

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÔNG CỨNG KHỚP VAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM NONG KHỚP VAI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA DSA

Explore the effectiveness of fluoroscopic-guided hydrodilatation of glenohumeral joint for the treatment of frozen shoulder

*Nguyễn Thị Thu Hằng, Vũ long, Nguyễn Duy Trinh,
Phạm Mạnh Cường, Trần Văn Lượng, Trần Anh Tuấn,
Phạm Minh Thông**

SUMMARY

Objective: The objective was to explore the effectiveness of fluoroscopic-guided hydrodilatation of glenohumeral joint for the treatment of frozen shoulder

Materials and Methods: The prospective study 38 shoulders with primary adhesive capsulitis were treated with hydrodilatation between August 2017 and July 2020 in Radiology Centre- Bach Mai Hospital. The patient were hydrodilatation with corticosteroid injection performed via an anterior approach under fluoroscopy. Patients were followed up at baseline and at 2 and 4 weeks postintervention with Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) scores, VAS scores, and ROM in abduction, forward flexion, external rotation.

Results: A total of 38 consecutive patients with frozen shoulder underwent a distension arthrogram. There were 20 females and 18 males with a mean age of 59,6 (range : 43-91). The mean visual analogue pain score pre-distension was 6,1, two weeks and four weeks post-distension the mean score had significantly improved to 4,1 and 2,9. Mean baseline SPADI score for the patients pre-distension was 65, two weeks and four weeks post-distension the mean score had significantly improved to 45 and 32. Flexion improved from a mean of 76 degrees pre-distension with 106 degrees at 2 weeks and with 131 degrees at 4 weeks. Abduction improved from a mean of 75 degrees pre-distension with 107 degrees at 2 weeks and with 133 degrees at 4 weeks. External rotation improved from 20 degrees pre-distension with 36 degrees at 2 weeks and 53 degrees at 4 weeks. The patients receiving hydrodilatation demonstrated significant improvement in VAS scores and ROM in flexion, abduction, and external rotation at 8 weeks. No patient suffered any significant complication from hydrodilatation and, in particular, there were no intra-articular infections.

Conclusion: Review of the literature and the results presented here indicate that arthrographic capsular distension progressing using fluid containing cortisone is a fairly effective treatment for adhesive capsulitis. Distension arthrography seems to be a promising treatment for adhesive capsulitis. Arthrographic shoulder capsule distension was performed through an anterior-lateral approach under fluoroscopic guidance is accurate, reliable and minimally invasive.

Keyword: *Hydrodilatation, adhesive capsulitis*

* Trung tâm Điện quang- Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đông cứng khớp vai là một trong các bệnh lý cơ xương khớp thường gặp biểu hiện bằng tình trạng đau khớp, kèm theo cứng khớp làm hạn chế tầm vận động cả chủ động và thụ động ở tất cả các động tác của khớp. Hơn 2% dân số có khả năng mắc bệnh, đặc biệt ở phụ nữ lớn tuổi, có tới 40% BN có triệu chứng dai dẳng và hạn chế vận động kéo dài hơn 3 năm, và 15% các trường hợp để lại di chứng¹. Xuất phát từ cơ chế bệnh sinh của ĐCKV việc điều trị cần giải quyết hai vấn đề là chống viêm và bóc tách được dính bao khớp để trả lại tầm vận động của khớp vai. Phương pháp bơm nong khớp vai là một thủ thuật tiêm vào ổ khớp một lượng dịch với áp lực lớn để bóc tách và gỡ dính bao khớp, được Andren và Lundberg thực hiện lần đầu vào năm 1965². Dưới hướng dẫn của máy DSA, hình ảnh trên màn chiếu giúp xác định vị trí chọc kim vào ổ khớp đồng thời kiểm tra chính các đầu kim đã trong ổ khớp giúp cho thủ thuật thực hiện một cách dễ dàng và chính xác. Vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu “Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn DSA trong điều trị bệnh đông cứng khớp vai”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 38 bệnh nhân (BN) với chẩn đoán lâm sàng là đông cứng khớp vai (ĐCKV), với đầy đủ siêu âm, xquang để loại trừ các nguyên nhân khác gây đau tại khớp vai. Các BN này được bơm nong tách dính ổ khớp vai dưới hướng dẫn của DSA tại Trung tâm Điện quang- Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 08/2017 đến tháng 06/2020.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: các BN trong nghiên cứu phải có đủ các tiêu chuẩn sau:

- Đau khớp vai kéo dài >2 tháng
- Giảm tầm vận khớp vai cả thụ động và chủ động.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: BN đau vai kèm hạn chế vận động khớp do các nguyên nhân khác: do chấn

thương, nhiễm trùng, tổn thương mũ cơ xoay.

2. Cách tiến hành: Giải thích kĩ cho BN trước khi tiến hành thủ thuật. Chụp khớp vai cản quang thì 1 để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ hẹp. Tiến hành bơm nong ổ khớp thì 2 với hỗn dịch chứa corticoid, thuốc tê, thuốc cản quang để bóc tách tối đa các túi hoạt dịch. Hướng dẫn BN cách tập luyện sau bơm nong. Đánh giá thang điểm đau VAS, SPADI toàn phần, tầm vận động khớp vai với các động tác gấp, dẹt, xoay ngoài tại các thời điểm 2 tuần và 4 tuần sau can thiệp.

3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu.

4. Phân tích số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tổng số 38BN trong đó 20BN nữ/18BN nam. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 59,61 ± 9,55, thấp nhất là 43 tuổi, cao nhất là 91 tuổi. Thời gian bị bệnh trung bình là 6,50± 3,61, dao động từ 3 đến 18 tháng.

2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh

Tất các các BN đều có triệu chứng đau, 5 trường hợp bị teo cơ vùng khớp vai chiếm tỷ lệ 13,2%, dấu hiệu Neer gặp trong 81,6%, dấu hiệu Hawkin 55,2%, dấu hiệu Jobe 52,6%.

Đặc điểm hình ảnh có 65,8% BN có hình ảnh xq hoàn toàn bình thường, 28,9% có hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, 34,2% có loãng xương khu trú, hình ảnh viêm gân trên gai 13,1%, viêm gân nhị đầu 10,5%. Có 94,8%.

Lượng thuốc cản quang trung bình khi tiến hành chụp khớp của 38BN là 6,68± 1,18, ít nhất là 4ml, nhiều nhất là 10ml. Hình ảnh ĐCKV biểu hiện hình ảnh hẹp hoặc ngấm thuốc không đầy các buồng khớp, có 94,7% trường hợp hẹp ngách nhị đầu, 84,2% các trường hợp hẹp buồng dưới. Mức độ nặng của ĐCKV thể hiện qua lượng thuốc chụp buồng khớp hoặc số buồng khớp không ngấm thuốc.

Bảng 1. Mức độ hẹp chung cuộc theo lượng thuốc chụp và số buồng khớp hẹp

Mức độ hẹp	Rất nặng	Nặng	TB	Nhẹ	Tổng
Theo lượng thuốc chụp	1	14	20	3	38
Theo số buồng hẹp	1	10	23	4	38
Tỷ lệ chung cuộc (%)	2,6	31,6	56,6	9,2	100

Kết quả chung cuộc thấy tỷ lệ hẹp trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 56,5% và hẹp nặng chiếm tỷ lệ 31,6%. Rất hẹp và hẹp nhẹ chỉ chiếm 2,6% và 9,2%.

3. Hiệu quả của phương pháp điều trị tiêm nong khớp vai.

Lượng thuốc nong được trung bình là 19,66ml, lượng thuốc bơm được ít nhất là 15mm, lượng thuốc bơm nhiều nhất 25ml. Có 31 bệnh nhân chỉ cần nong 1 lần đã cho kết quả tốt, đạt 81,6%. Có 7 bệnh nhân (18,4%) phải nong lại lần thứ 2 do tổn thương dính

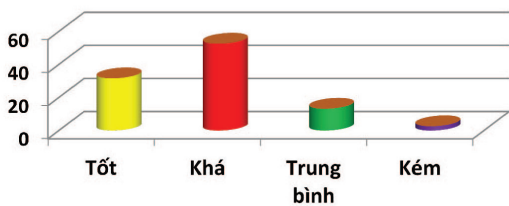
khớp nhiều. Trong 4 buồng khớp và ngách nhị đầu đầu cầu khớp vai, buồng trên dễ nong nhất, đạt tỷ lệ nong được là 100%, buồng trước và buồng sau cũng nong dễ dàng, đạt tỷ lệ 92,3% và 88,8%. Buồng dưới và ngách nhị đầu có nong hơn đạt 78,1% và 73,4%, tỷ lệ thất bại thường do rách bao khớp trước khi buồng khớp kịp nong.

Bảng 2. Mức thay đổi các của các chỉ số đánh giá sau điều trị

Chỉ số đánh giá	Trước ĐT (TB±SD)	Sau ĐT 2 tuần (TB±SD)	Sau ĐT 4 tuần (TB±SD)	p
VAS	6,16±1,08	4,16±0,72	2,95±0,65	<0,001
Gấp vai	76,58±33,93	106,58±25,92	131,58±21,87	
Dạng vai	75,79±33,82	107,37±24,57	133,42±20,70	
Xoay ngoài	20,79±15,44	36,84±9,04	53,16±8,88	
SPADI	64,74±10,80	44,71±11,00	32,26±14,50	

Như vậy tất cả các chỉ số đánh giá gồm chỉ số đau VAS, SPADI và các động tác vận động khớp vai gồm dạng vai, gấp vai và xoay ngoài đều cải thiện rất tốt sau 2 tuần và 4 tuần điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,001.

Đánh giá hiệu quả điều trị đau và cải thiện chức năng khớp vai theo thang điểm SPADI toàn phần:



Biểu đồ 1. Phân loại kết quả điều trị theo SPADI Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

4. Tác dụng không mong muốn

Tỷ lệ xuất hiện các biểu hiện không mong muốn khác sau tiêm thuốc thấp. 5,2 % bệnh nhân đau đầu, chóng mặt sau tiêm nhưng sau nghỉ ngơi, các biểu hiện

Hình ảnh minh họa:



Hình 1. Trần Hùng V, 58t, quan sát trên màn chiếu thấy các buồng khớp đã được nong dần.

Bảng 3. Tuổi trung bình và thời gian bị bệnh và kết quả điều trị

Kết quả điều trị	n	Tuổi (TB±SD)	Thời gian (TB±SD)	p
Tốt	12	52,42±5,93	4,67±2,29	<0,05
Khá	20	60,70±6,63	6,45±3,15	
TB và kém	6	70,33±12,82	10,33±4,41	
Tổng	38	59,61 ± 9,55	6,50± 3,61	

này tự hết trong vòng 15 phút và không cần phải điều trị. Ngoài ra không có trường hợp nào có các biểu hiện khác như nôn hoặc buồn nôn, dị ứng hoặc nhiễm trùng tại chỗ.

IV. BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu (NC) là: 59,6 (tuổi), ít nhất là 43, nhiều nhất là 91 tuổi. Thời gian bị bệnh trung bình trước khi điều trị là 6,5 tháng, thời gian ít nhất là 3 tháng, thời gian kéo dài nhất là 18 tháng. Kết quả (KQ) này khá tương đồng với KQNC của một số tác giả khác. Nghiên cứu của Butt MI trên 140 bệnh nhân, tuổi trung bình là 51, thời gian bị bệnh trung bình là 9 tháng³. Nghiên cứu của Bernard Mengiardi và cs⁴ tuổi trung bình là 54,7 tuổi, tuổi mắc bệnh từ 31 tới 77 tuổi, thời gian bị bệnh trung bình là 11 tháng. Như vậy tuổi thường gặp của bệnh lý ĐCKV là 50-60 tuổi và thời gian bị bệnh kéo dài trước khi điều trị khoảng 1-2 năm.

2. Đặc điểm hình ảnh và lâm sàng bệnh ĐCKV

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân đều có biểu hiện đau, dấu hiệu Neer gặp nhiều nhất: 81,6% bệnh nhân. Dấu hiệu Hawkin: 55,2% bệnh nhân, dấu hiệu Jobe: 52,6% bệnh nhân, có 5 bệnh nhân có dấu hiệu teo cơ do bệnh kéo dài, chiếm 13,2%. Nguyễn Văn Sơn⁵ dấu hiệu Neer gặp nhiều nhất 96,2% bệnh nhân. Dấu hiệu Hawkin 48,6% bệnh nhân và dấu hiệu Jobe 45,7% bệnh nhân. Qua những số liệu thu thập được và những nhận xét của các tác giả, chúng tôi thấy: Các dấu hiệu này không phải là những dấu hiệu đặc trưng của ĐCKV, vì có thể gặp trong các bệnh lý khác, nhưng các dấu hiệu này cho chỉ điểm vùng bệnh nhân đau nhất, mức độ dính khớp, giúp tiên lượng bệnh.

Xquang khớp vai có 28,9% bệnh nhân có hẹp khoang dưới mỏm cùng vai (<7mm), có 34,2% bệnh nhân có dấu hiệu loãng xương khu trú. Kết quả siêu âm hoàn bình thường chiếm tỷ lệ 84,2%, có 10,5% có viêm đầu dài gân nhị đầu, 13,1% có hình ảnh viêm gân trên gai, chỉ có 1BN có hình ảnh viêm gân dưới vai chiếm 2,6%. X quang và siêu âm không giúp chẩn đoán xác định bệnh ĐCKV mà giúp chẩn đoán loại trừ các bệnh lý khác và một phần đánh giá mức độ nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thể tích thuốc trung bình chụp khớp là 6,68ml. Tất cả bệnh nhân đều có hẹp buồng khớp, trong đó hẹp rãnh nhị đầu gặp trong 94,7% các trường hợp, hẹp buồng dưới chiếm 84,2%, hẹp buồng trên 42,1%, hẹp buồng sau 47,4%, hẹp buồng

trước ít gặp nhất chiếm 34,2%. Kết quả chung cuộc dựa vào thể tích thuốc chụp và số buồng khớp hẹp thấy tỷ lệ hẹp trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 56,5% và hẹp nặng chiếm tỷ lệ 31,6%. Rất hẹp và hẹp nhẹ chỉ chiếm 2,6% và 9,2%. Tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Sơn⁵ số BN hẹp mức độ trung bình và nhẹ chiếm tỷ lệ cao 66,7%, tỷ lệ hẹp nặng là 21%. Tỷ lệ BN hẹp nặng của chúng tôi cao hơn của tác giả Nguyễn Văn Sơn, có sự khác nhau như vậy có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ và nhóm BN khám tại BV Bạch Mai cũng thường là những bệnh nhân nặng điều trị tuyến cuối nên mức độ nặng của bệnh cao hơn.

3. Hiệu quả điều trị của phương pháp bơm nong ổ khớp trong điều trị ĐCKV

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các chỉ số đánh giá gồm chỉ số đau VAS, SPADI và các động tác vận động khớp vai gồm dạng vai, gấp vai và xoay ngoài đều cải thiện rất tốt sau 2 tuần và 4 tuần điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điểm VAS: 6,16 \square 4,16 \square 2,95, động tác gấp vai: 76 \square 106 \square 131 độ, động tác dạng vai: 75 \square 107 \square 133 độ, động tác xoay ngoài: 21 \square 36 \square 53 độ. Kết quả nghiên cứu của Reza và cs⁶ thử nghiệm trên 100 khớp vai động cứng, tiến hành tiêm nong dưới hướng dẫn màn tăng sáng đã chứng minh sự cải thiện đáng kể mức độ đau sau 12 tuần, trước khi nong điểm VAS 7,96 \pm 0,98, sau nong 12 tuần còn 3,29 \pm 0,95, góc xoay ngoài tăng từ 20,4 độ lên 50,8 độ. Tương tự như vậy kết quả nghiên cứu của Clement⁷ khi bơm nong 53 khớp vai động cứng dưới hướng dẫn của màn tăng sáng, góc vận động của động tác gấp là 110 \pm 6,5, sau 4 tuần góc vận động cải thiện đáng kể 149,4 \pm 6,9, động tác dạng tăng tăng từ 79,3 độ, sau 4 tuần tăng 134,5 độ, động tác xoay tăng từ 11,5 độ lên 31 độ sau 4 tuần. Như vậy tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới có thể thấy với phương pháp bơm nong ổ khớp các bệnh nhân có sự cải thiện rõ rệt góc vận động ở các động tác gấp, dạng, xoay ngoài. Trong đó, cải thiện nhiều nhất ở động tác gấp và động tác dạng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi SPADI toàn phần trung bình trước nong là 64,7 điểm, sau nong 2 tuần giảm 20,03 điểm, sau nong 4 tuần giảm 32,47 điểm so với trước tiêm. Cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Shamar (2016)⁸ nghiên cứu nong khớp vai dưới hướng dẫn màn tăng sáng, SPADI toàn phần trung bình trước

nong là 63,8 điểm. Sau nong 4 tuần là 34,1, sau nong 8 tuần là 23,8 điểm. Nghiên cứu của Tveita và cs⁹ nhóm 39 BN tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn màn tăng sáng, điểm SPADI toàn phần trung bình trước nong là 63 điểm, sau nong 6 tuần là 26 điểm.

Kết quả thu được phân loại dựa trên thang điểm SPADI toàn phần: Sau 4 tuần điều trị, có 31,6% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 52,6% bệnh nhân đạt kết quả khá và có 1 bệnh nhân, chiếm 2,6% đạt kết quả kém. Nguyễn Văn Sơn (2012)⁵ tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của x quang với kết quả chung cuộc là 87% bệnh nhân tốt, 10,5% bệnh nhân trung bình và 1,0% bệnh nhân kém. Các chỉ số đánh giá, các thang điểm của chúng tôi và tác giả Nguyễn Văn Sơn khác nhau, vì thế không thể kết luận phương pháp nào tốt hơn. Nhưng chúng tôi đều khẳng định rằng tiêm nong khớp vai là một thủ thuật giúp giảm đau, cải thiện tầm vận động khớp và chức năng khớp vai như các tác giả Gam¹⁰, Clement⁷, Yoon¹¹ trên thế giới đã chứng minh.

4. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm cho kết quả điều trị tốt có tuổi trung bình là 52,42, nhóm cho kết quả khá có tuổi trung bình 60,7, nhóm kết quả điều trị trung bình và kém có tuổi trung bình là 70,33, thời gian bị bệnh trung bình của nhóm có hiệu quả điều trị tốt là 4,67 tháng, nhóm kết quả khá là 6,45 tháng, nhóm kết quả trung bình và kém là 10,33. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, điều đó có nghĩa là tuổi càng trẻ thì hiệu quả điều trị càng tốt, thời gian bị bệnh càng dài,

bệnh nhân được điều trị chậm trễ thì hiệu quả điều trị càng thấp. Theo nghiên cứu của Carrette¹² khi BN lớn tuổi, nhất là >65t khả năng bơm nong gặp khó khăn vì nếu bơm nhiều với áp lực lớn, do bao khớp lỏng lẻo, dễ bị rách bao khớp, thoát thuốc ra ngoài ổ khớp trước khi các buồng dính được nong do vậy ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị. Nguyễn Văn Sơn⁵ cho thấy tuổi trung bình nong lần 1 là 56,6, những BN phải nong 2 lần trở lên tuổi trung bình tăng lên 61 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, 100% Bệnh nhân phải nong lần 2 và lần 3 có thời gian bị bệnh kéo dài >5 tháng. Như vậy các tác giả cũng có cùng quan điểm với chúng tôi.

5. Tính an toàn của phương pháp tiêm nong ổ khớp

Thủ thuật bơm nong khớp vai và thủ thuật an toàn, hầu như không có các biến chứng nghiêm trọng. 65,8% BN đau tức tại vị trí tiêm trong quá trình tiêm nong do tăng áp lực trong ổ khớp, cảm giác đau tức do bơm áp lực lớn nhưng BN thích nghi ngay sau đó. 5,2% BN cảm giác đau đầu, chóng mặt thoáng qua và tự hết trong thời gian ngắn. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp các tác dụng không mong muốn nặng của thuốc hoặc của kỹ thuật như dị ứng hay nhiễm trùng.

V. KẾT LUẬN

Bơm nong khớp vai dưới hướng dẫn của máy DSA là một thủ thuật an toàn và cho hiệu quả tốt trong điều giảm đau cũng như cải thiện tầm vận động và chức năng của khớp vai đối với bệnh lý ĐCKV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hazleman, B.L., *The painful stiff shoulder*. Rheumatol Phys Med, 1972. **11**(8): p. 413-21.
2. L, A. and L. B, *Treatment of rigid shoulders by joint distension during arthrography*. Acta Orthopaedica Scandanavia 1965: p. 36.
3. Butt, M.I., T. Iqbal, and S. Anjum, *Comparison Between Manipulation Under Anaesthesia and Intra-Articular Steroid Injections for Frozen Shoulder*. Journal of Rawalpindi Medical College, 2018: p. 342-345.
4. Mengiardi, B., et al., *Frozen shoulder: MR arthrographic findings*. Radiology, 2004. **233**(2): p. 486-492.
5. Sơn, N.V., *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh đông cứng khớp vai và hiệu quả điều trị bằng bơm nong ổ khớp dưới hướng dẫn của x quang*, in *Luận án tiến sỹ y học*. 2011, Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
6. Reza, S., et al., *Treatment of frozen shoulder: A double blind study comparing the impact of triamcinolone injection alone or in association with joint distention*. Res J Pharm Biol Chem Sci, 2013. **4**: p. 226-234.

7. Clement, R., et al., *Frozen shoulder: long-term outcome following arthrographic distension*. Acta Orthop Belg, 2013. **79**(4): p. 368-74.
 8. Sharma, S.P., et al., *Adhesive capsulitis of the shoulder, treatment with corticosteroid, corticosteroid with distension or treatment-as-usual; a randomised controlled trial in primary care*. BMC musculoskeletal disorders, 2016. **17**(1): p. 232.
 9. Tveitå, E.K., et al., *Hydrodilatation, corticosteroids and adhesive capsulitis: a randomized controlled trial*. BMC musculoskeletal disorders, 2008. **9**(1): p. 53.
 10. Gam, A.N., et al., *Treatment of "frozen shoulder" with distension and glucocorticoid compared with glucocorticoid alone. A randomised controlled trial*. Scand J Rheumatol, 1998. **27**(6): p. 425-30.
 11. Yoon, J.P., et al., *Intra-articular injection, subacromial injection, and hydrodilatation for primary frozen shoulder: a randomized clinical trial*. Journal of shoulder and elbow surgery, 2016. **25**(3): p. 376-383.
 12. Carrette, S., et al., *Intraarticular corticosteroids, supervised physiotherapy, or a combination of the two in the treatment of adhesive capsulitis of the shoulder: a placebo-controlled trial*. Arthritis & rheumatism, 2003. **48**(3): p. 829-838.
-

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh đông cứng khớp vai bằng phương pháp tiêm nong ổ khớp dưới hướng dẫn của màn tăng sáng trên máy DSA.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu trên 38 BN bị đông cứng khớp vai được điều trị bằng phương pháp bơm nong ổ khớp với hỗn dịch chứa corticosteroid dưới hướng dẫn màn tăng sáng của máy DSA tại Trung tâm Điện quang- Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 08/2017 đến tháng 07/2020. BN được theo dõi tại thời điểm ban đầu, sau can thiệp 2 tuần và 4 tuần, đánh giá chỉ số đau và khuyết tật khớp vai (SPADI), điểm đau VAS, các động tác vận động khớp gồm gấp, dẹt, xoay ngoài.

Kết quả: Tổng số 38 BN gồm 20 nữ/18 nam, tuổi trung bình 59,6 (từ 43 đến 91). Điểm VAS trung bình trước điều trị là 6,1, sau 2 tuần và 4 tuần cải thiện đáng kể còn lần lượt 4,1 và 2,9 điểm. Điểm SPADI trung bình của BN trước điều trị là 65, sau điều trị giảm xuống còn 45 và 32. Các động tác vận động khớp vai được cải thiện dần từ trước điều trị, sau điều trị 2 tuần và 4 tuần: động tác gấp vai: 76 → 106 → 131 độ; động tác dẹt vai: 75 → 107 → 133 độ; động tác xoay ngoài: 21 → 36 → 53 độ. Như vậy sau điều trị có sự cải thiện đáng kể về thang điểm VAS, SPADI và các động tác vận động khớp vai sau 4 tuần điều trị. Không có BN nào bị biến chứng nặng sau thủ thuật, đặc biệt không ghi nhận một trường hợp nào bị nhiễm trùng ổ khớp.

Kết luận: Phương pháp tiêm nong khớp vai với hỗn hợp chứa corticosteroid là phương pháp điều trị rất hiệu quả và chứa nhiều hứa hẹn đối với các BN bị ĐCKV. Chúng tôi nhận kỹ thuật bơm nong dưới hướng dẫn màn tăng sáng trên máy DSA là một kỹ thuật chính xác, đáng tin cậy, xâm lấn tối thiểu và an toàn.

Người liên hệ: Nguyễn Thị Thu Hằng, Email: drhangcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/8/2020. Ngày chấp nhận đăng: 10/9/2020