

LAScd 4B (%)	16,7 ± 8,1	22,2 ± 8,8	<0,05
LASct 4B (%)	19,1 ± 8,0	21,6 ± 5,9	>0,05
LASr 2B (%)	34,0 ± 9,3	40,8 ± 7,2	<0,05
LAScd 2B (%)	14,7 ± 6,5	20,4 ± 7,7	<0,05
LASct 2B (%)	19,5 ± 7,3	20,4 ± 6,0	>0,05
LASI	0,24 ± 0,1	0,19 ± 0,06	<0,05

Ở nhóm bệnh THA, sức căng chứa máu, sức căng dẫn máu ở mặt cắt 4 buồng, 2 buồng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Độ cứng nhĩ trái ở nhóm bệnh lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng. Chưa nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về sức căng tổng máu giữa 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Trong chu chuyển tim, nhĩ trái tiếp nhận máu từ tĩnh mạch phổi trong thì tâm thu thất trái (chứa máu), sau đó dẫn máu xuống thất trái trong giai đoạn đổ đầy sớm (dẫn máu), và cuối cùng bơm máu chủ động vào thất trái trong thì tâm nhĩ thu (tổng máu). Mỗi giai đoạn này đều có thể bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi của áp lực đổ đầy thất trái và độ giãn nở cơ tim. THA làm tăng hậu gánh, thất trái phải co bóp mạnh hơn để bơm máu, tình trạng này kéo dài gây phì đại, giảm khả năng thư giãn thất trái. Sự gia tăng áp lực đổ đầy thất trái theo thời gian dẫn đến biến đổi cấu trúc và chức năng nhĩ trái.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ số kích thước nhĩ trái ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp tăng so với nhóm chứng, trong đó 3 chỉ số thường dùng trên lâm sàng để đánh giá kích thước nhĩ trái là LAD, LAVmax và LAVi ở nhóm bệnh cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng khỏe mạnh với $p < 0,05$. THA làm tăng kích thước nhĩ trái, vai trò của các chỉ số kích thước nhĩ trái, đặc biệt là LAVi để đánh giá, tiên lượng biến chứng tim mạch đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu [5], [6].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về các phân suất làm rỗng nhĩ trái khi tính bằng các thể tích trên siêu âm 2D giữa 2 nhóm. Tuy nhiên trên siêu âm đánh dấu mô, ở nhóm bệnh nhân THA, sức căng trữ máu LASr 4B ($35,9 \pm 10,6\%$), LASr 2B ($34,0 \pm 9,3\%$); sức căng dẫn máu LAScd 4B ($16,7 \pm 8,1\%$), LAScd 2B ($14,7 \pm 6,5\%$); sức căng tổng máu LASct 4B ($19,1 \pm 8,0\%$), LASct 2B ($19,5 \pm 7,3\%$). Trong đó sức căng trữ máu, dẫn máu giảm, độ cứng nhĩ trái tăng so với nhóm chứng và sức căng tổng máu chưa có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu về sự biến đổi chức năng nhĩ trái trên bệnh nhân THA. Nghiên cứu của Taamallah và cộng sự (2022) khi so sánh chức năng nhĩ trái giữa nhóm bệnh THA với nhóm chứng cho thấy

các phân suất làm rỗng nhĩ trái chưa có sự biến đổi có ý nghĩa, tuy nhiên sức căng trữ máu, dẫn máu trên mặt cắt 4 buồng, 2 buồng giảm đáng kể, sức căng tổng máu không có khác biệt ý nghĩa [3]. Tác giả Stefani và cộng sự (2024) đánh giá sức căng nhĩ trái bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim trên bệnh nhân tăng huyết áp cũng cho kết quả LASr và LAScd giảm so với nhóm chứng (LASr: $29,78 \pm 6,08\%$ với $34,78 \pm 29,78\%$, $p = 0,022$; LAScd $14,23 \pm 4,59\%$ với $19,66 \pm 7,29\%$, $p = 0,014$), LASct không khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm [7]. Độ cứng nhĩ trái LASI ở nhóm THA cao hơn so với nhóm chứng ($0,24 \pm 0,1$ so với $0,19 \pm 0,08$, $p < 0,05$). Nghiên cứu của Yixiao Zhao và cộng sự (2020) về vai trò của độ cứng nhĩ trái trong đánh giá tổn thương cơ quan đích sớm ở bệnh nhân THA cũng cho thấy LASI ở nhóm THA là $0,22$ ($0,18 - 0,27$), cao hơn so với nhóm chứng khỏe mạnh $0,2$ ($0,16 - 0,23$) [1]. Độ cứng nhĩ trái LASI, chỉ số được nghiên cứu gần đây cho thấy có vai trò tiềm năng trong thực hành lâm sàng, có thể phản ánh gián tiếp áp lực đổ đầy thất trái. THA kéo dài ảnh hưởng tới khả năng giãn nở của nhĩ trái để đưa máu từ tĩnh mạch phổi về trong thì tâm thu, cũng như giảm chênh lệch áp lực nhĩ – thất trong thì đầu tâm trương, dẫn tới suy giảm sức căng nhĩ trái trong giai đoạn trữ máu và dẫn máu. Nhĩ trái phải tăng co bóp ở thì tâm nhĩ thu để bù trừ, đảm bảo lượng máu đổ vào thất trái. Các nghiên cứu cũng đã cho thấy độ nhạy và vai trò tiềm năng của các chỉ số sức căng và độ cứng trong đánh giá nhĩ trái ở bệnh nhân THA, sự suy giảm sức căng nhĩ trái có thể phát hiện sớm trên siêu âm đánh dấu mô, dù chưa có sự biến đổi về kích thước và chức năng trên siêu âm 2D [8].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng nhóm bệnh nhân THA có kích thước nhĩ trái lớn hơn so với nhóm chứng. Các phân suất làm rỗng nhĩ trái ở nhóm THA chưa thay đổi, tuy nhiên sức căng nhĩ trái giai đoạn trữ máu, dẫn máu giảm, đồng thời độ cứng nhĩ trái tăng có ý nghĩa so với nhóm chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhao Y., Sun Q., Han J., et al. (2021), "Left atrial stiffness index as a marker of early target organ damage in hypertension", *Hypertens Res*, 44(3), 299-309.
2. Mousa Mohamed, Abdel Salam Zainab, ElSawye Mostafa, et al. (2024), "Effect of Blood Pressure Control on Left Atrial Function Assessed by 2D Echocardiography in Newly Diagnosed Patients with Systemic Hypertension", *International Journal*

- of the Cardiovascular Academy.
3. **Taamallah K*, Jabloun Y, Haggui A, Hajlaoui N, Lahidheb D, Fehri W** (2022), "Early detection of left atrial dysfunction in hypertensive patients with normal left atrial size: Role of speckle tracking imaging".
 4. **Cuspidi C., Giovannini R., Tadic M.** (2021), "Left atrial stiffness: a novel marker of hypertension-mediated organ damage on the horizon?", *Hypertens Res*, 44(3), 365-367.
 5. **Tan B. Y. Q., Ho J. S. Y., Sia C. H., et al.** (2020), "Left Atrial Volume Index Predicts New-Onset Atrial Fibrillation and Stroke Recurrence in Patients with Embolic Stroke of Undetermined Source"(1421-9786 (Electronic)).
 6. **Ristow B., Ali S., Whooley M. A., Schiller N. B.** (2008), "Usefulness of left atrial volume index to predict heart failure hospitalization and mortality in ambulatory patients with coronary heart disease and comparison to left ventricular ejection fraction (from the Heart and Soul Study)", *Am J Cardiol*, 102(1), 70-6.
 7. **Stefani L. D., Trivedi S. J., Ferkh A., et al.** (2024), "Left atrial mechanics evaluated by two-dimensional strain analysis: alterations in essential hypertension"(1473-5598 (Electronic)).
 8. **O'Neill T., Kang P., Hagendorff A., Tayal B.** (2024), "The Clinical Applications of Left Atrial Strain: A Comprehensive Review", *Medicina* (Kaunas), 60(5).

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRÊN NGƯỜI BỆNH VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN

Nguyễn Thị Thu Trang¹, Phạm Thị Cẩm Hưng¹,
Lê Thị Kim Phụng¹, Nguyễn Văn Báu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị phục hồi chức năng trên người bệnh viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 33 bệnh nhân tuổi trên 18 được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần theo tiêu chuẩn của Boisser MC 1992 điều trị tại khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 6/2024 đến tháng 9/2024. Được đánh giá cơ lực theo 6 bậc, mức độ sưng nề, teo cơ vùng vai, tầm vận động khớp vai theo các mức độ, đau và chức năng khớp vai theo thang SPADI tại 2 thời điểm trước và sau 2 tuần điều trị. **Kết quả:** Sau can thiệp: mức độ sưng nề giảm từ 15,2 xuống 6,1% ($p > 0,05$); mức độ teo cơ từ 72,7% xuống 39,4% ($p < 0,05$); không còn BN có cơ lực dưới bậc 2 (6,1% có cơ lực bậc 2 trước điều trị) ($p < 0,05$); tầm vận động cải thiện; điểm đau giảm (từ 61.61 ± 17.26 xuống 42.55 ± 16.57 , $p < 0,05$); điểm chức năng giảm (từ 58.97 ± 16.62 xuống 40.94 ± 15.66 , $p < 0,05$). **Kết luận:** Phục hồi chức năng có hiệu quả trong giảm sưng nề, cải thiện teo cơ, tăng cơ lực, tăng khả năng vận động và giảm đau trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. **Từ khóa:** viêm quanh khớp vai thể đơn thuần; phục hồi chức năng.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF FUNCTIONAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH SHOULDER PERIARTHRITIS

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Trang

Email: thutrang.ntt.2211@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025

HUMEROSCAPULARIS

Objective: To evaluate the effectiveness of functional rehabilitation therapy in patients diagnosed with shoulder periarthritis humeroscapularis. **Methods:** A total of 33 patients aged over 18 years, diagnosed with shoulder periarthritis humeroscapularis based on Boisser MC criteria (1992), were treated at the Department of Rehabilitation, Viet Tiệp Friendship Hospital, Hai Phong, from June to September 2024. Clinical outcomes were assessed using a 6-grade muscle strength scale, presence of swelling and muscle atrophy in the shoulder region, range of motion (ROM) categorized by movement levels, and the Shoulder Pain and Disability Index (SPADI). All parameters were evaluated at baseline and after two weeks of treatment. **Results:** Following the intervention, swelling was reduced from 15.2% to 6.1% ($p > 0.05$), and muscle atrophy significantly decreased from 72.7% to 39.4% ($p < 0.05$). No patients exhibited muscle strength below grade 2 after treatment, compared to 6.1% at baseline ($p < 0.05$). ROM improved across all measured directions. Pain scores decreased (from 61.61 ± 17.26 to 42.55 ± 16.57 , $p < 0.05$); function scores decreased (from 58.97 ± 16.62 to 40.94 ± 15.66 , $p < 0.05$). **Conclusion:** Functional rehabilitation is effective in reducing swelling and muscle atrophy, enhancing muscle strength, improving joint mobility, and alleviating pain in patients with shoulder periarthritis humeroscapularis. **Keywords:** Shoulder periarthritis humeroscapularis; functional rehabilitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là bệnh lý viêm các cấu trúc phần mềm quanh khớp vai, bệnh gặp khá phổ biến ở nước ta đặc biệt là vào mùa thu đông với biểu hiện lâm sàng chủ yếu là đau, hạn chế vận động khớp [1], [2]. VQKV gây ảnh hưởng nhiều tới lao động và sinh hoạt của người

bệnh, việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn, nếu điều trị không đúng thì bệnh sẽ tiến triển nặng dần, dẫn đến các biến chứng đứt gân, đặc biệt là nhóm cơ chóp xoay, khiến khả năng phục hồi rất khó khăn, trong khi tỷ lệ tái phát sau điều trị khỏi còn cao [1], [2]. Hiện nay, điều trị viêm quanh khớp vai (VQKV) có thể dùng một hoặc phối hợp nhiều phương pháp như: nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu – phục hồi chức năng, Y học cổ truyền... [3],[4],[5].

Phục hồi chức năng rất có hiệu quả trong các bệnh xương khớp mạn tính, áp dụng các bài tập vận động, xoa bóp, nhiệt, điện trị liệu... có tác dụng giảm đau, chống viêm, giúp người bệnh phục hồi tầm vận động của khớp, tăng cường sức mạnh cơ, cải thiện các chức năng sinh hoạt hàng ngày... hạn chế được các biến chứng do các thuốc điều trị gây ra [1], [3], [4]. Khoa Phục hồi chức năng bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng điều trị trung bình khoảng 60 ca bệnh/ngày, trong đó trung bình khoảng 5 trường hợp bị VQKV. Trong quá trình điều trị, chúng tôi nhận thấy người bệnh VQKV được cải thiện rõ rệt sau 2 tuần điều trị, do vậy nhằm làm rõ hiệu quả điều trị phục hồi chức năng trên người bệnh VQKV thể đơn thuần, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán là VQKV thể đơn thuần đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn sau:

- Người bệnh được chẩn đoán theo tiêu chuẩn VQKV thể đơn thuần của Boisser MC 1992. Với các triệu chứng sau:

- + Đau vai kiểu cơ học.
- + Hạn chế vận động chủ động
- + Đau tăng khi vận động
- Trên 18 tuổi.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đau vai do nhiễm khuẩn: viêm quanh khớp vai do nhiễm khuẩn, do lao...
- Đau vai do bệnh lý: U phổi, u vú, thiếu năng vành, sau nhồi máu, sau tai biến mạch máu não...
- Hoại tử vô khuẩn đầu trên xương cánh tay
- Đau vai do chấn thương: Gãy xương, trật khớp...
- Viêm khớp vai do các bệnh khớp.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện tại khoa PHCN Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng thời gian tháng 6 năm 2024 đến tháng 11 năm 2024.

2.4. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu. Các biến số về đặc điểm chung: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, vị trí tổn thương.

Các biến số đánh giá kết quả bao gồm: mức độ sưng nề, teo cơ, đo tầm vận động (TVĐ) của khớp vai qua các động tác (Gập, Duỗi, Dang 0 – 90°, Dang áp trong mặt phẳng ngang, Xoay trong, Xoay ngoài), chỉ số đánh giá chức năng riêng của khớp vai SPADI.

SPADI là chỉ số đánh giá chức năng riêng của khớp vai, gồm mức độ đau và mức độ khó khăn trong các hoạt động của khớp vai. Bệnh nhân tự đánh giá theo từng câu hỏi tại các thời điểm được quy định của nghiên cứu. Mỗi câu hỏi sẽ có câu trả lời từ 0 -10, tương ứng với 0 là không đau hoặc không có khó khăn, 10 là đau rất tồi tệ hoặc khó khăn đòi hỏi phải có giúp đỡ. Bệnh nhân sẽ chọn một ô thích hợp trong mỗi câu hỏi. Chỉ số SPADI được đánh giá qua 13 câu hỏi. Thang điểm đánh giá là 100. Điểm SPADI càng cao thì mức độ giảm chức năng của khớp vai càng nhiều.

2.6. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Tiến hành chọn bệnh nhân.

Bước 2: Thăm khám, chẩn đoán và đánh giá trước điều trị

Bước 3: Tiến hành can thiệp phục hồi chức năng

- Hồng ngoại: sử dụng chiếu 20 phút/lần/ngày vào vùng vai bị bệnh.

- Siêu âm vùng khớp vai trong thời gian 10 phút/lần/ngày.

- Điện xung trị liệu: Điện xung vào khớp vai trong thời gian 20 phút/lần/ngày.

- Tập vận động: Sau khi lượng giá chức năng, người bệnh được chỉ định bài tập phù hợp: Bài tập vận động theo lực cơ, kéo giãn bằng tay kỹ thuật viên, băng dụng cụ...30 phút/lần/ngày.

- Laser vùng khớp vai 10 phút/lần/ngày.

- Hoạt động trị liệu và hướng dẫn người bệnh các bài tập về nhà với các dụng cụ như gậy, khăn tắm, ròng rọc, mặc áo, chài đầu, với đỡ trên cao....

Bước 4: Đánh giá hiệu quả điều trị thông qua so sánh kết quả tại các thời điểm sau điều trị 14 ngày so với thời điểm vào viện.

2.7. Phân tích số liệu. Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 23.0. Phân bố chuẩn của các biến liên tục được phân tích bằng kiểm định Kolmogorov-Smirnov. Các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, các biến thứ bậc được mô tả bằng số lượng và độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp được phân tích bằng kiểm

định Wilcoxon Signed Ranks Test. Kết quả phân tích có ý nghĩa thống kê với giá trị $p \leq 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của khoa PHCN Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng. Mọi thông tin thu thập được sẽ do sự hợp tác tự nguyện của người bệnh và những điều tra viên. Các thông tin thu thập được sẽ được giữ bí mật và mã hóa trên máy vi tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung các bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	39 - 59	10
	60 - 80	23
Giới tính	Nam	19
	Nữ	14
Thời gian mắc bệnh	<1 tháng	3
	1-3 tháng	9
	>3 tháng	21
Vị trí tổn thương khớp vai	Vai phải	25
	Vai trái	5
	Cả hai vai	3

69,7% số người bệnh trong nhóm nghiên cứu ở lứa tuổi 60 - 80 tuổi. Về giới tính, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới. Đa số BN tới khám và

điều trị có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng (63,6%). 90,9% BN chỉ bị VQKV 1 bên (chủ yếu bên phải 75,8%).

3.2. Hiệu quả điều trị

Bảng 2. Cải thiện mức độ sưng nề, teo cơ

Thời gian	Có sưng nề		Không sưng nề		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Ban đầu	5	15,2	28	84,8	0,025
Sau 2 tuần	2	6,1	31	93,9	
Thời gian	Có teo cơ		Không teo cơ		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Ban đầu	24	72,7	9	27,3	0,01
Sau 2 tuần	13	39,4	20	60,6	

Mức độ sưng nề và tình trạng teo cơ cải thiện sau thời gian điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Cải thiện mức độ cơ lực

Sau 2 tuần điều trị không còn người bệnh có cơ lực dưới bậc 2, khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Bảng 3. Cải thiện tầm vận động chủ động

Động tác gập									
Thời gian	Độ 1 (0-50°)		Độ 2 (51-100°)		Độ 3 (101-150°)		Độ 4 (>150°)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Ban đầu	3	9,1	12	36,4	18	54.5	0	0	<0.001
Sau 2 tuần	0	0	3	9,1	12	36,4	18	54,5	
Động tác duỗi									
Thời gian	Độ 1 (0-10°)		Độ 2 (11-30°)		Độ 3 (31-50°)		Độ 4 (>50°)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Ban đầu	2	6,1	15	45,5	16	48,5	0	0	<0,001
Sau 2 tuần	0	0	2	6,1	13	39,4	18	54,5	
Động tác dang 0 – 90°									
Thời gian	Độ 1 (0-30°)		Độ 2 (31-60°)		Độ 3 (61-85°)		Độ 4 (>85°)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Ban đầu	2	6,1	16	48,5	15	45,5	0	0	<0,001
Sau 2 tuần	0	0	2	6,1	12	36,4	19	57,6	
Động tác áp ngang									
Thời gian	Độ 1 (0-50°)		Độ 2 (51-100°)		Độ 3 (101-130°)		Độ 4 (>130°)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Ban đầu	4	12,1	15	45,5	13	39,4	1	3,0	<0,001
Sau 2 tuần	1	3,0	1	3,0	14	42,4	17	51,5	
Động tác xoay trong									
Thời gian	Độ 1 (0-10°)		Độ 2 (11-30°)		Độ 3 (31-65°)		Độ 4 (>65°)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Ban đầu	3	9,1	21	63.6	9	27.3	0	0	<0.001

Sau 2 tuần	0	0	3	9,1	19	57,6	11	33,3	
Động tác xoay ngoài									
Thời gian	Độ 1 (0-30°)		Độ 2 (31-60°)		Độ 3 (61-85°)		Độ 4 (>85°)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Ban đầu	4	12,1	20	60,6	9	27,3	0	0	<0,001
Sau 2 tuần	0	0	3	9,1	20	60,6	10	30,3	

Biên độ vận động chủ động của khớp vai các động tác tăng rõ rệt sau điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Cải thiện mức độ đau và giảm chức năng khớp vai

Thang đánh giá SPADI	Điểm trung bình trước can thiệp	Điểm trung bình sau can thiệp	p
Điểm đau	61,61 ± 17,26	42,55 ± 16,57	<0,001
Điểm chức năng	58,97 ± 16,62	40,94 ± 15,66	<0,001

Mức độ đau và tình trạng giảm chức năng khớp vai theo thang đo SPADI cải thiện tốt sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung các bệnh nhân nghiên cứu. Phần lớn người bệnh mắc VQKV trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm tuổi từ 60 đến 80, chiếm tỷ lệ 69,7%. Ở lứa tuổi này, các quá trình thoái hóa tự nhiên của gân cơ quanh khớp vai diễn ra rõ rệt, đặc biệt là nhóm gân cơ xoay. Sự lão hóa mô mềm kết hợp với giảm tưới máu tại chỗ ở người cao tuổi làm tăng nguy cơ lắng đọng canxi trong gân, từ đó thúc đẩy tiến trình bệnh lý. Ngoài ra, các vi chấn thương lặp đi lặp lại do lao động hoặc tập luyện thể thao kéo dài cũng đóng vai trò như những yếu tố thúc đẩy khởi phát bệnh. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng ở người trên 50 tuổi, sự thoái hóa kết hợp với các yếu tố cơ học như hiện tượng cọ xát giữa móm cùng vai và móm quạ góp phần làm tăng nguy cơ mắc VQKV, đặc biệt là thể đơn thuần [3],[6],[7].

Về giới tính, tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nữ giới. Tuy nhiên, một số nghiên cứu dịch tễ học ghi nhận VQKV thường gặp ở nữ giới, được lý giải bởi quá trình lão hóa diễn tiến nhanh hơn ở phụ nữ do thay đổi nội tiết, đặc biệt là sự thiếu hụt estrogen sau mãn kinh. Ngoài ra, phụ nữ thường có xu hướng quan tâm đến sức khỏe và đi khám sớm khi có triệu chứng [6], [7]. Theo chúng tôi, sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, chưa đủ đại diện để đưa ra kết luận dịch tễ chính xác, do đó cần thực hiện nghiên cứu với quy mô lớn hơn.

Hơn 60% người bệnh tìm đến điều trị sau

khi triệu chứng đã kéo dài trên 3 tháng, tương tự với kết quả của nhiều công trình trước đó [3]. Nhiều trường hợp cổ chịu đau hoặc tự mua thuốc điều trị tại nhà, chỉ đến cơ sở y tế khi cơn đau kéo dài hoặc vận động khớp vai bị hạn chế nghiêm trọng. Điều này cho thấy cần đẩy mạnh truyền thông và giáo dục sức khỏe để nâng cao nhận thức cộng đồng về bệnh lý này.

Kết quả cũng ghi nhận 90,9% trường hợp chỉ bị tổn thương một bên vai, đặc biệt là bên tay thuận, phù hợp với các nghiên cứu trong nước khi ghi nhận tỷ lệ đau hai vai cùng lúc là rất thấp [3], [6].

4.2. Về kết quả điều trị. Sau hai tuần điều trị, mức độ sưng nề, teo cơ và đau vùng vai cải thiện rõ rệt, cho thấy hiệu quả giảm đau rõ rệt của can thiệp phục hồi chức năng. Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần chủ yếu do viêm gân nên đáp ứng tốt với các phương pháp không dùng thuốc. Parafin trị liệu với nhiệt ẩm giúp giãn mạch, tăng tuần hoàn, giảm viêm và giảm đau. Các phương pháp điện trị liệu như điện phân và điện xung giúp dẫn thuốc hiệu quả tại chỗ mà không gây tác dụng phụ toàn thân. Bài tập vận động góp phần giãn cơ, tăng mềm dẻo và nuôi dưỡng mô, từ đó cải thiện chức năng và giảm đau. Ngoài ra, các biện pháp phục hồi chức năng còn chống dính khớp, thúc đẩy hấp thu dịch viêm và phục hồi cơ lực [2], [3]. Việc duy trì tập luyện đều đặn giúp tăng sức mạnh cơ quanh vai. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị phụ thuộc vào tình trạng cụ thể và nên được cá thể hóa, tiến hành theo từng giai đoạn để đạt kết quả tối ưu [8].

Kết quả điều trị người bệnh trong nhóm nghiên cứu sau 2 tuần điều trị nhận thấy tầm vận động khớp vai được cải thiện rõ rệt với số người bệnh đạt mức độ tốt là: động tác gập là 54,5%, động tác duỗi là 54,5%, động tác dang (0 – 90) là 57,6%, động tác dang – áp trong mặt phẳng ngang là 51,5%, động tác xoay trong là 57,6%, động tác xoay ngoài là 60,6%, khác biệt khi so sánh thời điểm vào viện có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng thống nhất với các nghiên cứu trước đây [3], [5]. Ở người đang hoạt động, các lực cơ tác động lên xương giúp duy trì mật độ và hình thái xương, đồng thời hỗ trợ cải thiện chức năng hô hấp, tuần hoàn và sức bền. Ngược lại, tình trạng bất động kéo dài sẽ gây teo cơ, tiêu