CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Hội chứng lạo xạo xương bả vai

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

Những triệu chứng bạn đang gặp phải

Hội chứng lạo xạo xương bả vai có nghĩa là bạn nghe thấy hoặc cảm thấy tiếng lạo xạo, tiếng lục cục hoặc tiếng bật phát ra từ xương bả vai khi xương này chuyển động trên thành ngực. Đôi khi các bác sĩ gọi đây là "hội chứng tấm ván giặt", vì âm thanh này có thể có cảm giác như một bánh xe lăn qua tấm ván giặt. Bản thân tiếng kêu này rất phổ biến. Khoảng một phần ba số người hoàn toàn không có triệu chứng gì vẫn có chút tiếng lạo xạo ở xương bả vai. Nếu chỉ có tiếng kêu mà không đau, tình trạng này không cần điều trị.

Điều thường khiến mọi người đi khám là cơn đau. Cơn đau nằm quanh hoặc bên dưới xương bả vai, thường ở gần bờ trong, phía gần cột sống nhất. Cơn đau thường nặng hơn khi làm các hoạt động đưa tay qua đầu, với tay lên cao hoặc với ngang qua người, và có thể biểu hiện bằng việc giảm thành tích khi chơi thể thao. Cơn đau bắt nguồn từ túi hoạt dịch bị viêm, tức lớp đệm mỏng chứa dịch giúp xương bả vai trượt êm trên các xương sườn, hoặc từ chính hình dạng của xương. Thành ngực hoạt động như một hộp cộng hưởng, vì vậy tiếng kêu bạn nghe thấy to hơn so với chuyển động gây ra nó.

Cơn đau có thể khiến các công việc hằng ngày trở nên khó khăn. Nhấc một chiếc chảo nặng lên kệ cao, phơi quần áo lên dây, hoặc với tay lấy dây an toàn đều có thể gây đau. Một số người thấy đau nhiều nhất sau khi hoạt động chứ không phải trong lúc hoạt động. Cơn đau có thể nặng đến mức làm gián đoạn giấc ngủ hoặc khiến bạn không thể sử dụng cánh tay bình thường.

Nếu các triệu chứng của bạn 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 để nghị được bác sĩ chuyên khoa khám.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Điều gì đang thực sự xảy ra

Xương bả vai của bạn được thiết kế để trượt. Xương này nằm trên thành ngực và được ngăn cách với thành ngực bằng một lớp mô mỡ mỏng và trơn, hoạt động như một miếng đệm kín giữa hai bề mặt chuyển động. Bốn khớp phối hợp với nhau để cử động vai, và khoảng hai phần ba chuyển động đến từ chính khớp chỏm cầu – ổ chảo, một phần ba còn lại đến từ việc xương bả vai trượt trên các xương sườn. Khi chuyển động trượt này êm ái, bạn sẽ không bao giờ để ý đến nó.

Vấn đề trong hội chứng lạo xạo xương bả vai là có điều gì đó làm xáo trộn chuyển động trượt này. Đôi khi đó là hình dạng của xương: bờ trong của xương bả vai có thể gập góc hoặc cong về phía các xương sườn nhiều hơn bình thường, nên xương nằm sát thành ngực hơn mức cần thiết. Đôi khi đó là một khối xương thừa nhỏ trên xương bả vai. Thường gặp là các cơ quanh xương bả vai hoạt động không đều, khiến xương bả vai không di chuyển êm theo đúng đường khi bạn cử động. Bất kỳ nguyên nhân nào trong số này cũng có thể khiến xương bả vai cọ xát hoặc bị vướng thay vì trượt êm.

Sự cọ xát này gây kích ứng lớp đệm giữa xương bả vai và các xương sườn. Lớp đệm đó, gọi là túi hoạt dịch, là một túi mỏng chứa dịch, hoạt động như một bộ phận giảm chấn giữa xương và mô mềm. Khi bị viêm, túi này dày lên và đau khi ấn vào, và đó chính là cơn đau bạn cảm thấy ở bên dưới hoặc quanh xương bả vai. Sự ma sát cũng có thể làm chính mô đó dày lên theo kiểu phản ứng, tức là phản ứng của cơ thể trước việc bị cọ xát lặp đi lặp lại.

Điều này giải thích các triệu chứng đã mô tả ở trên. Tiếng kêu phát ra từ các bề mặt bị thô ráp cọ vào nhau, và thành ngực khuếch đại nó như một hộp cộng hưởng. Cơn đau đến từ lớp đệm bị viêm chứ không phải từ bản thân tiếng kêu. Đó là lý do hai vấn đề này được điều trị khác nhau, và vì sao việc điều trị tập trung vào làm dịu tình trạng viêm và tập luyện lại các cơ kiểm soát xương bả vai.

Những biện pháp chúng tôi có thể áp dụng

Bác sĩ Kieran Hirpara, bác sĩ phẫu thuật chi trên tại Bệnh viện tư nhân Mater Rockhampton, sẽ bắt đầu bằng 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 chương trình Medicare. Tại phòng khám, chúng tôi sẽ hỏi bệnh sử, khám vai và chỉ định chụp hình ảnh khi cần để tìm ra nguyên nhân gây ra tiếng kêu và cơn đau.

Ở hầu hết mọi người, tình trạng sẽ ổn định mà không cần phẫu thuật, vì vậy việc điều trị bắt đầu bằng các biện pháp không phẫu thuật. Bước đầu tiên là một chương trình vật lý trị liệu nhằm tăng cường sức mạnh cho các cơ kiểm soát xương bả vai, kèm theo kéo giãn các cơ đã bị co cứng. Thay đổi các hoạt động gây ra triệu chứng cũng giúp ích. Hãy kiên trì thử phương pháp này một cách nghiêm túc trong 3 đến 6 tháng trước khi nghĩ đến bất kỳ biện pháp nào khác.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Nếu cơn đau vẫn còn, thuốc có thể giúp làm dịu tình trạng viêm. Thuốc kháng viêm dạng viên, cùng loại mà nhiều người vẫn dùng khi đau nhức cơ, là một phần của giai đoạn này. Chúng tôi cũng có thể tiêm steroid và thuốc gây tê tại chỗ vào túi hoạt dịch bên dưới xương bả vai, dưới hướng dẫn hình ảnh. Mũi tiêm này có hai tác dụng: làm dịu lớp đệm bị viêm, và xác nhận rằng đây chính là nơi gây ra cơn đau của bạn.

Phẫu thuật chỉ được cân nhắc khi cơn đau vẫn tiếp diễn sau vài tháng áp dụng các phương pháp điều trị này và chúng không mang lại đủ sự cải thiện. Ca mổ là phẫu thuật nội soi, được thực hiện qua các vết rạch nhỏ với một camera. Ca mổ loại bỏ túi hoạt dịch bị viêm nằm giữa xương bả vai và các xương sườn. Góc trên trong của xương bả vai chỉ được mài bớt nếu trong lúc mổ phát hiện góc này nhô ra. Ở hầu hết mọi người, cơn đau cải thiện đáng kể sau phẫu thuật, nhưng tiếng lục cục thường vẫn còn. Chúng tôi sẽ cùng bạn trao đổi về ý nghĩa của phẫu thuật đối với bạn và cùng quyết định xem đó có phải là bước phù hợp hay không.

Những điều bạn có thể mong đợi

Ở hầu hết mọi người, tình trạng sẽ ổn định mà không cần phẫu thuật. Việc điều trị bắt đầu bằng vật lý trị liệu để tăng cường sức mạnh cho các cơ kiểm soát xương bả vai, thuốc kháng viêm và thay đổi các hoạt động gây ra triệu chứng. Hãy kiên trì thử các biện pháp này một cách nghiêm túc trong 3 đến 6 tháng. Nhiều người thấy cơn đau dịu đi trong khoảng thời gian này và không bao giờ cần phẫu thuật.

Nếu cơn đau vẫn còn sau vài tháng áp dụng các phương pháp điều trị này, phẫu thuật có thể được cân nhắc. Phẫu thuật nội soi loại bỏ túi hoạt dịch bị viêm nằm giữa xương bả vai và các xương sườn, và chỉ mài bớt góc trên trong của xương bả vai nếu phát hiện góc này nhô ra. Ở hầu hết mọi người, cơn đau cải thiện đáng kể sau phẫu thuật. Tiếng lục cục thường vẫn còn, vì các phương pháp điều trị giúp giảm đau chủ yếu khắc phục cơn đau chứ không khắc phục tiếng kêu. Việc hết hoàn toàn mọi triệu chứng không phải là kết quả thường gặp.

Nếu không được điều trị, các triệu chứng có thể kéo dài và có thể nặng đến mức làm gián đoạn giấc ngủ hoặc khiến bạn không thể sử dụng cánh tay bình thường. Tình trạng này có thể khó nhận biết và khó điều trị, vì vậy bạn nên sớm có chẩn đoán rõ ràng thay vì chờ nó tự khỏi.

Nếu các triệu chứng của bạn 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 đi khám bác sĩ

Chỉ riêng tiếng kêu thì không phải là lý do để lo lắng. Khoảng một phần ba số người hoàn toàn không có triệu chứng gì vẫn có chút tiếng lạo xạo ở xương bả vai, và nếu chỉ có tiếng kêu thì không cần điều trị. Điều quan trọng là cơn đau. Hãy đến gặp bác sĩ đa khoa hoặc đề nghị được bác sĩ chuyên khoa khám nếu bạn bị đau quanh hoặc bên dưới xương bả vai mà 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. Cũng hãy đề nghị được

khám nếu cơn đau nặng đến mức làm gián đoạn giấc ngủ, nếu thành tích thể thao của bạn giảm sút, hoặc nếu các hoạt động đưa tay qua đầu như với tay lên cao hay với ngang qua người gây ra cơn đau. Hội chứng lạo xạo xương bả vai có thể khó nhận biết, vì vậy việc sớm có chẩn đoán rõ ràng là điều đáng làm.

Phân tích chi tiết hơn

Phần này đi sâu hơn những gì bạn cần biết để đưa ra quyết định điều trị cho bản thân. Hội chứng lạo xạo xương bả vai đáng để đọc thêm vì tiếng kêu và cơn đau là hai vấn đề khác nhau, và các phương pháp điều trị có hiệu quả chủ yếu khắc phục vấn đề thứ hai chứ không phải vấn đề thứ nhất.

TIẾNG KÊU THÌ PHỔ BIẾN; CƠN ĐAU MỚI LÀ VẤN ĐỀ

Tiếng lạo xạo từ xương bả vai, nếu chỉ có vậy, không phải là dấu hiệu của bệnh. Một bài tổng quan kinh điển về tình trạng này dẫn lại một nghiên cứu ban đầu ghi nhận tiếng lạo xạo xương bả vai ở **31% trong số 100 người hoàn toàn không có triệu chứng** [1]. Điều biến tiếng kêu thành một bệnh lý là cơn đau, thường do túi hoạt dịch bị viêm: lớp mô mỏng có lót dịch giúp xương bả vai trượt trên các xương sườn.

Hình dạng xương cũng đóng một vai trò. Trong một nghiên cứu hình ảnh học, những người có xương bả vai cong về phía trước dọc theo bờ trong (hình dạng lõm, với "góc thân xương bả vai phía trong" dương) có **nguy cơ cao gấp 12 lần** bị hội chứng lạo xạo xương bả vai [2]. Phép đo đó hóa ra kém hữu ích hơn so với lúc đầu: một nghiên cứu sau đó phát hiện cùng góc này thay đổi đáng kể tùy theo hướng nhìn, nên nó không đủ tin cậy để tự mình chẩn đoán tình trạng này [3]. Trong một mô hình trên tử thi, đặc điểm xương quan trọng nhất là phần bên trong của xương bả vai nằm nhô về phía trước, hướng về các xương sườn, xa đến mức nào [4].

HẦU HẾT MỌI NGƯỜI ỔN ĐỊNH MÀ KHÔNG CẦN PHẪU THUẬT

Trong một loạt ca gồm **30 xương bả vai ở 28 bệnh nhân** được điều trị bằng một chương trình tăng cường sức mạnh cơ chuyên biệt, **14 (50%)** đạt kết quả tốt chỉ với các bài tập và **6 (21%)** chỉ cần dùng thêm thuốc kháng viêm, vì vậy **71%** đạt kết quả tốt hoặc tốt hơn theo thang phân loại riêng của nghiên cứu mà không cần phẫu thuật [5].

Thời gian theo dõi dài nhất đến từ Phần Lan. **Mười hai** người được phẫu thuật mở và **9** người được điều trị không phẫu thuật đã được đánh giá lại sau trung bình **22 năm**. Mức đau khi gắng sức thấp ở cả hai nhóm: **0,8 trên 10** sau phẫu thuật và **1,5 trên 10** khi không phẫu thuật, một khác biệt quá nhỏ để có thể chắc chắn là có thật ($p = 0{,}357$) [6]. Cơn đau cải thiện nhanh sau phẫu thuật ở **7 trên 12** người, nhưng về lâu dài cả hai cách điều trị đều dẫn đến kết quả gần như nhau.

Mũi tiêm thuốc gây tê tại chỗ và steroid vào túi hoạt dịch có hai tác dụng: điều trị tình trạng viêm và kiểm tra xem túi hoạt dịch có thực sự là nguồn gây đau hay không. Trong một quy trình điều trị tại Anh, **74** trên 94 bệnh nhân vẫn còn khó chịu sau vật lý trị liệu và được tiêm dưới hướng dẫn siêu âm; **55** người có đáp ứng ban đầu tốt, và đáp ứng đó kéo dài ở **17** người [7]. Trong số **42** bệnh nhân được phẫu thuật và được theo

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

dõi, những người đã đáp ứng tốt với mũi tiêm cải thiện nhiều hơn sau phẫu thuật so với những người không đáp ứng [7]. Một loạt ca lớn hơn tại Mỹ, được theo dõi ít nhất năm năm, không tìm thấy mối liên hệ tương tự [8], vì vậy đáp ứng kém với mũi tiêm không loại trừ khả năng phẫu thuật.

PHẪU THUẬT ĐẠT ĐƯỢC GÌ, VÀ KHÔNG ĐẠT ĐƯỢC GÌ

Loạt ca dài hạn lớn nhất đã theo dõi **66** người trong **5 đến 15 năm** sau phẫu thuật nội soi cắt bỏ túi hoạt dịch và mài bớt góc của xương bả vai. Điểm số vai trung bình tăng từ **56,7 lên 87,2** trên 100, mức đau giảm từ **5,2 xuống 1,4** trên 10, và **77,6%** đạt mức cải thiện đủ lớn để cảm nhận được. Trong số **42** người chơi thể thao, **38 (90,5%)** đã quay lại chơi và **31 (73,8%)** trở lại ở mức bằng hoặc gần bằng trước đây. **Tám (12,1%)** người cần phẫu thuật thêm [8]. Một loạt ca khác gồm **74** xương bả vai có tỷ lệ phẫu thuật thêm tương tự (**8 trên 74**) và nhận thấy những bệnh nhân lớn tuổi hơn, những người có triệu chứng lâu hơn, và những người có điểm sức khỏe tinh thần thấp hơn trước phẫu thuật thường có kết quả kém hơn [9].

Khỏi hoàn toàn là trường hợp ngoại lệ. Một tổng quan hệ thống về **203** vai được phẫu thuật cho thấy **42 (20,7%)** khỏi hoàn toàn, **139 (68,5%)** cải thiện nhưng vẫn còn một số triệu chứng, và **22 (10,8%)** có kết quả kém [10]. Một tổng quan năm 2026 trên **464** bệnh nhân đưa ra cùng kết luận chung: cả điều trị không phẫu thuật lẫn phẫu thuật đều giúp giảm đau, nhưng các triệu chứng cơ học, tức tiếng lục cục và lạo xạo, thường không biến mất hoàn toàn [11].

CÓ ĐÁNG CẮT BỎ PHẦN XƯƠNG KHÔNG?

Mài bớt góc trên trong của xương bả vai là phần truyền thống của ca mổ, vì vậy thật đáng ngạc nhiên khi bước này có thể không mang lại thêm nhiều lợi ích. Một trung tâm đã so sánh **24** người chỉ được cắt bỏ túi hoạt dịch với **32** người được mài bớt cả góc xương. Điểm đau cuối cùng (**3,4** và **2,8** trên 10, p = 0,351) và điểm số vai (**75,8** và **76,5**, p = 0,895) là như nhau, và tiếng lục cục vẫn còn ở **58%** và **59%** [12]. Ca mổ ngắn hơn khi không can thiệp vào xương: **37,5** so với **61,2** phút [12]. Các nhóm được theo dõi trong những khoảng thời gian khác nhau và không được phân nhóm ngẫu nhiên, vì vậy đây chưa phải là kết luận cuối cùng, nhưng đó là lý do quyết định mài bớt xương được đưa ra trong lúc mổ chứ không phải từ trước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Kuhn JE, Plancher KD, Hawkins RJ. Symptomatic Scapulothoracic Crepitus and Bursitis. J Am Acad Orthop Surg. 1998;6(5):267-73. https://doi.org/10.5435/00124635-199809000-00001 [2] Spiegl UJ, Petri M, Smith SW, Ho CP, Millett PJ. Association between scapula bony morphology and snapping scapula syndrome. J Shoulder Elbow Surg. 2015;24(8):1289-95. https://doi.org/10.1016/j.jse.2014.12.034 [3] Percin B, Featherall J, Tashjian RZ, Chalmers PN, Joyce CD, Mortensen AJ, et al. The influence of scapular orientation on the medial scapula corpus angle in snapping scapula syndrome. JSES Int. 2025;9(1):70-8. https://doi.org/10.1016/j.jseint.2024.08.179 [4] Tahal DS, Katthagen JC, Marchetti DC, Mikula JD, Montgomery SR, Brady A, et al. A Cadaveric Model Evaluating the Influence of Bony Anatomy and the Effectiveness of Partial Scapulectomy on Decompression of the Scapulothoracic Space in Snapping Scapula Syndrome. Am J Sports Med. 2017;45(6):1276-82. https://doi.org/10.1177/0363546516687755 [5] Groh G, Simoni M, Allen T, Dwyer T, Heckman M, Rockwood C. Treatment of snapping scapula with a periscapular muscle strengthening

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

program. J Shoulder Elbow Surg. 1996;5(2):S6. https://doi.org/10.1016/s1058-2746(96)80089-9 [6] Vastamäki M, Vastamäki H. Open Surgical Treatment for Snapping Scapula Provides Durable Pain Relief, but so Does Nonsurgical Treatment. Clin Orthop Relat Res. 2016;474(3):799-805. https://doi.org/10.1007/s11999-015-4614-1 [7] Tytherleigh-Strong G, Gill J, Griffiths E, Al-Hadithy N. Prognosis After Arthroscopic Superior Medial Scapuloplasty for Snapping Scapula Syndrome Improves After a Transient Beneficial Response With an Ultrasound-Guided Subscapular Cortisone Injection. Arthroscopy. 2020;36(12):2965-72. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.07.024 [8] Rupp M, Geissbuhler AR, Rutledge JC, Amendola R, Hanson JA, Doan KC, et al. Minimum 5-Year Clinical and Return-to-Sport Outcomes After Primary Arthroscopic Scapulothoracic Bursectomy and Partial Scapulectomy for Snapping Scapula Syndrome. Am J Sports Med. 2024;52(6):1449-56. https://doi.org/10.1177/03635465241243072 [9] Menge TJ, Horan MP, Tahal DS, Mitchell JJ, Katthagen JC, Millett PJ. Arthroscopic Treatment of Snapping Scapula Syndrome: Outcomes at Minimum of 2 Years. Arthroscopy. 2016;33(4):726-32. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2016.08.029 [10] Memon M, Kay J, Simunovic N, Ayeni OR. Arthroscopic management of snapping scapula syndrome improves pain and functional outcomes, although a high rate of residual symptoms has been reported. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2017;26(1):221-39. https://doi.org/10.1007/s00167-017-4693-5 [11] Wallace K, Mitchell JK, Lauck BJ, Reed J, Conlon S, Kamath GV. Snapping Scapula Syndrome: A Systematic Review of Treatment Options and Outcomes. J Shoulder Elbow Surg. 2026. https://doi.org/10.1016/j.jse.2026.05.023 [12] Featherall J, Christensen GV, Mortensen AJ, Wheelwright JC, Chalmers PN, Tashjian RZ. Arthroscopic scapulothoracic bursectomy with and without superomedial angle scapuloplasty: a comparison of patient-reported outcomes. J Shoulder Elbow Surg. 2023;32(9):1945-52. https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.03.020

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au