

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RÁCH CHÓP XOAY

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/QĐ- BV ngày 28/3/2014

## 1. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

- **Triệu chứng chính:** đau khớp vai
- **Bệnh thường gặp:** viêm khớp vai, hẹp mỏm cùng vai, tổn thương SLAP, viêm gân nhị đầu
- **Bệnh ít gặp:** viêm khớp cùng đòn
- **Nhận diện bệnh nhân:** bệnh nhân tuổi trung niên, đau vai, không có dấu hiệu tê tay.

## 2. BỆNH LÝ

### 2.1. ĐẠI CƯƠNG

**2.1.1 Định nghĩa:** Rách chóp xoay là tình trạng rách một hay nhiều gân trong phức hợp gân chóp xoay.

Chóp xoay là một phức hợp ở khớp vai bao gồm 4 gân cơ: gân cơ trên gai, dưới gai, tròn bé và dưới vai. Cấu trúc này đóng góp một phần quan trọng vào hoạt động phức tạp của khớp vai. Tổn thương của chóp xoay là một trong những yếu tố thường gặp nhất của khớp vai, làm giảm hay mất hoàn toàn tầm độ vận động của khớp. Trong đó tổn thương chủ yếu là rách nơi bám tận của gân.

#### 2.1.2 Cơ chế tổn thương

- Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng rách chóp xoay dù một phần hay hoàn toàn đều chủ yếu do 3 yếu tố chính: chấn thương, nội sinh, ngoại lai.
- Yếu tố nội sinh do liên quan đến vấn đề máu nuôi hay các vấn đề chuyển hóa tiến triển theo tuổi tác, dẫn đến rách do thoái hóa.
- Yếu tố ngoại lai thường do hẹp khoang mỏm cùng vai làm chóp xoay bị kích thích và cọ xát liên tục đưa đến rách.
- Yếu tố chấn thương là những va chạm mạnh gây tổn thương cấp tính gân chóp xoay.

### 2.2. SINH LÝ BỆNH HỌC RÁCH CHÓP XOAY

- Gân chóp xoay có cấu trúc nhầy và đàn hồi, có thể chịu được sức căng rất lớn lên đến 100N/mm, tuy nhiên khả năng chịu lực nén ép và giằng xé thì kém hơn.

- Trong các nghiên cứu về khớp vai ở tử thi cho thấy lực căng tối đa của gân chóp xoay đạt được khi cánh tay dạng 120°.
- Sự thoái hóa kèm theo sự nén ép ngoại lai hay sự quá tải lệch tâm sẽ làm cho gân chóp xoay rách.

### 2.3 PHÂN LOẠI RÁCH CHÓP XOAY

- Có nhiều cách phân loại rách chóp xoay tùy thuộc vào quan niệm của từng tác giả. Trong thực tế thường dựa vào độ dày và vị trí chỗ rách, kích thước, hình dạng.

#### 2.3.1 Theo độ dày và vị trí:

- Rách một phần ở mặt khớp
- Rách một phần ở mặt dưới mỏm cùng vai
- Rách trong gân
- Rách toàn phần

#### 2.3.2 Theo kích thước:

- Rách nhỏ: < 1 cm
- Rách vừa: 1 – 3 cm
- Rách lớn: 3 – 5 cm
- Rách lớn: > 5 cm

#### 2.3.3 Theo hình dạng: hình liềm, chữ U, chữ L, rách rất lớn

## 3. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

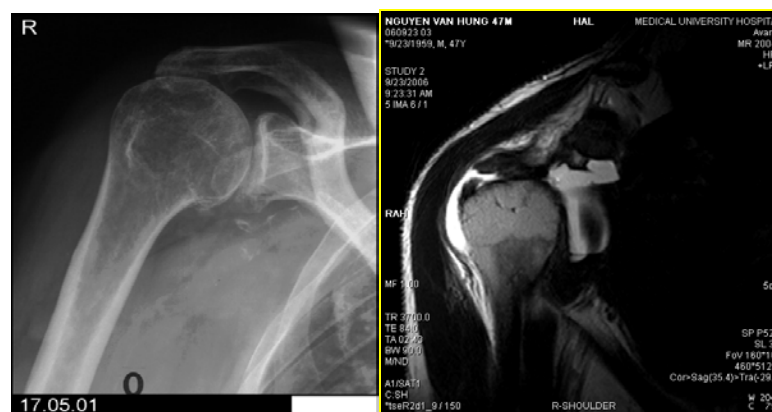
**3.1 Bệnh sử:** Cần hỏi tiền sử chấn thương khớp vai. Nếu có tiền sử chấn thương sẽ tìm hiểu tiếp xem thời gian, cơ chế, đã xử trí gì sau chấn thương.

**3.2 Khám lâm sàng:** cần chú ý các test thăm khám sau:

- Nghiệm pháp xoay ngoài cánh tay có đối kháng: bệnh nhân dạng vai, khuỷu gấp 90 độ, xoay ngoài. bác sĩ sẽ kháng lại lực xoay ngoài của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân đau thì test dương tính biểu hiện bệnh nhân có khả năng rách chóp xoay
- Nghiệm pháp Jobe: bệnh nhân dạng tay 90 độ. Bác sĩ sẽ ép tay bệnh nhân xuống dưới, bệnh nhân kháng lại lực ép. Nếu bệnh nhân đau thì test dương tính biểu hiện bệnh nhân có khả năng rách chóp xoay.
- Nghiệm pháp cánh tay rơi: bác sĩ nâng tay bệnh nhân lên cao rồi thả ra. Nếu bệnh nhân không tự giữ được cánh tay ở tư thế này mà bị rớt cánh tay xuống thì sẽ dương tính. Như vậy khả năng sẽ bị rách chóp xoay.

### 3.3 Cận lâm sàng:

- Xquang khớp vai 3 tư thế: thẳng, nghiêng, outlet
- Cộng hưởng từ (MRI): Có độ chính xác cao nhất. Trên MRI sẽ cho biết hình thái rách gân, mức độ rách gân, số lượng gân rách, các tổn thương phối hợp



Hình 9: Cận lâm sàng

## 4. CHẨN ĐOÁN

### 4.1 Chẩn đoán phân biệt:

- Tổn thương SLAP; Viêm gân nhị đầu; Hẹp mỏm cùng vai

### 4.2 Chẩn đoán xác định:

- Đau vai, test thăm khám dương tính
- MRI rách gân chóp xoay

### 4.3 Chẩn đoán nguyên nhân: do chấn thương hay do thoái hóa

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.1 Mục đích: Giúp bệnh nhân khỏi bệnh

### 5.2 Nguyên tắc điều trị: Bắt đầu điều trị nội khoa rồi mới tới điều trị phẫu thuật

### 5.3 Điều trị cụ thể:

#### 5.3.1 Điều trị bảo tồn: Kháng viêm, giảm đau, vật lý trị liệu.

- Trường hợp rách bán phần gân chóp xoay, viêm gân chóp xoay
- Bệnh lý nội khoa nặng không thể can thiệp phẫu thuật

#### 5.3.2 Điều trị phẫu thuật: phẫu thuật nội soi, hoặc phẫu thuật mổ mở.

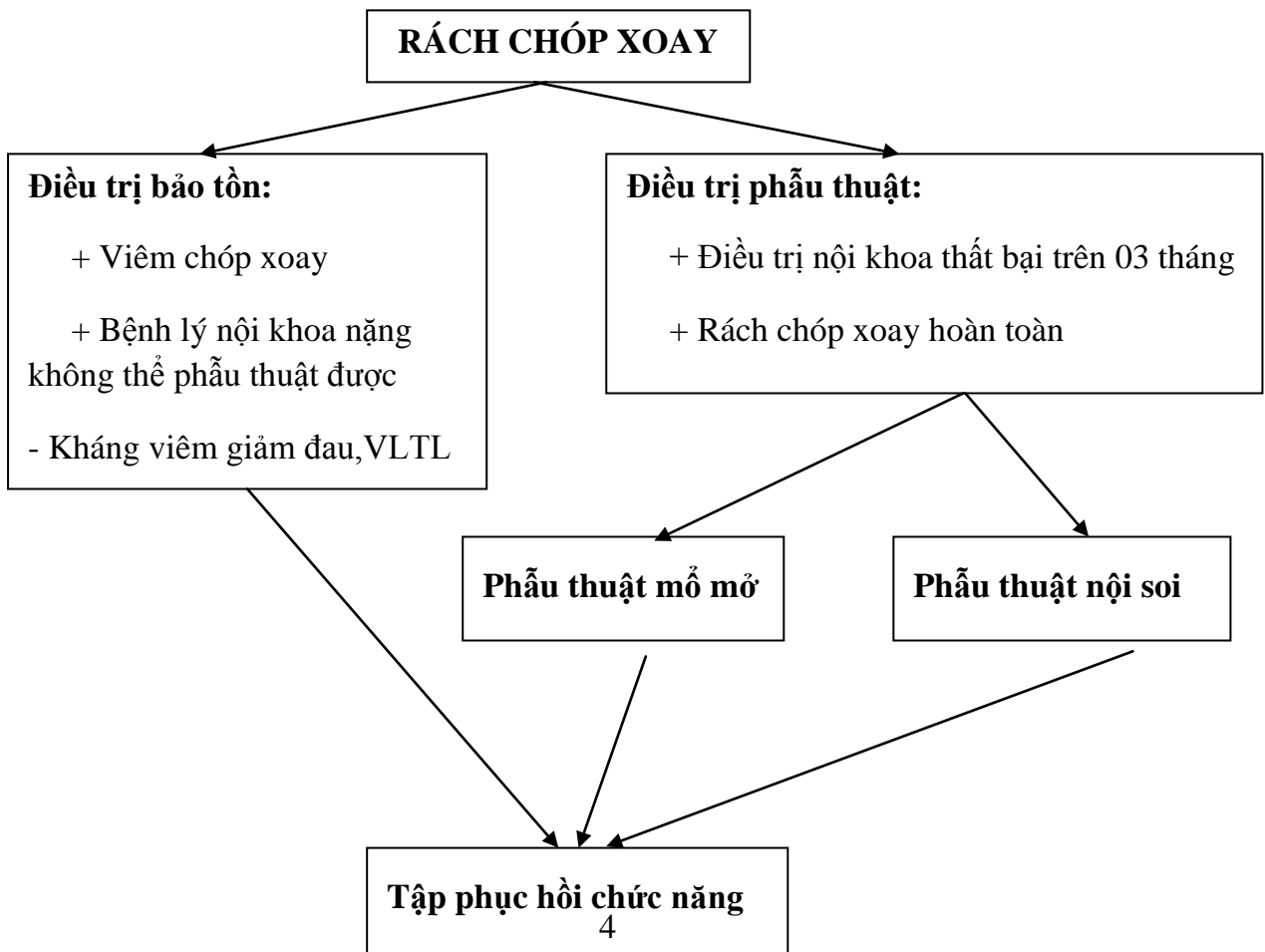
- Trường hợp rách hoàn toàn gân chóp xoay

- Rách bán phần gân chóp xoay nhưng điều trị nội khoa thất bại( thời gian điều trị nội khoa > 03 tháng)
- Hiện nay phẫu thuật nội soi được áp dụng hàng loạt ở các bệnh viện trên thế giới cũng như ở Việt Nam vì các ưu điểm sau:
  - Phẫu thuật ít xâm lấn
  - Tính thẩm mỹ cao
  - Thời gian nằm viện ngắn
  - Tầm soát và phục hồi được hết tổn thương

**\* Cách tiến hành phẫu thuật nội soi:**

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ
- Chuẩn bị máy móc trang thiết bị đầy đủ
- Bệnh nhân mê nội khí quản
- Vào khớp qua các ngã nội soi, thám sát tổn thương
- Bắt chỉ neo vào vị trí điểm bám gân
- Khâu gân chóp xoay rách
- Cầm máu, khâu da, băng vô khuẩn

**4.3.3 LƯỢC ĐỒ ĐIỀU TRỊ**



## 5. THEO DÕI TÁI KHÁM VÀ TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

- Tập duy trì tâm độ khớp: 4 – 6 tuần
  - + Tuần thứ 1:
    - Mang nẹp
    - Nhún vai, gồng cơ
    - Tập chủ động ngón tay, khuỷu tay, cổ tay.
  - + Tuần thứ 2 - 3:
    - Mang nẹp
    - Nhún vai, gồng cơ
    - Tập chủ động ngón tay, khuỷu tay, cổ tay.
    - Tập bàn tay đi bộ trên tường, kéo ròng rọc
  - + Tuần thứ 4 - 5:
    - Bỏ nẹp
    - Tập bàn tay đi bộ trên tường, kéo ròng rọc
    - Tầm vận động khớp phục hồi tối đa
- Tập sức mạnh: Từ tuần thứ 6 trở đi
  - + Duy trì tầm vận động khớp
  - + Tập sức mạnh với dây thun
  - + Tập sức mạnh với tạ

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Trong nước:

1. Tăng Hà Nam Anh (2008), “Điều trị rách một phần và toàn phần chóp xoay qua nội soi: so sánh giữa hai nhóm”, báo cáo tại hội nghị Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam 11/2008.
2. Bùi Văn Đức (2004) “Sinh cơ học khớp vai”, Chấn thương chỉnh hình chi trên, tr. 1-33.
3. Nguyễn Quang Long (1988) “Khám lâm sàng các khớp”, triệu chứng cơ quan vận động, nhà xuất bản y học, tr.7, 12-15,147.
4. Nguyễn Quang Quyền (1991), “Nách”, Bài giảng giải phẫu học, tập I, NXB Y học, tr.54.

**Ngoài nước:**

5. Arcand MA (2005), “Shoulder and upper arm”, The orthopaedic physical examination, pp.17-66.
6. Arnoczky SP (1991), “Anatomy of the Shoulder”, Operative Arthroscopy, pp.425-441.
7. Burkhart SS (2006), “Rotator cuff repair”, J.Am Acad Orthop Surg, pp.333-346.
8. Matsen FA (1998), “Rotator cuff”, The Shoulder, vol.2: pp.755-839.
9. Mazzocca AD (2004), “Shoulder: patient positioning, portal placement, and normal arthroscopic anatomy”, Text book of arthroscopy, pp.65-77.
10. Millett PJ (2006), “Rehabilitation of the Rotator Cuff: An evaluation- based approach”, J Am Acad Orthop Surg; 14: pp.599-609.
11. Ellman H (1986), “Repair of rotator cuff. End-result study of factors influencing reconstruction”, J. Bone Joint Surg Am, 68: pp. 1136 – 1144.
12. Ellman H (1991), “Arthroscopic subacromial decompression for chronic impingement”, J Bone Joint Surg. Br,73B: pp.395- 395.
13. Levy HR (1990), “Arthroscopic assisted rotator cuff repair: preliminary result”, arthroscopy: The journal of arthroscopic and related surgery, 6(1): pp.55- 60.