tại chỗ dưới hướng dẫn của siêu âm ở bệnh nhân viêm đầu dài gân cơ nhị đầu tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh từ tháng 1/2024 đến tháng 9/2025. Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, can thiệp lâm sàng có đối chứng so sánh trước và sau tiêm methylprednisolon acetate và so sánh với nhóm đối chứng (Uống thuốc); chọn mẫu thuận tiện; đánh giá sự thay đổi tại các thời điểm: sau 1 tuần (T1), 4 tuần (T4), 8 tuần (T8) và 12 tuần (T12). Kết quả nghiên cứu ghi nhận: tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 62,77. Nhóm can thiệp có thang điểm đánh giá mức độ đau trước điều trị khi nghỉ và khi hoạt động lần lượt là $5,4 \pm 0,12$ và $7,86 \pm 0,86$; điểm đánh giá hoạt động khớp là $9,38 \pm 1,67$; chỉ số đau và chức năng của khớp vai là $57,62 \pm 3,17$. Sau điều trị 1 tuần, 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần điểm đánh giá mức độ đau, điểm đánh giá hoạt động khớp, chỉ số đau và chức năng của khớp vai ở nhóm can thiệp có sự cải thiện rõ rệt.

Từ khoá: Viêm đầu dài gân cơ nhị đầu, corticosteroid, siêu âm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai là bệnh lý viêm các cấu trúc phần mềm quanh vai như gân, túi thanh dịch, bao khớp... Bệnh được chia bệnh thành bốn thể lâm sàng gồm: thể đau khớp vai đơn thuần, thể đau vai cấp, thể giả liệt khớp vai và thể đông cứng khớp vai.¹ Viêm gân cơ nhị đầu cánh tay thuộc thể đau khớp vai đơn thuần, là bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi hoặc những người trẻ chơi thể thao. Biểu hiện lâm sàng gồm đau vùng trước vai, đau tăng khi nâng một vật lên trước và khi cố nâng tay lên cao.² Bệnh nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời sẽ dẫn đến tình trạng đau dai dẳng và hạn chế vận động khớp vai, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống

của người bệnh. Điều trị viêm gân cơ nhị đầu cánh tay bao gồm vật lý trị liệu, thuốc giảm đau chống viêm không steroid, điều trị tại chỗ bằng phương pháp tiêm corticosteroid.^{3,4}

Tuy nhiên, việc sử dụng các thuốc chống viêm không steroid thường biểu hiện tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa, tim mạch, thận... tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân chi phí cao, phụ thuộc vào chất lượng tiểu cầu. Tiêm corticosteroid tại chỗ có tác dụng cải thiện triệu chứng nhanh chóng, ít tác dụng phụ toàn thân nên đây là một phương pháp lựa chọn điều trị tối ưu. Trên thế giới và tại Việt Nam tiêm corticosteroid tại chỗ dưới hướng dẫn của siêu âm hiện được ứng dụng nhiều để điều trị bệnh lý này.⁵ Tại Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu phương pháp này trong điều trị viêm gân cơ nhị đầu. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị bằng tiêm corticosteroid tại chỗ dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm đầu dài gân

Tác giả liên hệ: Hoàng Thị Hải Yến

Bệnh viện Đa khoa TP. Vinh

Email: yenthu8479@gmail.com

Ngày nhận: 14/12/2025

Ngày được chấp nhận: 14/01/2026

cơ nhị đầu tại Bệnh Viện Đa Khoa Thành Phố Vinh năm 2024 – 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán viêm đầu dài gân cơ nhị đầu cánh tay theo tiêu chuẩn M.C Boissier (1992), có đầy đủ triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu trên siêu âm phù hợp, đồng ý tham gia nghiên cứu.⁶

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân dưới 18 tuổi; phụ nữ có thai; bệnh nhân mắc các thể bệnh khác của viêm quanh khớp vai gồm thể đông cứng khớp vai, thể giả liệt khớp vai, thể đau vai cấp; bệnh nhân có tổn thương viêm quanh khớp vai khác (gân chóp xoay, bao thanh dịch dưới cơ delta...); bệnh nhân được chẩn đoán đứt bán phần hoặc hoàn toàn gân cơ nhị đầu; bệnh nhân có chống chỉ định tiêm corticosteroid.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, can thiệp lâm sàng có đối chứng so sánh trước và sau tiêm *methylprednisolon acetate* và so sánh với nhóm đối chứng (Uống thuốc).

Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, đến khám và điều trị tại Phòng khám Cơ xương khớp – Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 9/2025.

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu.

Bước 2: Khám sàng lọc và phân nhóm.

Bước 3: Tiến hành điều trị theo phác đồ

(Nhóm chứng: 50 bệnh nhân được điều trị bằng uống Mobic 7,5mg x 2 viên/ngày sau ăn sáng tối trong 7 ngày. Nhóm can thiệp: 50 bệnh nhân được tiêm 20mg methylprednisolon acetate (Depo Medrol 1/2 lọ) vào cạnh đầu dài gân cơ nhị đầu dưới hướng dẫn của siêu âm, tiêm một mũi duy nhất).

Bước 4: Đánh giá sau điều trị.

Bệnh nhân được đánh giá sự thay đổi sau điều trị tại các thời điểm: bắt đầu điều trị (T0), sau 1 tuần (T1), 4 tuần (T4), 8 tuần (T8) và 12 tuần (T12). Các triệu chứng được đánh giá bao gồm: điểm đánh giá mức độ đau VAS (Visual Analog Scalse), chỉ số đau và chức năng của khớp vai SPADI (Shoulder Pain and Disability Index), điểm đánh giá hoạt động khớp EFA (Évaluation Fonctionnelle Articulare), góc vận động khớp vai đo ở động tác gấp và tác dụng không mong muốn sau điều trị.

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

Xử lý số liệu

So sánh giữa hai nhóm được thực hiện bằng kiểm định t độc lập hoặc Mann–Whitney U đối với biến định lượng và kiểm định Chi-square hoặc Fisher đối với biến định tính.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: phòng khám cơ xương khớp - Bệnh Viện Đa Khoa Thành Phố Vinh.

Thời gian nghiên cứu: tháng 01/2024 đến tháng 9/2025.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh nhân và bệnh nhân được giải thích rõ về quy trình, mục đích nghiên cứu cũng như mọi thắc mắc trong thời gian tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng không nhằm mục đích khác.

Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật, khách quan trong đánh giá và phân loại, trung thực trong xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n = 50)		Nhóm chứng (n = 50)		Tổng (n = 100)		p
	n	%	n	%	n	%	
Trung bình	64,5		61,04		62,77		
Tuổi (năm)	< 40	0	0	5	10	5	0,034
	40 - 59	11	22	15	30	26	
	≥ 60	39	78	30	60	69	
Giới	Nam	20	40	19	38	39	0,838
	Nữ	30	60	31	62	61	

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 62.77. Đa số bệnh nhân là nữ chiếm tỷ lệ 61%.

2. Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá kết quả điều trị qua thang điểm VAS

Bảng 2. Đánh giá kết quả điều trị qua thang điểm VAS khi nghỉ và khi hoạt động

	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	p	
VAS khi nghỉ	T0	5,4	5,56	> 0,05
	T1	4,74	5,14	0,005
	T4	3,76	4,9	0,000
	T8	2,58	4,72	0,000
	T12	2,02	4,52	0,000
VAS khi hoạt động	T0	7,68	7,94	0,0767
	T1	6,7	7,68	0,000
	T4	5,4	7,46	0,000
	T8	4,4	7,24	0,000
	T12	3,22	6,98	0,000

VAS khi nghỉ: tại thời điểm sau điều trị 1 tuần, 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần, thang điểm VAS trung bình khi nghỉ của hai nhóm nghiên cứu đều có sự cải thiện tốt hơn so với trước điều trị. Nhóm can thiệp có cải thiện điểm VAS khi nghỉ rõ rệt và có ý nghĩa thống kê.

VAS khi hoạt động: tại thời điểm sau điều trị 1 tuần, 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần thang điểm VAS trung bình khi hoạt động của hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu đều có sự cải thiện tốt hơn so với trước điều trị.

Đánh giá kết quả điều trị qua góc vận động khớp vai, SPADI và EFA**Bảng 3. Kết quả điều trị theo góc vận động khớp vai, SPADI và EFA**

		Nhóm chứng ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm can thiệp ($\bar{x} \pm SD$)	p
<i>Góc vận động khớp vai</i>	T0	142,02 ± 10,344	140,24 ± 6,14	0,181
	T1	149,20 ± 7,481	142,06 ± 5,79	0,012
	T4	154,18 ± 6,229	143,76 ± 5,49	0,002
	T8	158,18 ± 6,013	145,62 ± 5	0,000
	T12	162,66 ± 6,974	147,86 ± 4,36	0,000
<i>SPADI</i>	T0	58,52 ± 3,01	57,62 ± 3,12	0,781
	T1	57,78 ± 2,44	50 ± 3,02	0,000
	T4	56,9 ± 1,95	41,34 ± 2,57	0,000
	T8	55,8 ± 1,73	30,52 ± 2,42	0,000
	T12	54,88 ± 1,55	26,34 ± 2,42	0,000
<i>EFA</i>	T0	9,58 ± 1,51	9,38 ± 1,67	0,166
	T1	9,76 ± 1,44	10,36 ± 1,63	0,189
	T4	9,98 ± 1,36	12,26 ± 1,37	0,000
	T8	10,14 ± 1,29	13,98 ± 0,98	0,000
	T12	10,51 ± 1,18	16,24 ± 1	0,000

Sau 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần điều trị, cả hai nhóm đều có sự cải thiện biên độ gấp góc khớp vai. Biên độ vận động khớp vai của nhóm can thiệp cải thiện rõ, có ý nghĩa thống kê.

Tại thời điểm sau điều trị 1 tuần, 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần sau điều trị, chỉ số SPADI trung bình của hai nhóm nghiên cứu đều có sự cải thiện tốt hơn so với trước điều trị. Nhóm can thiệp có cải thiện chỉ số SPADI rõ rệt và có ý nghĩa thống kê.

Tại thời điểm sau điều trị 1 tuần, 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần sau điều trị thang điểm EFA trung bình của hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu đều có sự cải thiện tốt hơn so với trước điều trị. Nhóm can thiệp có cải thiện điểm EFA rõ rệt và có ý nghĩa thống kê.

Mức cải thiện SPADI sau điều trị ở nhóm can thiệp và nhóm chứng kèm các yếu tố liên quan

Bảng 4. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến giữa mức cải thiện SPADI và các yếu tố liên quan

Biến độc lập	Hệ số hồi quy (B)	95%CI	p
Nhóm dùng corticosteroid (so với nhóm chứng)	6,8	6,17 - 7,44	0,000
Giới tính (nam so với nữ)	-0,09	-0,75 - 0,57	0,780
Tuổi	0,02	-0,01 - 0,05	0,213
Thời gian mắc bệnh	0,11	-0,32 - 0,53	0,616

Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy nhóm tiêm corticosteroid có mức cải thiện SPADI sau điều trị cao hơn nhóm chứng trung bình 6,8 điểm (95% CI: 6,17 - 7,44; $p <$

0,001) sau khi điều chỉnh giới tính, tuổi và thời gian mắc bệnh. Các yếu tố còn lại không có mối liên quan độc lập với mức cải thiện chỉ số SPADI sau điều trị.

Đánh giá các tác dụng không mong muốn

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn sau tiêm thuốc

Biến chứng	Nhóm can thiệp	
	n	%
Đau đầu, chóng mặt	2	4
Tăng huyết áp	1	2
Buồn nôn, nôn	0	0
Đau tăng tại vị trí tiêm	4	8
Tràn dịch khớp	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Biếng chứng khác	0	0

Có 2 trường hợp (4%) biểu hiện đau đầu, chóng mặt sau tiêm, 1 trường hợp tăng huyết áp (2%).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu của chúng tôi trên 100 bệnh nhân cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 62,77 trong đó lứa tuổi gặp nhiều nhất trên 60 tuổi. Theo nghiên cứu của Plafki và cộng sự trên 30 bệnh nhân viêm quanh khớp vai ở Đức cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 52 (23 - 67 tuổi).⁷ Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh do ở lứa tuổi trung niên có quá trình thoái hóa gân, cơ, dây chằng của ổ khớp và các động tác gây đè ép giữa các mỏm xương, dây chằng và gân cơ gây nên. Nghiên cứu của Henkus SE (2006) trên 33 bệnh nhân viêm bao thanh dịch dưới mỏm cùng vai thấy nữ chiếm 66,7%.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tuổi 2 nhóm không đồng nhất vì nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân được thu nhận liên

tục theo thời gian thực tế tại phòng khám, do đó việc kiểm soát tuyệt đối sự đồng nhất về tuổi giữa hai nhóm là khó tránh khỏi. Hơn nữa trong thực hành lâm sàng, nhóm bệnh nhân lớn tuổi thường có xu hướng được chỉ định tiêm corticosteroid tại chỗ nhiều hơn do đáp ứng kém với điều trị nội khoa đơn thuần hoặc do có chống chỉ định tương đối với thuốc kháng viêm không steroid kéo dài. Điều này dẫn đến tỷ lệ bệnh nhân ≥ 60 tuổi cao hơn ở nhóm can thiệp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 100 bệnh nhân viêm đầu dài gân cơ nhị đầu ở cả hai nhóm đều đạt được sự cải thiện thang điểm VAS khi nghỉ và khi vận động tại các thời điểm 1 tuần, 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần sau điều trị. Nhóm can thiệp có cải thiện điểm VAS khi nghỉ rõ rệt và có ý nghĩa thống kê từ thời điểm sau tiêm 1 tuần kéo dài đến tuần 12. Nghiên cứu của Ucuncu (2009) cho thấy điểm VAS giảm trung bình $4,0 \pm 1,7$ ở nhóm được tiêm corticosteroid dưới hướng dẫn của siêu âm ở thời điểm 6 tuần sau nghiên cứu, nghiên cứu trên cho thấy sự cải thiện thang điểm VAS

không chỉ có ý nghĩa trong thời gian ngắn mà còn sự cải thiện khi theo dõi tới tuần thứ 6 với $p < 0,05$.⁹ Qua những thay đổi có ý nghĩa về hiệu quả giảm đau ở khớp vai sau tiêm được đánh giá theo thang điểm VAS, có thể thấy tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với viêm gân cơ nhị đầu khớp vai. Như vậy, hiệu quả giảm đau được đánh giá theo thang điểm VAS đã khẳng định ưu điểm của phương pháp tiêm corticosteroid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị bệnh lý viêm quanh khớp vai.

Sau can thiệp, tầm vận động động tác gập khớp vai ở nhóm can thiệp có cải thiện rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ngay từ tuần đầu tiên đến hết thời gian trong nghiên cứu. Tại thời điểm sau 12 tuần điều trị, góc vận động khớp vai của nhóm can thiệp tăng 20,64 độ so với trước điều trị, nhóm chứng chỉ tăng 7,62 độ so với trước điều trị. Điều này lại khẳng định một lần nữa ưu thế của tiêm corticosteroid dưới hướng dẫn của siêu âm.

Chỉ số đau và chức năng khớp vai (SPADI) đều có sự cải thiện rõ rệt sau điều trị 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần. Tác giả Seyed Ahmad Raeissadat (2017) so sánh hiệu quả của tiêm gân nhị đầu khớp vai được chia thành 2 nhóm: 21 bệnh nhân tiêm dưới hướng dẫn siêu âm và 20 bệnh nhân tiêm mù. Kết quả cho thấy nhóm tiêm dưới hướng dẫn siêu âm cải thiện tốt hơn so với nhóm tiêm mù về mức độ đau và ảnh hưởng chức năng khớp vai theo chỉ số SPADI ở thời điểm 1 tuần và 4 tuần sau tiêm.¹⁰

Điểm đánh giá hoạt động khớp (EFA) bao gồm các biểu hiện đau, đánh giá các động tác vận động chủ động và vận động thụ động cũng như sự ổn định trong hoạt động của khớp. Thang điểm này giúp đánh giá sự thay đổi về vận động của khớp sau điều trị ở những bệnh nhân mắc bệnh khớp. Chúng tôi áp dụng bảng điểm này trong nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá sự cải thiện vận động của khớp vai

sau điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm EFA ở nhóm can thiệp chưa cải thiện đáng kể ở tuần đầu tiên nhưng đã có cải thiện rõ rệt và có ý nghĩa thống kê sau điều trị 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần. Nghiên cứu của Esperanza Naredo và cộng sự khi nghiên cứu 41 trường hợp được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm cho thấy tỷ lệ tăng của nhóm nghiên cứu 5,2 điểm và của nhóm chứng là 4,1 điểm.¹¹ Ucuncu và cộng sự nghiên cứu trên 60 bệnh nhân viêm quanh khớp vai ở Thổ Nhĩ Kỳ, kết quả cho thấy sự cải thiện vận động của khớp vai của nhóm tiêm dưới hướng dẫn siêu âm tốt hơn so với nhóm tiêm mù với $p < 0,05$.⁹ Như vậy, sự đánh giá cải thiện vận động qua thang điểm EFA đã khẳng định ưu điểm của phương pháp tiêm corticosteroid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm đầu dài gân cơ nhị đầu.

Về đánh giá mức cải thiện SPADI sau điều trị ở nhóm can thiệp và nhóm chứng kèm các yếu tố liên quan, nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng ở nhóm tiêm corticosteroid dưới hướng dẫn của siêu âm có mức cải thiện chỉ số SPADI sau điều trị cao hơn nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, sau khi điều chỉnh giới tính, tuổi và thời gian mắc bệnh. Về tác dụng không mong muốn khi tiêm corticosteroid dưới hướng dẫn của siêu âm, đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi các triệu chứng đều khá nhẹ nhàng, không ghi nhận các biến chứng nguy hiểm. Có 1 bệnh nhân ghi nhận tăng huyết áp sau tiêm, nguyên nhân gây tăng huyết áp có thể là do trong quá trình chuẩn bị và thực hiện kỹ thuật tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm đã tạo cho bệnh nhân một áp lực tâm lý nhất định và gây nên các biểu hiện trên. Chúng tôi gặp 4 trường hợp đau tại chỗ sau tiêm do corticosteroid tiêm tại chỗ có cấu tạo là các vi tinh thể nên khi tiêm vào khớp hoặc mô mềm có thể gây nên tình trạng viêm khớp hoặc viêm gân do các vi tinh thể gây nên. Tuy nhiên các biểu hiện chỉ thoáng qua, không

gây nguy hại cho người bệnh và tự ổn định mà không phải can thiệp điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 62,77, đa số bệnh nhân là nữ, phương pháp tiêm corticosteroid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị bệnh lý viêm đầu dài gân cơ nhị đầu có cải thiện thang điểm VAS, chỉ số SPADI, EFA và góc vận động khớp vai tốt hơn so với nhóm chứng. Tác dụng phụ chủ yếu là chóng mặt sau tiêm.

Như vậy, với tính hiệu quả và an toàn, phương pháp tiêm corticosteroid dưới hướng dẫn của siêu âm nên được áp dụng trong điều trị viêm đầu dài gân cơ nhị đầu cánh tay ở những bệnh nhân có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. de Winter AF, Jans MP, Scholten RJ, et al. Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement. *Ann Rheum Dis*. 1999;58(5):272-277. doi:10.1136/ard.58.5.272
2. Churgay CA. Diagnosis and treatment of biceps tendinitis and tendinosis. *Am Fam Physician*. 2009;80(5):470-476.
3. Blair B, Rokito AS, Cuomo F, et al. Efficacy of injections of corticosteroids for subacromial impingement syndrome. *J Bone Joint Surg Am*. 1996;78(11):1685-1689. doi:10.2106/00004623-199611000-00007
4. Singh SA. Effectiveness of Ultrasound Guided Platelet Rich Plasma Injection in Comparison with Corticosteroid Injection on Improving Pain and Function in the Treatment of Biceps Tendinopathy: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Sports and Exercise Medicine*. 2024;10(1):268. doi:10.23937/2469-5718/1510268
5. Plafki C, Steffen R, Willburger RE, et al. Local anaesthetic injection with and without corticosteroids for subacromial impingement syndrome. *Int Orthop*. 2000;24(1):40-42. doi:10.1007/s002640050010
6. Walch G, Edwards TB, Boulahia A, et al. Arthroscopic tenotomy of the long head of the biceps in the treatment of rotator cuff tears: clinical and radiographic results of 307 cases. *J Shoulder Elbow Surg*. 2005;14(3):238-246. doi:10.1016/j.jse.2004.07.008
7. Plafki C, Steffen R, Willburger RE, et al. Local anaesthetic injection with and without corticosteroids for subacromial impingement syndrome. *Int Orthop*. 2000;24(1):40-42. doi:10.1007/s002640050010
8. Henkus HE, Cobben LPJ, Coerkamp EG, et al. The accuracy of subacromial injections: a prospective randomized magnetic resonance imaging study. *Arthroscopy*. 2006;22(3):277-282. doi:10.1016/j.arthro.2005.12.019
9. Ucuncu F, Capkin E, Karkucak M, et al. A comparison of the effectiveness of landmark-guided injections and ultrasonography guided injections for shoulder pain. *Clin J Pain*. 2009;25(9):786-789. doi:10.1097/AJP.0b013e3181acb0e4
10. Raeissadat SA, Rayegani SM, Langroudi TF, et al. Comparing the accuracy and efficacy of ultrasound-guided versus blind injections of steroid in the glenohumeral joint in patients with shoulder adhesive capsulitis. *Clin Rheumatol*. 2017;36(4):933-940. doi:10.1007/s10067-016-3393-8
11. Naredo E, Cabero F, Beneyto P, et al. A randomized comparative study of short term response to blind injection versus sonographic-guided injection of local corticosteroids in patients with painful shoulder. *J Rheumatol*. 2004;31(2):308-314.

Summary

RESULTS OF TREATMENT BICEPS TENDINITIS WITH LOCAL CORTICOSTEROID INJECTION UNDER ULTRASOUND GUIDANCE AT VINH CITY GENERAL HOSPITAL

Long head biceps tendonitis, a type of simple shoulder pain, is a common condition in patients over 50 years old or young athletes thus it is of common interest to evaluate the effectiveness of corticosteroid injections in patients with long head biceps tendonitis at Vinh City General Hospital from January 2024 to September 2025. A semi-experimental study with a retrospective–prospective design was conducted, comparing clinical outcomes before and after treatment with methylprednisolone acetate injection and with a control group receiving oral medication; convenience sampling was used. Outcomes were assessed at 1 week (T1), 4 weeks (T4), 8 weeks (T8), and 12 weeks (T12) after treatment. The mean age of patients was 62.77 years old. In the intervention group, the pre-treatment Visual Analog Scale (VAS) scores for pain at rest and during activity were 5.4 ± 0.12 and 7.86 ± 0.86 , respectively. The mean Evaluation Fonctionnelle Articulaire (EFA) score was 9.38 ± 1.67 and the Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) score was 57.62 ± 3.17 . After 1 week, 4 weeks, 8 weeks, and 12 weeks of treatment, the mean VAS, EFA, and SPADI scores in the intervention group showed significant improvement.

Keywords: Long head bicipital tendonitis, corticosteroid, ultrasound.