

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU VAI SAU ĐỘT QUY BẰNG THỂ CHÂM CẢI TIẾN CƠ NHỊ ĐẦU, CƠ TRÊN GAI VÀ CƠ MŨ VAI

Phan Thị Mỹ Sương¹, Bùi Phạm Minh Mẫn¹, Trịnh Thị Diệu Thường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu: Đột quỵ là cấp cứu thường gặp nhất trong chuyên khoa thần kinh và là nguyên nhân gây tàn tật hàng đầu. Điều này cho thấy phục hồi vận động cho người bệnh đột quỵ rất quan trọng. Tuy nhiên, biến chứng đau vai sau đột quỵ lại gây ảnh hưởng quá trình phục hồi này. Những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã chứng minh được hiệu quả điều trị đau của phương pháp thể châm cải tiến. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị đau vai sau đột quỵ bằng thể châm cải tiến trên cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai với các cặp huyết Thiên phủ - Xích bạch, Bình phong - Kiên ngung, Kiên liêu - Tý nhu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng, mù đôi được thực hiện trên 72 người bệnh đột quỵ có đau vai bên liệt từ 18 tuổi trở lên. Người bệnh được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm, một nhóm thực hiện điện châm thông thường và một nhóm thực hiện thể châm cải tiến. Mức độ đau vai của người bệnh được đánh giá thông qua thang điểm Numeric Rating Scale tại các thời điểm trước khi bắt đầu nghiên cứu (T0), sau 2 tuần điều trị (T1)

và sau 4 tuần điều trị (T2). **Kết quả:** Cả hai nhóm nghiên cứu đều ghi nhận điểm đau vai trung bình có giảm khi so sánh tại thời điểm trước khi bắt đầu nghiên cứu (T0) với các thời điểm sau 2 tuần điều trị (T1) và sau 4 tuần điều trị (T2), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra, khi tiến hành so sánh điểm đau vai trung bình giữa hai nhóm tại từng thời điểm ghi nhận sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê tại thời điểm T0 và T1 ($p > 0,05$); tại thời điểm T2, điểm đau vai trung bình của nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thể châm cải tiến các cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai giúp giảm đau vai sau đột quỵ tốt hơn so với điện châm thông thường. Qua đó cung cấp thêm bằng chứng cho thấy thể châm cải tiến mang lại lợi ích tối ưu cho người bệnh sau đột quỵ.

Từ khóa: Thể châm cải tiến, đau vai sau đột quỵ.

SUMMARY

EFFECTIVE TREATMENT OF POST-STROKE SHOULDER PAIN WITH MODIFIED ACUPUNCTURE OF BICEPS BRACHII MUSCLE, SUPRASPINATUS MUSCLE AND DELTOID MUSCLE

Objectives: Stroke is the most common medical emergency in neurology and this also is the leading cause of disability. This shows that motor rehabilitation for stroke patients is very important. However, post-stroke shoulder pain affect this recovery process. In recent years, many studies have proven the pain treatment

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Cục Quản lý Y, Dược Cổ truyền, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Mỹ Sương

Email: suongsuong88@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 10.8.2024

effectiveness of modified acupuncture methods. Therefore, we conducted a study with the aim of evaluating the effectiveness of treating post-stroke shoulder pain with modified acupuncture on the biceps brachii muscle, supraspinatus muscle and deltoid muscles with Tianfu (LU3) – Chize (LU5), Bingfeng (SI12) – Jianyu (LI15), Jianliao (TE14) – Binao (LI14). **Subjects and Methods:** Randomized, controlled, double-blind clinical trial was conducted on 72 stroke patients with shoulder pain on the paralyzed side aged 18 years and older. Patients were randomly assigned to two groups, one group performed conventional electroacupuncture and one group performed modified electroacupuncture. The patient's shoulder pain level was assessed through the Numeric Rating Scale at the time points before starting the study (T0), after 2 weeks (T1) and after 4 weeks (T2). **Results:** Both study groups recorded a decrease in average shoulder pain scores when compared before starting the study (T0) with after 2 weeks (T1) and after 4 weeks (T2), the differences were statistically significant ($p < 0.05$). In addition, when comparing the average shoulder pain score between the two groups at each time point, the differences were not statistically significant at time T0 and T1 ($p > 0.05$); At T2, the average shoulder pain score of the intervention group was statistically significantly lower than the control group ($p < 0.05$). **Conclusion:** Modified acupuncture of biceps brachii muscle, supraspinatus muscle and deltoid muscle reduce post-stroke shoulder pain better than conventional electroacupuncture. Thereby providing further evidence that modified acupuncture provides optimal benefits for post-stroke patients.

Keywords: Modified acupuncture, post-stroke shoulder pain.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo điều tra dịch tễ, mỗi năm trên thế giới có khoảng 12 triệu người bị đột quỵ mới [5]. Tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 200 000 người bị đột quỵ, để lại tình trạng mất sức lao động, tàn tật do đột quỵ, trong đó có khoảng 80% người bệnh có di chứng là khuyết tật nặng, đặc biệt là rối loạn vận động, 30% không thể phục hồi [1]. Do đó, phục hồi vận động sau đột quỵ là rất quan trọng. Tuy nhiên, một biến chứng thường gặp của đột quỵ là đau vai sau đột quỵ, gây cản trở phục hồi vận động và làm tăng mức độ tàn tật [3].

Ngày nay, phương pháp thể châm cải tiến áp dụng trên hai cơ: cơ trên gai và cơ mũ vai đã đem lại nhiều hiệu quả đáng khích lệ trong dự phòng và điều trị đau vai sau đột quỵ [2]. Gần đây, Phương pháp kích thích điện lên đầu dài cơ nhị đầu được chứng minh là có thể giúp ổn định chức năng khớp vai, ngăn cản sự dịch chuyển quá mức của xương cánh tay, từ đó mang lại hiệu quả điều trị đau vai sau đột quỵ [8].

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi lựa chọn áp dụng phương pháp thể châm cải tiến trên cơ nhị đầu (đầu dài), cơ trên gai và cơ mũ vai bên liệt trên người bệnh đột quỵ để tiến hành đánh giá hiệu quả điều trị đau vai sau đột quỵ của phương pháp này với câu hỏi: Liệu việc sử dụng phương pháp thể châm cải tiến, nhằm kích thích cơ nhị đầu (đầu dài), cơ trên gai và bó sau cơ mũ vai bên liệt, thông qua phương pháp điện châm các cặp huyệt: Thiên phủ - Xích trạch, Bình phong - Kiên ngưng, Kiên liêu - Tý nhu; có mang lại hiệu quả điều trị đau vai trên người bệnh sau đột quỵ không?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng, mù đôi.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính toán để phát hiện sự khác biệt về hiệu quả điều trị với sai lầm loại 1 và 2 ở mức chấp nhận được $\alpha=0,05$ và $\beta=0,1$ (tương ứng với lực mẫu là 90%). Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Xuân Trang và cộng sự [2], tỷ lệ đáp ứng điều trị bằng phương pháp điện châm thông thường là 20%, ta có $P_2=20\%$. Chúng tôi kỳ vọng phương pháp điện châm cải tiến có thể nâng tỷ lệ này lên 60%, theo đó $P_1=60\%$.

Dựa vào công thức:

$$n = \frac{\{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1-P_2)^2}$$

Chúng tôi tính được $n_1=n_2=29$. Dự trù mất mẫu 20%, cỡ mẫu hiệu chỉnh ở mỗi nhóm là 36. Như vậy, số lượng cỡ mẫu cần có ít nhất là 72 người bệnh, 36 người bệnh ở mỗi nhóm.

Tiêu chuẩn chọn vào

Người bệnh thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Có độ tuổi từ đủ 18 tuổi trở lên;
- Được chẩn đoán đột quỵ (dựa trên giấy xuất viện hoặc kết quả CT- scan não hoặc MRI não nếu có);
- Trong giai đoạn phục hồi (24 giờ - 6 tháng) theo phân loại của KNGF 2014;
- Đau vai lúc nghỉ ngơi bên yếu liệt (đánh giá theo thang số từ 0 đến 10 theo Numeric Rating Scale);
- Không sử dụng các phương pháp giảm đau khác;
- Tình nguyện ký vào giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra

Người bệnh không được chọn vào nghiên cứu khi có bất kỳ 1 trong các điều kiện sau:

- Có bệnh lý vai trước đó không liên quan đến đột quỵ như khối u, nhiễm trùng, mất ổn định xương vai, xương bả vai có cánh, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, viêm quanh khớp vai (ghi nhận thông qua hỏi tiền sử người bệnh);
- Đau vai do hội chứng đau vùng phức tạp sau đột quỵ (đánh giá theo tiêu chuẩn Budapest);
- Đang bị viêm nhiễm da, lở loét vùng vai bên liệt;
- Có bệnh lý rối loạn đông máu hoặc thiếu yếu tố đông máu (ghi nhận thông qua hỏi tiền sử người bệnh);
- Phụ nữ đang có thai.

Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu

- Người tham gia nghiên cứu không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu;
- Trong quá trình tham gia nghiên cứu có diễn biến phức tạp.

2.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

Phân nhóm can thiệp

Nhóm chứng: Thực hiện điện châm thông thường với các huyệt trên đường kinh Dương minh Đại trường (Cự cốt, Ngũ lý, Khúc trì, Thủ tam lý, Ôn lư, Thiên lịch) và A thị huyệt vùng vai, cánh tay bên liệt, tần số ≤ 20 Hz, cường độ: 2 – 10 mA, trong thời gian 20 phút. Mỗi ngày châm 1 lần, mỗi tuần 5 lần, châm đủ 20 lần (4 tuần).

Nhóm can thiệp: Thực hiện châm cứu cải tiến tác động các cơ: Cơ nhị đầu (đầu dài), cơ trên gai và cơ mũ vai, thông qua các cặp huyệt: Thiên phủ - Xích trạch, Bình Phong - Kiên ngung, Kiên liêu – Tý nhu. Điện châm với tần số ≤ 20 Hz, cường độ: 2 – 10 mA, trong thời gian 20 phút. Mỗi ngày châm 1 lần, mỗi tuần 5 lần, châm đủ 20 lần (4 tuần).

Phương pháp được thực hiện như nhau ở hai nhóm

Phương pháp tập vận động khớp: Tùy tình trạng và sức cơ, người bệnh ở hai nhóm được chỉ định các bài tập vận động khớp vai phù hợp. Mỗi ngày tập 1 lần sau châm, mỗi lần 30 phút, tập đủ 20 lần (4 tuần).

Phương pháp dịch chuyển đúng cách và tư thế đúng: Người bệnh và người nhà người bệnh được hướng dẫn và giám sát mỗi ngày khi thực hiện các phương pháp dịch chuyển đúng cách và các tư thế đúng khi bắt đầu nghiên cứu.

Phương pháp điều trị phục hồi sau đột quỵ và các bệnh lý nền đi kèm: Người bệnh ở 2 nhóm được theo dõi, điều trị và chăm sóc toàn diện như nhau trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp phân bổ ngẫu nhiên – Phương pháp làm mù

Để chia nhóm ngẫu nhiên, dùng phần mềm Excel (hàm RAND và ROUNDUP (RANK)), kết quả được bảng ngẫu nhiên phương pháp can thiệp cho 72 BN.

Người bệnh ở 2 nhóm đều được điện châm các huyệt vùng vai và cánh tay. Chỉ có bác sĩ điều trị mới biết sự khác biệt về công thức huyệt ở 2 nhóm đối tượng. Như vậy, nghiên cứu này, chúng tôi đã làm mù đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi thiết kế làm mù bác sĩ đọc X-quang khớp vai, người thu thập và phân tích dữ liệu sau can thiệp điều trị. Nhóm I hay nhóm II tương ứng với nhóm chứng hay nhóm can thiệp chỉ có người viết báo cáo và bác sĩ điều trị biết, nghiên cứu viên thu thập kết quả điều trị và phân tích số liệu không được biết điều này.

Tiêu chuẩn theo dõi

Mức độ đau vai là biến số định lượng được tính điểm theo thang điểm đau từ 0 đến 10 (Numeric Rating Scale), điểm số dao

động từ 0 – 10 điểm, điểm càng cao cho thấy mức độ đau vai càng nhiều. Điểm mức độ đau vai được đánh giá ở 3 trạng thái:

- Khi NB nghỉ ngơi: khi NB ngồi, để cánh tay thẳng xuống, xuôi theo thân mình, không đeo dụng cụ hỗ trợ cánh tay

- Khi NB được vận động thụ động (PROM) khớp vai

- Khi NB vận động chủ động (AROM) các động tác gập, dạng khớp vai

Điểm mức độ đau vai được đánh giá theo thang điểm số từ 0 – 10 (Numeric Rating Scale). Người bệnh được đánh giá qua ba lần.

Lần 1: Trước khi bắt đầu nghiên cứu (T0) nhằm xác định đau vai.

Lần 2: Sau 2 tuần điều trị (T1).

Lần 3: Sau 4 tuần điều trị (T2).

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và quản lý thông qua phần mềm Microsoft Excel 2010.

Các số liệu này được xử lý thông qua phần mềm SPSS 20.0:

- So sánh đặc điểm hai mẫu: dùng phép kiểm chi bình phương, phép kiểm Fisher' exact.

- Số điểm đau vai trung bình trong cùng 1 nhóm nghiên cứu: dùng phép kiểm T bất cặp nếu dữ liệu phân phối chuẩn hoặc phép kiểm Wilcoxon trong trường hợp dữ liệu phân phối không chuẩn.

- Số điểm đau vai trung bình giữa 2 nhóm nghiên cứu: dùng phép kiểm T độc lập nếu dữ liệu phân phối chuẩn hoặc phép kiểm Mann-Whitney U trong trường hợp dữ liệu phân phối không chuẩn.

2.5. Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội Đồng Đạo đức trong Nghiên cứu y sinh – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 702/HĐĐĐ-ĐHYD, ký ngày 27/07/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm chứng (n=36)	Nhóm can thiệp (n=36)	Tổng (n=72)
< 50 tuổi	5 (13,9%)	2 (5,6%)	7 (9,7%)
≥ 50 tuổi	31 (86,1%)	34 (94,4%)	65 (90,3%)

Kiểm định Fisher's exact, $p = 0,429$

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhóm tuổi giữa 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp ($p > 0,05$).

Bảng 2. Đặc điểm về giới tính

Giới tính	Nhóm chứng (n=36)	Nhóm can thiệp (n=36)	Tổng (n=72)
Nam	23 (63,9%)	21 (58,3%)	44 (61,1%)
Nữ	13 (36,1%)	15 (41,7%)	28 (38,9%)

Kiểm định Fisher's exact, $p = 0,809$

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính giữa 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp ($p > 0,05$).

3.2. Hiệu quả giảm đau vai khi nghỉ ngơi

Bảng 3. Mức độ đau vai theo thang điểm NRS lúc nghỉ ngơi của hai nhóm

Thời điểm	Nhóm chứng (n=36)		Nhóm can thiệp (n=36)		p
	TB ± ĐLC	p	TB ± ĐLC	p	
T0	6,33 ± 0,72		6,67 ± 0,76		0,086 [#]
T1	5,69 ± 0,92	< 0,001 ^a	5,31 ± 0,89	< 0,001 ^a	0,087 [#]
T2	4,67 ± 1,33	< 0,001 ^b	3,50 ± 1,06	< 0,001 ^b	< 0,001 [#]

^a So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T1 với T0 – Kiểm định Wilcoxon

^b So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T2 với T0 – Kiểm định Wilcoxon

[#] So sánh giữa hai nhóm – Kiểm định Mann Whitney U

Tại thời điểm T0, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T1, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T2, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nhóm chứng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa thời điểm T0 và T1; có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa thời điểm T0 và T2.

Trong nhóm can thiệp, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa thời điểm T0 và T1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa thời điểm T0 và T2.

3.3. Hiệu quả giảm đau vai khi vận động thụ động

Bảng 4. Mức độ đau vai theo thang điểm NRS lúc vận động thụ động của hai nhóm

Thời điểm	Nhóm chứng (n=36)		Nhóm can thiệp (n=36)		P
	TB ± ĐLC	p	TB ± ĐLC	p	
T0	6,75 ± 0,88		7,08 ± 0,87		0,161 [#]
T1	5,92 ± 1,11	< 0,001 ^a	5,64 ± 0,96	< 0,001 ^a	0,351 [#]
T2	4,94 ± 1,37	< 0,001 ^b	4,03 ± 1,16	< 0,001 ^b	0,009 [#]

^a So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T1 với T0 – Kiểm định Wilcoxon^b So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T2 với T0 – Kiểm định Wilcoxon[#] So sánh giữa hai nhóm – Kiểm định Mann Whitney U

Tại thời điểm T0, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T1, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T2, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nhóm chứng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình

khi vận động thụ động giữa thời điểm T0 và T1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa thời điểm T0 và T2.

Trong nhóm can thiệp, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa thời điểm T0 và T1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa thời điểm T0 và T2.

3.4. Hiệu quả giảm đau vai khi vận động chủ động

Bảng 5. Mức độ đau vai theo thang điểm NRS lúc vận động chủ động của hai nhóm

Thời điểm	Nhóm chứng (n=36)		Nhóm can thiệp (n=36)		P
	TB ± ĐLC	p	TB ± ĐLC	p	
T0	7,06 ± 0,67		7,11 ± 0,79		0,876 [#]
T1	6,17 ± 1,00	< 0,001 ^a	5,92 ± 0,97	< 0,001 ^a	0,275 [#]
T2	5,31 ± 1,39	< 0,001 ^b	4,36 ± 1,27	< 0,001 ^b	0,008 [#]

^a So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T1 với T0 – Kiểm định Wilcoxon^b So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T2 với T0 – Kiểm định Wilcoxon[#] So sánh giữa hai nhóm – Kiểm định Mann Whitney U

Tại thời điểm T0, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T1, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T2, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nhóm chứng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa thời điểm T0 và T1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa thời điểm T0 và T2.

Trong nhóm can thiệp, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa thời điểm T0 và T1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa thời điểm T0 và T2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dân số nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 72 người bệnh đột quỵ có bán trật khớp vai và đau vai bên liệt với tỉ lệ nam/nữ là 1,6/1, trong đó tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm ≥ 50 tuổi chiếm 90,02%. Đặc điểm về giới và độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các y văn về đặc điểm dịch tễ học của đột quỵ. Theo đó, nam giới là một yếu tố nguy cơ của đột quỵ; đồng thời, ở người trên 55 tuổi, nguy cơ đột quỵ tăng gấp đôi khi già thêm mỗi 10 tuổi [5]. Ngoài ra, đặc điểm về giới và tuổi trong dân số nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự tương đồng với nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Lê Xuân Trang [2]. Điều này tạo điều kiện thuận lợi để so sánh kết quả với các nghiên cứu khác cũng như ứng dụng kết quả nghiên cứu vào thực tế lâm sàng.

4.2. Về hiệu quả giảm đau

Trong cả hai nhóm nghiên cứu, khi tiến hành so sánh điểm đau vai trung bình tại thời điểm trước khi bắt đầu nghiên cứu (T0) với thời điểm sau 2 tuần điều trị (T1) và thời điểm sau 4 tuần điều trị (T2) ghi nhận giảm có ý nghĩa thống kê. Theo đó, điện châm mang lại hiệu quả giảm đau vai sau đột quỵ. Điều này đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu trước đây [2].

Khi cho người bệnh ở hai nhóm vận động thụ động hoặc vận động chủ động, chúng tôi ghi nhận được điểm đau vai trung bình của người bệnh cao hơn khi nghỉ ngơi tại cả ba thời điểm khảo sát. Điều này, có thể lý giải do quá trình cử động khớp vai gây kéo căng bao khớp. Lớp bên ngoài bao khớp ít mạch máu nuôi nhưng có nhiều thần kinh phân bố. Đây là lớp dễ bị đau khi bị kéo căng. Tác giả Ikai T và cộng sự đã chỉ ra tình trạng đau vai tăng lên khi bệnh nhân hoạt động các động tác vùng vai, đặc biệt là xoay ngoài [6].

Điểm đau vai trung bình của người bệnh khi nghỉ ngơi, vận động thụ động và chủ động ở nhóm can thiệp đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng tại thời điểm sau 4 tuần điều trị (T2) ($p < 0,05$). Kết quả trên cho thấy, phương pháp thể châm cải tiến cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai giúp giảm đau vai sau đột quỵ tốt hơn phương pháp điện châm thông thường. Điều này có thể giải thích thông qua các cơ chế: Kích thích điện giúp tăng lưu thông máu đến cơ bắp và do đó giúp loại bỏ các sản phẩm độc hại trong quá trình trao đổi chất, cơ chế kiểm soát công và á phiện nội sinh.

4.3. Về phương pháp thể châm cải tiến

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp thể châm cải tiến cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai mang lại hiệu quả giảm đau vai sau đột quỵ tốt hơn phương pháp điện châm thông thường. Điều này có thể giải thích là do phương pháp thể châm cải tiến là phương pháp châm cứu được kết hợp giữa Tây y và Đông y. Những huyệt dùng trong nghiên cứu đều nằm ở nguyên ủy và bám tận của các cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai. Theo lý luận về sinh lý cơ cơ, các

neuron vận động alpha thường nằm ở hai đầu nguyên ủy và bám tận của các cơ, nên việc chọn huyết ở 2 đầu cơ sẽ kích thích cơ cơ tốt hơn [7]. Ngoài ra, cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai cũng là ba trong số những cơ được sử dụng để phục hồi liệt chi trên trong phương pháp thể châm cải tiến. Đồng thời, theo lý luận YHCT, các huyết vị được ứng dụng trong nhóm can thiệp đều được ghi nhận có tác dụng thông kinh hoạt lạc, chỉ thống, đặc biệt là các huyết Bình phong, Kiên ngưng và Kiên liêu là những huyết đặc hiệu, có tác dụng hỗ trợ điều trị trong các bệnh lý khớp vai [4]. Như vậy, khi áp dụng phương pháp thể châm cải tiến trên cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai vừa có thể điều trị đau vai, vừa giúp phục hồi vận động, mang lại lợi ích tối ưu cho người bệnh sau đột quỵ.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp thể châm cải tiến cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai mang lại hiệu quả tốt hơn so với điện châm thông thường trong điều trị đau vai sau đột quỵ tại các thời điểm nghỉ ngơi, khi vận động thụ động và vận động chủ động. Qua đó cho thấy, phương pháp thể châm cải tiến trên cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai có thể mang lại lợi ích tối ưu cho người bệnh đau vai sau đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội phòng chống Tai biến mạch máu não Việt Nam.** Những tiến bộ mới trong điều trị

tai biến mạch máu não và đơn vị đột quỵ. Thời sự y học. 2011; 65 :1-3.

2. **Nguyễn Lê Xuân Trang, Phan Thị Mỹ Sương, Trịnh Thị Diệu Thường.** Đánh giá hiệu quả giảm đau vai sau đột quỵ giai đoạn liệt mềm bằng phương pháp điện châm các huyết: Bình phong, Kiên ngưng, Kiên liêu, Tý nhu. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2016; 20 (6): 57-63.
3. **Adey-Wakeling Z, Liu E, Crotty M, et al.** Hemiplegic Shoulder Pain Reduces Quality of Life After Acute Stroke: A Prospective Population-Based Study. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2016; 95 (10): 758-63.
4. **Claudia Focks.** Atlas of Acupuncture. Churchill Livingstone. 2008: 85, 87, 114, 115, 234, 380.
5. **Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al.** World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke. 2022; 17 (1): 18-29.
6. **Ikai T, Tei K, Yoshida K, et al.** Evaluation and treatment of shoulder subluxation in hemiplegia: relationship between subluxation and pain. American journal of physical medicine & rehabilitation. 1998;77(5):421-426.
7. **John E. Hall, Micheal E. Hall.** Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology. 14th edition. Elsevier. 2021:71-72.
8. **Manigandan JB, Ganesh GS, Pattnaik M, et al.** Effect of electrical stimulation to long head of biceps in reducing gleno humeral subluxation after stroke. NeuroRehabilitation. 2014; 34 (2): 245-52.