

Chứng vai đông cứng

Ở chứng vai đông cứng, lớp mô bao quanh khớp bị viêm, dày lên và co cứng; vì vậy vai vừa bị đau vừa khó cử động.

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 mà bạn đang trải qua

Chứng vai cứng thường bắt đầu bằng cơn đau âm ỉ, sâu bên trong, dần trở nên tồi tệ hơn trong vài tuần chứ không xuất hiện đột ngột. Đối với hầu hết mọi người, cơn đau là triệu chứng nặng nề nhất lúc đầu, và thường dữ dội nhất vào ban đêm. Việc nằm nghiêng về phía vai bị ảnh hưởng trở nên bất khả thi; giấc ngủ bị gián đoạn là một trong những yếu tố gây mệt mỏi nhất trong suốt quá trình mắc bệnh.

Sau đó, vai bắt đầu bị cứng lại. Bạn cố với tay lấy dây an toàn, với lên kệ cao, hoặc đưa tay vào túi quần, nhưng cánh tay bỗng dừng lại không thể cử động. Điểm khác biệt của chứng vai cứng so với hầu hết các vấn đề về vai là tình trạng cứng khớp không chỉ do bạn cố gắng tránh đau – mà vai thực sự không thể cử động, ngay cả khi có người khác nâng tay bạn lên. Việc mất khả năng xoay tay ra ngoài, ví dụ như khi mở cửa hoặc cho tay vào ống tay áo, là dấu hiệu đặc trưng nhất của bệnh này.

Hầu hết những người mắc bệnh đều ở độ tuổi từ 40 đến 60. Một số nhớ rằng trước đó đã từng bị va chạm nhẹ; nhiều người thì không có bất kỳ nguyên nhân rõ ràng nào. Tình trạng này phổ biến hơn ở những người mắc bệnh tiểu đường hoặc rối loạn tuyến giáp; nếu đã từng bị ở một bên vai, khả năng vai bên kia cũng bị ảnh hưởng sau này là khá cao.

Điều gì đang thực sự xảy ra

Khớp vai của bạn nằm trong một lớp mô chắc gọi là bao khớp. Thông thường, lớp mô này khá lỏng lẻo và có tính đàn hồi; nhờ đó vai mới có thể cử động rộng hơn bất kỳ khớp nào khác trên cơ thể. Trong tình trạng vai

bị cứng, bao khớp bị viêm, sau đó dày lên và co lại, khiến không gian bên trong khớp thu hẹp lại. Kích thước không gian này thậm chí có thể giảm xuống còn chưa đến một nửa so với mức bình thường.

Mặc dù trước đây người ta gọi tình trạng này là “viêm bao khớp dính”, thực tế không có gì bị dính vào nhau bên trong khớp cả; cũng không có các mô dạng keo nào hình thành. Chỉ là mô bị co cứng, và đây là một vấn đề hoàn toàn khác. Vì lý do này, một số bác sĩ phẫu thuật cho rằng tình trạng này nên được gọi đơn giản là “co cứng” khớp vai.

Nguyên nhân gây ra tình trạng này vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn; điều này là sự thật. Có nhiều bằng chứng cho thấy đây không phải là vấn đề chỉ liên quan riêng đến khớp vai. Các nghiên cứu về yếu tố di truyền cho thấy bệnh tiểu đường loại 1 thực sự gây ra tình trạng vai bị cứng chứ không chỉ có mối liên hệ ngẫu nhiên; mối liên hệ này xuất phát từ nồng độ đường trong máu chứ không phải do cân nặng hay lực cơ học tác động. Những thay đổi ở mô trong trường hợp này rất giống với bệnh Dupuytren ở bàn tay; vì vậy cả hai tình trạng này thường xuất hiện cùng lúc ở cùng một người.

Thành thật về thời gian cần thiết để hồi phục

Có lẽ bạn sẽ đọc được rằng chứng vai cứng là tình trạng tự khỏi và sẽ hồi phục hoàn toàn trong khoảng 18 tháng đến 2 năm. Chúng tôi muốn nói thẳng với bạn: lời khẳng định đó có phần quá lạc quan so với những bằng chứng y khoa hiện có.

Quan niệm cho rằng tình trạng này trải qua ba giai đoạn rõ rệt – cứng dần, hoàn toàn cứng, rồi dần mềm ra – bắt nguồn từ một nghiên cứu nhỏ được công bố năm 1975, trong đó các bệnh nhân được đeo nẹp cố định cánh tay trong thời gian lên tới 9 tháng. Điều dễ hiểu là các khớp vai như vậy trở nên cứng rắn, rồi mới dần linh hoạt trở lại khi được vận động trở lại. Tuy nhiên, khi các nhà nghiên cứu tổng hợp và xem xét tất cả các nghiên cứu hiện có, họ không tìm thấy bằng chứng thuyết phục nào cho thấy những khớp vai không được điều trị cũng sẽ tự động trải qua các giai đoạn đó và trở lại trạng thái bình thường. Thực tế, chưa có nghiên cứu nào chứng minh rằng người bệnh có thể phục hồi hoàn toàn phạm vi vận động bình thường mà không cần can thiệp.

Những gì các bằng chứng y khoa cho thấy lại hữu ích hơn nhiều, đó là: **phần lớn sự cải thiện sẽ diễn ra trong giai đoạn đầu; sau đó tiến triển sẽ chậm lại và dừng hẳn**. Trạng thái ổn định đó có thể kéo dài mãi mãi. Tùy theo từng nghiên cứu, từ một phần ba đến một nửa số người vẫn cảm thấy hơi đau hoặc cứng khớp sau nhiều năm, dù đối với phần lớn họ, triệu chứng này chỉ ở mức nhẹ và không cản trở các hoạt động thường ngày.

Điều đó không có nghĩa là bạn sẽ không hồi phục. Phần lớn mọi người đều cải thiện đáng kể. Tuy nhiên, lời khuyên “chỉ cần chờ đợi, mọi thứ sẽ tự khỏi” không hẳn là lời khuyên trung lập; và có cơ sở hợp lý để điều trị cơn đau một cách chủ động thay vì chỉ chịu đựng nó.

Những gì chúng tôi có thể làm

Tại Bệnh viện tư nhân Mater Rockhampton, bác sĩ Kieran Hirpara sẽ giải thích cho bạn các phương án điều trị dựa trên triệu chứng nào khiến bạn khó chịu nhất – cơn đau hay tình trạng cứng khớp – thay vì cố gắng xếp bạn vào một mức độ bệnh cụ thể nào đó.

Tiêm steroid vào khớp là phương pháp điều trị có cơ sở khoa học vững chắc nhất trong giai đoạn đầu đớn. Qua rất nhiều nghiên cứu, đây là phương pháp duy nhất giúp giảm đáng kể cả cơn đau lẫn khả năng vận động mà bệnh nhân có thể cảm nhận được; hiệu quả thường xuất hiện trong vài tuần đầu. Hạn chế của nó là tác dụng này sẽ giảm dần sau khoảng ba tháng. Phương pháp này giúp bạn giảm đau, ngủ ngon hơn và có thể tiếp tục làm việc với vai – nhưng không chữa khỏi tình trạng cứng khớp.

Tập luyện và vật lý trị liệu cũng rất đáng để thực hiện, miễn là bạn có kỳ vọng hợp lý. Một chương trình tập luyện đơn giản tại nhà cũng mang lại hiệu quả đáng kể. Điều có thể khiến bạn ngạc nhiên là mức độ nỗ lực khi tập luyện ít tạo ra khác biệt: một thử nghiệm so sánh giữa việc kéo giãn mạnh đến hết biên độ và các động tác nhẹ nhàng không gây đau chỉ ghi nhận những khác biệt nhỏ, hơi nghiêng về cách tập mạnh hơn ở một số động tác; một nghiên cứu khác lại cho thấy những người tập nhẹ nhàng trong giới hạn chịu đau của mình có kết quả tốt hơn – và đáng mừng là không có bằng chứng nào cho thấy việc tập mạnh hơn sẽ gây tổn hại. Vì vậy, hãy tập luyện trong mức độ mà cơ thể bạn có thể chịu đựng. Việc cố gắng vượt qua cơn đau dữ dội không giúp quá trình hồi phục diễn ra nhanh hơn.

Thủ thuật tiêm dịch để giãn màng bao khớp (Hydrodilatation) là phương pháp phổ biến và ít rủi ro; dịch được tiêm vào để kéo giãn màng bao khớp từ bên trong. Tuy nhiên, các nghiên cứu về phương pháp này lại cho kết quả trái chiều: một phân tích chỉ ghi nhận hiệu quả nhỏ đối với cả cơn đau lẫn khả năng vận động; các phân tích khác nhận thấy phương pháp này giúp cải thiện sớm một số động tác so với chỉ tiêm steroid đơn thuần, nhưng hiệu quả đó không kéo dài. Đây là một lựa chọn hợp lý, nhưng chúng tôi sẽ không quảng bá quá mức.

Thao tác chỉnh trật khớp dưới gây mê là việc di chuyển vai trong phạm vi vận động đầy đủ khi bệnh nhân đang ngủ để kéo giãn màng bao khớp. Trong thử nghiệm lớn nhất so sánh các phương pháp điều trị chính, đây là phương pháp mang lại hiệu quả tổng thể tốt nhất.

Phẫu thuật cắt giãn màng bao khớp qua nội soi là kỹ thuật phẫu thuật cắt bỏ màng bao khớp cứng dưới quan sát trực tiếp, thay vì cố gắng kéo giãn nó đến mức rách. Ưu điểm lớn nhất của phương pháp này là tính bền vững: theo các nghiên cứu, tình trạng cứng khớp tái phát sau phẫu thuật là rất hiếm; ngược lại, sau thao tác chỉnh trật dưới gây mê, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân lại bị cứng khớp trở lại và cần can thiệp lần hai. Trong thử nghiệm lớn tại Anh, nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt giãn màng bao khớp là nhóm ít cần điều trị bổ sung nhất. Tuy nhiên, vì là phẫu thuật nên rủi ro cao hơn các phương pháp khác và chi phí cũng lớn hơn; bạn có thể cảm thấy đau nhiều hơn trong vài tuần đầu so với người được thao tác chỉnh trật dưới gây mê – nhưng sự chênh lệch này sẽ giảm dần sau khoảng sáu tháng.

Đáng lưu ý là trong thử nghiệm đó, cả ba phương pháp đều cho kết quả tương đương nhau sau một năm. Đây là tin vui, vì nó cho phép bạn lựa chọn phương pháp phù hợp nhất với bản thân, các bệnh lý khác và hoàn cảnh cá nhân, thay vì phải chọn phương pháp “tốt nhất” một cách cứng nhắc.

Thứ tự điều trị mà bác sĩ Hirpara thường áp dụng. Bạn sẽ không bị yêu cầu chịu đựng cơn đau trong một khoảng thời gian cố định trước khi được điều trị. Trên thực tế, ông thường đề nghị tiêm steroid trước, vì với nhiều người, phương pháp này giúp giảm đau đáng kể để họ có thể sinh hoạt bình thường trong lúc khớp dần hồi phục. Nếu tiêm steroid không mang lại hiệu quả như mong muốn, ông sẵn sàng tiến hành phẫu thuật cắt gân màng bao khớp ngay lập tức – không yêu cầu bạn phải chịu đựng đau đớn suốt chín hoặc mười hai tháng. Xét thấy lời khuyên “bệnh sẽ tự khỏi” thực tế không đáng tin cậy, việc chấp nhận sống chung với cơn đau suốt một năm để chờ xem tình trạng của mình sẽ ra sao là điều không cần thiết.

Những điều có thể xảy ra

Nếu bạn được tiêm thuốc, hãy chuẩn bị tinh thần rằng cơn đau sẽ giảm dần trong vòng một hoặc hai tuần đầu. Hãy tận dụng khoảng thời gian này để vận động vai thường xuyên.

Nếu bạn trải qua thủ thuật chỉnh sửa khớp hoặc giải phóng bao khớp, phần lớn phạm vi vận động mà bạn có thể lấy lại sẽ xuất hiện nhanh chóng – thường là trong vòng bốn đến sáu tuần đầu – và sau khoảng ba tháng thì hầu như không có thay đổi nào thêm nữa. Việc vận động sớm rất quan trọng; vật lý trị liệu thường được bắt đầu trong vòng một hoặc hai ngày sau thủ thuật. Hầu hết mọi người có thể quay lại làm việc văn phòng trong vòng một đến ba tuần.

Nếu bạn mắc bệnh tiểu đường, có thể kỳ vọng quá trình hồi phục sẽ chậm hơn và không hoàn chỉnh bằng mức trung bình; đồng thời cần lưu ý rằng việc tiêm steroid có thể làm thay đổi nồng độ đường huyết trong vài ngày. Hãy cho chúng tôi biết nếu việc kiểm soát đường huyết của bạn gặp khó khăn, vì điều này ảnh hưởng đến các khuyến nghị điều trị của chúng tôi.

Dù bạn chọn phương pháp điều trị nào, quá trình hồi phục thường kéo dài vài tháng chứ không phải vài tuần. Điều hữu ích nhất bạn có thể làm là tiếp tục vận động cánh tay trong mức độ thoải mái và bảo vệ vùng khớp khi ngủ.

Khi nào nên đi khám

Hãy đến gặp bác sĩ đa khoa nếu cơn đau vai khiến bạn tỉnh giấc vào ban đêm hoặc không thuyên giảm sau vài tuần nghỉ ngơi; đồng thời hãy hỏi kỹ về tình trạng vai cứng khớp nếu vai của bạn thực sự khó cử động chứ không chỉ đơn thuần là đau nhức.

Bạn nên sớm nhờ bác sĩ chuyên khoa khám nếu không thể xoay bàn tay ra ngoài, nếu mắc bệnh tiểu đường, nếu cơn đau vai ảnh hưởng đến công việc hoặc việc lái xe, hoặc nếu cơn đau dữ dội đến mức khiến bạn mất ngủ. Việc chần chừ quá lâu trước khi đi khám sẽ chẳng mang lại lợi ích gì cả.

Hãy tìm kiếm sự chăm sóc y tế ngay lập tức nếu vai bị nóng, đỏ và sưng lên; nếu bạn cảm thấy mệt mỏi hoặc sốt kèm theo cơn đau; nếu cánh tay có dấu hiệu yếu đi hoặc tê liệt; hoặc nếu cơn đau xuất hiện sau một cú ngã hoặc chấn thương. Những triệu chứng này cho thấy khả năng cao là không phải vai cứng khớp mà là tình trạng cần được chẩn đoán và điều trị gấp.

Phân tích sâu hơn

Phần này đi sâu hơn một chút so với những gì bạn cần biết để đưa ra quyết định điều trị. Phần này được đưa vào vì chứng vai đông cứng là một trong những tình trạng mà những gì bệnh nhân được thông báo và những gì nghiên cứu thực tế chỉ ra lại có sự chênh lệch; một số người thích hiểu rõ lý lẽ đằng sau thay vì chỉ tin tưởng một cách mù quáng.

ĐIỀU GÌ THỰC SỰ ĐANG XẢY RA TRONG KHỚP

Bao khớp là một lớp mô collagen bao quanh khớp. Trong trường hợp vai cứng, lớp bao này bị viêm rồi dẫn **xơ hóa**; các tế bào gọi là **tế bào sợi** nhân lên và tạo ra nhiều mô collagen mới; một số tế bào này chuyển thành **tế bào cơ-sợi**, có khả năng co lại một cách chủ động. Đây là điểm khác biệt quan trọng so với quá trình sẹo hóa thông thường: mô không chỉ dày lên mà còn co chặt lại. Thể tích khớp có thể giảm từ mức bình thường là 10–15 mL xuống còn 3–4 mL.

Hiện tượng tương tự cũng xảy ra ở bệnh **Dupuytren** ở bàn tay; đó là lý do tại sao hai bệnh này thường xuất hiện cùng nhau ở cùng một người. Cũng vì vậy mà một bác sĩ phẫu thuật vai đã cho rằng tình trạng này nên được gọi đơn giản là *co rút* ở vai thay vì “viêm bao khớp” [1]. Mặc dù vẫn còn cái tên cũ là “viêm bao khớp dính”, các bác sĩ phẫu thuật khi quan sát bên trong khớp lại không tìm thấy bất kỳ mô dính nào cả.

TẠI SAO MÔ HÌNH “BA GIAI ĐOẠN” NÀY KHÔNG VỮNG CHẮC NHƯ VẼ BỀ NGOÀI

Người ta thường viết rằng chứng vai đông cứng trải qua ba giai đoạn: đóng băng, cứng đờ và tan băng. Mô hình này được đề xuất vào năm 1975. Khi các nhà nghiên cứu truy ngược nguồn gốc của nó, họ phát hiện ra rằng tác giả đã **nhầm lẫn các tài liệu tham khảo** giữa hai bài báo trước đó; quan trọng hơn, các bệnh nhân của ông ta phải đeo nẹp cố định cánh tay trong thời gian lên tới **chín tháng**. Một khớp vai bị cố định lâu như vậy sẽ trở nên cứng lại, rồi mới dần linh hoạt trở lại khi được vận động. Có lẽ những “giai đoạn” này phản ánh cách điều trị hơn là diễn tiến tự nhiên của bệnh.

Một phân tích có hệ thống được thực hiện nhằm kiểm chứng mô hình này không tìm thấy bằng chứng nào ủng hộ nó; thậm chí kết quả còn trái ngược với dự đoán: phần lớn sự cải thiện diễn ra **ngay từ đầu rồi dần chậm lại**, chứ không phải là tiến dần đến giai đoạn tan băng ở cuối [2]. Các bác sĩ lâm sàng cũng không thể

thống nhất về việc một trường hợp cụ thể thuộc giai đoạn nào; những người đưa ra định nghĩa tiêu chuẩn thậm chí đã thừa nhận rằng “không có dữ liệu nào đủ để xác nhận” mô hình này.

THỐNG KÊ VỀ QUÁ TRÌNH HỒI PHỤC, VÀ LÝ DO TẠI SAO CÓ HAI CON SỐ KHÁC NHAU

Con số thường được trích dẫn là **94%** những người hồi phục mà không cần điều trị. Con số này xuất phát từ một nghiên cứu thực tế, nhưng chỉ tính những bệnh nhân không được điều trị và vẫn quay lại tái khám. Phần lớn những người tham gia nghiên cứu ban đầu hoặc chọn điều trị hoặc bỏ cuộc giữa chừng. Nếu tính cả tất cả mọi người, cùng bộ dữ liệu đó sẽ cho ra con số khoảng **26%** [2]. “Hồi phục” ở đây được hiểu là khoảng cách góc giữa hai vai nằm trong phạm vi 10 độ; trong một số trường hợp, vai còn lại của bệnh nhân cũng bị cứng khớp.

Nghiên cứu theo dõi dài hạn lớn nhất cho thấy **41%** bệnh nhân vẫn còn triệu chứng sau bốn năm trung bình kể từ khi khởi bệnh. Điều quan trọng cần biết là quá trình cải thiện tình trạng bệnh phần lớn **dừng lại** sau khoảng ba năm, chứ không tiếp diễn vô thời hạn [4].

ĐÂY LÀ MỘT TÌNH TRẠNG ẢNH HƯỞNG TOÀN CƠ THỂ, CHỨ KHÔNG CHỈ RIÊNG VÙNG VAI

Một nghiên cứu di truyền quy mô lớn đã xác định được năm vùng DNA có liên quan đến chứng vai cứng khớp. Bằng cách sử dụng kỹ thuật có thể phân biệt giữa nguyên nhân thực sự và sự trùng hợp ngẫu nhiên, nghiên cứu này chứng minh rằng **bệnh tiểu đường loại 1 thực sự là nguyên nhân gây ra tình trạng này**, chứ không chỉ đi kèm với nó. Sau khi đã tính đến yếu tố tiểu đường, mối liên hệ giữa tình trạng thừa cân và chứng vai cứng khớp không còn nữa. Điều này cho thấy lượng đường trong máu mới là yếu tố chủ chốt, chứ không phải tải trọng cơ học [5].

NHỮNG GÌ CÁC BẢNG CHỨNG VỀ VẬT LÝ TRỊ LIỆU THỰC SỰ CHO THẤY

Đây là phần quan trọng nhất mà bạn nên biết nếu đang nhận hoặc thực hiện vật lý trị liệu. Một phân tích tổng hợp của Cochrane đã tổng hợp **32 nghiên cứu với 1.836 người tham gia** [6]. Có ba kết quả nổi bật cần lưu ý.

So với tiêm steroid, vật lý trị liệu thủ công có hiệu quả kém hơn trong giai đoạn đầu. Trong một nghiên cứu so sánh trực tiếp, sau sáu tuần thực hiện các bài vận động thụ động và bài tập có giám sát, mức độ giảm đau và cải thiện chức năng ở nhóm vật lý trị liệu thấp hơn lần lượt **26 điểm** và **25 điểm** so với nhóm chỉ tiêm một lần vào tuần thứ bảy. Về mức độ cải thiện được người bệnh cảm nhận, tỷ lệ thành công là **46% ở nhóm vật lý trị liệu so với 77% ở nhóm tiêm steroid**; tức là cứ bốn người tiêm thì có thêm một người được hưởng lợi so với nhóm vật lý trị liệu. Tuy nhiên, sau sáu đến mười hai tháng, khoảng cách này đã thu hẹp và không còn ý nghĩa nữa.

Mức độ nỗ lực, tần suất thực hiện và kỹ thuật sử dụng dướng như ít tạo ra khác biệt về kết quả. Một nghiên cứu trên 100 bệnh nhân so sánh giữa việc vận động mạnh **đến hết biên độ** với việc vận động nhẹ nhàng, **không gây đau**: cả hai nhóm đều cải thiện, và kỹ thuật vận động mạnh cho kết quả tốt hơn có ý nghĩa thống kê ở một số động tác (nâng tay sang ngang tại thời điểm ba và mười hai tháng, xoay tay ra ngoài tại thời

điểm mười hai tháng), nhưng các tác giả đánh giá những khác biệt này là nhỏ [18]. Một nghiên cứu không ngẫu nhiên trên 77 người lại cho kết quả ngược lại: sau hai năm, 89% những người tập nhẹ nhàng trong giới hạn chịu đau có điểm đánh giá vai bình thường hoặc gần bình thường, so với 63% ở nhóm được kéo giãn cường độ cao [19]. Một nghiên cứu khác trên 120 bệnh nhân thay đổi tần suất vận động đến hết biên độ (hơn hai lần/tuần, mỗi tuần một lần, ít hơn một lần/tuần); kết quả cho thấy sự chênh lệch về góc vận động chỉ dưới tám độ, con số này không có ý nghĩa thống kê. Các so sánh trực tiếp giữa các kỹ thuật như trượt khớp hướng trước so với hướng sau, phương pháp PNF so với bài tập thông thường, sử dụng tạ tay so với vận động không dụng cụ cũng hầu như không cho thấy sự khác biệt đáng kể. Điều đáng mừng là **không có bằng chứng nào cho thấy việc vận động đến hết biên độ gây hại**.

Khoảng trống lớn nhất về mặt nghiên cứu: chưa có nghiên cứu nào so sánh vật lý trị liệu kết hợp vận động với việc không điều trị gì cả. Vì vậy, dù chúng ta có thể khẳng định vật lý trị liệu không vượt trội rõ rệt so với tiêm steroid, và các chi tiết về cách thực hiện cũng không tạo ra nhiều khác biệt, nhưng vẫn chưa ai chứng minh được mức độ cải thiện nào sẽ đạt được nếu chỉ áp dụng các biện pháp tự nhiên mà không can thiệp gì.

Có hai lưu ý quan trọng. Nghiên cứu chất lượng cao duy nhất trong tổng hợp này xem xét vật lý trị liệu *sau khi* tiêm dịch vào khớp; kết quả cho thấy nó không cải thiện đáng kể mức độ đau, chức năng hay chất lượng cuộc sống, nhưng giúp tăng tỷ lệ bệnh nhân cảm thấy đã hồi phục; đồng thời góc vận động tăng thêm khoảng **13 độ** sau sáu tuần, rồi giảm dần về mức ban đầu sau sáu tháng. Trong một nghiên cứu lớn tại Anh, mặc dù nhóm vật lý trị liệu được mô tả là sử dụng các bài vận động kéo giãn vào vùng khớp cứng, nhưng hồ sơ ghi chép thực tế cho thấy chỉ có **11–27%** bệnh nhân được thực hiện vận động kéo giãn dưới sự giám sát. Những biện pháp thực sự mang lại hiệu quả tương đương phẫu thuật sau một năm là giáo dục bệnh nhân, tiêm thuốc, vận động nhẹ có giám sát và chương trình tập luyện tại nhà.

CẦN BAO LÂU MỚI CẢM THẤY ĐỠ HƠN, VÀ LOẠI THỦ THUẬT GIẢI PHÓNG CÓ QUAN TRỌNG KHÔNG?

Thời gian hồi phục. Sau khi thực hiện thủ thuật giải phóng, thời gian trung bình để bệnh nhân cảm nhận được sự cải thiện thực sự là khoảng **một tháng**; còn thời gian trung bình để họ cảm thấy “vai mình đã ổn” là khoảng **bốn tháng** [14]. Thời gian nghỉ việc trung bình là **tám tuần**, tuy nhiên phạm vi này khá rộng: 25% bệnh nhân đã trở lại làm việc sau bốn tuần, và 75% sau mười ba tuần [15].

Thủ thuật thao tác giúp phục hồi vận động nhanh hơn. Đây là sự đánh đổi cần thiết so với ưu điểm về độ bền vững của thủ thuật giải phóng: thủ thuật thao tác giúp phục hồi biên độ vận động sớm hơn; còn thủ thuật giải phóng chỉ bắt kịp được vào khoảng tháng thứ sáu. Sau thời điểm đó, cả hai phương pháp đều cho kết quả tương đương trên mọi chỉ số tổng hợp. Trong một nghiên cứu nhỏ, chỉ riêng thủ thuật thao tác đã mang lại khả năng xoay ngoài vai tốt nhất [16].

Mức độ cần giải phóng màng khớp là vấn đề đáng cân nhắc; câu trả lời là “ít hơn mức bạn tưởng tượng”. Một phân tích tổng hợp gồm **18 nghiên cứu, 629 bệnh nhân và 811 khớp vai** đã so sánh ba kỹ thuật: chỉ giải phóng phía trước và dưới của màng khớp; thêm giải phóng phía sau; hoặc giải phóng toàn bộ màng khớp. Kết luận cho thấy **các phương pháp giải phóng ít quy mô hơn lại mang lại kết quả chức năng**

và mức độ đau tốt hơn; việc thêm giải phóng phía sau giúp cải thiện sớm khả năng xoay trong những hiệu quả này không kéo dài (dù vẫn giúp tăng độ gấp vai lâu dài); còn việc giải phóng **360 độ “có thể không mang lại lợi ích gì thêm”**. Tỷ lệ biến chứng giữa ba phương pháp này không có sự khác biệt [17]. Hai thử nghiệm ngẫu nhiên về việc mở rộng giải phóng phía sau cũng cho thấy xu hướng tương tự: hồi phục sớm hơn, nhưng đến tháng thứ sáu thì không còn khác biệt. Do đó, phẫu thuật quy mô lớn chưa chắc đã là phương pháp tốt hơn.

Kết hợp cả hai thủ thuật không phải là giải pháp tối ưu. Trong nghiên cứu duy nhất so sánh cả ba phương pháp, việc kết hợp thủ thuật thao tác với giải phóng lại dẫn đến **tỷ lệ mất khả năng xoay ngoài cao nhất, lên tới 18%**, so với 7% khi chỉ thực hiện thao tác và 2% khi chỉ giải phóng [16].

KẾT QUẢ THỰC TẾ TỪ THỬ NGHIỆM ĐIỀU TRỊ LỚN NHẤT

Trong một thử nghiệm tại Vương quốc Anh, hơn 500 người được phân ngẫu nhiên vào các nhóm nhận vật lý trị liệu có cấu trúc kết hợp với tiêm thuốc, can thiệp dưới gây mê hoặc phẫu thuật nội soi. Sau một năm, kết quả ở cả ba nhóm **chỉ chênh lệch nhau vài điểm**, mức chênh lệch thấp hơn cả mức mà bệnh nhân có thể nhận thấy [7]. Đây thực sự là tin vui: nó cho phép bệnh nhân lựa chọn phương pháp phù hợp với bản thân và hoàn cảnh riêng, thay vì phải chọn phương pháp được cho là tốt hơn hẳn.

Điểm khác biệt giữa ba phương pháp nằm ở **tần suất cần điều trị bổ sung sau đó**. Trong thử nghiệm này, tỷ lệ bệnh nhân cần điều trị thêm là **4% sau khi thực hiện thủ thuật giải phóng, 7% sau can thiệp dưới gây mê và 15% sau vật lý trị liệu** [7]. Về mặt chi phí so với hiệu quả mang lại, phương pháp can thiệp dưới gây mê cho kết quả tốt nhất; phương pháp giải phóng tốn kém nhất và gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng nhất trong thử nghiệm, dù về mặt tuyệt đối thì các biến chứng này vẫn hiếm gặp.

THAO TÁC NẮN CHỈNH HAY PHẪU THUẬT GIẢI PHÓNG – VẤN ĐỀ TÁI PHÁT

Đây là điểm phân biệt rõ rệt giữa hai phương pháp điều trị; cũng vì lý do này mà bác sĩ phẫu thuật có thể khuyên bạn chọn phẫu thuật giải phóng dù kết quả điều trị tổng thể của cả hai phương pháp gần như tương đương.

Thao tác nắn chỉnh là việc kéo giãn bao khớp cho đến khi rách; tuy nhiên vết rách không phải lúc nào cũng xuất hiện ở vị trí mong muốn. Trong nghiên cứu lớn nhất gồm **792 bệnh nhân được theo dõi trong 17 năm**, có **17,8%** cần thực hiện thao tác nắn chỉnh lần thứ hai; con số này tăng lên thành **37,9%** ở những người mắc bệnh đái tháo đường type 1 [9]. Kết quả theo dõi dài hạn nhất (trung bình 13 năm) cho thấy **19,2%** bệnh nhân phải nắn chỉnh lại và **31,3%** gặp tình trạng tái phát ở một thời điểm nào đó [10]. Tuy nhiên có hai yếu tố làm giảm mức độ nghiêm trọng của vấn đề này: hầu hết các trường hợp tái phát xảy ra trong **năm đầu tiên** (sau 5 năm, tỷ lệ này giảm xuống dưới 2%); đồng thời việc nắn chỉnh lại cũng mang lại hiệu quả tương đương lần đầu [9][10].

Phẫu thuật giải phóng là việc cắt đứt bao khớp một cách có chủ đích dưới sự quan sát trực tiếp. Tỷ lệ phải phẫu thuật lại thấp hơn đáng kể: trong một nghiên cứu theo dõi trung bình 5 năm, **không có ca phẫu thuật lại nào** xảy ra ở 32 bệnh nhân; chỉ có duy nhất một trường hợp tái phát ở người không tuân thủ đầy đủ

chương trình phục hồi chức năng [11]. Phân tích tổng hợp gồm 8 nghiên cứu với 768 bệnh nhân cho thấy hai phương pháp cho kết quả tương đương về mức độ đau, chức năng vận động và phạm vi chuyển động (phẫu thuật giải phóng có ưu thế nhỏ về giảm đau lâu dài nhưng chưa đạt mức có ý nghĩa lâm sàng), trong khi tỷ lệ biến chứng nghiêm trọng sau phẫu thuật giải phóng cao hơn. Phân tích này ghi nhận tỷ lệ phải tiêm steroid thêm ở nhóm được nắn chỉnh cao hơn, dù không có ý nghĩa thống kê, và cho rằng trong thời gian theo dõi dài hơn, “**nhóm được nắn chỉnh có thể gặp nhiều trường hợp tái phát hơn**” [8].

Cần lưu ý hai điểm quan trọng. Thứ nhất, các nghiên cứu lớn về tỷ lệ tái phát sau thao tác nắn chỉnh chủ yếu đến từ **phòng khám của một bác sĩ duy nhất**, nên không thể coi là bằng chứng độc lập xác nhận lẫn nhau. Thứ hai, phẫu thuật giải phóng cũng không thể phục hồi hoàn toàn chức năng khớp: một nghiên cứu cho thấy sau 2–6 năm, điểm đánh giá vai trung bình vẫn chỉ ở mức khoảng **77 trên 100** [12]; trong nhóm bệnh nhân không mắc đái tháo đường, dù hầu hết đều có tiến triển tích cực, vẫn có **11–22% người** cảm thấy vai của mình chưa đạt mức hài lòng sau 6 tháng [13].

Tóm lại: về mục tiêu giúp vai vận động dễ dàng và giảm đau, hai phương pháp gần như tương đương nhau; thao tác nắn chỉnh cũng tiết kiệm chi phí hơn. Tuy nhiên về khả năng duy trì kết quả lâu dài, bằng chứng cho thấy phẫu thuật giải phóng có ưu thế hơn. Điểm khác biệt này đặc biệt quan trọng đối với những người mắc bệnh đái tháo đường, trường hợp vai bị cứng khớp nặng, hoặc những người đã từng nắn chỉnh nhưng không đạt hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

- [1] Bunker T. Đã đến lúc cần đặt tên mới cho chứng vai cứng – tình trạng co rút khớp vai. Shoulder Elbow. 2009;1(1):4-9. <https://doi.org/10.1111/j.1758-5740.2009.00007.x> [2] Wong CK, Levine WN, Deo K, Kesting RS, Mercer EA, Schram GA và cộng sự. Diễn tiến tự nhiên của chứng vai cứng: sự thật hay hư cấu? Một phân tích có hệ thống. Physiotherapy. 2017;103(1):40-7. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.05.009> [3] Vastamäki H, Kettunen J, Vastamäki M. Diễn tiến tự nhiên của chứng vai cứng nguyên phát: nghiên cứu theo dõi từ 2 đến 27 năm. Clin Orthop Relat Res. 2012;470(4):1133-43. <https://doi.org/10.1007/s11999-011-2176-4> [4] Hand C, Clipsham K, Rees JL, Carr AJ. Kết quả điều trị lâu dài đối với chứng vai cứng. J Shoulder Elbow Surg. 2008;17(2):231-6. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2007.05.009> [5] Green HD, Jones A, Evans JP, Wood AR, Beaumont RN, Tyrrell J và cộng sự. Nghiên cứu liên kết gen toàn bộ bộ gen xác định 5 locus liên quan đến chứng vai cứng; tiểu đường được xem là yếu tố nguy cơ gây bệnh. PLoS Genet. 2021;17(6):e1009577. <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1009577> [6] Page MJ, Green S, Kramer S, Johnston RV, McBain B, Chau M và cộng sự. Liệu pháp thủ công và bài tập dành cho bệnh viêm màng bao khớp dính (chứng vai cứng). Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(8):CD011275. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011275> [7] Brealey S, Northgraves M, Kottam L, Keding A, Corbacho B, Goodchild L và cộng sự. So sánh các phương pháp điều trị phẫu thuật với vật lý trị liệu có cấu trúc sớm tại tuyến y tế thứ cấp cho người lớn mắc chứng vai cứng nguyên phát: Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên ba nhóm UK FROST. Health Technol Assess. 2020;24(71):1-162. <https://doi.org/10.3310/hta24710> [8] Zhao Y, Yang T,

Feng C, Li L, Pang L, Zhao S. So sánh giữa phẫu thuật giải phóng màng bao khớp nội soi và thao tác dưới gây mê trong điều trị chứng vai cứng khó chữa: phân tích có hệ thống kèm tổng hợp dữ liệu. *Orthop Surg*. 2024;16(7):1517-29. <https://doi.org/10.1111/os.14077> [9] Woods DA, Loganathan K. Tỷ lệ tái phát chứng vai cứng sau thao tác dưới gây mê (MUA). *Bone Joint J*. 2017;99-B(6):812-7. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.99B6.BJJ-2016-1133.R1> [10] Fairclough A, Waters C, Davies T, Dacombe P, Woods D. Kết quả lâu dài sau thao tác dưới gây mê ở bệnh nhân mắc chứng vai cứng nguyên phát và thứ phát. *Shoulder Elbow*. 2023;15(2):173-80. <https://doi.org/10.1177/17585732211070007> [11] Ranalletta M, Rossi LA, Zaidenberg EE, Bertona A, Tanoira I, Maignon GD và cộng sự. Kết quả điều trị trung hạn sau phẫu thuật giải phóng màng bao khớp vùng trước dưới nội soi đối với chứng viêm màng bao khớp dính nguyên phát. *Arthroscopy*. 2017;33(3):503-8. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2016.08.024> [12] Mardani-Kivi M, Hashemi-Motlagh K, Darabipour Z. Phẫu thuật giải phóng nội soi trong điều trị viêm màng bao khớp dính ở vai: nghiên cứu hồi cứu với thời gian theo dõi từ 2 đến 6 năm. *Clin Shoulder Elb*. 2021;24(3):172-7. <https://doi.org/10.5397/cise.2021.00311> [13] Pasqualini I, Tanoira I, Hurley ET, Ranalletta M, Rossi LA. Phẫu thuật giải phóng màng bao khớp nội soi mang lại kết quả lâm sàng đáng kể cho bệnh nhân mắc chứng viêm màng bao khớp dính. *Arthroscopy*. 2024;40(4):1081-8. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2023.08.083> [14] Pasqualini I, Rossi LA, Oyem PC, Tanoira I, Ranalletta M. Thời gian cần thiết để đạt được kết quả lâm sàng đáng kể sau phẫu thuật giải phóng màng bao khớp nội soi. *Orthop J Sports Med*. 2024;12(11):23259671241275653. <https://doi.org/10.1177/23259671241275653> [15] Sedlinsch A, Berndt T, Rühmann O, Lerch S. Quá trình hồi phục sau phẫu thuật giải phóng màng bao khớp nội soi trong điều trị chứng vai cứng. *J Orthop*. 2020;20:374-9. <https://doi.org/10.1016/j.jor.2020.06.013> [16] Schoch B, Huttman D, Syed UA và cộng sự. So sánh các phương pháp điều trị phẫu thuật chứng viêm màng bao khớp dính: thao tác dưới gây mê, giải phóng màng bao khớp và kết hợp cả hai. *Cureus*. 2020;12(7):e9032. <https://doi.org/10.7759/cureus.9032> [17] Sivasubramanian H, Chua CXK, Lim SY, Manohara R, Ng ZWD, Prem Kumar V và cộng sự. Phẫu thuật giải phóng màng bao khớp nội soi trong điều trị chứng vai cứng nguyên phát: cần giải phóng bao nhiêu mức độ mới đủ? *Orthop Traumatol Surg Res*. 2021;107(1):102766. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2020.102766> [18] Vermeulen HM, Rozing PM, Obermann WR, le Cessie S, Vliet Vlieland TPM. So sánh kỹ thuật di động khớp cường độ cao và cường độ thấp trong điều trị viêm màng bao khớp dính ở vai: thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. *Phys Ther*. 2006;86(3):355-68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16506872/> [19] Diercks RL, Stevens M. Làm “tan băng” nhẹ nhàng chứng vai đông cứng: nghiên cứu tiến cứu so sánh phương pháp chờ đợi có giám sát với vật lý trị liệu cường độ cao ở bảy mươi bảy bệnh nhân mắc hội chứng vai cứng, theo dõi trong hai năm. *J Shoulder Elbow Surg*. 2004;13:499-502. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2004.03.002>