

Khuỷu tay người chơi golf

Khuỷu tay người chơi golf: các gân chịu trách nhiệm gấp cổ tay và các ngón tay gắn vào một chỗ lõm xương ở mặt trong khuỷu tay; việc sử dụng quá mức dẫn đến đau đớn và thoái hóa tại vị trí mà các gân này nối với xương.

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 triệu chứng bạn đang gặp phải

Cơn đau nằm ở chỗ lõm xương ở mặt trong khuỷu tay, và thường lan xuống các cơ cẳng tay ngay bên dưới. Cơn đau thường xuất hiện dần dần, không do một chấn thương rõ ràng nào, và có xu hướng kéo dài ngay cả khi bạn nghỉ ngơi. Chơi golf, ném bóng, chơi quần vợt, cử tạ và chơi bowling đều có thể gây ra tình trạng này. Các công việc đòi hỏi nắm chặt mạnh lặp đi lặp lại, mang vác vật nặng từ 20 kg trở lên, hoặc sử dụng dụng cụ rung cũng vậy.

Một số cử động hằng ngày trở nên khó chịu. Vặn tay nắm cửa, bắt tay, xách túi đồ đi chợ hoặc nhấc ấm nước đều có thể làm cơn đau nặng hơn, vì những động tác này dồn lực lên chính các cơ bám vào chỗ lõm xương ở mặt trong đó. Sức nắm tay của bạn có thể yếu hơn so với bên kia. Hầu hết mọi người vẫn có thể cử động khuỷu tay và cổ tay hết tâm, mặc dù một số người thấy khuỷu tay hơi cứng lại và không duỗi thẳng hoàn toàn được.

Cơn đau thường bùng lên trong hoặc sau hoạt động đã gây ra nó, và có thể nặng nhất vào sáng hôm sau hoặc khi bạn vừa bắt đầu nắm một vật gì đó. Một số người nhận thấy đau nhiều nhất khi vung gậy golf hoặc ném bóng, đặc biệt là ở giai đoạn đầu của động tác.

Hãy đặc biệt chú ý đến một điều. Dây thần kinh trụ, dây thần kinh chi phối cảm giác cho ngón áp út và ngón út, chạy ngay phía sau vùng này của khuỷu tay. Nếu bạn bị tê hoặc cảm giác kiến bò ở hai ngón tay đó kèm theo đau ở mặt trong khuỷu tay, hãy báo cho bác sĩ đa khoa hoặc yêu cầu được bác sĩ chuyên khoa khám, vì điều này làm thay đổi phương pháp điều trị có thể giúp ích.

Hãy đến gặp bác sĩ đa khoa hoặc yêu cầu 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 bàn tay hoặc cánh tay. Hãy đến khoa cấp cứu ngay trong ngày nếu bàn tay hoặc cánh tay của bạn trở nên nóng, đỏ, sưng và đau, đặc biệt là khi kèm theo sốt, hoặc nếu các ngón tay trở nên nhợt nhạt, lạnh, trắng bệch hoặc xanh tím.

Điều gì đang thực sự xảy ra

Chứng khuỷu tay người chơi golf là vấn đề của gân, không phải vấn đề của khớp. Gân là dải chắc khỏe nối cơ với xương. Ở mặt trong khuỷu tay có một nhóm cơ căng tay có chức năng gấp cổ tay và các ngón tay, đồng thời giúp bạn xoay úp lòng bàn tay xuống. Tất cả các cơ này bám vào chỗ lồi xương đó qua một gân chung, giống như nhiều sợi dây thừng cùng buộc vào một cọc neo.

Khi bạn vung gậy, ném bóng, hoặc nắm và nâng vật lặp đi lặp lại, các cơ đó kéo đi kéo lại vào cùng một điểm. Gân xuất hiện những vết rách rất nhỏ. Cơ thể cố gắng sửa chữa chúng, nhưng việc sửa chữa không đồng đều và mô mới yếu hơn mô ban đầu. Theo thời gian, gân dày lên và trở nên lộn xộn, giống như một sợi dây thừng đã bị sờn và được buộc lại nhiều lần. Đây là lý do cơn đau cứ quay lại ngay cả sau khi nghỉ ngơi, và vì sao nắm hoặc nâng vật làm cơn đau nặng hơn: những động tác đó dồn lực đúng vào chỗ gân đang khó khăn trong việc lành lại.

Dù có tên gọi như vậy, thường không có sưng hay viêm ở chỗ đau. Vấn đề là sự hao mòn và quá trình lành không thành công, không phải nhiễm trùng hay viêm khớp. Không có gì bị gãy và bản thân khớp không bị tổn thương.

Có một cấu trúc gân đó cần lưu ý. Dây thần kinh trụ, dây thần kinh chi phối cảm giác cho ngón áp út và ngón út, chạy ngay phía sau gân này. Vì nằm rất gần, chính tình trạng kích ứng đó cũng có thể ảnh hưởng đến dây thần kinh, đó là lý do một số người bị cảm giác kiến bò ở các ngón tay đó kèm theo đau khuỷu tay.

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. Hầu hết các trường hợp khuỷu tay người chơi golf đều thuyên giảm mà không cần phẫu thuật, vì vậy chúng tôi bắt đầu từ đó. Nghỉ ngơi và thay đổi cách sử dụng cánh tay quan trọng hơn bất cứ điều gì khác mà chúng tôi có thể mang lại. Điều đó có nghĩa là giảm bớt các động tác nắm, nâng hoặc vung tay làm cơn đau bùng lên, và tìm cách khác để làm những việc gây đau. Hãy kiên trì thực sự với cách này ít nhất 6 tháng trước khi nghĩ đến phẫu thuật, vì phẫu thuật chỉ dành cho các triệu chứng vẫn tiếp diễn dù đã điều trị trong khoảng thời gian đó.

Vật lý trị liệu nhằm tăng cường sức mạnh cho các cơ hoạt động cùng với gân bị đau, để gân phải chịu ít lực hơn. Cách làm thông thường là một chương trình tập luyện giúp tăng dần sức mạnh của căng tay, cổ tay và sức nắm tay. Nếu cơn đau của bạn bắt nguồn từ thể thao, chẳng hạn như chơi golf hoặc ném bóng, một phần

của quá trình hồi phục là xem xét lại kỹ thuật của bạn, vì những sai sót trong cách vung hoặc ném có thể khiến lực tiếp tục dồn vào cùng một điểm.

Thuốc giảm đau và thuốc chống viêm, gọi là NSAIDs, có thể giúp bạn duy trì vận động trong khi gân thuyên giảm. Chúng tôi không tiêm thuốc để điều trị chứng khuỷu tay người chơi golf, vì vậy chúng tôi sẽ không đề nghị tiêm như bước tiếp theo.

Nếu các triệu chứng không cải thiện sau 6 tháng trở lên điều trị không phẫu thuật đúng cách, chúng tôi có thể bàn về phẫu thuật. Ca phẫu thuật làm sạch phần gân bị tổn thương, sần rách tại chỗ gân bám vào xương ở mặt trong khuỷu tay, đồng thời giữ nguyên phần mô lành. Ca mổ được thực hiện qua một đường rạch nhỏ, và bạn được về nhà ngay trong ngày. Phẫu thuật là một quyết định chung, và chúng tôi chỉ đề nghị phẫu thuật khi cả hai bên đồng ý rằng các biện pháp đơn giản hơn đã phát huy hết tác dụng.

Thông thường, bệnh nhân được bác sĩ đa khoa giới thiệu đến phòng khám chúng tôi; nếu nhà vật lý trị liệu 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. Trong buổi hẹn, chúng tôi sẽ hỏi thăm tiền sử bệnh, khám khuỷu tay và chỉ định chẩn đoán hình ảnh như siêu âm hoặc chụp MRI nếu kết quả sẽ làm thay đổi lời khuyên của chúng tôi. Siêu âm thường là phương pháp chụp đầu tiên được dùng để xác nhận chứng khuỷu tay người chơi golf, còn chụp MRI cho hình ảnh rõ hơn về gân và dây thần kinh trụ ở gân đó nếu chẩn đoán chưa rõ ràng.

Nếu tiến hành phẫu thuật, việc phục hồi chức năng sau đó là trị liệu tay với Ruby Doolan tại Extend Rehabilitation, không phải vật lý trị liệu. Ruby hướng dẫn các bài tập và làm nẹp cho bạn nếu cần trong suốt quá trình.

Những điều có thể xảy ra

Với hầu hết mọi người, chứng khuỷu tay người chơi golf thuyên giảm theo thời gian nếu được chăm sóc đúng cách. Giảm bớt các hoạt động làm cơn đau bùng lên, sau đó tăng dần sức mạnh trở lại, là cách thường mang lại hiệu quả. Nhiều người cải thiện trong nhiều tháng chứ không phải vài tuần, vì vậy bạn nên chuẩn bị tinh thần cho một sự thay đổi chậm và đều đặn chứ không phải một giải pháp nhanh chóng.

Nếu cơn đau đã kéo dài nhiều tháng dù đã nghỉ ngơi và thay đổi cách sử dụng cánh tay, nó thường sẽ tiếp tục kéo dài trừ khi có điều gì đó thay đổi. Đó là lúc chúng tôi sẽ bàn về phẫu thuật. Khi phẫu thuật được thực hiện cho các triệu chứng không thuyên giảm sau 6 tháng trở lên điều trị không phẫu thuật đúng cách, hầu hết mọi người cho biết đỡ đau hơn và chức năng tốt hơn trong năm sau đó, và hầu hết trở lại các hoạt động thường ngày. Trong một nhóm người đang đi làm trước khi phẫu thuật, 11 trong số 12 người đã trở lại làm việc trong vòng tám tuần.

Quá trình hồi phục không diễn ra theo một đường thẳng. Có những ngày bạn sẽ cảm thấy khá hơn những ngày khác, và việc nắm hoặc nâng vật vẫn có thể gây khó chịu trong khi gân đang tái tạo. Nếu bạn cũng bị cảm giác kiến bò ở ngón áp út và ngón út, tình trạng kích ứng dây thần kinh đó có thể còn kéo dài ngay cả khi bạn

thân gân đang hồi phục tốt, vì vậy bạn nên báo điều này trước khi lên kế hoạch cho bất kỳ phương pháp điều trị nào chứ không phải sau đó.

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 bàn tay hoặc cánh tay, hãy đến gặp bác sĩ đa khoa hoặc yêu cầu được bác sĩ chuyên khoa khám.

Khi nào nên đi khám bác sĩ

Hầu hết các trường hợp khuỷu tay người chơi golf thuyên giảm nhờ nghỉ ngơi và thay đổi cách sử dụng cánh tay, vì vậy hãy kiên trì thực sự trước khi đặt lịch khám khẩn cấp. Hãy đến gặp bác sĩ đa khoa hoặc yêu cầu được bác sĩ chuyên khoa khám nếu cơn đau không thuyên giảm sau vài tuần, ngày càng nặng hơn, hoặc khiến bạn không thể làm việc hay sử dụng bàn tay hoặc cánh tay. Điều này cũng áp dụng nếu sức nắm tay của bạn yếu hơn so với bên kia, hoặc khuỷu tay không duỗi thẳng hoàn toàn được.

Có một dấu hiệu cần được chú ý sớm hơn. Nếu bạn nhận thấy tê hoặc cảm giác kiến bò ở ngón áp út và ngón út kèm theo đau ở mặt trong khuỷu tay, hãy nói điều này trong buổi hẹn khám. Dây thần kinh trụ chạy ngay phía sau gân bị đau, và khi dây thần kinh này cũng bị kích ứng, điều đó làm thay đổi những phương pháp điều trị có khả năng giúp ích.

Hãy đến khoa cấp cứu ngay trong ngày nếu bàn tay hoặc cánh tay của bạn trở nên nóng, đỏ, sưng và đau, đặc biệt là khi kèm theo sốt, hoặc nếu các ngón tay trở nên nhợt nhạt, lạnh, trắng bệch hoặc xanh tím. Đây không phải là đặc điểm của bản thân chứng khuỷu tay người chơi golf, nhưng cần được chăm sóc ngay trong ngày.

Phân tích sâu hơn

Phần này đi sâu hơn mức cần thiết để bạn tự đưa ra quyết định điều trị. Chứng khuỷu tay người chơi golf đáng để tìm hiểu kỹ hơn, vì thông thường nó được trình bày như phiên bản ở mặt trong khuỷu tay của chứng khuỷu tay quần vợt; tuy nhiên cách nhìn này gây hiểu lầm ở hai khía cạnh: các yếu tố dự báo bệnh chỉ liên quan một phần đến cơ học, và việc có thêm một vấn đề thứ hai đi kèm sẽ làm thay đổi những gì phẫu thuật có thể đạt được.

PHẦN LỚN CÁC TRƯỜNG HỢP ĐỀU KHỎI MÀ KHÔNG CẦN PHẪU THUẬT

Con số nổi bật là một con số đáng an tâm. Trong một bài tổng quan về đau vùng khuỷu tay phía trong, **điều trị bảo tồn giúp cải thiện tình trạng cho chín trên mười bệnh nhân**, trong khi tỷ lệ thành công của phẫu thuật làm sạch mô là **80% đến 85%** [1].

Hãy xem hai con số này cùng nhau chứ đừng tách rời. Phương pháp điều trị không phẫu thuật có tỷ lệ thành công cao hơn. Phẫu thuật không phải là phiên bản “tốt hơn” của cùng một phương pháp điều trị; nó là lựa

chọn dành cho số ít bệnh nhân mà thời gian và việc kiểm soát tải trọng đã không mang lại hiệu quả, và tỷ lệ thành công của phẫu thuật cũng thấp hơn một chút so với phương pháp điều trị đầu tay.

Cụ thể về phân tập luyện, các bằng chứng cho thấy việc tập tăng cường sức mạnh giúp giảm các triệu chứng trong bệnh thoái hóa gân; các kỹ thuật nắn chỉnh bằng tay có tác dụng giảm đau trong ngắn hạn, có thể giúp bệnh nhân thực hiện các bài tập kéo giãn và tăng cường sức mạnh mạnh mẽ hơn. Tuy nhiên, các tác giả cho rằng kết quả nghiên cứu vẫn chưa thực sự thuyết phục [2].

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ KHÔNG CHỈ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ SỬ DỤNG CÁNH TAY

Bệnh viêm lõi cầu rất phổ biến ở những người trong độ tuổi lao động; **các yếu tố liên quan đến gánh nặng thể chất, việc hút thuốc và béo phì là những yếu tố quyết định mạnh mẽ** [3]. Việc hút thuốc và cân nặng không phải là những điều mà hầu hết mọi người nghĩ đến khi nói về các vấn đề gân; cả hai yếu tố này đều liên quan đến nguồn cung cấp máu và môi trường chuyển hóa của gân, chứ không phải mức độ lực tác động lên gân.

Các dữ liệu về nghề nghiệp còn cho thấy thêm nhiều điều. Trên **1.824** người lao động, người ta đã phát hiện thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa nhiều yếu tố tâm lý – xã hội cá nhân và nghề nghiệp với cả tình trạng viêm lõi cầu trong và viêm lõi cầu ngoài; mối liên hệ này vẫn tồn tại **ngay cả sau khi đã điều chỉnh theo các yếu tố nhân khẩu học và mức độ tiếp xúc với gánh nặng thể chất trong công việc**. Các mối liên hệ mạnh nhất là giữa **tình trạng kiệt sức về thể chất sau giờ làm việc và viêm lõi cầu ngoài, với tỷ số chênh là 7,04**, cũng như giữa **tình trạng kiệt sức về tinh thần sau giờ làm việc và viêm lõi cầu trong** [4].

Việc điều chỉnh các yếu tố nêu trên mới là phần quan trọng nhất trong câu này. Mối liên hệ này không đơn thuần là do những người mệt mỏi thường phải làm việc nặng hơn; mối quan hệ này vẫn tồn tại ngay cả khi đã kiểm soát các yếu tố liên quan đến gánh nặng thể chất. Dù điều này không chứng minh rằng tình trạng kiệt sức gây ra bệnh lý gân, nhưng nó cho thấy rằng một kế hoạch điều trị chỉ tập trung vào mức độ gánh nặng mà bỏ qua trạng thái kiệt sức của người bệnh sau một ngày làm việc thì vẫn chưa bao quát hết các yếu tố ảnh hưởng.

TẠI SAO DÂY THẦN KINH TRỤ LẠI QUAN TRỌNG ĐỐI VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Đau vùng khuỷu tay phía trong đòi hỏi chẩn đoán phân biệt rộng: rối loạn chức năng dây thần kinh trụ, bệnh lý rễ thần kinh cổ và chấn thương dây chằng đều gây đau ở cùng một vị trí [1]. Tình trạng này thường xuất hiện do việc chịu tải lệch tâm lặp đi lặp lại và quá tải lực vẹo ngoài (valgus); ban đầu người bệnh được điều trị bằng cách thay đổi hoạt động sinh hoạt và phục hồi chức năng, phẫu thuật chỉ được áp dụng khi các triệu chứng vẫn còn kéo dài [5]. Dây thần kinh trụ là yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến kết quả điều trị, vì nó chạy ngay phía sau chỗ bám của gân đang được điều trị.

Trong các ca thực hiện thủ thuật làm sạch vùng tổn thương, tỷ lệ thành công **có thể bị ảnh hưởng tiêu cực nếu kèm theo viêm dây thần kinh trụ** [1]. Hệ quả thực tế là việc đau vẫn còn tồn tại sau một ca phẫu thuật thành công về mặt kỹ thuật không nhất thiết là do ca mổ thất bại; có thể là do dây thần kinh trụ, chứ không phải gân, mới là nguyên nhân gây ra một phần các triệu chứng. Vì vậy, tình trạng tê hoặc cảm giác kiến bò ở

ngón áp út và ngón út đi kèm với đau vùng khuỷu tay cần được báo cáo ngay từ trước khi lên kế hoạch phẫu thuật, chứ không phải sau đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Barco R, Antuña SA. Đau khu vực khuỷu tay phía trong. EFORT Open Rev. 2017;2(8):362-71. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.2.160006>
- [2] Hoogvliet P, Randsdorp MS, Dingemanse R, Koes BW, Huisstede BMA. Liệu hiệu quả của liệu pháp tập luyện và các kỹ thuật di động khớp có thể định hướng việc điều trị viêm lõi cầu ngoài và trong không? Một tổng quan hệ thống. Br J Sports Med. 2013;47(17):1112-9. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091990>
- [3] Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliovaara M. Tỷ lệ mắc và các yếu tố quyết định viêm lõi cầu ngoài và trong: một nghiên cứu dân số. Am J Epidemiol. 2006;164(11):1065-74. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj325>
- [4] Thiese MS, Hegmann KT, Kapellusch J, Merryweather A, Bao S, Silverstein B, và cộng sự. Các yếu tố tâm lý - xã hội liên quan đến viêm lõi cầu ngoài và trong. J Occup Environ Med. 2016;58(6):588-93. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000701>
- [5] Amin NH, Kumar NS, Schickendantz MS. Viêm lõi cầu trong: đánh giá và điều trị. J Am Acad Orthop Surg. 2015;23(6):348-55. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00145>