

VIÊM DÍNH BAO KHỚP (CỨNG KHỚP VAI / VAI ĐÔNG LẠNH)

Edwin Y. Choi, MD, MS, FAAFP, DFPHM • Daniel Jordan Whitaker, MD • Lea S. Choi, DO

CƠ BẢN

MÔ TẢ

- Viêm dính bao khớp (VDBK) hay còn gọi là vai đông lạnh:
 - Biểu hiện bằng tình trạng đau và hạn chế tầm vận động (ROM) tiến triển của khớp ổ chảo – cánh tay (glenohumeral, GH) (1)
 - Diễn tiến bệnh thường có xu hướng giảm đau dần theo thời gian, nhưng vẫn có thể còn đau tồn dư và hạn chế vận động chủ động lẫn thụ động (ROM) (1).
- Các thể bệnh:
 - Viêm dính bao khớp nguyên phát:
 - Vô căn
 - Thường liên quan đến đái tháo đường (ĐTĐ) (1)
 - Thường tự khỏi trong vòng 9–18 tháng (2)
 - Viêm dính bao khớp thứ phát:
 - Thường do bất động khớp vai kéo dài
 - Nguyên nhân thường gặp nhất là biến chứng của hội chứng chèn ép chóp xoay (viêm gân chóp xoay) không được điều trị triệt để
 - Đôi khi được gọi là "hội chứng vai – bàn tay", một dạng hội chứng đau vùng phức hợp (hay loạn dưỡng giao cảm phản xạ) nếu có đặc điểm đau vai, phù nề lan tỏa và giảm ROM (2)
- Diễn tiến lâm sàng:
 - Giai đoạn 1 (2–9 tháng): giai đoạn đau. Đau liên tục. Chẩn đoán có thể khó khăn nếu chưa có hạn chế vận động ở giai đoạn sớm.
 - Giai đoạn 2 (4–12 tháng): giai đoạn cứng/đông cứng. Vận động bắt đầu bị hạn chế, đặc biệt là động tác xoay ngoài.
 - Giai đoạn 3 (12–42 tháng): giai đoạn hồi phục/tan băng; tầm vận động vai dần trở lại bình thường (2)

DỊCH TỄ HỌC

Tỷ lệ mới mắc

2,4/1.000 người mỗi năm (2)

Tỷ lệ hiện mắc

2–5% trong dân số chung, 10–20% ở người đái tháo đường (2),(3)

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

Các cơ chế nền tảng:

- Vô căn
- Viêm: Tế bào mast, tế bào T, tế bào B và đại thực bào đã được phát hiện trên mô học, gợi ý một quá trình viêm. Các nghiên cứu xác nhận sự hiện diện của các cytokine viêm tăng cao như IL-1, IL-6, TNF- α , COX-1 và COX-2 (3).

- Các dấu ấn tăng sinh mạch máu mới (CD34) và tân tạo thần kinh (GAP43, PGP9.5, NGFRp75) tăng cao có liên quan đến VDBK, góp phần giải thích giai đoạn đau cấp tính. Ngoài ra, một nghiên cứu cho thấy tình trạng tăng biểu hiện TGF- β dẫn đến phát triển VDBK trên chuột (3).
- Xơ hóa: Nguyên bào sợi và nguyên bào cơ sợi được phát hiện trên mô học. Xơ cơ bao khớp làm giảm thể tích khớp xuống còn 3–4 mL so với mức bình thường 10–15 mL. Phân tử kết dính nội bào-1 (ICAM-1) tạo điều kiện cho bạch cầu di chuyển qua nội mô. Chất này tăng cao ở cả VDBK và ĐTĐ.
- Tình trạng xơ hóa chủ yếu ảnh hưởng đến khoảng gian chóp xoay (dây chằng quạ – cánh tay [CHL], gân nhị đầu và bao khớp GH). Dây chằng quạ – cánh tay cơ rút là một dấu hiệu quan trọng trong VDBK (3).
- Cơ rút bao khớp GH do mất lớp hoạt dịch, dính bao khớp và giảm thể tích bao khớp là các đặc điểm được ghi nhận trong VDBK.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Bất động khớp vai; thường do hội chứng chèn ép (yếu tố nguy cơ quan trọng nhất)
- Tuổi cao (1)
- Giới nữ (1)
- Đái tháo đường (1)
- Bệnh tuyến giáp (1)
- Bệnh tim mạch do xơ vữa (ASCVD): tai biến mạch máu não (TBMMN)/nhồi máu cơ tim (NMCT)/rối loạn lipid máu (2)
- Sử dụng thuốc kháng retrovirus
- Bệnh Parkinson
- Chấn thương/phẫu thuật (1)
- Tiền sử VDBK ở vai đối bên

DỰ PHÒNG CHUNG

- Duy trì lối sống năng động, đồng thời tránh chấn thương vai
- Kiểm soát tốt đái tháo đường, bệnh xơ vữa động mạch, bệnh tuyến giáp và các bệnh tự miễn

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

Đái tháo đường, rối loạn tự miễn, bệnh Parkinson, sử dụng liệu pháp kháng retrovirus hoạt tính cao (HAART), TBMMN/NMCT, bệnh đĩa đệm cổ, rối loạn tuyến giáp (1)

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Xác định các yếu tố nguy cơ có thể có.
- Cứng khớp GH tiến triển và nặng dần
- Phần lớn bệnh nhân có đau vai lan tỏa, đặc biệt ở giai đoạn khởi phát bệnh.
- Ở giai đoạn muộn của bệnh, tình trạng cứng khớp trở thành triệu chứng nổi trội.
- Cần loại trừ các bệnh lý gây đau khác như gãy xương, thoái hóa khớp (OA), các bệnh lý dưới mòm cùng vai như viêm bao hoạt dịch và bệnh lý gân chóp xoay, bệnh rễ thần kinh cổ và thoái hóa khớp GH (3).

KHÁM THỰC THỂ

- Hạn chế cả vận động chủ động và thụ động do có sự cản trở cơ học thực sự
- Kiểu hạn chế ROM theo mô hình bao khớp, trong đó xoay ngoài bị ảnh hưởng nhiều nhất, tiếp theo là dạng vai, rồi đến gấp vai (1).

- Đau khi thực hiện các nghiệm pháp chèn ép chóp xoay
- Không thể đưa tay lên cao qua đầu hoặc ra sau lưng (túi quần sau)
- Hiện tượng thay thế bằng xương bả vai thường đi kèm khi vận động vai chủ động
- Mất nhịp đung đưa tay khi đi bộ

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Căng/rách/chèn ép gân chóp xoay
- Thoái hóa khớp GH hoặc khớp cùng đòn
- Căng cơ cổ/bệnh rễ thần kinh cổ/thoái hóa khớp cổ
- Viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai
- Hội chứng Parsonage-Turner: viêm đám rối thần kinh cánh tay thứ phát sau một yếu tố khởi phát như nhiễm trùng, chấn thương hoặc bệnh tự miễn
- Hội chứng đau cân cơ
- Viêm gân vôi hóa
- Gãy xương
- Bán trật/trật khớp vai
- U xương/di căn xương

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & GIẢI THÍCH

VDBK là chẩn đoán lâm sàng, có thể được hỗ trợ thêm bằng xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh khi cần. Không có xét nghiệm hay hình ảnh đơn lẻ nào đủ để xác định chẩn đoán.

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, hình ảnh học)

- Không cần xét nghiệm máu đối với VDBK vô căn. Xét nghiệm máu có thể được dùng để kiểm tra các bệnh lý liên quan/phối hợp như đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, đột quỵ, bệnh tự miễn, và hiếm gặp hơn là bệnh Parkinson (ví dụ: hormon kích thích tuyến giáp, HbA1C, tốc độ lắng máu).
- Hình ảnh học
 - X-quang thường quy vai bị ảnh hưởng (tư thế sau – trước, xoay ngoài, tư thế nách, và tư thế outlet gân trên gai)
 - Xét nghiệm ban đầu được ưu tiên
 - Trong hầu hết trường hợp sẽ cho kết quả âm tính
 - Chủ yếu dùng để loại trừ các bệnh lý khác như thoái hóa khớp GH, gãy xương, trật khớp hoặc u (2)
 - Cộng hưởng từ (MRI)
 - Không chỉ định trừ khi có bệnh lý phối hợp ở vai hoặc thiếu hụt thần kinh
 - Có thể cho thấy dày bao khớp và dây chằng quạ – cánh tay kèm phù nề và tăng dịch khớp (2)
 - Tăng tín hiệu bất thường ở khoảng gian chóp xoay/bao khớp nách và tăng tín hiệu ở phần dưới bao khớp GH và/hoặc dây chằng quạ – cánh tay là các dấu hiệu chẩn đoán có giá trị nhất, với độ nhạy và độ đặc hiệu >80% (4).
 - Siêu âm (SA)
 - Chỉ định tương tự như MRI
 - Lựa chọn tùy theo từng trường hợp cụ thể và sở thích của bác sĩ lâm sàng
 - Cũng có thể cho thấy dày dây chằng quạ – cánh tay và mô mềm của bao khớp, cùng tăng dịch khớp
 - Doppler có thể cho thấy tăng sinh mạch máu quanh phần trong khớp của gân nhị đầu và dây chằng quạ – cánh tay.

Xét nghiệm theo dõi & lưu ý đặc biệt

- Ra quyết định điều trị cùng bệnh nhân (shared decision-making)

- Chuyển khám chuyên khoa đau nếu có hội chứng đau vùng phức hợp (CRPS)

Thủ thuật chẩn đoán/Khác

Nghiệm pháp tiêm thuốc có thể hữu ích để phân biệt VDBK với các bệnh lý dưới mỏm cùng vai như bệnh lý gân chóp xoay (các bệnh này thường cải thiện sau tiêm thuốc tê tại chỗ, khác với VDBK). Chỉ nên thực hiện khi chẩn đoán vẫn chưa rõ ràng sau khi đã hỏi bệnh sử và khám thực thể kỹ lưỡng.

ĐIỀU TRỊ

- Trong hầu hết các trường hợp, bệnh tự giới hạn
- Vật lý trị liệu với các bài tập trong giới hạn chịu đựng của cơn đau
- Quản lý kỳ vọng của bệnh nhân; quá trình hồi phục thường mất 18 tháng điều trị thuốc và phục hồi chức năng (2).
- Điều trị các bệnh lý nền liên quan đến VDBK như đái tháo đường và bệnh tuyến giáp.

ĐIỀU TRỊ THUỐC

- Thuốc nên được sử dụng phối hợp với vật lý trị liệu nhằm giảm nhẹ triệu chứng.
- Acetaminophen hoặc thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) là lựa chọn đầu tay.
- Tiêm corticosteroid:
 - Tiêm corticosteroid nội khớp đơn liều và tiêm đa vị trí cho thấy hiệu quả tốt cả về mặt thống kê lẫn lâm sàng đối với triệu chứng đau khi được sử dụng ở giai đoạn sớm của bệnh (5).
 - Tiêm corticosteroid nội khớp ở bệnh nhân có triệu chứng vai đông lạnh <1 năm cho thấy lợi ích lớn hơn so với các can thiệp khác, và các lợi ích này được ghi nhận kéo dài tới 6 tháng (5).
 - Một đợt vật lý trị liệu sau tiêm, kéo dài 4–6 tuần, có hoặc không kèm tiêm corticosteroid nội khớp, dường như có liên quan đến lợi ích ngắn hạn trong cải thiện đau và ROM.
 - Có thể pha loãng thuốc tiêm với thuốc tê tại chỗ như lidocaine. Có thể dùng triamcinolone 20–40 mg hoặc methylprednisolone 20–40 mg.
 - Bơm giãn khớp bằng nước muối sinh lý (hydrodilatation) kết hợp với tiêm corticosteroid nội khớp có thể giúp tăng tốc độ hồi phục ROM so với chỉ tiêm corticosteroid đơn thuần (3).
- Mặc dù một đợt ngắn corticosteroid đường uống có thể tạm thời giảm đau và cải thiện vận động, lợi ích này không kéo dài quá vài tuần. Các nghiên cứu cho thấy tiêm corticosteroid nội khớp hiệu quả hơn so với điều trị corticosteroid đường uống (3).

VẤN ĐỀ CẦN HỘI CHẨN/CHUYỂN KHÁM

Có thể xem xét chuyển khám ngoại khoa nếu bệnh nhân không có tiến triển sau điều trị bảo tồn trong vòng một năm.

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Bài tập và vật lý trị liệu:
 - Nên áp dụng các bài tập ROM nhẹ nhàng cho mọi bệnh nhân.
 - Các bài tập nên được thực hiện hằng ngày và theo mức độ chịu đựng. Cần đưa ra một kế hoạch tập luyện có cấu trúc rõ ràng cho bệnh nhân (6).
 - Vật lý trị liệu được ghi nhận có lợi ích, đặc biệt ở giai đoạn 2 và 3 của VDBK. Bằng chứng tốt nhất ủng hộ việc sử dụng phối hợp với các điều trị khác như tiêm corticosteroid.
- Laser được đề xuất như một phương pháp điều trị tiềm năng, đặc biệt để giảm đau; tuy nhiên chưa có đủ bằng chứng ủng hộ
- Phong bế thần kinh trên vai có thể giúp giảm đau tạm thời và có thể là một lựa chọn điều trị cho VDBK kháng trị với tiêm corticosteroid nội khớp; tuy nhiên vẫn thiếu bằng chứng chất lượng cao (3).

- Các liệu pháp khác đã được nghiên cứu bao gồm liệu pháp lạnh toàn thân và tiêm độc tố botulinum type A nội khớp, cả hai đều cho thấy cải thiện đau và ROM nhưng bằng chứng còn hạn chế (3).

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

- Chỉ nên áp dụng cho bệnh nhân không đáp ứng với các biện pháp bảo tồn trong ít nhất 1 năm hoặc không có cải thiện với điều trị bảo tồn
- Một số thủ thuật thường gặp nhất bao gồm thao tác nắn khớp dưới gây mê (MUA), giải phóng bao khớp qua nội soi (ARC), chụp X-quang bơm giãn khớp, và các phương pháp khác (2). Một nghiên cứu so sánh ARC, MUA và vật lý trị liệu cho thấy cả ba phương pháp điều trị đều mang lại cải thiện đáng kể về đau và chức năng, nhưng không có phương pháp nào vượt trội hơn hẳn so với các phương pháp còn lại về mặt lâm sàng (7).

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

- Sau khi đã xác định chẩn đoán, đánh giá nhu cầu kiểm soát đau và bắt đầu cho bệnh nhân dùng NSAID, kết hợp với chương trình tập luyện nhẹ nhàng dưới hướng dẫn của vật lý trị liệu.
- Tái khám sau 3–4 tuần: nếu không cải thiện đáng kể, có thể xem xét tiêm corticosteroid nội khớp (5)
- Nên phối hợp vật lý trị liệu song song vì có thể đẩy nhanh tốc độ hồi phục và tăng ROM (5).
- Đối với VDBK thứ phát, nên xem xét đánh giá bởi nhóm đa chuyên khoa.
- Nếu không cải thiện, cân nhắc can thiệp phẫu thuật (2).

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Giáo dục bệnh nhân rất quan trọng; cần giải thích tiên lượng và đảm bảo bệnh nhân tuân thủ điều trị.
- Bài tập "leo tường": Đứng đối diện tường, đặt bàn tay bên vai bị ảnh hưởng áp thẳng lên bề mặt tường; dùng các ngón tay "leo" dần lên tường, dừng lại 30 giây sau mỗi vài inch. Lặp lại bài tập sau khi xoay thân người 90 độ so với tường (động tác dạng vai).
- Đối với VDBK thứ phát, cần nhấn mạnh tầm quan trọng của việc điều trị nguyên nhân nền.

TIỀN LƯỢNG

- Khả năng hồi phục phụ thuộc vào thời điểm bắt đầu điều trị, triệu chứng và các bệnh đồng mắc của bệnh nhân.
- Thời gian bệnh thay đổi, kéo dài từ 1–3 năm nếu không can thiệp (1)
- Bệnh nhân bị vai đông lạnh vô căn có tỷ lệ hồi phục tốt (5).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zreik NH, Malik RA, Charalambous CP. Adhesive capsulitis of the shoulder and diabetes: a meta-analysis of prevalence. Muscles Ligaments Tendons J. 2016;6(1):26–34.
2. Rangan A, Goodchild L, Gibson J, et al. Frozen shoulder. Shoulder Elbow. 2015;7(4):299–307.
3. Le HV, Lee SJ, Nazarian A, et al. Adhesive capsulitis of the shoulder: review of pathophysiology and current clinical treatments. Shoulder Elbow. 2017;9(2):75–84.
4. Suh CH, Yun SJ, Jin W, et al. Systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging features for diagnosis of adhesive capsulitis of the shoulder. Eur Radiol. 2019;29(2):566–577.
5. Challoumas D, Biddle M, McLean M, et al. Comparison of treatments for frozen shoulder: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2020;3(12):e2029581.
6. Jain TK, Sharma NK. The effectiveness of physiotherapeutic interventions in treatment of frozen shoulder/adhesive capsulitis: a systematic review. J Back Musculoskelet Rehabil. 2014;27(3):247–273.

7. Rangan A, Brealey SD, Keding A, et al. Management of adults with primary frozen shoulder in secondary care (UK FROST): a multicentre, pragmatic, three-arm, superiority randomised clinical trial. Lancet. 2020;396(10256):977–989.

MÃ BỆNH

ICD10

- M75.00 Viêm dính bao khớp vai không xác định
- M75.01 Viêm dính bao khớp vai phải
- M75.02 Viêm dính bao khớp vai trái

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN GHI NHỚ

- Vai đông lạnh hay VDBK nhìn chung là tình trạng hạn chế ROM toàn bộ khớp vai có tính tự giới hạn. Có tới 15% bệnh nhân sẽ có di chứng khuyết tật lâu dài.
- Diễn tiến tự nhiên của bệnh gồm giai đoạn đau, giai đoạn đông cứng và giai đoạn tan băng. Bệnh thường gặp nhất ở phụ nữ lớn tuổi; tỷ lệ hiện mắc chung là 2–5% dân số nói chung và khoảng 10–20% ở người đái tháo đường.
- Sẽ có hạn chế ROM cả chủ động và thụ động. Thường gặp nhất là mất khả năng xoay ngoài vai. Các dấu hiệu khác bao gồm đau khi kích thích khoang dưới mỏm cùng vai và không thể đưa tay lên cao qua đầu hoặc ra sau (túi quần sau).
- X-quang thường quy là phương tiện hình ảnh học ban đầu được ưu tiên. MRI và siêu âm chỉ thực hiện khi có bệnh lý phối hợp hoặc thiếu hụt thần kinh.
- Điều trị bao gồm kiểm soát đau và vật lý trị liệu; có thể chuyển sang điều trị corticosteroid kèm cân nhắc phẫu thuật
- Triệu chứng thường mất ≥ 18 tháng để hồi phục.