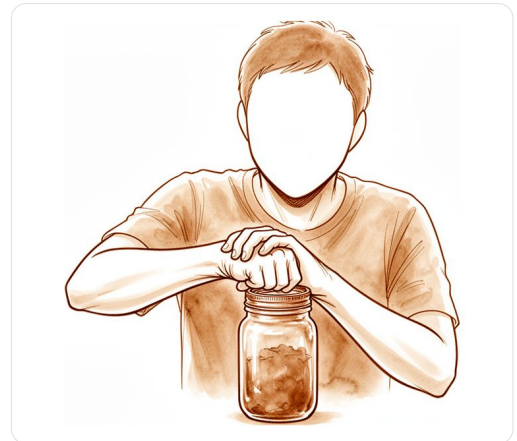


Thoái hóa khớp cổ tay

Thoái hóa khớp cổ tay, kèm theo sự mất đi các khoảng gian khớp bình thường.

Kieran Hirpara © ① ③ 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

Viêm khớp thoái hóa cổ tay là tình trạng hao mòn bên trong khớp. Bề mặt trơn láng giúp các xương nhỏ của cổ tay trượt lên nhau bị mòn mỏng dần, và xương bắt đầu cọ xát vào xương. Cơn đau thường nằm ở mặt sau hoặc phía ngón cái của cổ tay, và có thể khó xác định chính xác cơn đau xuất phát từ điểm nào.

Cơn đau thường bùng lên khi bạn sử dụng tay. Nắm chặt, vặn nắp lọ, xoay chìa khóa, rót nước từ ấm hoặc chống tay để đứng dậy khỏi ghế đều có thể gây đau. Nhiều người nhận thấy cơn đau xuất hiện sau khi hoạt động hơn là trong lúc hoạt động, và một số người thấy cơn đau làm họ thức giấc vào ban đêm hoặc đau nhức khi vừa thức dậy vào buổi sáng trước khi cổ tay bớt cứng.

Khi khớp cứng dần, các công việc hàng ngày trở nên khó khăn hơn. Việc dồn lực lên cổ tay, ví dụ khi bạn đứng dậy khỏi một chiếc ghế thấp hoặc ngồi dậy ra khỏi giường, có thể gây đau. Những cử động tinh tế của bàn tay cần một cổ tay vững và dễ chịu sẽ trở nên chậm chạp hoặc vụng về, và bạn có thể thấy mình tránh né những việc trước đây vẫn làm mà không cần suy nghĩ.

Nếu các triệu chứng không dịu đi, nặng dần lên trong nhiều tuần, làm bạn thức giấc vào ban đêm, hoặc khiến bạn không thể làm việc hay sử dụng bàn tay, hãy đến gặp bác sĩ đa khoa hoặc yêu cầu được bác sĩ chuyên khoa thăm khám. Nếu bạn không thể liên hệ với phòng khám, chẳng hạn ngoài giờ làm việc hoặc vào cuối tuần, hãy đến khoa cấp cứu gần nhất.

Chuyện gì đang thực sự xảy ra

Cổ tay của bạn được cấu tạo từ tám xương nhỏ xếp thành hai hàng. Chúng phối hợp với nhau như một hệ thống chuyển động nhịp nhàng, và hàng xương gân căng tay nhất hoạt động phần nào giống như một tấm đệm giữa bàn tay và cánh tay. Khi bạn chống tay lên cổ tay hoặc nắm chặt một vật gì đó, phần lớn lực đó đi qua phía căng tay của khớp, và một phần lớn trong số đó dồn qua hai xương nằm gần ngón cái nhất.

Trong viêm khớp thoái hóa cổ tay, bề mặt trượt trơn láng giữa các xương này bị mòn đi. Khi đó xương đè lên xương, và khớp mất đi chuyển động lăn trượt đều đặn. Các xương nằm gần ngón cái thường là nơi tình trạng này bắt đầu, vì vậy cơn đau khi nắm chặt, vặn xoắn và chống tay xuất phát trực tiếp từ chính sự hao mòn đó.

Sự hao mòn cũng làm thay đổi cách cổ tay phân chia công việc. Khi một xương lệch khỏi vị trí bình thường, bề mặt mà nó trượt lên thu nhỏ lại và lực dồn tập trung lên một dải khớp hẹp hơn. Đó là lý do một cổ tay từng chịu lực đều đặn giờ đây có thể bùng lên cơn đau khi làm những việc hàng ngày. Tình trạng cứng khớp xuất hiện khi các bề mặt khớp và các dây chằng nâng đỡ chúng mất đi khả năng trượt tự do.

Cổ tay cũng phụ thuộc vào các mô mềm giữ vững các xương nhỏ trong khi chúng chuyển động. Dây chằng là những dải mô dai chắc giữ các xương lại với nhau, và một tấm đệm mô gấp nếp nằm ở phía ngón út của khớp giúp các xương căng tay xoay nhịp nhàng khi bạn xoay bàn tay. Khi viêm khớp và sự hao mòn làm xáo trộn cấu trúc này, cổ tay không còn khả năng vừa phân bố lực vừa chuyển động tốt như trước nữa. Đó chính là vấn đề gây ra các triệu chứng của bạn, và cũng là điều mà việc điều trị nhằm làm dịu đi.

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 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 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. Việc thăm khám của chúng tôi bao gồm hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và chụp hình ảnh khi cần thiết.

Bước đầu tiên thường là những biện pháp bạn có thể tự thực hiện. Thay đổi cách bạn sử dụng cổ tay, giảm bớt những việc làm cơn đau bùng lên, và để cổ tay nghỉ ngơi trong nhiều tuần thay vì vài ngày đều có ích. Trị liệu tay nhằm giữ cho cổ tay tiếp tục vận động và tăng cường sức mạnh quanh cổ tay để các tải trọng hàng ngày ít gây đau hơn. Nẹp có thể giữ yên cổ tay trong những đợt đau bùng phát hoặc khi làm việc nặng hơn. Chúng tôi thường cho các biện pháp này thời gian thử nghiệm hợp lý trước khi bàn đến bất kỳ biện pháp nào khác.

Giảm đau là trụ cột còn lại. Thuốc giảm đau thông thường và thuốc kháng viêm, dùng theo hướng dẫn của bác sĩ đa khoa, có thể làm dịu các đợt đau bùng phát và giúp việc hoạt động trở nên dễ chịu hơn. Thuốc kháng viêm tác động lên tình trạng sưng và kích ứng bên trong khớp bị mòn cũng như lên chính cơn đau.

Nếu các bước này chưa giúp bạn cải thiện đủ, phẫu thuật sẽ trở thành một phần của cuộc trao đổi. Đối với tình trạng hao mòn nặng, hai lựa chọn là cố định khớp cổ tay, tức là làm liên các xương lại với nhau để chúng không còn cọ xát vào nhau, hoặc thay khớp để giữ lại một phần vận động. Không có lựa chọn nào mặc nhiên là đúng; việc lựa chọn phụ thuộc vào tuổi của bạn, công việc của bạn và những gì bạn muốn cổ tay làm được. Chúng tôi sẽ trao đổi kỹ về cả hai lựa chọn với bạn và cùng nhau quyết định.

Những điều có thể xảy ra

Viêm khớp thoái hóa cổ tay là một bệnh lâu dài. Sự hao mòn trong khớp không tự đảo ngược, nên nếu không điều trị, cơn đau thường cứ quay lại mỗi khi sử dụng tay, và tình trạng cứng khớp có xu hướng tăng dần qua nhiều tháng và nhiều năm. Một số người có những khoảng thời gian yên ổn giữa các đợt đau bùng phát, nhưng sự hao mòn bên trong vẫn còn đó.

Tin tốt là hầu hết mọi người đều thuyên giảm thực sự khi cổ tay được kiểm soát tốt. Làm dịu các đợt đau bùng phát bằng nghỉ ngơi, nẹp, thuốc giảm đau thông thường và trị liệu tay thường giúp các công việc hàng ngày trở lại dễ chịu. Nhiều người vẫn duy trì được trong nhiều năm chỉ với các biện pháp này. Nếu sau này cần phẫu thuật, cả cố định khớp cổ tay lẫn thay khớp đều giúp giảm đau một cách đáng tin cậy và cải thiện sức mạnh nắm tay. Cố định khớp là một lựa chọn bền vững, và nhìn chung mọi người rất hài lòng với kết quả. Thay khớp giữ lại một phần vận động, nhưng có tỷ lệ biến chứng theo thời gian cao hơn, chủ yếu là lỏng khớp nhân tạo, vì vậy việc lựa chọn phụ thuộc vào tuổi của bạn, công việc của bạn và những gì bạn muốn cổ tay làm được.

Quá trình hồi phục sau phẫu thuật đòi hỏi sự kiên nhẫn. Bắt đầu vận động sớm dưới sự hướng dẫn của chuyên viên trị liệu tay giúp bạn lấy lại vận động hữu ích của cổ tay và cẳng tay sớm hơn, với ít buổi trị liệu hơn. Trị liệu tay sau phẫu thuật được thực hiện với Ruby Doolan tại Extend Rehabilitation; cô ấy chỉ đạo quá trình trị liệu của bạn và làm bất kỳ chiếc nẹp nào bạn cần. Trong những tuần và tháng đầu tiên, tình trạng đau và hạn chế chức năng cải thiện đều đặn, và sức mạnh nắm tay trở nên đáng tin cậy hơn. Hãy lưu ý rằng không có phẫu thuật nào khôi phục được chức năng cổ tay hoàn toàn đầy đủ, và một cổ tay đã được cố định sẽ mất đi vận động để đổi lấy sức mạnh và sự dễ chịu.

Phẫu thuật cũng có những rủi ro thực sự. Biến chứng sau phẫu thuật cố định khớp cổ tay xảy ra đủ thường xuyên để bạn cần biết về chúng, phổ biến nhất là do các xương chưa liên hoàn toàn với nhau hoặc do dụng cụ kim loại gây kích ứng, và đôi khi cần một ca phẫu thuật nữa để tháo tấm nẹp kim loại. Nếu khớp nhân tạo bị mòn hoặc lỏng ra sau nhiều năm, việc chuyển sang cố định khớp là một giải pháp cứu vãn an toàn và hiệu quả. Bác sĩ phẫu thuật sẽ trao đổi kỹ tất cả những điều này với bạn trước khi đưa ra bất kỳ quyết định nào.

Nếu các triệu chứng không dịu đi, nặng dần lên trong nhiều tuần, làm bạn thức giấc vào ban đêm, hoặc khiến bạn không thể làm việc hay sử dụng bàn tay, hãy đến gặp bác sĩ đa khoa hoặc yêu cầu được bác sĩ chuyên khoa thăm khám.

Khi nào nên đi khám

Viêm khớp thoái hóa cổ tay là một vấn đề do hao mòn, vì vậy các dấu hiệu cảnh báo liên quan đến cơn đau và chức năng hơn là nguy hiểm. Hãy đến gặp bác sĩ đa khoa hoặc yêu cầu được bác sĩ chuyên khoa thăm khám nếu cơn đau cổ tay không dịu đi khi nghỉ ngơi và áp dụng các biện pháp đơn giản, nếu cơn đau nặng dần lên trong nhiều tuần, nếu cơn đau làm bạn thức giấc vào ban đêm, hoặc nếu nó khiến bạn không thể làm việc hay sử dụng bàn tay. Hãy đi khám sớm thay vì chờ đợi nếu tình trạng cứng khớp tăng dần và những việc hàng ngày như nắm chặt, vặn nắp lọ hoặc chống tay lên cổ tay đã trở nên khó khăn hoặc gây đau. Một lần khám thông thường thường không tự tìm ra nguyên nhân gây đau cổ tay, vì vậy bạn nên mô tả chính xác khi nào cơn đau bùng lên và những việc gì bạn không còn làm được nữa. Nếu bạn không thể liên hệ với phòng khám, chẳng hạn ngoài giờ làm việc hoặc vào cuối tuần, hãy đến khoa cấp cứu gần nhất.

Phân tích sâu hơn

Phần này đi sâu hơn mức cần thiết để bạn có thể tự đưa ra quyết định điều trị. Việc tìm hiểu về viêm khớp thoái hóa cổ tay là rất đáng giá, vì đây là một trong những ví dụ rõ ràng nhất trong phẫu thuật tay về một ý tưởng tưởng chừng hợp lý nhưng lại dẫn đến kết quả điều trị tồi hơn; đồng thời, sự lựa chọn giữa phương pháp hợp nhất khớp và thay khớp cũng phức tạp hơn so với cách trình bày thông thường.

VIỆC CẮT NHIỀU DÂY THẦN KINH HƠN KHÔNG GIÚP CẢI THIỆN KẾT QUẢ, THẬM CHÍ CÒN LÀM TỆ HƠN

Phẫu thuật cắt dây thần kinh cổ tay giúp giảm đau mà không làm thay đổi cấu trúc khớp. Các nhánh thần kinh truyền cảm giác đau từ bao khớp cổ tay sẽ được cắt bỏ, trong khi cấu trúc khớp vẫn giữ nguyên. Phương pháp này bảo tồn khả năng vận động và không gây cản trở bất kỳ can thiệp nào sau này; vì vậy đây là một lựa chọn hấp dẫn.

Phiên bản phổ biến nhất là chỉ cắt dây thần kinh gian xương sau. Vì dây thần kinh gian xương trước cũng chi phối bao khớp, nên việc cắt cả hai dây thần kinh về lý thuyết sẽ mang lại hiệu quả giảm đau tốt hơn.

Nhưng thực tế không phải vậy. Trên **325** bệnh nhân, việc cắt cả hai dây thần kinh gian xương trước và sau **không mang lại lợi ích vượt trội** so với việc chỉ cắt dây thần kinh gian xương sau; thậm chí, thủ thuật kết hợp này **đường như làm tăng tỷ lệ thất bại** [1].

Một can thiệp có nhiều tác động nhưng lại đạt kết quả kém thì đáng để suy ngẫm. Dù cơ chế ra sao, phát hiện này là lời cảnh báo về việc không nên suy luận kết quả dựa trên cấu trúc giải phẫu; chính kiểu suy luận này khiến thủ thuật kết hợp có vẻ như là phương pháp tốt hơn.

Các bằng chứng tổng thể về phẫu thuật cắt dây thần kinh vẫn mang tính khích lệ nhưng chưa vững chắc: có xu hướng cải thiện về giảm đau, khả năng trở lại làm việc và mức độ hài lòng của bệnh nhân; tuy nhiên các nghiên cứu vẫn còn nhiều sự khác biệt, và cần có tiêu chuẩn báo cáo kết quả thống nhất [2].

PHƯƠNG PHÁP CỐ ĐỊNH KHỚP VÀ THAY KHỚP THỰC RA CÓ NHIỀU ĐIỂM TƯƠNG ĐỒNG

Đối với bệnh viêm khớp nặng, hai phương pháp điều trị chính thường được xem là đối lập nhau: cố định khớp cổ tay khiến bệnh nhân mất hoàn toàn khả năng vận động, hoặc thay khớp để vẫn giữ được một phần khả năng vận động. Tuy nhiên, các bằng chứng y khoa cho thấy hai phương pháp này thực tế gần giống nhau hơn so với cách mô tả đó.

Trên **961** bệnh nhân, cả phương pháp cố định khớp cổ tay lẫn thay khớp đều có hiệu quả trong việc giảm đau và cải thiện sức mạnh nắm tay; tỷ lệ biến chứng cũng tương đương nhau, lần lượt là 17% và 19%. Sau khi thay khớp, chức năng vận động được cải thiện rõ rệt; tuy nhiên vẫn còn thiếu dữ liệu theo dõi dài hạn về hiệu quả của phương pháp này [3]. Một phân tích mạng lưới trên **359** bệnh nhân cho thấy việc thay khớp giúp cải thiện đáng kể các chỉ số DASH, mức độ đau và điểm số PRWE so với trước phẫu thuật, cả ở những bệnh nhân mắc viêm khớp do viêm và không do viêm [4].

Như vậy, cả hai phương pháp đều hiệu quả và có tỷ lệ biến chứng khoảng 1/5. Sự khác biệt thực sự nằm ở kết quả cuối cùng mà mỗi phương pháp mang lại cũng như cách chúng có thể thất bại. Phương pháp cố định khớp có độ bền cao và kết quả dễ dự đoán; biến chứng duy nhất là hiện tượng không liên khớp – một vấn đề rõ ràng và có giải pháp xử lý cụ thể. Ngược lại, phương pháp thay khớp giúp duy trì khả năng vận động; tuy nhiên biến chứng thường gặp là hiện tượng lỏng khớp theo thời gian, xảy ra ở một khớp nằm ở cuối cánh tay dài, nơi mà lượng xương sẵn có để phẫu thuật chỉnh sửa là rất hạn chế.

Việc thiếu dữ liệu theo dõi dài hạn là hạn chế thực tế của phương pháp thay khớp; đây cũng là lý do tuổi tác và nhu cầu sử dụng khớp đóng vai trò quan trọng: khớp nhân tạo cần phải hoạt động tốt trong suốt thời gian mà bệnh nhân còn cần đến nó.

TỶ LỆ LIÊN XƯƠNG SAU KHI THỰC HIỆN PHẪU THUẬT LÀ ĐÁNG TIN CẬY

Khi lựa chọn phương pháp làm liên xương, các biến thể kỹ thuật dường như không ảnh hưởng nhiều. Trên **3.517** bệnh nhân, **không có sự khác biệt nào về tỷ lệ liên xương hay mức độ biến chứng** giữa các kỹ thuật cố định khớp cổ tay, cũng như giữa các phương pháp điều trị khớp cổ tay – bàn tay; tuy nhiên các tác giả cũng lưu ý rằng các nghiên cứu được đưa vào phân tích có chất lượng thấp và mức độ không đồng nhất cao, khiến độ tin cậy bị hạn chế [5].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Fidanza A, Necozone S, Garagnani L. Việc cắt dây thần kinh gian xương trước và sau có mang lại kết quả tốt hơn so với chỉ cắt dây thần kinh gian xương sau không? Một phân tích tổng quan có hệ thống và phân tích tổng hợp. EFORT Open Rev. 2023;8(3):110-6. <https://doi.org/10.1530/EOR-22-0089>
- [2] Chin KWTK, Engelsman AF, van Gulik TM, Strackee SD. Phương pháp loại bỏ thần kinh có chọn lọc ở cổ tay để điều trị đau mãn tính: phân tích tổng quan có hệ thống các tài liệu y khoa. J Hand Surg Eur Vol. 2019;45(3):265-72. <https://doi.org/10.1177/1753193419886777>

- [3] Zhu XM, Perera E, Gohal C, Dennis B, Khan M, Alolabi B. Phân tích tổng quan có hệ thống về kết quả phẫu thuật cố định khớp cổ tay và thay khớp cổ tay ở bệnh nhân bị viêm khớp cổ tay. J Hand Surg Eur Vol. 2020;46(3):297-303. <https://doi.org/10.1177/1753193420953683>
- [4] Chong HH, Zabaglo M, Asif A, Boksh K, Kulkarni K. Phân tích tổng quan có hệ thống và phân tích tổng hợp mạng lưới về kết quả sau phẫu thuật thay khớp cổ tay toàn phần. J Hand Surg Eur Vol. 2023;49(1):17-24. <https://doi.org/10.1177/17531934231199317>
- [5] Owen DH, Booth JW, Agius PA, Perriman DM, Smith PN, Roberts CJ. Tỷ lệ liên xương và biến chứng sau phẫu thuật cố định khớp cổ tay toàn phần: phân tích tổng quan có hệ thống và phân tích tổng hợp. J Hand Surg Am. 2025;50(4):508.e1-508.e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.10.011>