VIÊM BAO GÂN DE QUERVAIN

Lee A. Mancini, MD, CSCS*D, CSN • Nicholas R. Martin, MD • Jessica Z. Andrade, DO

CƠ BẢN

MÔ TẢ

- Được Fritz De Quervain mô tả lần đầu tiên vào năm 1895, viêm bao gân De Quervain là một tình trạng gây đau do hẹp bao gân ở khoang duỗi thứ nhất (1st dorsal compartment) ở mặt quay của cổ tay.
- Nguyên nhân do chuyển động lặp đi lặp lại của gân duỗi ngắn ngón cái (EPB) và gân dạng dài ngón cái (APL) trượt qua mỏm trâm quay, dẫn đến những thay đổi dị sản (metaplastic changes) của bao gân xung quanh.

DỊCH TỄ HỌC

- Độ tuổi chiếm ưu thế là 30 đến 50 tuổi.
- Nữ giới bị ảnh hưởng thường xuyên hơn nam giới (1).
- Với các yêu cầu nghề nghiệp và công việc mới, tỷ lệ mắc bệnh này đang tăng dần.

Tỷ lệ mắc mới

- Tỷ lệ mắc mới chung của viêm bao gân De Quervain là 0,9/1.000 người-năm.
- Đối với bệnh nhân trên 40 tuổi, tỷ lệ mắc mới là 1,4/1.000 người-năm so với 0,6/1.000 người-năm ở nhóm dưới 20 tuổi.
- Phụ nữ có tỷ số tỷ lệ mắc mới là 2,8/1.000 người-năm so với 0,6/1.000 người-năm ở nam giới.
- Tỷ lệ mắc mới viêm bao gân De Quervain là 1,3/1.000 người-năm ở người da đen và 0,8/1.000 người-năm ở người da trắng (1).

Tỷ lệ hiện mắc

Hiện được ước tính là 1,3% ở nữ và 0,5% ở nam.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH BỆNH HỌC

- Các chuyển động lặp đi lặp lại của cổ tay và/hoặc ngón cái gây ra vi chấn thương, dày dị sản của gân (EPB, APL), và hẹp bao gân xung quanh.
- Chuyển động của EPB và APL bị cản trở khi trượt qua mỏm trâm quay, gây đau khi cử động ngón cái và cổ tay.
- Ở những người được phẫu thuật giải phóng khoang duỗi thứ nhất, mô bệnh học của bao gân cho thấy đặc điểm thoái hóa nhầy (myxoid degeneration) kèm mô xơ dày đặc và tích tụ mucopolysaccharide.
- Các phân tích trên tử thi đã xác định có thêm một vách ngăn trong khoang duỗi thứ nhất ở 34–44% cá thể, và tình trạng phân chia dưới khoang (subcompartmentalization) đã được báo cáo ở 86–94% bệnh nhân bị viêm bao gân De Quervain (2).

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Phụ nữ từ 30 đến 50 tuổi
- Mang thai (chủ yếu ở tam cá nguyệt thứ ba và giai đoạn sau sinh)
- Người Mỹ gốc Phi
- Các bệnh lý toàn thân (ví dụ: viêm khớp dạng thấp)

- Tham gia các hoạt động liên quan đến chuyển động lặp lại hoặc nắm chặt kèm lệch trục ngón cái và cổ tay như chơi golf, câu cá bằng ruồi giả (fly fishing), các môn thể thao dùng vợt, chèo thuyền, hoặc đạp xe, chơi trò chơi điện tử, và gần đây là nhắn tin văn bản
- Các chuyển động lặp lại của bàn tay/ngón cái đòi hỏi nắm chặt kèm lệch trụ/lệch quay cổ tay; kỹ thuật viên nha khoa, nhạc công, thợ mộc, công nhân lắp ráp, và người vận hành máy móc
- Các phân tích gần đây cho thấy sự biến đổi giải phẫu, bao gồm biến thể vị trí bám gân và tình trạng phân chia dưới khoang của khoang duỗi thứ nhất, có thể là yếu tố nguy cơ lớn nhất.

PHÒNG NGỪA CHUNG

Tránh lạm dụng hoặc các chuyển động lặp đi lặp lại của cổ tay và/hoặc ngón cái liên quan đến nắm chặt và lệch trụ/lệch quay.

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Hoạt động chuyển động lặp lại; lạm dụng cổ tay hoặc ngón cái
- Đau tăng dần dọc theo mặt quay của ngón cái và cổ tay khi thực hiện một số động tác nhất định, đặc biệt là lệch trụ cổ tay
- Mang thai
- Tiền sử thể thao, giải trí và nghề nghiệp
- Chấn thương (hiếm gặp)

KHÁM THỰC THỂ

- Đau tại mỏm trâm quay, tăng lên khi bệnh nhân cử động ngón cái hoặc nắm chặt tay
- Lạo xạo (crepitus) khi cử động ngón cái
- Sưng tại mỏm trâm quay và gốc ngón cái
- Giảm tầm vận động của ngón cái
- Đau tại khoang duỗi thứ nhất khi dạng hoặc duỗi ngón cái có đối kháng
- Đau có thể lan rộng theo hướng gần hoặc xa dọc theo gân khi sờ nắn hoặc gây áp lực.
- Nghiệm pháp Finkelstein: Yêu cầu bệnh nhân chủ động lệch trụ cổ tay ở mép bàn, người khám nắm ngón cái bị ảnh hưởng và tiếp tục thụ động lệch bàn tay theo hướng trụ. Nghiệm pháp dương tính khi có đau dọc theo đầu xa xương quay.
- Nghiệm pháp Eichhoff: Bệnh nhân nắm chặt ngón cái đã gấp vào lòng bàn tay, người khám lệch cổ tay theo hướng trụ.
- Nghiệm pháp Finkelstein nhạy hơn trong việc xác định viêm bao gân của gân APL và EPB (3)[A].

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Gãy xương thuyền
- Rách dây chằng thuyền-nguyệt
- Nang hạch mu cổ tay
- Thoái hóa khớp bàn ngón tay cái (khớp CMC thứ nhất)
- Viêm gân cơ gấp cổ tay quay
- Viêm bao gân do nhiễm trùng

- Viêm gân các cơ duỗi cổ tay
- Hội chứng giao thoa (Intersection syndrome)
- Ngón tay cái bật (Trigger thumb)

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & GIẢI THÍCH

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh)

- Chủ yếu là chẩn đoán lâm sàng
- Chụp X-quang cổ tay để loại trừ các bệnh lý khác, chẳng hạn như thoái hóa khớp CMC, nếu chẩn đoán còn nghi ngờ
- MRI là xét nghiệm hình ảnh được lựa chọn để loại trừ tổn thương mô mềm đồng thời hoặc bệnh lý khớp cổ tay.

Xét nghiệm theo dõi & Các cân nhắc đặc biệt

- Siêu âm có thể giúp phát hiện các biến thể giải phẫu ở khoang duỗi thứ nhất của cổ tay và hướng dẫn tiêm corticosteroid chính xác (4),(5).
- Siêu âm đã được báo cáo có độ nhạy 100% trong việc phát hiện tổn thương bệnh lý (2).

Giải thích kết quả xét nghiệm

Bao gân bị viêm và dày lên (viêm bao hoạt dịch quanh gân).

ĐIỀU TRỊ

- Hầu hết các trường hợp viêm bao gân De Quervain tự giới hạn.
- Nghỉ ngơi và dùng NSAID (3)[A]
- Chườm đá (15 đến 20 phút, 5 đến 6 lần/ngày)
- Bất động bằng nẹp spica ngón cái (3)[A]
- Trị liệu nghề nghiệp
- Châm cứu
- Tiêm corticosteroid (nên có hướng dẫn siêu âm)
- Cân nhắc phẫu thuật nếu các biện pháp bảo tồn thất bại sau hơn 6 tháng.

BIỆN PHÁP CHUNG

- Nếu không giảm đau hoàn toàn, tiêm corticosteroid vào bao gân có thể cải thiện triệu chứng.
- Biến thể giải phẫu, bao gồm phân chia dưới khoang của khoang duỗi thứ nhất hoặc gân EPB đi trong một khoang riêng biệt, có thể làm phức tạp việc điều trị. Siêu âm có thể phân biệt các biến thể này và cải thiện độ chính xác về mặt giải phẫu khi tiêm (4).
- Có thể chỉ định phẫu thuật giải phóng sau 3 đến 6 tháng điều trị bảo tồn nếu triệu chứng vẫn kéo dài. Phẫu thuật rất hiệu quả và có tỷ lệ biến chứng tương đối thấp.

THUỐC ĐIỀU TRỊ

Điều trị hàng đầu

Nẹp bất động, nghỉ ngơi, và NSAID

Điều trị hàng thứ hai

- Tiêm corticosteroid vào bao gân đã cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh đáng kể. Đôi khi cần tiêm nhắc lại.

- Tiêm corticosteroid kết hợp với bất động hiệu quả hơn so với chỉ bất động đơn thuần (6)[B].
- Cắt gân qua da dưới hướng dẫn siêu âm, giải phóng mạc giữ gân (retinaculum release), và/hoặc tiêm huyết tương giàu tiểu cầu là những kỹ thuật mới cho thấy triển vọng trong điều trị viêm bao gân De Quervain.

CÁC VẤN ĐỀ CẦN CHUYỂN TUYẾN

Cần chuyển đến bác sĩ phẫu thuật bàn tay nếu điều trị bảo tồn không cải thiện.

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Trị liệu bàn tay, kết hợp với iontophoresis/phonophoresis, có thể giúp cải thiện kết quả trong các trường hợp dai dẳng.
- Bệnh nhân có thể sử dụng các bài tập kéo giãn ngón cái như một phần của quá trình phục hồi chức năng.

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

- Chỉ định cho bệnh nhân đã thất bại với điều trị bảo tồn
- Giải phóng qua nội soi có thể mang lại hiệu quả giảm đau sớm hơn, ít biến chứng thần kinh quay nông hơn, và mức độ hài lòng của bệnh nhân về sẹo cao hơn so với phẫu thuật mở (6)[B].

CÁC LƯU Ý VỀ NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

Nhập viện để chăm sóc liên quan đến điều trị phẫu thuật.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN NGHỊ TÁI KHÁM

- Có thể tiêm corticosteroid bổ sung sau 4 đến 6 tuần nếu triệu chứng vẫn kéo dài. Cần thận trọng khi tiêm steroid lặp lại.
- Tránh các chuyển động lặp lại và các hoạt động gây đau.

CHẾ ĐỘ ĂN

Theo khả năng dung nạp.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Điều chỉnh hoạt động: Tránh các chuyển động lặp lại của cổ tay/ngón cái và động tác nắm chặt.

TIÊN LƯỢNG

- Rất tốt với điều trị bảo tồn
- Hồi phục hoàn toàn có thể mất đến 1 năm.
- Tỷ lệ thành công 95% đã được ghi nhận với điều trị bảo tồn kéo dài hơn 1 năm.
- Tới 1/3 số bệnh nhân sẽ có triệu chứng dai dẳng.

BIẾN CHỨNG

- Hầu hết các biến chứng là thứ phát sau điều trị. Bao gồm tổn thương tiêu hóa, thận, và gan thứ phát do sử dụng NSAID.

- Tổn thương thần kinh có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật.
- Giảm sắc tố da, teo mô mỡ, chảy máu, nhiễm trùng, và đứt gân đã được báo cáo là các biến cố bất lợi tiềm ẩn từ tiêm corticosteroid. Hướng dẫn siêu âm giúp giảm tỷ lệ biến chứng.
- Nếu không được điều trị đúng cách, khả năng linh hoạt của ngón cái có thể bị mất do xơ hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wolf JM, Sturdivant RX, Owens BD. Incidence of de Quervain's tenosynovitis in a young, active population. J Hand Surg Am. 2009;34(1):112–115.
2. Dunn CL, Polmear MM, Nesti LK. Dispelling the myth of work-related de Quervain's tenosynovitis. J Wrist Surg. 2019;8:90–92.
3. Huisstede BM, Coert JH, Fridén J, et al; for European HANDGUIDE Group. Consensus on a multidisciplinary treatment guideline for de Quervain disease: results from the European HANDGUIDE study. Phys Ther. 2014;94(8):1095–1110.
4. Lee KH, Kang CN, Lee BG, et al. Ultrasonographic evaluation of the first extensor compartment of the wrist in de Quervain's disease. J Orthop Sci. 2014;19(1):49–54.
5. Di Sante L, Martino M, Manganiello I, et al. Ultrasound-guided corticosteroid injection for the treatment of de Quervain's tenosynovitis. Am J Phys Med Rehabil. 2013;92(7):637–638.
6. Kang HJ, Koh IH, Jang JW, et al. Endoscopic versus open release in patients with de Quervain's tenosynovitis: a randomised trial. Bone Joint J. 2013;95-B(7):947–951.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Ali M, Asim M, Danish SH, et al. Frequency of de Quervain's tenosynovitis and its association with SMS texting. Muscles Ligaments Tendons J. 2014;4(1):74–78.
- Ashraf MO, Devadoss VG. Systematic review and meta-analysis on steroid injection therapy for de Quervain's tenosynovitis in adults. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2014;24(2):149–157.
- Cavaleri R, Schabrun SM, Te M, et al. Hand therapy versus corticosteroid injections in the treatment of de Quervain's disease: a systematic review and meta-analysis. J Hand Ther. 2016;29(1):3–11.
- Goel R, Abzug JM. de Quervain's tenosynovitis: a review of the rehabilitative options. Hand (N Y). 2015;10(1):1–5.
- Kume K, Amano K, Yamada S, et al. In de Quervain's with a separate EPB compartment, ultrasound-guided steroid injection is more effective than a clinical injection technique: a prospective open-label study. J Hand Surg Eur Vol. 2012;37(6):523–527.
- Kwon BC, Choi SJ, Koh SH, et al. Sonographic identification of the intracompartmental septum in de Quervain's disease. Clin Orthop Relat Res. 2010;468(8):2129–2134.
- Orlandi D, Corazza A, Fabbro E, et al. Ultrasound-guided percutaneous injection to treat de Quervain's disease using three different techniques: a randomized controlled trial. Eur Radiol. 2015;25(5):1512–1519.
- Pagonis T, Ditsios K, Toli P, et al. Improved corticosteroid treatment of recalcitrant de Quervain tenosynovitis with a novel 4-point injection technique. Am J Sports Med. 2011;39(2):398–403.
- Peters-Veluthamaningal C, van der Windt DA, Winters JC, et al. Corticosteroid injection for de Quervain's tenosynovitis. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3):CD005616.
- Rousset P, Vuillemin-Bodaghi V, Laredo JD, et al. Anatomic variations in the first extensor compartment of the wrist: accuracy of US. Radiology. 2010;257(2):427–433.

- Scheller A, Schuh R, Hönle W, et al. Long-term results of surgical release of de Quervain's stenosing tenosynovitis. Int Orthop. 2009;33(5):1301–1303.
- Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, et al. Prevalence and impact of muskuloskeletal disorders of the upper limb in the general population. Arthritis Rheum. 2004;51(4):642–51.

XEM THÊM

Sơ đồ thuật toán: Đau chi trên (Pain in Upper Extremity)

MÃ BỆNH (CODES)

ICD10

M65.4 Viêm bao gân mỏm trâm quay [De Quervain]

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN LƯU Ý

- Các chuyển động lặp lại của cổ tay và ngón cái, cùng các hoạt động đòi hỏi nắm chặt, là nguyên nhân phổ biến nhất gây viêm bao gân De Quervain.
- Các biến thể giải phẫu của khoang duỗi thứ nhất và những thay đổi dị sản được ghi nhận ở phần lớn các trường hợp.
- Điều trị ban đầu thường là điều trị bảo tồn.
- Tiêm corticosteroid có hiệu quả và có tỷ lệ biến chứng thấp hơn nếu được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm.
- Phương pháp kết hợp nẹp chỉnh hình/tiêm corticosteroid hiệu quả hơn so với chỉ áp dụng một trong hai biện pháp đơn lẻ.
- Giải phóng mạc giữ gân qua da dưới hướng dẫn siêu âm và phẫu thuật nội soi hữu ích cho các trường hợp dai dẳng, khó điều trị.