

Vai đông cứng

Trong vai đông cứng, lớp mô bao quanh khớp bị viêm, dày lên và co lại, khiến vai vừa đau vừa khó vận 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 gì bạn đang cảm thấy

Vai đóng băng thường bắt đầu bằng một cơn đau âm ỉ, sâu, tiến triển dần qua nhiều tuần thay vì xuất hiện đột ngột. Ở hầu hết mọi người, đau là triệu chứng nặng nề nhất trong giai đoạn đầu và thường trầm trọng hơn vào ban đêm. Nằm nghiêng sang bên bị ảnh hưởng trở nên không thể, và giấc ngủ bị gián đoạn là một trong những phần mệt mỏi nhất của toàn bộ tình trạng này.

Sau đó, khớp vai bắt đầu bị khóa cứng. Bạn với tay để thắt dây an toàn, với lên kệ cao, hoặc đưa tay vào túi, và cánh tay đột ngột không thể cử động. Điều khiến vai đóng băng khác biệt so với hầu hết các vấn đề về khớp vai khác là độ cứng không chỉ là phản ứng bảo vệ cơ thể khỏi đau – khớp vai thực sự không thể cử động, ngay cả khi người khác nâng cánh tay của bạn giúp. Mất khả năng xoay bàn tay ra ngoài, như khi mở cửa hoặc đưa cánh tay vào ống tay áo, là dấu hiệu đặc trưng nhất.

Hầu hết mọi người mắc bệnh ở độ tuổi từ khoảng 40 đến 60. Một số người nhớ lại đã bị va chạm nhẹ trước đó; nhiều người không có bất kỳ nguyên nhân rõ ràng nào. Bệnh phổ biến hơn ở những người mắc bệnh tiểu đường hoặc rối loạn tuyến giáp, và nếu bạn đã mắc ở một bên vai, có khả năng vừa phải rằng bên vai còn lại cũng sẽ bị ảnh hưởng sau này.

Những gì thực sự đang xảy ra

Khớp vai của bạn nằm bên trong một lớp mô dai được gọi là bao khớp. Thông thường, lớp này lỏng lẻo và đàn hồi, điều này cho phép khớp vai di chuyển xa hơn bất kỳ khớp nào khác trong cơ thể. Trong trường hợp

vai đông cứng, bao khớp trở nên viêm, sau đó dày lên và co lại, khiến lớp bao này thu nhỏ. Không gian bên trong khớp có thể còn ít hơn một nửa kích thước bình thường.

Mặc dù tên gọi cũ là “viêm bao khớp dính”, nhưng thực tế không có gì bị dính lại bên trong khớp. Không có các mô dính giống như keo. Mô đã trở nên căng cứng, đây là một vấn đề thực sự khác biệt, và đó là lý do tại sao một số bác sĩ phẫu thuật cho rằng tình trạng này nên được gọi đơn giản là co rút – sự căng cứng – của khớp vai.

Nguyên nhân khởi phát vẫn chưa được hiểu rõ ràng, và điều trung thực là phải thừa nhận điều đó. Có nhiều bằng chứng cho thấy đây không phải là một vấn đề thuần túy tại chỗ ở khớp vai. Các nghiên cứu về nguy cơ di truyền cho thấy bệnh tiểu đường type 1 thực sự gây ra vai đông cứng thay vì chỉ liên quan đến nó, và mối liên hệ này diễn ra thông qua đường huyết chứ không phải thông qua cân nặng hoặc tải trọng cơ học. Những thay đổi ở mô trông rất giống với bệnh Dupuytren ở bàn tay, đó là lý do tại sao hai tình trạng này thường xuất hiện ở cùng một người.

Thành thật về thời gian cần thiết

Bạn sẽ rất có khả năng đọc rằng viêm khớp dính vai là bệnh tự giới hạn và tự khỏi hoàn toàn trong khoảng mười tám tháng đến hai năm. Chúng tôi muốn thẳng thắn với bạn: sự an ủi đó mang tính chắc chắn hơn so với bằng chứng khoa học hỗ trợ.

Ý tưởng rằng tình trạng này diễn ra gọn gàng qua ba giai đoạn – đóng băng, đông cứng, rồi rã đông – bắt nguồn từ một nghiên cứu nhỏ được công bố năm 1975, trong đó bệnh nhân được nghỉ ngơi cánh tay trong nạng treo trong tới đa chín tháng. Không có gì ngạc nhiên, những vai được điều trị theo cách đó trở nên cứng và sau đó nói lỏng trở lại khi cử động được cho phép. Khi các nhà nghiên cứu quay lại xem xét tất cả các nghiên cứu hiện có, họ không thể tìm thấy bằng chứng tốt nào cho thấy những vai không được điều trị reliably (đáng tin cậy) đi qua các giai đoạn đó và kết thúc với trạng thái bình thường. Trên thực tế, không có nghiên cứu nào từng chứng minh rằng mọi người quay trở lại phạm vi cử động thực sự bình thường, được đo lường, mà không có điều trị.

Những gì bằng chứng thực sự cho thấy hữu ích hơn, và đó là: **phần lớn sự cải thiện bạn sẽ đạt được có xu hướng xảy ra sớm, sau đó tiến triển chậm lại và đạt mức ổn**

định. Mức ổn định đó có thể là vĩnh viễn. Tùy thuộc vào nghiên cứu bạn đọc, từ một phần ba đến một nửa số người vẫn còn một số cơn đau hoặc cứng vài năm sau, mặc dù đối với hầu hết họ, nó nhẹ và không ngăn cản họ làm những gì họ muốn làm.

Không có điều đó có nghĩa là bạn sẽ không khỏi bệnh. Hầu hết mọi người cải thiện rất nhiều. Nó có nghĩa là “chỉ chờ đợi, nó sẽ tự giải quyết” không phải là lời khuyên trung lập, và có một lý do chính đáng để điều trị đau đớn một cách chủ động thay vì chỉ chịu đựng nó.

Những gì chúng tôi có thể làm về vấn đề này

Tại Bệnh viện Tư nhân Mater Rockhampton, Tiến sĩ Kieran Hirpara sẽ giải thích cho bạn về các lựa chọn dựa trên triệu chứng gây khó chịu cho bạn nhiều hơn – là đau hay là cứng khớp – thay vì cố gắng phân loại bạn vào một giai đoạn cụ thể theo con số.

Tiêm steroid vào khớp là phương pháp điều trị được hỗ trợ bởi bằng chứng mạnh mẽ nhất cho giai đoạn đau. Trong một khối lượng nghiên cứu rất lớn, đây là phương pháp điều trị duy nhất tạo ra sự khác biệt đáng tin cậy về đau và chức năng mà bệnh nhân thực sự nhận thấy, và nó có hiệu quả trong vài tuần đầu. Hạn chế thực tế của nó là lợi ích giảm dần sau khoảng bốn đến sáu tháng. Nó mang lại cho bạn sự thoải mái, giấc ngủ và khả năng sử dụng vai – nhưng không chữa được tình trạng cứng khớp.

Bài tập và vật lý trị liệu đáng để thực hiện, với những kỳ vọng thực tế. Một chương trình tập tại nhà đơn giản có giá trị đo lường được. Điều có thể khiến bạn ngạc nhiên là mức độ bạn cố gắng không dường như không quan trọng: các nghiên cứu so sánh việc kéo dẫn mạnh đến giới hạn cuối cùng với chuyển động nhẹ nhàng không gây đau đã tìm thấy không có sự khác biệt về kết quả sau sáu và mười hai tháng – và, một cách an tâm, không có bằng chứng cho thấy việc cố gắng mạnh hơn gây tổn thương. Vì vậy, hãy tập trong phạm vi bạn có thể chịu đựng được. Việc cố gắng chịu đựng cơn đau dữ dội không được chứng minh là giúp đẩy nhanh quá trình hồi phục.

Thủy phân tách bao khớp (Hydrodilatation), trong đó dịch được tiêm vào để kéo giãn bao khớp từ bên trong, được sử dụng rộng rãi và có nguy cơ thấp. Nghiên cứu về phương pháp này thực sự không thống nhất: một đánh giá lớn tìm thấy nó giúp giảm đau một chút nhưng không cải thiện tâm vận động, trong khi một nghiên cứu khác tìm thấy kết quả ngược lại. Đây là một lựa chọn hợp lý, nhưng chúng tôi sẽ không phóng đại hiệu quả của nó.

Nắn khớp dưới gây mê nghĩa là di chuyển vai qua toàn bộ tâm vận động trong khi bạn đang ngủ, để kéo giãn bao khớp bị cứng. Trong thử nghiệm lớn nhất so sánh các phương pháp điều trị chính, đây là lựa chọn có giá trị nhất xét tổng thể.

Phẫu thuật cắt bao khớp nội soi liên quan đến việc phẫu thuật chia cắt bao khớp bị cứng dưới tầm nhìn trực tiếp, thay vì kéo giãn nó cho đến khi bị rách. Lợi thế chính của nó là nó có xu hướng bền vững nhất: qua các loạt ca phẫu thuật được công bố, tình trạng cứng khớp tái phát sau khi cắt bao là không phổ biến, trong khi sau khi nắn khớp, một tỷ lệ đáng kể các vai bị cứng lại và cần một thủ thuật thứ hai. Trong thử nghiệm lớn tại Anh, những người đã được cắt bao khớp là nhóm ít có khả năng nhất trong ba nhóm cần bất kỳ điều trị thêm nào. Vì đây là một cuộc phẫu thuật, nó mang lại nhiều rủi ro hơn một chút so với các lựa chọn khác và tốn kém hơn, và bạn nên mong đợi cảm thấy đau nhiều hơn trong vài tuần đầu so với người đã được nắn khớp – sự khác biệt ban đầu này sẽ cân bằng lại sau khoảng sáu tháng.

Điều đáng biết: trong thử nghiệm đó, cả ba phương pháp đều có kết quả chênh lệch nhau chỉ vài điểm sau một năm. Đó thực sự là tin tốt, vì điều này có nghĩa là quyết định có thể được đưa ra dựa trên những gì phù

hợp với bạn, các tình trạng sức khỏe khác và hoàn cảnh của bạn, thay vì dựa trên việc một lựa chọn nào đó rõ ràng là tốt hơn.

Cách Tiến sĩ Hirpara thường sắp xếp thứ tự các bước. Bạn sẽ không được yêu cầu chịu đựng trong một số tháng cố định trước khi bất kỳ phương pháp điều trị nào được đưa ra. Trong thực tế, ông thường sẽ đề xuất tiêm steroid trước, vì đối với nhiều người, điều đó giúp giảm đủ đau để tiếp tục cuộc sống trong khi vai ổn định. Nếu việc tiêm không mang lại cho bạn sự giảm đau đầy đủ, ông sẵn sàng đề xuất cắt bao khớp từ thời điểm đó – ông không yêu cầu bạn phải chịu đựng trong chín hoặc mười hai tháng trước. Cho thấy sự an ủi rằng “nó luôn tự khỏi” trở nên không vững chắc như thế nào, nên chẳng có ý nghĩa gì khi dành một năm trong cơn đau để tìm hiểu xem trường hợp của bạn sẽ diễn biến theo hướng nào.

Những điều cần biết

Nếu bạn được tiêm, hãy dự kiến cơn đau sẽ giảm dần trong khoảng một đến hai tuần đầu. Hãy tận dụng khoảng thời gian này để duy trì vận động vai.

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

Nếu bạn mắc bệnh tiểu đường, có thể dự kiến quá trình hồi phục sẽ chậm hơn và ít hoàn toàn hơn mức trung bình, đồng thời cần biết rằng việc tiêm steroid có thể làm đường huyết của bạn dao động trong vài ngày. Hãy cho chúng tôi biết nếu việc kiểm soát đường huyết của bạn gặp khó khăn, vì điều này sẽ ảnh hưởng đến những khuyến nghị của chúng tôi.

Quá trình hồi phục được tính bằng tháng, không phải bằng tuần, bất kể bạn lựa chọn phương pháp nào. Điều hữu ích nhất bạn có thể làm là tiếp tục sử dụng cánh tay trong phạm vi thoải mái và đảm bảo giấc ngủ của bạn không bị gián đoạn.

Khi nào cần gặp bác sĩ

Hãy gặp bác sĩ đa khoa nếu cơn đau vai khiến bạn thức giấc vào ban đêm hoặc không thuyên giảm sau vài tuần nghỉ ngơi, và hãy hỏi cụ thể về hội chứng vai dính nếu khớp vai trở nên thực sự khó vận động chứ không chỉ đơn thuần là đau nhức.

Hãy yêu cầu đánh giá bởi bác sĩ chuyên khoa sớm hơn nếu bạn không thể xoay bàn tay ra ngoài, nếu bạn mắc bệnh tiểu đường, nếu cơn đau vai ảnh hưởng đến công việc hoặc khả năng lái xe của bạn, hoặc nếu cơn đau

nghiêm trọng đến mức khiến bạn không thể ngủ. Không có lợi ích gì khi chờ đợi quá lâu trước khi được đánh giá cơn đau.

Hãy tìm kiếm sự chăm sóc y tế khẩn cấp nếu khớp vai trở nên nóng, đỏ và sưng, nếu bạn cảm thấy mệt mỏi hoặc sốt kèm theo, nếu có suy yếu hoặc tê bì đáng kể ở cánh tay, hoặc nếu cơn đau bắt đầu sau một cú ngã hoặc chấn thương. Những dấu hiệu này gợi ý rằng tình trạng không phải là vai dính mà là một vấn đề khác cần được thăm khám khẩn cấp hơn.

Tìm hiểu sâu hơn

Phần này đi sâu hơn mức cần thiết cho các quyết định điều trị của riêng bạn. Phần này được đưa vào vì vai đông cứng là một trong những tình trạng mà những gì bệnh nhân được thông báo và những gì nghiên cứu thực sự chỉ ra đã có sự lệch lạc, và một số người muốn xem xét lý do thay vì phải tin tưởng một cách mù quáng.

NHỮNG GÌ THỰC SỰ XẢY RA BẤT THƯỜNG TRONG KHỚP

Viên bao là một lớp ống collagen bao quanh khớp. Trong trường hợp vai đông cứng, viên bao trở nên viêm và sau đó **xơ hóa** – các tế bào gọi là **nguyên bào sợi** nhân lên và lắng đọng collagen mới dày đặc, và một số trong số chúng chuyển đổi thành **myofibroblast**, những tế bào có khả năng co rút chủ động. Đó là sự khác biệt then chốt so với sẹo 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.

Cùng một hành vi tế bào này cũng xảy ra trong **bệnh Dupuytren** ở bàn tay, đó là lý do tại sao hai tình trạng này thường xuất hiện ở cùng một người, và lý do tại sao một bác sĩ phẫu thuật khớp vai đã lập luận rằng tình trạng này nên được đổi tên đơn giản thành *co rút khớp vai* thay vì “viêm viên bao” [1]. Mặc dù có tên cũ là “viêm viên bao dính”, các bác sĩ phẫu thuật khi quan sát bên trong khớp không tìm thấy bất kỳ sự dính nào cả.

TẠI SAO CÂU CHUYỆN VỀ “BA GIAI ĐOẠN” LẠI THIẾU VỮNG CHẮC HƠN VỀ BỀ NGOÀI

Bạn sẽ đọc ở khắp nơi rằng vai đông cứng trải qua các giai đoạn đóng băng, đông cứng và rã đông. Mô hình này được đề xuất vào năm 1975. Khi các nhà nghiên cứu quay lại truy tìm nguồn gốc của nó, họ phát hiện ra rằng tác giả đã **nhầm lẫn các tài liệu tham khảo** của hai bài báo trước đó, và – quan trọng hơn – là bệnh nhân của ông đã để cánh tay bất động trong nạng treo trong tới **chín tháng**. Một khớp vai bị cố định trong thời gian dài như vậy sẽ trở nên cứng, và sẽ lỏng ra khi bạn cho nó vận động. Các “giai đoạn” có thể một phần mô tả phương pháp điều trị hơn là bản thân bệnh.

Một đánh giá hệ thống nhằm kiểm tra mô hình này không tìm thấy bằng chứng nào ủng hộ nó, và tìm thấy kết quả ngược lại với những gì mô hình dự đoán: phần lớn cải thiện xảy ra **sớm và sau đó chậm lại**, thay vì tích lũy để đạt đến giai đoạn rã đông muộn [2]. Hơn nữa, các bác sĩ lâm sàng cũng không thể nhất trí một cách đáng tin cậy về việc một khớp vai cụ thể đang ở giai đoạn nào – những người đã viết ra định nghĩa tiêu chuẩn đã thừa nhận trong các ấn phẩm rằng dữ liệu để xác nhận điều đó “không có sẵn”.

THỐNG KÊ VỀ QUÁ TRÌNH HỒI PHỤC, VÀ LÝ DO TẠI SAO NÓ CÓ HAI CÂU TRẢ LỜI RẤT KHÁC NHAU

Con số thường được trích dẫn là **94%** số 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 quay lại để tái khám. Phần lớn nhóm ban đầu đã chọn điều trị hoặc bỏ theo dõi. Khi tính tất cả mọi người, cùng một dữ liệu cho ra kết quả khoảng **26%** [3]. “Hồi phục” cũng có nghĩa là góc vận động nằm trong vòng 10 độ so với vai bên kia – và ở một số bệnh nhân đó, vai bên kia cũng đã bị đóng cứng.

Nghiên cứu theo dõi dài hạn lớn nhất cho thấy **41%** vẫn còn triệu chứng sau trung bình bốn năm, và – phần đáng chú ý – sự cải thiện chủ yếu **ngừng lại** sau khoảng ba năm thay vì tiếp tục vô hạn [4].

ĐÂY LÀ MỘT TÌNH TRẠNG TOÀN THÂN, KHÔNG CHỈ GIỚI HẠN Ở VAI

Một nghiên cứu di truyền quy mô lớn đã xác định được năm vùng DNA có liên quan đến dính khớp vai và, bằng cách sử dụng một phương pháp có thể phân biệt nguyên nhân với sự trùng hợp ngẫu nhiên, đã chứng minh rằng **bệnh tiểu đường type 1 thực sự gây ra tình trạng này** chứ không chỉ đơn thuần là đi kèm với nó. Tình trạng thừa cân không có vai trò đó – sau khi đã kiểm soát yếu tố tiểu đường, mối liên quan với cân nặng biến mất. Điều này gợi ý rằng đường huyết, chứ không phải tải trọng cơ học, mới là yếu tố thúc đẩy chính [5].

NHỮNG GÌ BẰNG CHỨNG VẬT LÝ TRỊ LIỆU THỰC SỰ CHO THẤY

Đây là phần đáng quan tâm nhất nếu bạn đang trải qua hoặc cung cấp dịch vụ vật lý trị liệu. Một đánh giá hệ thống của Cochrane đã tổng hợp **32 thử nghiệm và 1.836 người** [6]. Ba phát hiện nổi bật.

So với tiêm corticosteroid, vật lý trị liệu bằng tay cho kết quả kém hơn ở giai đoạn đầu. Trong thử nghiệm đối đầu trực tiếp, sáu tuần vận thụ động và tập luyện có giám sát cho thấy cải thiện đau ít hơn **26 điểm** và cải thiện chức năng ít hơn **25 điểm** ở tuần thứ bảy so với một lần tiêm duy nhất. Xét trên tiêu chí cảm thấy cải thiện đáng kể hoặc đã hồi phục, tỷ lệ là **46% đối với vật lý trị liệu so với 77% đối với tiêm** – tương đương một người được giúp đỡ thêm cho mỗi bốn người được tiêm. Đến sáu đến mười hai tháng, khoảng cách này đã thu hẹp và sự khác biệt không còn ý nghĩa nữa.

Mức độ mạnh tay, tần suất và kỹ thuật được sử dụng dường như không quan trọng. Một thử nghiệm trên 100 bệnh nhân so sánh vận động ở **cuối biên độ** với cường độ mạnh so với vận động **không đau** với cường độ nhẹ và không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên *bất kỳ* trong số mười bảy kết quả đo lường ở sáu hoặc mười hai tháng – bao gồm đau, đau ban đêm, chức năng, mọi mặt phẳng vận động và chất lượng cuộc sống. Một thử nghiệm trên 120 bệnh nhân thay đổi **tần suất** vận động cuối biên độ (nhiều hơn hai lần mỗi tuần, hàng tuần, ít hơn một lần mỗi tuần) tìm thấy sự khác biệt về dạng tay ra ngoài (abduction) dưới tám độ, tất cả đều không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với con số không. Các so sánh đối đầu trực tiếp về kỹ thuật – trượt trước so với trượt sau, PNF so với tập luyện thông thường, tạ đơn so với không dùng dụng cụ – hầu hết đều không có ý nghĩa thống kê. Một điểm đáng an tâm là cũng **không có dấu hiệu cho thấy việc tác động ở cuối biên độ gây hại**.

Khoảng trống lớn nhất về cấu trúc: không có thử nghiệm nào so sánh liệu pháp tay kết hợp tập luyện với không điều trị. Vì vậy, trong khi chúng ta có thể nói rằng vật lý trị liệu không rõ ràng là tốt hơn tiêm, và các chi tiết về cách thức thực hiện dường như không làm thay đổi nhiều kết quả, thì chưa có ai thực sự chứng minh được mức độ cải thiện nào sẽ xảy ra một cách tự nhiên.

Hai lưu ý hữu ích. Thử nghiệm có chất lượng cao duy nhất trong đánh giá này xem xét vật lý trị liệu *sau* khi giãn khớp, và tìm thấy nó không tạo ra sự khác biệt về đau, chức năng hoặc chất lượng cuộc sống – nhưng nó đã cải thiện tỷ lệ người bệnh tự đánh giá là đã hồi phục, và tăng thêm khoảng **13 độ** dạng tay ra ngoài ở sáu tuần, mức tăng này đã biến mất sau sáu tháng. Và trong thử nghiệm lớn tại Anh, nhóm vật lý trị liệu được *mô tả* là bao gồm căng giãn bằng tay vào vùng cứng, nhưng hồ sơ của chính nó cho thấy vận động bằng tay chỉ được sử dụng ở **11–27%** bệnh nhân và căng giãn có giám sát chỉ ở một bệnh nhân duy nhất. Những gì thực sự được cung cấp – và đạt hiệu quả tương đương phẫu thuật sau một năm – là giáo dục, một lần tiêm, vận động nhẹ có giám sát và một chương trình tập tại nhà.

MẤT BAO LÂU ĐỂ CẢM THẤY TỐT HƠN, VÀ LOẠI GIẢI PHÓNG CÓ QUAN TRỌNG KHÔNG

Thời gian. Sau khi giải phóng, thời gian trung vị để bệnh nhân vượt qua ngưỡng “đây là một cải thiện thực sự” là khoảng **một tháng**, và ngưỡng “vai của tôi có thể chấp nhận được” là khoảng **bốn tháng** [14]. Thời gian nghỉ làm việc trung vị là **tám tuần**, mặc dù khoảng dao động rất rộng – một phần tư số bệnh nhân trở lại làm việc sau bốn tuần, và ba phần tư sau mười ba tuần [15].

Nắn khớp giúp khôi phục tâm vận động nhanh hơn. Đó là sự đánh đổi trung thực so với lợi thế về độ bền nêu trên: nắn khớp khôi phục tâm vận động sớm hơn, và giải phóng không thực sự bắt kịp cho đến khoảng thời điểm sáu tháng, sau đó hai phương pháp này không khác biệt trên mọi chỉ số tổng hợp. Một nghiên cứu so sánh nhỏ thậm chí phát hiện rằng chỉ nắn khớp cho ra kết quả *tốt nhất* về xoay ngoài [16].

Phải cắt bao nhiêu bao khớp là một câu hỏi thực sự, và câu trả lời là “ít hơn bạn nghĩ”. Một đánh giá tổng hợp **18 nghiên cứu, 629 bệnh nhân và 811 vai** so sánh ba kỹ thuật: chỉ giải phóng mặt trước và mặt dưới của bao khớp, thêm mặt sau của nó, hoặc giải phóng toàn bộ vòng quanh. Kết luận của nó là **các giải phóng ít xâm lấn hơn cho chức năng và điểm số giảm đau tốt hơn**, việc thêm giải phóng mặt sau giúp cải thiện xoay trong sớm nhưng không kéo dài (mặc dù nó mang lại lợi ích duy trì về độ dẻo), và việc giải phóng **toàn bộ 360 độ “có thể không mang lại lợi ích thêm”**. Tỷ lệ biến chứng không khác biệt giữa ba nhóm [17]. Hai thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng về việc mở rộng giải phóng mặt sau cũng tìm thấy cùng một mô hình – phục hồi sớm hơn, không khác biệt sau sáu tháng. Vì vậy, một cuộc phẫu thuật lớn hơn không tự động là một cuộc phẫu thuật tốt hơn.

Thực hiện cả hai cùng lúc không phải là câu trả lời. Trong cuộc so sánh ba chiều duy nhất, việc thêm nắn khớp vào giải phóng dẫn đến tỷ lệ *cao nhất* mất xoay ngoài – **18%, so với 7% đối với chỉ nắn khớp và 2% đối với chỉ giải phóng** [16].

NHỮNG GÌ THỬ NGHIỆM ĐIỀU TRỊ LỚN NHẤT THỰC SỰ PHÁT HIỆN

Một thử nghiệm tại Vương quốc Anh đã phân ngẫu nhiên hơn 500 người vào nhóm vật lý trị liệu có cấu trúc kết hợp tiêm, nắn khớp dưới gây mê, hoặc phẫu thuật nội soi. Sau một năm, cả ba nhóm đều đạt kết quả **chênh lệch nhau chỉ vài điểm** – nhỏ hơn mức chênh lệch mà bệnh nhân có thể nhận thấy [7]. Đây thực sự là tin tốt: điều này có nghĩa là lựa chọn có thể được đưa ra dựa trên những gì phù hợp với bạn và hoàn cảnh của bạn, thay vì một phương án rõ ràng tốt hơn phương án kia.

Nơi ba phương pháp khác biệt là ở **tần suất mà mọi người cần các can thiệp khác sau đó**. Trong thử nghiệm đó, cần điều trị thêm bởi **4% sau phẫu thuật giải phóng, 7% sau nắn khớp và 15% sau vật lý trị liệu** [7]. Nắn khớp có hiệu quả chi phí trên mỗi đơn vị lợi ích tốt nhất; phẫu thuật giải phóng tốn kém nhất và gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng nhất trong thử nghiệm, mặc dù những biến chứng này là hiếm về mặt tuyệt đối.

KÉO NẮN HOẶC GIẢI PHÓNG – CÂU HỎI VỀ TÁI PHÁT

Đây là điểm mà hai phẫu thuật thực sự tách biệt, và là lý do một bác sĩ phẫu thuật có thể khuyên bạn chọn phương pháp giải phóng ngay cả khi các điểm số kết quả tổng quan trông giống nhau.

Kéo nắn kéo căng bao khớp cho đến khi rách, và vết rách không phải lúc nào cũng xảy ra ở vị trí bạn mong muốn. Trong loạt bệnh án lớn nhất – **792 khớp vai được theo dõi trong 17 năm** – cần phải kéo nắn lần hai ở **17,8%**, và ở những người mắc tiểu đường type 1, tỷ lệ này tăng lên **37,9%** [9]. Thời gian theo dõi dài nhất, trung bình 13 năm, cho thấy **19,2%** đã cần phải kéo nắn lại và **31,3%** mô tả tình trạng tái phát vào một thời điểm nào đó [10]. Có hai yếu tố làm giảm bớt lo ngại: hầu hết các trường hợp tái phát đều xảy ra trong **năm đầu tiên** (sau năm thứ năm, tỷ lệ này dưới 2%), và việc kéo nắn lại có hiệu quả tương đương với lần đầu [9] [10].

Giải phóng cắt bao khớp một cách có chủ đích, dưới tầm nhìn trực tiếp. Tỷ lệ phẫu thuật lại thấp hơn đáng kể: một loạt bệnh án được theo dõi trung bình năm năm báo cáo **không có ca phẫu thuật lại nào ở 32 bệnh nhân**, với một trường hợp tái phát duy nhất ở người không hoàn thành quá trình phục hồi chức năng [11]. Phân tích tổng hợp gộp tám nghiên cứu và 768 bệnh nhân cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai phương pháp phẫu thuật về đau, chức năng hoặc tâm vận động, nhưng lưu ý rằng nhóm kéo nắn cần nhiều mũi tiêm bổ sung hơn, kết luận rằng trong thời gian theo dõi dài hạn hơn, **“nhóm MUA có thể trải qua nhiều trường hợp tái phát hơn”** [8].

Hai lưu ý trung thực. Thứ nhất, các nghiên cứu lớn về tái phát sau kéo nắn chủ yếu đến từ **thực hành của một bác sĩ phẫu thuật**, vì vậy chúng không phải là sự xác nhận độc lập lẫn nhau. Thứ hai, giải phóng cũng không phải là sự khôi phục hoàn toàn: một loạt bệnh án đo lường so với khớp vai đối diện bình thường của chính bệnh nhân cho thấy sau hai đến sáu năm, bệnh nhân chỉ đạt khoảng **77–79% so với bên lành** [12], và trong một nhóm loại trừ người tiểu đường, mặc dù hầu hết mọi người đều cải thiện một cách có ý nghĩa, **11–22% vẫn không coi khớp vai của họ là chấp nhận được sau sáu tháng** [13].

Vì vậy, tóm tắt trung thực là: để làm cho khớp vai vận động và thoải mái, hai phương pháp này tương đương nhau, và kéo nắn là cách tiếp cận ít tốn kém hơn. Để duy trì tình trạng đó, bằng chứng ủng hộ phương pháp giải phóng. Sự khác biệt này quan trọng nhất nếu bạn bị tiêu đường, nếu khớp vai rất cứng, hoặc nếu bạn đã từng thực hiện kéo nắn nhưng không duy trì được kết quả.

Tài liệu tham khảo

- [1] Bunker T. Đã đến lúc đặt tên mới cho vai đông cứng – co cứng 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, et al. Diễn biến tự nhiên của vai đông cứng: sự thật hay hư cấu? Một đánh giá 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 biến tự nhiên của vai đông cứng vô căn: 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 dài hạn của vai đông 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, et al. Một nghiên cứu liên kết toàn bộ hệ gen xác định 5 vị trí gen liên quan đến vai đông cứng và hàm ý bệnh tiêu đường là một 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, et al. Liệu pháp thủ công và tập luyện cho viêm bao khớp dính (vai đông 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, et al. Điều trị phẫu thuật so với vật lý trị liệu có cấu trúc sớm trong chăm sóc sơ cấp cho người lớn mắc vai đông cứng nguyên phát: thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng ba nhóm FROST của Anh. *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. Giải phóng bao khớp nội soi so với nắn khớp dưới gây mê cho vai đông cứng kháng trị: một đánh giá hệ thống với phân tích tổng hợp. *Orthop Surg*. 2024;16(7):1517-29. <https://doi.org/10.1111/os.14077> [9] Woods DA, Loganathan K. Tái phát vai đông cứng sau nắn khớp 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, Ali A, Woods D. Tái phát vai đông cứng dài hạn sau nắn khớp dưới gây mê. *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, et al. Kết quả trung hạn sau giải phóng bao khớp trước dưới nội soi để điều trị viêm bao khớp dính vô căn. *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. Giải phóng bao khớp nội soi cho vai đông cứng: kết quả trung hạn. *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. Giải phóng bao khớp nội soi đạt được kết quả có ý nghĩa lâm sàng ở bệnh nhân viêm 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 có ý nghĩa lâm sàng sau giải phóng 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. Thời gian hồi phục

sau giải phóng bao khớp nội soi trong điều trị vai đông cứng. J Orthop. 2020;20:374-9. <https://doi.org/10.1016/j.jor.2020.06.013> [16] Schoch B, Huttman D, Syed UA, et al. Điều trị phẫu thuật viêm bao khớp dính: so sánh nắn khớp, giải phóng bao khớp và 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, et al. Giải phóng bao khớp nội soi để điều trị vai đông cứng vô căn: cần giải phóng bao nhiêu? Orthop Traumatol Surg Res. 2021;107(1):102766. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2020.102766>