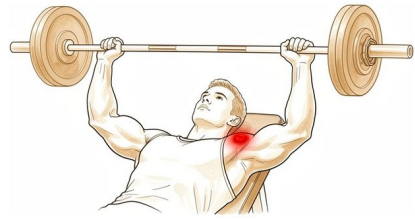


Tiêu xương đầu ngoài xương đòn

Tiêu xương đầu ngoài xương đòn (“vai của người tập tạ”) gây đau ở vùng đỉnh vai, điển hình là khi tập các bài ép, đẩy tạ.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Trang này được dịch bằng máy và chưa được bác sĩ kiểm tra. **Bản tiếng Anh** là bản chính thức.

Những cảm giác bạn đang trải qua

Cơ đau nằm ở đầu ngoài xương đòn, ngay chỗ xương đòn gặp đỉnh vai. Vị trí này được gọi là khớp cùng vai – đòn (acromioclavicular). Cơ đau có xu hướng nặng nhất khi bạn dùng cánh tay, đặc biệt với các động tác đẩy, nâng hoặc ép, và thường dịu đi khi bạn nghỉ ngơi.

Tập tạ là yếu tố khởi phát thường gặp. Đẩy ngực nằm ghế (bench press) và các bài nâng nặng khác đặt tải trực tiếp lên khớp này, và cơ đau thường tăng dần qua nhiều tuần tập luyện chứ không xuất hiện sau một chấn thương rõ ràng. Một số người cũng nhận thấy cơ đau sau một chấn thương vai, khi cơ đau kéo dài rất lâu sau khi phần còn lại của vai đã ổn định.

Cơ đau âm ỉ có thể bùng phát vào ban đêm hoặc sau một buổi tập ở phòng tập. Với tay ngang qua người, chống tay đẩy người đứng dậy khỏi ghế, mang đồ mua sắm ở bên đó hoặc đẩy máy cắt cỏ đều có thể làm cơ đau nặng thêm. Vì chỗ đau nằm ngay trên đỉnh vai, lúc đầu rất dễ nhầm với căng cơ.

Bệnh lý này có thể trông rất giống các vấn đề khác ở vai, vì vậy chẩn đoán hình ảnh được dùng để xác nhận điều gì đang xảy ra. Phim X-quang chụp khớp ở một góc đặc biệt, chụp cả hai bên để so sánh, và chụp MRI có thể cho thấy những thay đổi ở đầu xương đòn.

Hãy để ý những dấu hiệu sau và hành động ngay khi gặp:

Hãy đến khoa cấp cứu ngay trong ngày nếu cánh tay của bạn trở nên nóng, đỏ, sưng và đau, đặc biệt khi kèm theo sốt. Hãy đến ngay trong ngày nếu bạn đột ngột mất cảm giác hoặc mất khả năng cử động cánh tay sau một chấn thương.

Hãy đến gặp bác sĩ đa khoa hoặc đề nghị được bác sĩ chuyên khoa khám nếu cơn đau không thuyên giảm, ngày càng nặng hơn qua nhiều tuần, khiến bạn thức giấc vào ban đêm, hoặc khiến bạn không thể làm việc hay sử dụng cánh tay. Nếu bạn không liên lạc được với phòng khám, ngoài giờ làm việc hoặc vào cuối tuần, hãy đến khoa cấp cứu gần nhất.

Điều gì đang thực sự xảy ra

Khớp cùng vai – đòn là một khớp nhỏ ở đỉnh vai, nơi đầu ngoài xương đòn gặp một gờ xương gọi là mỏm cùng vai (acromion). Xương đòn đóng vai trò như thanh chống giữ cánh tay cách xa lồng ngực, và khớp nhỏ này là một trong những nơi xương đòn nối với xương bả vai. Một dải dây chằng chắc khỏe nằm bên dưới giữ cho hai xương thẳng hàng khi bạn nâng và đẩy.

Trong bệnh lý này, đầu ngoài xương đòn bắt đầu bị phá hủy. Thuật ngữ y khoa chỉ tình trạng xương bị phá hủy như vậy là tiêu xương (osteolysis). Bình thường, cơ thể thay thế xương đã mòn bằng xương mới, nhưng ở đây quá trình phá hủy diễn ra nhanh hơn quá trình sửa chữa, nên phần xương ở đầu xương đòn bị mềm đi và bị bào mòn. Khớp phía trên vẫn lành lặn; vấn đề chỉ giới hạn ở phía xương đòn.

Yếu tố khởi phát thường gặp nhất là chịu tải nặng lặp đi lặp lại, đặc biệt là đẩy ngực nằm ghế và tập tạ. Mỗi lần đẩy lại ép hai xương của khớp vào nhau, giống như liên tục giẫm lên cùng một mảnh đất nhỏ cho đến khi nó mòn đi. Quá trình tương tự có thể xảy ra sau một chấn thương vai, khi cơn đau kéo dài nhiều tuần đến nhiều tháng sau cú va chạm ban đầu. Ít gặp hơn, một tình trạng nhiễm khuẩn âm ỉ, mức độ nhẹ hoặc một nếp kim loại dùng để giữ xương đòn xuống sau trật khớp có thể gây ra bệnh.

Khi xương bị bào mòn, khớp trở nên viêm và sưng, đó là lý do cơn đau âm ỉ tăng dần qua nhiều tuần tập luyện và bùng phát vào ban đêm. Đầu xương bị mòn cũng mất đi sự khớp khít trơn nhẵn với mỏm cùng vai, nên các động tác đẩy, nâng và vớ tay ngang qua người làm cọ xát lên bề mặt xương trần. Đó là cơn đau bạn cảm thấy ở ngay đỉnh vai.

Những biện pháp chúng tôi có thể áp dụng

Bác sĩ Kieran Hirpara, bác sĩ phẫu thuật chi trên tại Bệnh viện Mater Private Rockhampton, sẽ bắt đầu với các phương pháp ít xâm lấn nhất phù hợp với tình trạng của bạn. Thông thường, bệnh nhân được bác sĩ đa khoa giới thiệu đến phòng khám chúng tôi; nếu vật lý trị liệu viên khuyên bạn nên đến gặp chúng tôi, bạn vẫn cần có giấy giới thiệu từ bác sĩ đa khoa để được hưởng mức hoàn trả từ Medicare. Sau khi đã xác nhận chẩn đoán dựa trên bệnh sử, thăm khám và phim chụp, chúng tôi sẽ lần lượt áp dụng các phương pháp điều trị theo thứ tự, bắt đầu từ phương pháp đơn giản nhất.

Bước đầu tiên là thay đổi cách bạn đặt tải lên khớp. Vì việc đẩy tạ nặng lặp đi lặp lại là nguyên nhân làm mòn xương, nên giảm bớt hoặc thay thế các bài tập làm cơn đau bùng phát sẽ cho xương cơ hội ổn định lại. Vật lý trị liệu nhằm làm dịu tình trạng viêm và giữ cho vai của bạn khỏe và vận động tốt trong thời gian này. Với các

vận động viên đang giữa mùa giải, cách tiếp cận này giúp bạn tiếp tục thi đấu trong khi việc điều trị phát huy tác dụng. Thời gian cần thiết phụ thuộc vào việc bạn có thực sự thay đổi được cách tập luyện hay không, và chúng tôi sẽ cùng bạn trao đổi điều đó có ý nghĩa gì đối với môn thể thao hoặc công việc của bạn.

Thuốc là bước tiếp theo. Thuốc chống viêm dạng viên, đôi khi được gọi là NSAID, làm giảm sưng và đau âm ỉ ở khớp. Chúng tôi cũng có thể tiêm kết hợp thuốc tê và cortisone, một thuốc chống viêm mạnh, thẳng vào khớp. Mũi tiêm này làm được hai việc: nó xác nhận khớp này là nguồn gốc cơn đau của bạn, và có thể làm dịu cơn đau đó trong một khoảng thời gian sau đó.

Nếu các bước này chưa giúp bạn đỡ đau đủ nhiều, chúng tôi có thể trao đổi về phẫu thuật. Ca phẫu thuật lấy đi một lát xương mỏng ở đầu ngoài xương đòn, để các bề mặt xương trần, bị bào mòn không còn cọ xát vào nhau nữa. Chỉ vài milimét xương được lấy đi, và nếu có gai xương đang chèn ép vào một gân gần đó, chúng tôi sẽ mài nhẵn chỗ đó trong cùng lần mổ. Chúng tôi sẽ trình bày ca phẫu thuật bao gồm những gì, quá trình hồi phục diễn ra thế nào, và phẫu thuật có thể và không thể thay đổi được điều gì, để bạn cùng chúng tôi quyết định liệu phẫu thuật có phù hợp với bạn hay không.

Những điều bạn có thể mong đợi

Với hầu hết mọi người, bệnh lý này ổn định khi mức tải gây ra bệnh dừng lại. Phần xương ở đầu xương đòn có thể tự tái tạo khi việc đẩy và nâng lặp đi lặp lại được giảm bớt. Đó là điều cần nói thẳng: việc điều trị có hiệu quả khi bạn thực sự thay đổi được cách tập luyện hoặc làm việc. Nếu bạn tiếp tục đặt tải lên khớp theo cùng một cách, cơn đau có xu hướng kéo dài hoặc cứ quay lại.

Hồi phục không cần phẫu thuật không phải là giải pháp nhanh chóng. Cơn đau âm ỉ tăng dần qua nhiều tuần, và thường cần nhiều tuần đến nhiều tháng giảm tải thì cơn đau mới dịu đi. Một số người lại nhận thấy cơn đau sau một chấn thương vai, và trong trường hợp đó cơn đau có thể kéo dài rất lâu sau khi phần còn lại của vai đã lành. Nếu cơn đau vẫn còn sau một khoảng thời gian hợp lý nghỉ ngơi và thay đổi cách tập luyện, bạn nên đi kiểm tra thay vì cố chịu đựng.

Nếu điều trị không phẫu thuật không giúp bạn đỡ đau đủ nhiều, phẫu thuật là một lựa chọn. Ca phẫu thuật lấy đi một lát xương mỏng ở đầu ngoài xương đòn để các bề mặt xương trần không còn cọ xát vào nhau. Những người đã phẫu thuật cho biết họ đỡ đau hơn và vai vận động tốt hơn, và nhìn chung hài lòng với kết quả. Phẫu thuật nội soi có xu hướng để lại ít đau kéo dài hơn so với mổ mở, và giúp người bệnh trở lại các hoạt động của mình sớm hơn.

Phẫu thuật không phải là lời hứa về một bờ vai hết đau hoàn toàn. Một số ít người cần phẫu thuật lại về sau, khoảng từ 4% đến 10%. Điều đó có thể xảy ra nếu lấy đi quá ít hoặc quá nhiều xương, nếu có một vấn đề khác ở vai bị bỏ sót, hoặc nếu xương mới hình thành trong khớp khi khớp lành lại. Bác sĩ phẫu thuật sẽ trao đổi với bạn về những nguy cơ này trước khi bạn quyết định bất cứ điều gì.

Dù bạn chọn hướng nào, mục tiêu vẫn như nhau: làm dịu tình trạng viêm, khôi phục vận động trơn tru, và giúp bạn trở lại sử dụng cánh tay mà không còn cơn đau nhói ở đỉnh vai. Nếu các triệu chứng không thuyên giảm, ngày càng nặng hơn qua nhiều tuần, khiến bạn thức giấc vào ban đêm, hoặc khiến bạn không thể làm việc hay sử dụng cánh tay, hãy đến gặp bác sĩ đa khoa hoặc đề nghị được bác sĩ chuyên khoa khám.

Khi nào nên gặp bác sĩ

Bệnh lý này dễ bị nhầm với căng cơ, nên lúc đầu thường bị bỏ sót. Hãy đến gặp bác sĩ đa khoa nếu cơn đau ở đầu ngoài xương đòn vẫn kéo dài sau một chân thương vai, khi gãy xương và mất vững khớp đã được loại trừ. Hãy đề nghị được bác sĩ chuyên khoa khám nếu cơn đau âm ỉ cứ tăng dần khi tập luyện, hoặc không dịu đi dù đã nghỉ ngơi và thay đổi mức tải. Chẩn đoán hình ảnh có thể xác nhận chẩn đoán: phim X-quang chụp ở một góc đặc biệt cả hai vai để so sánh, và chụp MRI cho thấy tình trạng sưng nằm sâu trong đầu xương đòn. Chẩn đoán đúng là điều quan trọng, vì cùng một cơn đau có thể xuất phát từ các vấn đề khác ở vai, và điều trị nhắm vào sai nguyên nhân sẽ không giúp ích. Nếu các triệu chứng không thuyên giảm, ngày càng nặng hơn qua nhiều tuần, khiến bạn thức giấc vào ban đêm, hoặc khiến bạn không thể làm việc hay sử dụng cánh tay, hãy đến gặp bác sĩ đa khoa hoặc đề nghị được bác sĩ chuyên khoa khám. Nếu bạn không liên lạc được với phòng khám, ngoài giờ làm việc hoặc vào cuối tuần, hãy đến khoa cấp cứu gần nhất.

Phân tích chi tiết hơn

Phần này đi sâu hơn mức bạn cần cho các quyết định điều trị của riêng mình. Tiêu xương đầu ngoài xương đòn đáng để đọc thêm vì nguyên nhân gần như luôn xác định được, hầu hết mọi người hồi phục mà không cần phẫu thuật, và phần khó là liệu mức tải gây ra bệnh có thực sự thay đổi được hay không.

MỨC TẢI THƯỜNG XÁC ĐỊNH ĐƯỢC, VÀ THƯỜNG LÀ BÀI ĐẨY NGỰC NẴM GHẾ (BENCH PRESS)

Một tổng quan phạm vi năm 2026 đã tổng hợp **8 nghiên cứu với 483 bệnh nhân** và nhận thấy đẩy ngực nằm ghế là hoạt động khởi phát phổ biến nhất, chiếm **49.1%**, còn tập tạ nói chung chiếm thêm **24.4%** [1]. Đau ở đầu ngoài xương đòn hoặc khớp cùng vai – đòn là triệu chứng khi đến khám ở **69.9%** bệnh nhân [1]. Loạt ca bệnh đầu tiên định nghĩa bệnh lý này cũng cho thấy cùng một xu hướng: trong **46 nam giới** được chẩn đoán tiêu xương và không có tiền sử chấn thương cấp, **45 người tập tạ** trong chương trình tập luyện của họ [2].

HẦU HẾT ỔN ĐỊNH MÀ KHÔNG CẦN PHẪU THUẬT, NHƯNG CHỈ KHI MỨC TẢI THỰC SỰ THAY ĐỔI

Trong tổng quan tổng hợp, hầu hết bệnh nhân hồi phục với điều trị bảo tồn, và **16% phải phẫu thuật** sau khi điều trị bảo tồn thất bại [1]. Một nhóm nhỏ hơn, **4.4% (3 bệnh nhân)**, phải phẫu thuật vì bệnh tiến triển về mặt cấu trúc hoặc vì họ không muốn điều chỉnh mức tải vì lý do thể thao hoặc nghề nghiệp [1]. Nhóm cuối

cùng này cho thấy bản chất thật của vấn đề: điều trị không phẫu thuật có hiệu quả khi hoạt động khởi phát thực sự dừng lại, và khó khăn hiếm khi nằm ở việc chẩn đoán.

KHI PHẪU THUẬT CẮT BỎ, CHỈ MỘT ÍT XƯƠNG ĐƯỢC LẤY ĐI VÀ HỒI PHỤC NHANH

Trong một loạt ca ở những người tập tạ, phẫu thuật nội soi cắt bỏ giới hạn trung bình **4.5 mm** giúp trở lại thể thao sau trung bình **3.2 ngày** và trở lại chương trình tập tạ trước phẫu thuật sau **9.1 ngày**, và tất cả bệnh nhân đều tiếp tục tập luyện và tăng mức tạ sau đó [3]. Một loạt ca tiến cứu hiện đại gồm **59 bệnh nhân** được theo dõi ít nhất hai năm cho thấy mức đau giảm từ **8.20 xuống 1.36 trên thang 10** và điểm khuyết tật SPADI giảm từ **62.65 xuống 6.13** sau 24 tháng, với thời gian trở lại thể thao là **1.72 tháng** và trở lại làm việc là **3.02 tháng** [4]. Trong loạt ca ban đầu, phẫu thuật cắt bỏ được thực hiện ở **21 bệnh nhân** và làm hết triệu chứng ở **cả 19 người được theo dõi** [2].

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH XÁC NHẬN BỆNH; CHỈ RIÊNG BIỂU HIỆN LÂM SÀNG THÌ KHÔNG

Chính kết luận của tổng quan là các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của bệnh này **không thể phân biệt được với các bệnh lý vai khác** [1]. MRI là phương pháp thăm dò được dùng nhiều nhất, cho thấy phù tủy xương và gãy xương dưới sụn ở đầu xương đòn, và các tác giả nói rõ rằng kết quả MRI cần được diễn giải cùng với thăm khám lâm sàng chứ không thay thế cho thăm khám [1]. Trên thực tế, đó là lý do tiền sử – bạn nâng gì, bao lâu một lần và nặng đến mức nào – cũng quan trọng không kém phim chụp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Wilkinson M, Groch N, Freestone C, et al. Risk factors and management of atraumatic distal clavicular osteolysis: a scoping review. Shoulder Elbow. 2026. <https://doi.org/10.1177/17585732261479715> [2] Cahill BR. Osteolysis of the distal part of the clavicle in male athletes. J Bone Joint Surg Am. 1982;64(7):1053-58. <https://doi.org/10.2106/00004623-198264070-00015> [3] Augé WK, Fischer RA. Arthroscopic distal clavicle resection for isolated atraumatic osteolysis in weight lifters. Am J Sports Med. 1998;26(2):189-92. <https://doi.org/10.1177/03635465980260020701> [4] Leon JV, Hermans D, Venkatesha V, et al. Patient outcomes following arthroscopic distal clavicle excision: a prospective case series. JSES Int. 2023;7(6):2400-05. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2023.07.014>