ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG HẸP KHOANG DƯỚI MỎM CÙNG VAI BẰNG TIÊM CORTICOID TẠI CHỖ

TRẦN TRUNG DŨNG
Trường Đại Học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: *Nhận xét kết quả điều trị hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai bằng tiêm Corticoid.* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu****: 30 bệnh nhân đau khớp vai với thời gian ít nhất 3 tháng, được chẩn đoán hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, loại trừ các trường hợp có tổn thương gân chóp xoay và tổn thương sụn viền. Các bệnh nhân được điều trị tiêm 1 mũi Methylprednisolon acetat 40mg vào khoang dưới mỏm cùng vai. Đánh giá kết quả theo thang điểm VAS và Constant.* ***Kết quả nghiên cứu:*** *Điểm VAS trung bình trước điều trị là ; Điểm VAS trung bình sau điều trị là 8,4±1, 25; điểm Constant trung bình trước điều trị là 44,1± 9,32; điểm Constant trung bình sau điều trị là 61,2 ±10,34; Sự khác biệt trước điều trị và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.* ***Kết luận:*** *Điều trị hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai với tiêm Corticoid khoang dưới mỏm cùng đạt kết quả tốt.*

Từ khoá: *Hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, tiêm corticoid*

SUMMARY

CORTICOID INJECTION FOR SUBACROMIAL IMPINGEMENT SYNDROME TREATMENT

Objective: *Evaluate the treatment result of corticoid injection for subacromial impingement syndrome.* ***Patients and method:*** *30 patients with shoulder pain for at least 3 months, diagnosed subacromial impingement syndrome, excluded rotator cuff tear and labral lesion. A single injection into subacromial space with Methylprednisolon acetat 40 mg. Evaluate the result with VAS and Constant score.* ***Results:*** *Pre-injection average VAS is 8,4 ±1,25; Post-injection VAS is 2,6± 1,12; Pre-injection average Constant score is 44,1 ± 9,32. Post-injection average Constant score is 61,2±10,34. The difference between pre-injection and post-injection results is significant with p<0,05.*

Keywords: *Subacromial impingement syndrome; corticoid injection*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai (subacromial impingement) là tình trạng cọ sát về mặt cơ học giữa các tổ chức phần mềm là gân chóp xoay, túi hoạt dịch dưới mỏm cùng vai với mấu động lớn xương cánh tay và mặt dưới của xương cùng vai và dây chằng cùng quạ [1,2]. Triệu chứng điển hình là bệnh nhân đau vị trí quanh mỏm cùng vai và có thể lan dọc xuống cơ delta. Thương tổn hội chứng khoang dưới mỏm cùng vai có nhiều mức độ khác nhau, trong đó ở những giai đoạn nặng thường có tổn thương gân chóp xoay và hội chứng này được coil à nguyên nhân chính gây nên rách chóp xoay [2]. Thăm khám lâm sang thường có biểu hiện sưng nề nhẹ quanh vị trí mỏm cùng vai và mỏm quạ. Các dấu hiệu lâm sàng có giá trị chẩn đoán là Neer test và Hawkin test [2], ngoài ra còn có nghiệm pháp Impingement test để khẳng định chẩn đoán, nghiệm pháp này được mô tả bởi Neer[1,3] bằng cách sử dụng thuốc tê tại chỗ tiêm vào khoang dưới mỏm cùng vai và nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân đỡ đau. Điều trị corticoid tiêm vào khoang dưới mỏm

cùng vai được coi là phương pháp trị liệu cơ bản đối với tổn thương này [4,5,6]. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai bằng tiêm corticoid tại chỗ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

-Đối tượng nghiên cứu: gồm 30 bệnh nhân đến thăm khám tại phòng khám Xương Khớp, bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 12 năm 2012 với tiêu chuẩn:

Đau vai ít nhất 3 tháng

Test Impingement bằng lidocain 1% dương tính

Không có triệu chứng mất vững khớp vai và triệu chứng rách chóp xoay.

Không có hạn chế vận động khớp vai thụ động

Phim cộng hưởng từ xác định chẩn đoán không có tổn thương sụn viền khớp vai và rách gân chóp xoay

-Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu, theo dõi dọc

-Kỹ thuật tiêm: Sử dụng hoạt chất Methylprednisolon acetat 40mg (Depomedrol, Pfizer). Vị trí tiêm là đường sau ngoài, ngang mức bờ sau của mỏm cùng vai. Bệnh nhân ở tư thế ngồi, tay buông thõng để làm rộng khoang dưới mỏm cùng. Sát trùng và tiêm vào khoang dưới mỏm cùng với xy lanh 25G, kim 1,5". Sau khi tiêm, cho bệnh nhân vận động nhẹ nhàng. Sau tiêm, trong tuần đầu, không đi xe máy, xe đạp, không mang vác nặng, tập vận động biên độ khớp vai từ từ tăng dần.

Hình 1: Minh hoạ kỹ thuật tiêm vào khoang dưới mỏm cùng vai [7]

-Đánh giá kết quả bằng thang điểm đau VAS và thang điểm chức năng khớp vai Constant ở thời điểm sau 1 tháng điều trị.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm BN nghiên cứu		N	%
Giới	Nam	12	40%
	Nữ	18	60%
Tuổi trung bình		52,3 ± 6,84 (23 – 67)	
Vai tổn thương	Phải	19	63,3%
	Trái	11	36,7%
Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi điều trị		11,5 ± 8,92 (3 – 24 tháng)	

Nhận xét: Tỷ lệ nữ chiếm đa số với tuổi trung bình 52,9. Thời gian xuất hiện triệu chứng cho đến lúc điều trị trung bình là 11,5. Vai tổn thương bên phải chiếm ưu thế

Bảng 2: Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Trước mổ	Sau mổ	P
Điểm Constant	44,1 ± 9,32	61,2 ± 10,34	< 0,05
Điểm VAS	8,4 ± 1, 25	2,6 ± 1,12	< 0,05

Nhận xét: Đánh giá kết quả dựa trên thang điểm Constant và thang điểm VAS triệu chứng sau điều trị cải thiện rõ rệt.

BÀN LUẬN

Theo bảng 1 ta thấy, đa số các bệnh nhân là nữ giới với tỷ lệ 60%, tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 52,3 ± 6,84. Nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cũng chỉ ra rằng lứa tuổi trung niên chiếm đa số và nữ giới nhiều hơn nam [1,3,4]. Cũng như các tổn thương viêm của bao gân và bao hoạt dịch tại các vị trí khác như tổn thương ngón tay lò xo, hội chứng De Quarvain thường gặp ở nữ giới và tuổi trung niên vì cơ chế bệnh sinh chung giống nhạ[5]. Một số yếu tố khác được nhắc đến như sau chấn thương vùng vai, chúng tôi gặp 6 trường hợp, 4 bệnh nhân nam và 2 bệnh nhân nữ. Chấn thương có thể coi là yếu tố thuận lợi và khởi phát của quá trình tổn thương. Cơ chế bệnh sinh của hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai được mô tả bởi tác giả Neer năm 1972[1].

Vị trí đau ở bên tay phải (tay thuận) chiếm đa số. Một số tác giả báo cáo những kết quả tương tự hoặc tương đương giữa hai tay tuy nhiên vẫn chưa chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa hoặc các yếu tố liên quan[3,4].

Triệu chứng lâm sàng của tổn thương này thường là biểu hiện tình trạng đau viêm, đau tăng lên khi vận động. Vị trí đau thường mơ hồ quanh mỏm cùng vai và mỏm quạ, có thể lan xuống vùng cơ delta. Bản chất của triệu chứng đau do cọ xát của gân cơ trên vai giữa hai cấu trúc cứng là mấu động lớn xương cánh tay và mỏm cùng vai và dây chằng cùng quạ, sau đó là khởi phát của quá trình viêm của túi hoạt dịch khoang dưới mỏm cùng vai[2]. Ở giai đoạn sớm, hội chứng này chưa có tổn thương của gân chóp xoay và đây là yếu tố quan trọng liên quan đến chỉ định điều trị. Bên cạnh thăm khám lâm sang, nghiệm pháp tiêm Lidocain vào khoang dưới mỏm cùng vai để đánh giá gọi là Impingement test có giá trị trong chẩn đoán xác định hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai.

Kết quả điều trị đánh giá bằng thang điểm VAS và Constant cho thấy có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê sau điều trị so với trước điều trị. Sự cải thiện triệu chứng sớm nhất xuất hiện sau khoảng 3 ngày sau tiêm và cải thiện ở mức độ ổn định sau 2 tuần. Triệu chứng đau của tất cả các bệnh nhân gần như hoàn toàn, không có biểu hiện đau viêm khi không vận động, một số bệnh nhân có biểu hiện khó chịu nhẹ khi thực hiện các động tác biên độ lớn. Biên độ vận động cải thiện nhiều hơn so với trước mổ thể hiện ở điểm lượng giá theo Constant tăng lên. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết luận của đa số các tác giả khác [3,4].

Điều trị hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai có nhiều biện pháp khác nhau như dùng thuốc uống, vật lý trị liệu, điều trị Đông Y, dùng thuốc tiêm tại chỗ, sử dụng nội soi hoặc mổ mở …[1,5,8] trong đó, phẫu thuật thường thực hiện ở giai đoạn muộn, khi tình trạng hẹp cơ học nhiều do tổ chức thoái hoá, có tổn

thương rách gân đòi hỏi phải thực hiện các can thiệp về ngoại khoa như khâu lại gân rách, lấy bỏ tổ chức thoái hoá, tạo hình khoang dưới mỏm cùng [1]. Các biện pháp điều trị nội khoa được chỉ định ở giai đoạn sớm, khi chưa có tổn thương gân và chưa có hẹp cơ học [4,5,6]. Các bệnh nhân của chúng tôi được chỉ định điều trị với tiêu chuẩn chặt chẽ, xác định chẩn đoán bằng các nghiệm pháp lâm sàng, test Impingement dương tính, siêu âm và cộng hưởng từ để chẩn đoán xác định và loại trừ các tổn thương rách gân chóp xoay, rách sụn viền. Lựa chọn bệnh nhân với tiêu chuẩn chặt chẽ như trên nên kết quả điều trị đạt hiệu quả cao và cải thiện rõ rệt so với trước mổ có ý nghĩa thống kê dựa trên hai tiêu chuẩn đánh giá là mức độ đau theo thang điểm VAS và cơ năng khớp vai theo thang điểm Constant.

Sử dụng Corticoid tiêm tại chỗ được đa số các tác giả đánh giá là hiệu quả điều trị cao, ít tác dụng phụ toàn thân[4,5,6], một số tác giả thong báo những tác dụng phụ tại chỗ trên gân chóp xoay nhưng mức độ ảnh hưởng không đáng kể, nhất là tiêm 1 mũi duy nhất và sử dụng methylprednisolone[6,9]. Kỹ thuật tiêm cũng là 1 vấn đề nhiều tác giả quan tâm, có những nghiên cứu cho thấy 21% là tiêm không đạt yêu cầu về giải phẫu, nghĩa là đưa thuốc không vào đến khoang dưới mỏm cùng vai mà tiêm vào cơ delta[7,8] và từ đó đề xuất việc tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm [10] và cho thấy kết quả chính xác vượt trội cũng như sự cải thiện tốt hơn về lâm sàng của nhóm được tiêm thuốc có siêu âm dẫn đường. Tuy nhiên, trong điều kiện thực tế, chúng tôi không có máy siêu âm tại phòng khám nhưng dựa trên kinh nghiệm thực tế cá nhân đã thực hiện phẫu thuật mổ mở và mổ nội soi vào khoang dưới mỏm cùng vai trên số lượng đông các bệnh nhân nên khả năng tiêm đạt độ chính xác của chúng tôi cao. Nghiên cứu của Naredo và cộng sự[10] cũng cho thấy đối với nhóm tiêm không có hướng dẫn của siêu âm thì phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của bác sỹ điều trị.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 30 bệnh nhân hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai bằng tiêm Corticoid khoang dưới mỏm cùng cho kết quả cải thiện triệu chứng đau và cơ năng khớp vai có ý nghĩa thống kê theo thang điểm VAS và thang điểm Constant.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neer CS II. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. J Bone Joint Surg [Am] 1972;54:41-50.

2. Matsen AF III, Arntz CT, Lippitt SB. Rotator cuff. In: Rockwood CA Jr, Matsen AF III, editors. The shoulder. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1998. p. 755-840.

3. Plafki C, Steffen R, Willburger RE, Wittenberg RH. Local anaesthetic injection with and without corticos- teroids for subacromial impingement syndrome. Int Orthop 2000;24:40-2.

4. Blair B, Rokito AS, Cuomo F, Jarolem K, Zuckerman JD. Efficacy of injections of corticosteroids for subac- romial impingement syndrome. J Bone Joint Surg [Am] 1996;78:1685-9.

5. White RH, Paull DM, Fleming KW. Rotator cuff tendinitis: comparison of subacromial injection of a long acting corticosteroid versus oral indomethacin therapy. J Rheumatol 1986;13:608-13.

6. Buchbinder R, Green S, Youd JM. Corticosteroid injec- tions for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev 2003;(1):CD004016.

7. Esenyel CZ, Esenyel M, Yesiltepe R, Ayanoglu S, Bulbul M, Sirvanci M, et al. The correlation between the accuracy of steroid injections and subsequent shoulder pain and function in subacromial impinge- ment syndrome. Acta Orthop Traumatol Turc 2003;37:41-5.

8. Yamakado K. The targeting accuracy of subacromial injection to the shoulder: an arthrographic evaluation. Arthroscopy 2002;18:887-91.

9. Akpinar S, Hersekli MA, Demirors H, Tandogan RN, Kayaselcuk F. Effects of methylprednisolone and betamethasone injections on the rotator cuff: an exper- imental study in rats. Adv Ther 2002;19:194-201.

10. Naredo E, Cabero F, Beneyto P, Cruz A, Mondejar B, Uson J, et al. A randomized comparative study of short term response to blind injection versus sonographic- guided injection of local corticosteroids in patients with painful shoulder. J Rheumatol 2004;31:308-14.