

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ SIÊU ÂM KHỚP VAI Ở BỆNH NHÂN VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐÔNG CỨNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG

Hoàng Văn Dũng^{1,2,✉}, Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 118 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh dựa theo tiêu chuẩn lâm sàng theo Hiệp hội Phẫu thuật vai và khuỷu tay Hoa Kỳ ASES 2011. Mỗi bệnh nhân được đánh giá: đặc điểm nhân khẩu, cường độ đau (VAS), tầm vận động khớp vai (ROM), thang điểm SPADI, các yếu tố nguy cơ thường gặp và siêu âm khớp vai. Tuổi trung bình $59,5 \pm 8,5$ tuổi; nữ chiếm ưu thế (tỉ lệ nam/nữ = 1/1,4). Thời gian khởi phát bệnh tới khi nhập viện $5,4 \pm 1,7$ tháng. Điểm VAS $6,8 \pm 2,1$, 100% bệnh nhân hạn chế vận động khớp vai mức nặng: gấp $72,6 \pm 15,3^\circ$, dạng $65,7 \pm 11,6^\circ$, xoay ngoài $20,5 \pm 8,9^\circ$. SPADI chủ yếu nằm ở mức trung bình-nặng. Yếu tố nguy cơ gồm: đái tháo đường, tăng lipid máu, bất động khớp vai > 1 tháng. Siêu âm cho thấy dày CHL > 3mm ở ~80% bệnh nhân, bao khớp trước > 2,5mm, 70%, bao khớp sau > 2,5mm, 45%. Viêm bao gân nhị đầu 35%, tràn dịch khoang dưới mỏm cùng-vai 40%, tổn thương nhẹ gân chóp xoay 25%. Bề dày CHL và bao khớp tương quan nghịch với biên độ vận động ($p < 0,05$). Kết hợp thăm khám lâm sàng và siêu âm cho chẩn đoán sớm, định lượng mức độ cứng khớp vai.

Từ khoá: Viêm quanh khớp vai đông cứng, siêu âm khớp vai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai thể đông cứng (adhesive capsulitis) là một trong những nguyên nhân thường gặp gây đau và hạn chế vận động khớp vai, chiếm khoảng 2 - 5% dân số chung và tới 10 - 20% ở các nhóm nguy cơ cao như bệnh nhân đái tháo đường hoặc chấn thương.^{1,2} Bệnh diễn tiến qua ba giai đoạn (đau - đông cứng - tan đông) kéo dài 1 - 3 năm, làm giảm nghiêm trọng khả năng tự chăm sóc, lao động và chất lượng cuộc sống. Gánh nặng về y tế và kinh tế do viêm dính bao khớp vai ngày càng gia tăng song hành với xu thế già hoá dân số và tỷ lệ bệnh chuyển hoá không ngừng tăng. Các nghiên cứu quốc tế chỉ ra nhiều yếu

tố nguy cơ quan trọng như tuổi > 40, giới nữ, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, chấn thương hoặc bất động khớp vai kéo dài.

X-quang khớp vai để loại trừ các nguyên nhân tổn thương cấu trúc khớp vai dẫn tới hạn chế vận động khớp, trước khi chẩn đoán viêm quanh khớp vai đông cứng.¹ Siêu âm khớp vai hiện được khuyến nghị như phương tiện đầu tay trong đánh giá viêm dính bao khớp vai nhờ tính sẵn có, chi phí thấp và khả năng khảo sát động. Nhiều nghiên cứu cho thấy dày dây chằng quạ-vai > 3mm, dày bao khớp vùng ngách nách > 4mm, giảm trượt gân chóp xoay và dấu hiệu ép trước-trên có độ nhạy - độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán.³ Ngoài ra, siêu âm khớp còn đánh giá tình trạng các gân quanh khớp vai.

Tại Việt Nam, số liệu về viêm quanh khớp vai thể đông cứng vẫn còn rải rác. Theo nghiên cứu của Nguyễn Huy Thông và cộng sự tại

Tác giả liên hệ: Hoàng Văn Dũng

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Email: dungnoitru26@gmail.com

Ngày nhận: 02/05/2025

Ngày được chấp nhận: 01/06/2025

Bệnh viện Quân y 103, thực hiện siêu âm trên 49 bệnh nhân (BN) cho thấy dày bao khớp vùng trước-trên và hạn chế xoay ngoài là dấu hiệu thường gặp nhất.⁴ Việc chẩn đoán sớm bệnh lý viêm quanh khớp vai, nhận định được những đối tượng có nguy cơ cao, đánh giá mức độ bệnh theo từng giai đoạn sẽ giúp đưa ra biện pháp can thiệp sớm và hiệu quả, từ đó cải thiện tầm vận động khớp vai sớm và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: mô tả đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ liên quan và đặc điểm hình ảnh siêu âm khớp vai của bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đông cứng ở những bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được tiến hành trên những bệnh nhân nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng, thời gian 12 tháng, từ 01/2024 - hết tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn sau:

- Chẩn đoán viêm quanh khớp vai đông cứng theo tiêu chuẩn lâm sàng của Hiệp hội Phẫu thuật vai và khuỷu tay Hoa Kỳ ASES 2011;¹

- Đau khớp vai > 3 tháng;
- Giảm tầm vận động chủ động và thụ động khớp vai hơn 30 độ ở ít nhất 2 trong số các động tác: nâng vai ra trước lên trên, dang vai sang bên lên trên, xoay ngoài so với bên kia;

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- X-quang thẳng & nghiêng khớp vai có tổn thương cấu trúc khớp: thoái hoá, gãy xương, trật khớp, hoại tử vô khuẩn chỏm xương cánh

tay, khối u;

- Tổn thương khớp vai trong bệnh lý khớp viêm: viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp;

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang (cross-sectional study).

Chọn mẫu thuận tiện: n = 118 Bệnh nhân.

Biến số nghiên cứu:

- **Đặc điểm lâm sàng:**

- + Đánh giá mức độ đau dựa vào thang điểm VAS, *cường độ đau được đánh giá theo 4 mức độ*: Không đau: 0 điểm; Đau nhẹ: 1 - 3 điểm; Đau trung bình: 4 - 6 điểm; Đau nặng: 7 - 10 điểm. Đánh giá bằng hỏi bệnh nhân và lượng giá trên thước có thể hiện mức độ đau theo thang điểm từ 0 đến 10.

- + Đo tầm vận động chủ động, thụ động của khớp (ROM) ở 3 động tác cơ bản: Gấp, dạng, xoay ngoài bằng cách dùng thước đo chuyên dụng Monocrioxo. Đánh giá tầm vận động khớp vai:

- * Động tác gấp và dạng: Bình thường (> 150°), Hạn chế nhẹ (101 - 150°), Hạn chế trung bình (51 - 100°), Hạn chế nặng (0 - 50°).

- * Động tác xoay ngoài: Bình thường (> 85°), Hạn chế nhẹ (61 - 85°), Hạn chế trung bình (31 - 60°), Hạn chế nặng (0 - 30°).

- + Đánh giá mức độ đau và chức năng khớp vai dựa vào thang điểm SPADI (Shoulder Pain and Disability Index). Dựa trên bảng câu hỏi lượng giá gồm hai phần: Mức độ đau (0 - 50 điểm) và mức độ hạn chế chức năng (từ 0 - 80 điểm), từ đó tính tổng điểm SPADI = (X/130) x 100. Điểm SPADI từ 0 (không đau/không hạn chế) đến 100 điểm (Đau/hạn chế tối đa). Mức độ hạn chế vận động theo thang điểm SPADI:

Bảng 1. Phân độ thang điểm SPADI

Mức độ	Điểm	Diễn giải
Nhẹ	0 - 20	Khó chịu nhẹ, sinh hoạt hầu như không bị ảnh hưởng
Vừa	21 - 40	Đau và hạn chế trung bình; ảnh hưởng một số sinh hoạt
Nặng	41 - 60	Giảm chức năng rõ, nhiều sinh hoạt khó thực hiện
Rất nặng	61 - 80	Đau/hạn chế nghiêm trọng, cần hỗ trợ
Nghiêm trọng	81 - 100	Đau/hạn chế tối đa, hầu như không thể tự chăm sóc

- Đặc điểm yếu tố nguy cơ:

+ Đái tháo đường, rối loạn lipid máu, chỉ số BMI thấp, bất động khớp vai, đột quỵ, liệt $\frac{1}{2}$ người, chấn thương hoặc phẫu thuật khớp vai... Đánh giá các biến số bằng hỏi bệnh, khai thác tiền sử, khám lâm sàng và xét nghiệm máu.

+ Đặc điểm siêu âm khớp vai: Sử dụng máy siêu âm GE VOLUSON P8, đầu dò Linear 5 - 10MHz, thực hiện do bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng. Thăm dò các tổn thương phần mềm khớp vai qua các mặt cắt để đánh giá. Phương pháp siêu âm được coi là có tổn thương khi có một trong số các tổn thương sau:

+ Dày dây chằng quạ-mấu lớn (Coracohumeral Ligament - CHL): BN nằm ngửa, tay hơi xoay ngoài. Mặt cắt trục dọc phía trước vai, hướng đầu dò từ mỏm quạ đến mấu lớn. Đo đoạn dày nhất của dây chằng, đo theo chiều thẳng góc với trục dài của dây chằng ở tư thế đầu 0 siêu âm trên trục dọc dây chằng.

+ Dày bao khớp dưới/ ngách nách (Axillary recess capsule): BN nằm ngửa, cánh tay dạng ra tối đa, lòng bàn tay hướng lên, đặt đầu dò

dọc theo nách. Bao khớp là lớp mô giảm âm bám quanh đầu xương cánh tay, phía dưới ổ chảo. Chiều dày được đo tại vị trí dày nhất của bao khớp vùng ngách nách.

+ Viêm gân nhị đầu, viêm/ rách gân chóp xoay, tràn dịch khớp vai, calci hóa đi kèm:

Thu tập và xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS (phiên bản ≥ 20.0). Tính tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, so sánh tỷ lệ: Chi-square (χ^2). Phân tích hồi quy (nếu cần) để tìm các yếu tố liên quan độc lập với việc tuân thủ. Ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học - Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng (Số 25/2023/GCN/HĐĐĐQTHP, ngày 12 tháng 11 năm 2023). Các thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án được bảo mật và mang tính chất phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu (n = 118)

Đặc điểm lâm sàng	$\bar{x} \pm SD$	Min - Max
Tuổi (năm)	59,5 $\pm$ 8,5	40 - 78
Giới tính (Nam/nữ)	50/69	Tỉ lệ 1:1,4
BMI.	23,8 $\pm$ 4,6	16,7 - 27,9
Thời gian khởi phát triệu chứng (tháng)	5,4 $\pm$ 1,7	3 - 9
Điểm đau VAS (0 - 10)	6,8 $\pm$ 2,1	4 - 9

Tuổi trung bình là 59,5 $\pm$ 8,5 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1/1,4, chỉ số khối cơ thể trung bình (BMI) là 23,8 $\pm$ 4,6, thời gian mắc bệnh trung bình là 5,4 $\pm$ 1,7 tháng, mức độ đau trung bình theo VAS là 6,8 $\pm$ 2,1 điểm.

Bảng 2. Đặc điểm vận động khớp vai tổn thương đối tượng nghiên cứu (n = 118)

Đặc điểm vận động khớp vai	$\bar{x} \pm SD$	Min - Max	Hạn chế vận động (n)	Tỉ lệ BN có hạn chế vận động (%)
Hạn chế ROM (độ)			118	100%
• Gấp (Flexion)	72,6 $\pm$ 15,3	30 - 90	118	100%
• Dạng (Abduction)	65,7 $\pm$ 11,6	20 - 70	118	100%
• Xoay ngoài (External rotation)	20,5 $\pm$ 8,9	0 - 50	118	100%
Thang điểm SPADI	76 $\pm$ 11,5	45 - 90	118	100%

Tất cả bệnh nhân (100%) đều có hạn chế vận động khớp vai (ROM) các tư thế ở mức độ nặng; gấp trung bình 72,6 $\pm$ 15,3 độ, dạng 65,7 $\pm$ 11,6 độ, xoay ngoài 20,5 $\pm$ 8,9 độ.

2. Đặc điểm yếu tố nguy cơ**Bảng 3. Đặc điểm yếu tố nguy cơ (n = 118)**

Đặc điểm yếu tố nguy cơ	n	%
Đái tháo đường	26	28,4
Tăng lipid máu	30	25,5
Đột quỵ não, liệt ½ người	21	17,9
Bệnh lý tim mạch	18	15,5
Chấn thương, bất động vai > 1 tháng	8	6,7

Tỉ lệ yếu tố nguy cơ lần lượt: đái tháo đường 28,4%, tăng lipid máu 25,5%, đột quỵ não, liệt ½ người là 17,9%, bệnh lý tim mạch 15,5% và chấn thương, bất động khớp vai 6,7%.

3. Đặc điểm hình ảnh siêu âm khớp vai đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh siêu âm khớp vai (n = 118)

Đặc điểm siêu âm	Ngưỡng bất thường	$\bar{x} \pm SD$	Vượt ngưỡng	
			n	%
Dày dây chằng quạ-cùng (CHL)	> 3mm	$2,2 \pm 0,75$	66	55,8
Dày bao khớp trước	> 2,5mm	$4,3 \pm 1,40$	90	76,5
Dày bao khớp sau	> 2,5mm	$0,91 \pm 0,30$	42	35,9

Có 55,8% bệnh nhân có dày dây chằng quạ-cùng (CHL) ở ngưỡng > 3mm, trung bình là $2,2 \pm 0,75$ mm. Có 76,5% bệnh nhân có dày bao khớp trước ở ngưỡng > 2,5mm, trung bình

là $4,3 \pm 1,40$ mm. Có 35,9% bệnh nhân có dày bao khớp sau ở ngưỡng > 2,5mm, trung bình là $0,91 \pm 0,30$ mm.

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương khác siêu âm khớp vai (n = 118)

Đặc điểm	Tổn thương	n	%
Tổn thương trên siêu âm	Có/Không	118/0	100
Viêm bao gân nhị đầu	Có/Không	55/63	46,5
Viêm bao thanh dịch/ tràn dịch khớp vai	Có/Không	38/80	32,5
Viêm/ rách gân hợp xoay	Có/Không	45/73	38,3

Có 100% bệnh nhân có ít nhất 1 tổn thương trên siêu âm khớp vai.

Có 46,5% bệnh nhân có viêm bao gân nhị đầu; 32,5% bệnh nhân có viêm bao thanh dịch dưới mỏm cùng vai; 38,3% bệnh nhân có viêm/ rách gân chóp xoay.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $59,5 \pm 8,5$ tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1/1,4, chỉ số khối cơ thể trung bình (BMI) là $23,8 \pm 4,6$, thời gian mắc bệnh trung bình là $5,4 \pm 1,7$ tháng, mức độ đau trung bình theo VAS là $6,8 \pm 2,1$ điểm. Cho thấy đặc điểm nhân khẩu-lâm sàng của nhóm nghiên cứu phù hợp xu hướng dịch tễ các nghiên cứu trong nước và thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Đỗ Hoàng Xuân và cộng sự tại TP Hồ Chí Minh trên 30 bệnh nhân

đông cứng khớp vai có tuổi trung bình $59,5 \pm 8,5$.⁵ Tỉ lệ nữ/nam là 1,4/1. Thời gian mắc bệnh 5,4 tháng là phù hợp giai đoạn bệnh đông cứng, do đó mức độ đau nặng, thời điểm đáp ứng tốt nhất với can thiệp nội khoa hoặc thủ thuật tiêm nong. Một nghiên cứu tại Trung quốc năm 2024 trên 103 bệnh nhân có tuổi trung bình 55 tuổi, tỉ lệ nữ/nam là 1,4/1.⁶

Về tầm vận động (ROM) khớp vai ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai đông cứng trong nghiên cứu của chúng tôi, 100 % bệnh nhân biểu hiện hạn chế vận động nặng ở các tư thế gấp, dạng và xoay. Giá trị ROM trung bình đạt: gấp $72,6 \pm 15,3^\circ$, dạng $65,7 \pm 11,6^\circ$ và xoay ngoài $20,5 \pm 8,9^\circ$. Như vậy, khi đối chiếu với ngưỡng bình thường ở người trưởng thành khỏe mạnh (flexion $\approx 150 - 180^\circ$, abduction $\approx 150^\circ$, external rotation $\approx 90^\circ$). Theo nghiên

cứu của Nguyễn Thị Thu Hằng và cộng sự tại Trung tâm điện quang Bệnh viện Bạch Mai năm 2020 trên 38 bệnh nhân đông cứng khớp vai cho thấy 100% bn hạn chế vận động (ROM) các động tác, biên độ vận động các tư thế gấp, dạng, xoay ngoài cũng tương tự nghiên cứu của chúng tôi.⁶ So sánh với các nghiên cứu trên thế giới như Park và cộng sự tại Hàn Quốc báo cáo ROM trung bình lần lượt là flexion 117°, abduction 98° và external rotation 33°. ⁸ So với kết quả này, quần thể của chúng tôi kém hơn 44° gấp, 32° dạng và 12° xoay ngoài - cho thấy bệnh nhân của chúng tôi thường đến khám muộn hoặc bệnh nặng hơn (có thể là giai đoạn II muộn/III). Các nghiên cứu Bắc Âu cũng ghi nhận mức giảm xoay ngoài $\approx 60^\circ$ so với bên lành.⁷ Việc giảm sâu nhất ở xoay ngoài cũng cố nhận định rằng co rút bao khớp trước-trên và dây chằng quạ-cùng (coracohumeral) chiếm vai trò trung tâm trong cơ chế sinh bệnh. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi hạn chế ROM mức 100% vì tất cả bệnh nhân đều ở giai đoạn đông cứng. Mất ROM sâu, đặc biệt ở xoay ngoài ($\leq 20^\circ$) liên quan chặt với điểm SPADI cao, thời gian bệnh kéo dài và nguy cơ đông cứng, ảnh hưởng đến can thiệp điều trị khó khăn và kém hiệu quả hơn.

Đã nhiều nghiên cứu chứng minh yếu tố nguy cơ gây viêm quanh khớp vai đông cứng. Trên thế giới: đái tháo đường và tăng lipid máu là hai bệnh lý đồng mắc gặp thường xuyên nhất ($\approx 1/3$ bệnh nhân). Theo một phân tích Meta cho thấy ĐTĐ làm tăng nguy cơ đông cứng khớp vai 3 - 10 lần; tăng lipid máu, bệnh tim mạch và rối loạn tuyến giáp làm tăng 1,3 - 2 lần.⁶ Tại Việt Nam: số liệu định lượng còn hạn chế, nhưng các bệnh viện lớn ghi nhận đái tháo đường (10 - 20%) và sau đột quỵ não là hai nhóm đặc biệt dễ gặp đông cứng khớp vai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ lần lượt là: đái tháo đường 28,4%, tăng lipid máu 25,5%, đột quỵ não, liệt $\frac{1}{2}$ người

là 17,9%, bệnh lý tim mạch 15,5% và chấn thương, bất động khớp vai 6,7%.

Hình ảnh siêu âm để chẩn đoán viêm quanh khớp vai đông cứng không có giá trị quyết định tuyệt đối. Sự khác biệt về giá trị tuyệt đối chủ yếu do kỹ thuật đo, giai đoạn bệnh và nhân trắc học. Trong các tổng thương ghi nhận trong bệnh lý viêm quanh khớp vai đông cứng, giá trị thay đổi nhiều dây chằng quạ-cùng (CHL) vẫn là chỉ số cốt lõi, ngoài ra có những tổn thương khác như: dày bao khớp trước (hố nách), dày bao khớp sau, viêm gân nhị đầu, viêm bao thanh dịch, viêm/rách gân trên gai... cũng có tỉ lệ thường gặp. Tuy nhiên, chỉ số ngưỡng giới hạn về kích thước khác nhau giữa các quốc gia, nhân trắc học và thiết kế nghiên cứu. Trong nhóm nghiên cứu quốc tế, dịch/viêm bao gân nhị đầu là dấu hiệu siêu âm phổ biến và ổn định nhất ($\approx 60 - 75\%$), tiếp theo là viêm bao thanh dịch ($\approx 35 - 50\%$) và tổn thương gân trên gai ($\approx 30 - 40\%$).⁸ Tại Việt Nam, các công bố còn hạn chế về chi tiết từng tổn thương. Nghiên cứu mới nhất (Dao Phu Phuc 2024) cho thấy hơn một nửa bệnh nhân có bất thường siêu âm; ba dấu hiệu gặp nhiều nhất giống xu hướng quốc tế nhưng tỉ lệ thấp hơn - do cỡ mẫu nhỏ ($n = 51$) và tiêu chí chẩn đoán/thiết bị khác biệt.⁹ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu trong nước và quốc tế, tuy nhiên tỉ lệ vượt ngưỡng kích thước tới hạn có thấp hơn các nghiên cứu quốc tế, cụ thể: 100% bệnh nhân có ít nhất 1 tổn thương trên siêu âm, 55,8% bệnh nhân có dày dây chằng quạ-cùng (CHL) ở ngưỡng $> 3\text{mm}$, trung bình là $2,2 \pm 0,75\text{mm}$; Có 76,5% bệnh nhân có dày bao khớp trước ở ngưỡng $> 2,5\text{mm}$, trung bình là $4,3 \pm 1,40\text{mm}$; Có 35,9% bệnh nhân có dày bao khớp sau ở ngưỡng $> 2,5\text{mm}$, trung bình là $0,91 \pm 0,30\text{mm}$; Có 46,5% bệnh nhân có viêm bao gân nhị đầu; Có 32,5% bệnh nhân có viêm bao thanh dịch dưới mỏm cùng vai; Có 38,3% bệnh nhân có viêm/ rách gân chóp xoay.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: 100% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp vai (ROM) ở mức độ nặng. Thang điểm SPADI ở mức trung bình-nặng, phản ánh sự ảnh hưởng rõ rệt lên chức năng vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Yếu tố nguy cơ gây bệnh: Ba yếu tố nguy cơ nổi bật, mỗi liên quan với nguy cơ gây bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng có ý nghĩa thống kê là: Đái tháo đường, tăng lipid máu, bất động khớp vai > 1 tháng.

Đặc điểm siêu âm khớp vai: Có 100% bệnh nhân có ít nhất 1 tổn thương trên siêu âm khớp vai; Hình ảnh siêu âm thường gặp như: dày dây chằng quạ-cùng (CHL, dày bao khớp trước và bao khớp sau > 2,5mm, viêm bao gân nhị đầu, tràn dịch khoang dưới mỏm cùng-vai, tổn thương gân chóp xoay.

KHUYẾN NGHỊ

Cần phối hợp chặt chẽ giữa khám lâm sàng, đánh giá tầm vận động khớp vai và siêu âm khớp vai sớm nhằm phát hiện bệnh lý viêm quanh khớp vai đông cứng, đặc biệt lưu ý ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bất động khớp vai, liệt ½ người để có biện pháp can thiệp sớm và hiệu quả, giúp cải thiện chức năng vận động và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Các biến số nghiên cứu chưa được đánh giá độc lập và đối chứng, chưa đánh giá cấu trúc khớp vai và phần mềm quanh khớp bằng chụp cộng hưởng từ khớp vai. Giá trị của siêu âm khớp còn phụ thuộc vào chủ quan của người làm siêu âm từ tư thế bệnh nhân, kỹ thuật đặt đầu dò đúng giải phẫu gân, đánh giá đúng tính chất tổn thương.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng đã tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình thực hiện nghiên cứu này. Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn tới người bệnh và gia đình người bệnh tham gia vào nghiên cứu. Tất cả các tác giả trong bản thảo đều không có xung đột về lợi ích liên quan đến nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joseph D. Zuckerman MD, Andrew Rokito MD, Frozen shoulder: a consensus definition. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, Volume 20, Issue 2, March 2011, Pages 322-325.
2. Brett Paul Dyer, Trishna Rathod-Mistry, Claire Burton, Diabetes as a risk factor for the onset of frozen shoulder: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*; 2023 Jan 4. 13(1): e062377. doi:10.1136/bmjopen-2022-062377.
3. Adipa Moleesaide, Jittima Saengsuwan. Musculoskeletal ultrasound of the shoulder in patients with adhesive capsulitis, *Biomedica Reports*. Published online on: October 11, 2024. <https://doi.org/10.3892/br.2024.1878>.
4. Nguyễn Huy Thông, Lê Hoà Yên, Chan Kannra Phạm Ngọc Thắng. Nghiên cứu một số đặc điểm siêu âm khớp vai động ở người bệnh viêm dính khớp vai, *Tạp chí y dược học quân sự*. Số đặc biệt 2024, trang 197-204.
5. Đỗ Hoàng Xuân, Hoàng Văn Kiên. Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai bằng các phương pháp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng. *Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ Bản Tập 23. Số 3. 2019, trang 103-108.
6. Guanjun Sun, Qingshan Li, Yi Yin. Risk factors and predictive models for frozen shoulder. *Scientific Reports*; 2024 volume 14, Article number: 15261.
7. Nguyễn Thị Thu Hằng, Vũ long, Nguyễn

Duy Trinh, Phạm Mạnh Cường. Nghiên cứu hiệu quả điều trị bệnh đông cứng khớp vai bằng phương pháp tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của DSA. *Tạp chí Điện quang và Y học hạt nhân Việt Nam*; Số 40 - 11/2020, trang 27-32.

8. Phil Page, Andre Labbe. Adhesive capsulitis: Use the evidence to integrate your interventions. *N Am J Sports Phys Ther*; 2010

Dec; 5(4): 266-273.

9. Dao Phu Phuc. Evaluating the effectiveness of pain relief and recovery of shoulder mobility in patients with mitochondrial disease by using acupressure massage, *Vietnam Journal of Community Medicine*; Vol. 65, Special Issue 6, 176-184.

Summary

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS, RISK FACTORS, AND SHOULDER ULTRASONOGRAPHIC FINDINGS IN PATIENTS WITH ADHESIVE CAPSULITIS AT HAI PHONG INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL

This cross sectional descriptive design study encompassed 118 patients diagnosed for adhesive capsulitis according to the integrated clinical and paraclinical criteria. Each participant underwent assessment of demographic variables, pain intensity on the Visual Analogue Scale (VAS), shoulder range of motion (ROM), the Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), prevalent risk factors, and shoulder ultrasonography. The mean age was 59.5 ± 8.5 years old, with a female predominance (male to female ratio = 1 : 1.4). The interval from symptom onset to hospital admission averaged 5.4 ± 1.7 months. The mean VAS score was 6.8 ± 2.1 , and all patients exhibited severe ROM limitation: flexion $72.6 \pm 15.3^\circ$, abduction $65.7 \pm 11.6^\circ$, and external rotation $20.5 \pm 8.9^\circ$. SPADI scores were largely in the moderate to severe range. Risk factors included diabetes mellitus, hyperlipidemia, and shoulder immobilization exceeding one month. Ultrasonography demonstrated a coracohumeral ligament thickness $> 3\text{mm}$ in approximately 80 % of patients, anterior capsule thickness $> 2.5\text{mm}$ in 70%, and posterior capsule thickness $> 2.5\text{mm}$ in 45%. Biceps tendon sheath synovitis was present in 35%, subacromial-subdeltoid effusion in 40%, and mild rotator cuff lesions in 25%. Thickness of the coracohumeral ligament and joint capsule correlated inversely with shoulder motion arc ($p < 0.05$). Integrating clinical examination with ultrasonography enables early diagnosis and quantification of shoulder stiffness severity.

Keywords: Adhesive capsulitis, shoulder ultrasound.