

năng ứng phó với stress và tiếp cận dịch vụ tư vấn, điều trị khi có các vấn đề sức khỏe tâm thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fahmy H, Corrado B, Tarun D, et al.** Global mental health: how are we doing? *World Psychiatry*, 2018,**17(3)**:p.367.
2. **Unicef Việt Nam.** Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh và thành phố ở Việt Nam. UNICEF, 2018.
3. **Thai TT, Vu NLLT, Bui HHT.** Mental health literacy and help-seeking preferences in high school students in ho Chi Minh City, Vietnam. *School Mental Health*, 2020. **12(2)**:p.378-387.
4. **Trần Văn Công, Nguyễn Thị Hoài Phương, Trần Thành Nam.** Thực trạng khó khăn tâm lý của học sinh và nhu cầu sử dụng ứng dụng tư vấn tâm lý trong trường học. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*, 2019. **61(10)**.
5. **Dat NT, Christine D, Tam TP, et al.** Depression, anxiety, and suicidal ideation among Vietnamese secondary school students and proposed solutions: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2013.**13(1)**: p.1-10.
6. **Thach DT, Tuan T, Jane F.** Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 2013. **13**:p.24.
7. **Wiener JM, Mina KD.** Textbook of child and adolescent psychiatry. American Psychiatric Press, 2003.
8. **Danh Thành Tín, Lê Minh Thuận, Huỳnh Ngọc Thanh.** Tỷ lệ Stress, lo âu, trầm cảm của học sinh trường THPT chuyên Vị Thanh tỉnh Hậu Giang và các yếu tố liên quan. *Y học TP.Hồ Chí Minh*, 2021.**25(2)**:ISSN 1859-1779

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BÁN TRẬT KHỚP VAI SAU NHỒI MÁU NÃO ĐIỀU TRỊ BẰNG ĐIỆN CHÂM, TẬP VẬN ĐỘNG VÀ ĐEO ĐAI

Nguyễn Thị Thanh Tú¹, Tạ Đăng Quang¹

Từ khóa: Bán trật khớp vai, Nhồi máu não, Điện châm, Yếu tố liên quan.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu: 1. Đánh giá kết quả điều trị bán trật khớp vai sau nhồi máu não bằng điện châm, tập vận động và đeo đai. 2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng mở, so sánh trước sau trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán bán trật khớp vai sau nhồi máu não điều trị bằng điện châm kết hợp tập vận động và đeo đai. **Kết quả:** 60% bệnh nhân cải thiện tổng điểm FMA (Fugl-Myer Assessment) có ý nghĩa lâm sàng và 46,7% bệnh nhân khỏi bán trật khớp vai trên phim X-quang. Nhóm bệnh nhân bị bán trật khớp vai nặng có khả năng phục hồi bán trật khớp vai kém hơn nhóm bán trật khớp vai vừa/nặng (OR = 4,0, 95% CI = 1,71 – 9,35). Phương trình hồi quy tuyến tính là: Thay đổi tổng điểm FMA = 0,851 x Thay đổi khoảng cách bán trật khớp vai + 0,218. Các yếu tố tuổi, giới, thời gian bị bệnh, điểm NISSH (National Institutes of Health Stroke Scale), mức độ liệt, bên liệt, tay thuận, hội chứng đau vùng phức hợp chưa thấy rõ sự khác biệt với mức độ vận động và mức độ khéo léo bàn tay ($p > 0,05$). **Kết luận:** 60% bệnh nhân cải thiện tổng điểm FMA có ý nghĩa lâm sàng và 46,7% bệnh nhân khỏi bán trật khớp vai trên phim X-quang. Mức độ bán trật khớp vai nặng có khả năng phục hồi bán trật khớp vai kém hơn.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH SHOULDER SUBLUXATION AFTER CEREBRAL INFARCTION TREATED BY ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED WITH JOINT EXERCISE AND SHOULDER BELT

Objective: This study aimed to: 1. Evaluate the treatment results of shoulder subluxation after cerebral infarction by electro-acupuncture, joint exercise and shoulder belt. 2. Describe some factors related to the treatment outcomes. **Subjects and Method:** use randomized clinical trial and compare results before-after treatment on 30 patients with shoulder subluxation after cerebral infarction who were treated by electro-acupuncture combined with joint exercise and shoulder belt. **Results:** 60% of patients had clinically significant improvement in the total FMA (Fugl-Myer Assessment) score and 46.7% of patients recovered from Shoulder subluxation on radiographs. The group of patients with severe Shoulder subluxation had a worse recovery ability than the moderate and mild Shoulder subluxation group (OR = 4,0, 95% CI = 1,71 – 9,35). The linear regression equation is: Change in total FMA score = 0.851 x Change in shoulder partial dislocation distance + 0.218. The factors of age, sex, duration of illness, NISSH (National Institutes of Health Stroke Scale) score, degree of paralysis, paraplegic side, dominant hand, complex pain syndrome did not clearly affect

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhthu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2022

Ngày duyệt bài: 22.6.2022

the difference in the level of movement and the level of hand dexterity ($p > 0.05$). **Conclusion:** 60% of patients had clinically significant improvement in total FMA score and 46.7% of patients recovered from Shoulder subluxation on radiographs. Severe degree of Shoulder subluxation is less likely to recover from Shoulder subluxation.

Keywords: Shoulder subluxation, Cerebral infarction, Electro-acupuncture, Related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bán trật khớp vai (BTKV) là một biến chứng phổ biến của bệnh liệt nửa người sau tai biến mạch máu não, tỷ lệ mắc bệnh thay đổi từ 17% đến 81% [6]. Người bệnh BTKV nếu không được điều trị kịp thời có thể gây đau vai tay, tổn thương thần kinh, làm giảm chức năng vận động chi trên và ảnh hưởng đến sự phục hồi chức năng vận động của người bệnh [4]. Vì vậy, quản lý BTKV phải là một phần quan trọng của phục hồi chức năng chi trên. Một số phương pháp điều trị bán trật khớp vai được phổ biến trên lâm sàng, trong đó có đeo đai nâng vai và các bài tập phục hồi chức năng vận động. Thêm vào đó, Y học cổ truyền điều trị bệnh lý này chủ yếu bằng phương pháp không dùng thuốc, điện châm được sử dụng rộng rãi ở các cơ sở y tế. Sự kết hợp giữa điện châm và tập vận động và đeo đai nâng vai đã được sử dụng thường xuyên ở Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội cho thấy có kết quả tốt. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu để đánh giá một cách khách quan phương pháp điều trị phối hợp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả điều trị bán trật khớp vai sau nhồi máu não bằng điện châm, tập vận động và đeo đai.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán bán trật khớp vai trên X-quang độ I, II, III trên bệnh nhân bị nhồi máu não lần đầu, đã qua giai đoạn cấp, thời gian bị bệnh từ 6 tháng trở xuống, không có rối loạn nhận thức hoặc rối loạn nhận thức mức độ nhẹ (điểm MOCA (Montreal Cognitive Assessment) ≥ 22 điểm). Không phân biệt giới, nghề nghiệp, tuổi ≥ 18 , tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tổn thương da hoặc mất cảm giác ở chi trên bên liệt; gãy xương chi trên bên liệt mới gãy hoặc chưa liền; có tiền sử bệnh lý khớp vai gây hạn chế tầm vận động khớp vai do các nguyên nhân khác nhau; cơ cứng cơ, điểm Ashworth cải biên trên 1+; Nhồi máu não mức độ rất nặng, điểm NIHSS

> 20 điểm. Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng mở, so sánh trước sau

Cỡ mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu chủ đích $n = 30$ bệnh nhân

Chất liệu nghiên cứu

Công thức huyết điện châm: Châm tả các huyết bên tổn thương: Kiên ngưng; Tỷ nhu; Cự cốt; Trung phủ; Kiên trinh; Thiên tông; Kiên liêu; Kiên tình; Dương lăng tuyền; Túc tam lý; Phong trì; Khúc trì. Châm bổ các huyết bên lành: Dương lăng tuyền; Túc Tam lý. Kỹ thuật kích thích xung điện: Tần số bổ từ 1 - 3 Hz, tần số tả từ 5 - 7 Hz. Cường độ nâng dần từ 0 - 150 μA (theo ngưỡng chịu đựng của người bệnh). Liệu trình điều trị: 25 phút/ngày x 5 ngày/tuần x 4 tuần.

Kỹ thuật tập vận động khớp vai: Tùy mức độ bệnh, bệnh nhân có thể tập thụ động, tập có trợ giúp hoặc tập chủ động các bài tập theo tầm vận động các động tác: gấp, duỗi, dạng, khép, xoay trong và xoay ngoài. Liệu trình điều trị: 20 phút. Liệu trình: 20 phút/lần/ngày x 5 ngày/tuần x 4 tuần.

Đai nâng vai Bigcare có túi khí. Đeo đai thường xuyên khi bệnh nhân ngồi hoặc đứng. Liệu trình: 7 ngày/tuần x 4 tuần.

Các chỉ số, biến số nghiên cứu. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian từ khi bị nhồi máu não đến khi can thiệp (tuần), điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), vị trí bên liệt (phải, trái), vị trí bán trật khớp vai (tay thuận hay không thuận), mức độ bán trật khớp vai trên X-quang, hội chứng đau vùng phức hợp.

Các chỉ số theo dõi, đánh giá kết quả điều trị: Các chỉ số được theo dõi, đánh giá trước và sau can thiệp:

Lâm sàng: Điểm Fugl – Meyer Assessment (FMA) phần vận động cho chi trên trước và sau can thiệp của hai nhóm: Vai/khuỷu/cẳng tay, cổ tay, bàn tay, phối hợp và tổng điểm.

Cận lâm sàng: Khoảng cách bán trật khớp vai trên X-quang; mức độ bán trật khớp vai (độ 0 -3).

*Kết quả điều trị

- Phân loại sự thay đổi điểm FMA: ≥ 4 điểm: cải thiện có ý nghĩa lâm sàng; < 4 điểm: cải thiện không có ý nghĩa lâm sàng.

- Khoảng cách bán trật khớp vai trên X-quang: $d \geq 9,5\text{mm}$: còn bán trật khớp vai; $d < 9,5\text{mm}$: hết bán trật khớp vai.

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân sau khi tuyển chọn theo tiêu chuẩn nghiên cứu được sử dụng phương pháp điện châm kết hợp tập vận

động và đeo đai. Liệu trình điều trị: 5 ngày/tuần x 4 tuần (nghỉ thứ 7, chủ nhật đối với châm cứu và tập vận động).

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Y học cổ truyền, khoa Nội và khoa Lão của Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ ngày 01/09/2020 đến ngày 31/09/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Kết quả điều trị bán trật khớp vai theo tổng điểm FMA và khoảng cách bán trật khớp vai trên phim X-quang

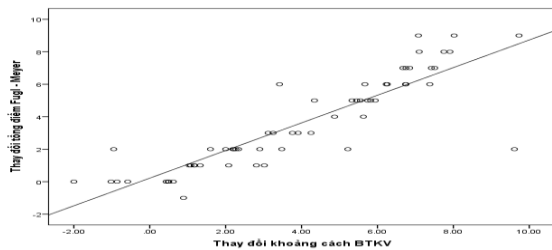
Kết quả điều trị		Số bệnh nhân (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Cải thiện tổng điểm FMA	Có ý nghĩa lâm sàng	18	60,0
	Không có ý nghĩa lâm sàng	12	40,0
Cải thiện khoảng cách BTKV	Khởi bán trật khớp vai	14	46,7
	Còn bán trật khớp vai	16	53,3

Qua nghiên cứu, có 60% bệnh nhân cải thiện tổng điểm FMA có ý nghĩa lâm sàng và 46,7% bệnh nhân khởi bán trật khớp vai trên phim X-quang.

Bảng 3.2 Liên quan giữa tuổi, giới, thời gian bị bệnh, đặc điểm bệnh nhân nhồi máu não và cải thiện tổng điểm FMA

Yếu tố liên quan		Cải thiện có ý nghĩa lâm sàng(n, %)	Cải thiện không có ý nghĩa lâm sàng(n, %)	OR (95% CI)	p
Tuổi	≥ 60 tuổi	7 (23,3%)	4 (13,3%)	0,77 (0,2 - 3,6)	> 0,05
	< 60 tuổi	11 (36,7%)	8 (26,7%)		
Giới	Nam	9 (30%)	8 (26,7%)	2,0 (0,4 - 9,1)	> 0,05
	Nữ	9 (30%)	4 (13,3%)		
Thời gian bị bệnh	≥ 4 tuần	15 (50%)	11 (36,7%)	2,2 (0,2 - 24,1)	> 0,05
	< 4 tuần	3 (10%)	1 (3,3%)		
NIHSS	16 – 20 điểm (nặng)	2 (6,7%)	3 (10%)	2,67 (0,4 - 19,1)	> 0,05
	5 – 15 điểm (vừa)	16 (53,3%)	9 (30%)		
Liệt hoàn toàn	Hoàn toàn	2 (6,7%)	0	1,13 (0,9 - 1,3)	> 0,05
	Không hoàn toàn	16 (53,3%)	12 (40%)		
Bên liệt	Phải	7 (23,3%)	8 (26,7%)	3,14 (0,7 - 14,5)	> 0,05
	Trái	11 (36,7%)	4 (13,3%)		
Bên bán trật khớp vai	Tay thuận	6 (20%)	8 (26,7%)	4,0 (0,9 - 18,8)	> 0,05
	Tay không thuận	12 (40%)	4 (13,3%)		
Mức độ bán trật khớp vai	Nặng	9 (30%)	3 (10%)	3,33 (0,7 - 1,7)	> 0,05
	Vừa/nhẹ	9 (30%)	9 (30%)		
Hội chứng đau vùng phức hợp	Có	8 (26,7%)	2 (6,7%)	0,25 (0,4 - 1,5)	> 0,05
	Không	10 (33,3%)	10 (33,3%)		

Tỷ lệ cải thiện điểm FMA có ý nghĩa lâm sàng không phụ thuộc vào các nhóm tuổi, giới và thời gian mắc bệnh, điểm NIHSS, mức độ liệt, bên liệt, bán trật khớp vai bên tay thuận, mức độ bán trật khớp vai và hội chứng đau vùng phức hợp với p > 0,05 và khoảng tin cậy 95% có chứa 1.



2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học.

2.4. Vấn đề y đức. Đề tài được cho phép của Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. Đề tài nghiên cứu hoàn toàn nhằm mục đích khoa học, không vì mục đích khác. Các số liệu được thu thập trung thực. Thông tin nghiên cứu được bảo mật.

Biểu đồ 3.1. Mối tương quan giữa thay đổi khoảng cách BTKV và thay đổi tổng điểm FMA

Thay đổi khoảng cách BTKV và thay đổi điểm FMA mỗi tương quan chặt với nhau với chỉ số Spearman = 0,914, p = 0,000 < 0,05. Hệ số hồi quy tuyến tính r = 0,878. Phương trình hồi quy tuyến tính là Thay đổi FMA tổng điểm = 0,851 x Thay đổi khoảng cách BTKV + 0,218.

Bảng 3.3. Liên quan giữa tuổi, giới, thời gian bị bệnh, đặc điểm nhồi máu não và kết quả điều trị bán trật khớp vai trên X-Quang

Yếu tố liên quan		Còn bán trật khớp vai (n, %)	Khỏi bán trật khớp vai (n, %)	OR (95% CI)	p
Tuổi	≥ 60 tuổi	6 (20%)	5 (16,7%)	0,93 (0,2 - 4,1)	> 0,05
	< 60 tuổi	10 (33,3%)	9 (30%)		
Giới	Nam	9 (30%)	8 (26,67%)	1,04 (0,2 - 4,4)	> 0,05
	Nữ	7 (23,3%)	6 (20%)		
Thời gian bị bệnh	≥ 4 tuần	14 (46,7%)	12 (40%)	0,86 (0,1 - 7,1)	> 0,05
	< 4 tuần	2 (6,7%)	2 (6,7%)		
NIHSS	16-20 điểm (nặng)	3 (10%)	2 (6,7%)	0,72 (0,1 - 5,1)	> 0,05
	5 - 15 điểm (vừa)	13 (43,3%)	12 (40%)		
Liệt hoàn toàn	Hoàn toàn	2 (6,7%)	0	1,14 (0,9 - 1,4)	> 0,05
	Không hoàn toàn	14 (46,7%)	14 (46,7%)		
Bên liệt	Phải	8 (26,7%)	7 (23,3%)	1,0 (0,2 - 4,2)	> 0,05
	Trái	8 (26,7%)	7 (23,3%)		
Bên bán trật khớp vai	Tay thuận	7 (23,3%)	7 (23,3%)	1,27 (0,3 - 5,4)	> 0,05
	Tay không thuận	9 (30%)	7 (23,3%)		
Mức độ bán trật khớp vai	Nặng	12 (40%)	0	4,0 (1,7 - 9,4)	< 0,05
	Vừa/Nhẹ	4 (13,3%)	14 (46,7%)		
Hội chứng đau vùng phức hợp	Có	6 (20%)	4 (13,3%)	0,7 (0,1 - 3,1)	> 0,05
	Không	10 (33,3%)	10 (33,3%)		

Nhóm bị bán trật khớp vai nặng có nguy cơ còn bán trật khớp vai cao hơn nhóm bán trật khớp vai vừa/nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. (OR = 4,0, 95% CI = 1,71 – 9,35). Tỷ lệ bệnh nhân khỏi bán trật khớp vai không phụ thuộc vào nhóm tuổi, giới và thời gian mắc bệnh, điểm NIHSS, mức độ liệt, bên liệt, bán trật khớp vai bên tay thuận, hội chứng đau vùng phức hợp với $p > 0,05$ và khoảng tin cậy 95% có chứa 1.

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng mức độ liệt có liên quan đến sự hồi phục chức năng vận động chi trên. Nghiên cứu của Kwakkel và cộng sự chỉ ra rằng mức độ thiếu hụt về vận động là một trong những yếu tố dự đoán sự hồi phục vận động ở bệnh nhân đột quỵ [5]. Năm 2001, Coupar và cộng sự phân tích gộp gồm 58 nghiên cứu đánh giá sự hồi phục chức năng vận động chi trên sau đột quỵ. Tác giả Coupar đã gặp khó khăn khi phân tích dữ liệu nghiên cứu bởi vì trên thực tế, các nghiên cứu trong phân tích gộp sử dụng các thang điểm đánh giá chức năng vận động chi trên khác nhau. Coupar chỉ ra rằng tuổi, vị trí tổn thương, khiếm khuyết vận động ban đầu, điện thế gợi vận động và điện thế gợi cảm giác thân thể là những yếu tố dự đoán sự hồi phục vận động. Trong đó, mức độ khiếm khuyết vận động và chức năng được đánh giá ở thời điểm ban đầu là những yếu tố tiên lượng ý nghĩa

nhất cho sự hồi phục vận động chi trên (OR và 95% CI lần lượt là 14,84; 9,08 - 24,25 và 38,62; 8,0 - 117,53) [2].

Về các yếu tố liên quan đến cải thiện chức năng vận động chi trên tính theo thang điểm FMA, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng mức độ bán trật nặng và liệt hoàn toàn ở thời điểm nhập viện làm tăng khả năng không cải thiện điểm FMA có ý nghĩa lâm sàng (OR = 3,33, 95% CI: 0,7 - 1,7 và OR = 1,13, 95% CI: 0,9 - 1,3). Năm 2016, Jang và cộng sự đánh giá chức năng vận động chi trên theo thang điểm FMA trước và sau điều trị trên 59 bệnh nhân đột quỵ có BTKV, chỉ ra nhóm bị bán trật khớp vai nặng (khoảng cách bán trật khớp vai ≥ 2 cm) cải thiện chức năng vận động chi trên kém hơn nhóm bán trật khớp vai nhẹ (khoảng cách bán trật khớp vai < 2 cm), khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù bán trật khớp vai nặng tăng nguy cơ cải thiện chức năng vận động kém sau điều trị tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do, trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ can thiệp điện châm trong thời gian 4 tuần có thể chưa giúp bệnh nhân bị bán trật khớp vai nặng hết bán trật khớp vai vì điều này liên quan đến sự hồi phục cơ lực các cơ ở vai bên liệt, đặc biệt là 2 cơ chính trong cơ chế gây bán trật khớp vai là cơ trên gai và cơ delta bó sau. Mặt khác, những đối tượng bị bán trật khớp vai nặng, thường là những bệnh nhân liệt

chi trên nên bản thân khả năng hồi phục vận động ở những bệnh nhân bán trật khớp vai nặng bị liệt nhiều chiếm đáng kể so với nhóm liệt ít.

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng thay đổi khoảng cách bán trật khớp vai và thay đổi tổng điểm FMA mỗi tương quan chặt với nhau với chỉ số Spearman = 0,914, $p < 0,05$. Hệ số hồi quy tuyến tính $R = 0,878$, phương trình hồi quy tuyến tính là thay đổi FMA tổng điểm = $0,851 \times$ thay đổi khoảng cách BTKV + $0,218$. Điều này có nghĩa là khi tăng thay đổi khoảng cách bán trật khớp vai thêm 1mm thì điểm FMA tăng 0,218 điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Wang năm 2002 [7]. Tác giả Wang nhận thấy sau 6 tuần can thiệp kích thích điện thần kinh - cơ, sự tăng điểm FMA có sự tương quan chặt chẽ với sự giảm khoảng cách bán trật khớp vai. Bên cạnh đó, Wang còn chỉ ra mức độ bán trật khớp vai nặng ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu là dấu hiệu báo hiệu chức năng vận động kém ở nhóm không can thiệp. Một khớp vai bị bán trật nặng không thể tạo ra một cấu trúc gốc chi vững và ổn định để kiểm soát hoạt động của chi trên [8]. Giảm bán trật khớp vai tạo ra một khớp vai tương đối vững, tạo thuận cho phục hồi chức năng vận động chi trên bên liệt và ngược lại, việc phục hồi chức năng vận động tốt giúp bảo vệ khớp vai khỏi tình trạng bán trật sau đó. Do đó, bán trật khớp vai và chức năng vận động có mối quan hệ chặt chẽ với nhau [1].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả điều trị trên lâm sàng theo tổng điểm FMA và đối chiếu với sự cải thiện còn hay hết bán trật khớp vai trên hình ảnh phim X-quang với mong muốn đánh giá một cách khách quan hơn. Với nghiên cứu bước đầu với số lượng bệnh nhân khiêm tốn, tuy nhiên nghiên cứu cũng cho thấy kết quả tương đương giữa hai phương pháp đánh giá trên lâm sàng và cận lâm sàng. Đồng thời, kết quả cho thấy mức độ nặng của bán trật khớp vai có mối liên quan chặt chẽ với kết quả điều trị, cụ thể bệnh nhân bán trật khớp vai nặng có khả năng phục hồi kém hơn bán trật khớp vai vừa và nhẹ.

Theo Y học cổ truyền, đau là do kinh lạc bị tắc trở khiến khí huyết không được lưu thông, "thông thì bất thống, thống thì bất thông". Châm cứu thông qua tác động vào huyết và kinh lạc nhằm điều hòa khí huyết, thông kinh hoạt lạc để giảm đau, điều hòa chức năng tạng phủ [7]. Trong phương huyết của chúng tôi có các huyết: Kiên ngưng, Kiên tinh, Tý nhu, Trung phủ, Cự cốt, Kiên trinh, Kiên liêu, Thiên tông. Đây là các

huyết tại chỗ quanh khớp vai. Khi châm cứu các huyết này có tác dụng thông kinh hoạt lạc, chỉ thống. Chính vì vậy, những bệnh nhân có triệu chứng đau vùng phức hợp thì sau điều trị có thì cải thiện bán trật khớp vai tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

- 60% bệnh nhân cải thiện tổng điểm FMA và 46,7% bệnh nhân khỏi bán trật khớp vai trên phim X-quang.

- Nhóm bệnh nhân bị bán trật khớp vai nặng có khả năng phục hồi bán trật khớp vai kém hơn nhóm bán trật khớp vai vừa/nhẹ ($OR = 4,0$, 95% $CI = 1,71 - 9,35$). Phương trình hồi quy tuyến tính là: Thay đổi tổng điểm FMA = $0,851 \times$ Thay đổi khoảng cách bán trật khớp vai + $0,218$. Các yếu tố tuổi, giới, thời gian bị bệnh, điểm NISSH, mức độ liệt, bên liệt, tay thuận, hội chứng đau vùng phức hợp chưa thấy rõ sự khác biệt với mức độ vận động và mức độ khéo léo bàn tay ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chantraine A, Baribeault A, Uebelhart D, Gremion G.** Shoulder pain and dysfunction in hemiplegia: effects of functional electrical stimulation. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999;80(3):328-331. doi:10.1016/s0003-9993(99)90146-6
2. **Coupar F, Pollock A, Rowe P, Weir C, Langhorne P.** Predictors of upper limb recovery after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2012;26(4):291-313. doi:10.1177/0269215511420305
3. **Jang SH, Yi JH, Chang CH, et al.** Prediction of motor outcome by shoulder subluxation at early stage of stroke. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(32):e4525. doi:10.1097/MD.0000000000004525
4. **Kumar P, Kassam J, Denton C, Taylor E, Chatterley A.** Risk factors for inferior shoulder subluxation in patients with stroke. *Physical Therapy Reviews.* 2010;15(1):3-11. doi: 10.1179/174328810X12647087218596
5. **Kwakkel G, Kollen BJ.** Predicting activities after stroke: what is clinically relevant? *Int J Stroke.* 2013;8(1):25-32. doi:10.1111/j.1747-4949.2012.00967.x
6. **Turner-Stokes L, Jackson D.** Shoulder pain after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. *Clin Rehabil.* 2002;16(3):276-298. doi:10.1191/0269215502cr4910a
7. **Wang RY, Yang YR, Tsai MW, Wang WTJ, Chan RC.** Effects of functional electric stimulation on upper limb motor function and shoulder range of motion in hemiplegic patients. *Am J Phys Med Rehabil.* 2002;81(4):283-290. doi:10.1097/0002060-200204000-00007
8. **Zorowitz RD, Idank D, Ikai T, Hughes MB, Johnston MV.** Shoulder subluxation after stroke: a comparison of four supports. *Arch Phys Med Rehabil.* 1995;76(8):763-771. doi:10.1016/s0003-9993(95)80532-x