

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP KHOANG DƯỚI MÒM CÙNG VAI TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Huy Phương¹, Nguyễn Trung Tuyển^{2,3}, Nguyễn Trung Chính¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp khoang dưới mòm cùng vai (KDMCV) là hội chứng bệnh lý khớp vai phổ biến nhất, trong tổng số các nguyên nhân gây đau vai thường gặp ở người trung niên và cao tuổi. Các chỉ định cho phẫu thuật tạo hình mòm cùng vai dựa trên các triệu chứng lâm sàng và thường được hỗ trợ bởi những thay đổi điển hình về hình thái mòm cùng vai trên phim X quang tiêu chuẩn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của người bệnh hẹp khoang dưới mòm cùng vai thuộc nhóm nghiên cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân hẹp khoang dưới mòm cùng vai đã được chẩn đoán và phẫu thuật bằng nội soi để điều trị tại bệnh viện E trong thời gian từ tháng 1/2020 tới tháng 03/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình $62 \pm 7,5$ (43-76). Chỉ số độ bao phủ mòm cùng vai trung bình ở bệnh nhân hẹp khoang dưới mòm cùng vai là 0,73, góc bên mòm cùng vai trung bình là 74,4 độ và khoảng cách mòm cùng vai - chỏm xương cánh tay trung bình là 6,7 mm. Đa số bệnh nhân có kết quả bệnh nhân sau phẫu thuật có kết quả tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ 96,4%, có sự khác biệt về thang điểm UCLA (thang điểm đánh giá khớp vai của đại học California Los Angeles). **Kết luận:** Chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khoang dưới mòm cùng vai chủ yếu dựa vào lâm sàng, là một phương pháp an toàn, hiệu quả, phục hồi chức năng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. **Từ khóa:** hẹp khoang dưới mòm cùng vai, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

OUTCOMES OF ARTHROSCOPIC TREATMENT FOR SUBACROMIAL IMPINGEMENT IN E HOSPITAL

Background: Subacromial impingement syndrome is the most common shoulder pathology syndrome, among the common causes of shoulder pain in middle-aged and elderly people. Indications for acromionoplasty are based on clinical symptoms and are generally supported by typical changes in acromial morphology on standard radiographs. **Research objective:** Describe the clinical and diagnostic imaging characteristics of patients with subacromial impingement syndrome in the research group. **Subjects:** Patients with subacromial impingement syndrome were diagnosed and operated by

laparoscopic surgery for treatment at hospital E during the period from January 2020 to March 2023.

Results: The mean age was 62 ± 7.5 (43-76). The average acromial index in patients with subacromial impingement syndrome is 0.73, the average acromiolateral lateral angle is 74.4 degrees, and the average acromion-humeral head distance is 6.7 mm. Most patients had good and very good results after 1 month of surgery, accounting for 96.4%, with differences in the UCLA scale (the shoulder joint assessment scale of the University of California Los Angeles). **Conclusion:** Indications for laparoscopic surgery for subacromial impingement syndrome is based on clinical basis. It is a safe, effective, functional, and quality of life improvement method for patients.

Keywords: subacromial impingement, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khoang dưới mòm cùng vai (KDMCV) là hội chứng bệnh lý khớp vai phổ biến nhất, trong tổng số các nguyên nhân gây đau vai thường gặp ở người trung niên và cao tuổi¹. Bản chất của hội chứng này là tình trạng cọ sát về mặt cơ học giữa các tổ chức phần mềm là gân chóp xoay (chủ yếu là gân trên gai), túi hoạt dịch dưới mòm cùng vai với chỏm xương cánh tay ở dưới và mặt dưới mòm cùng vai và dây chằng cùng quạ ở phía trên^{2,3}. Có nhiều nghiên cứu đưa ra các thông số về hình thái mòm cùng vai để chẩn đoán, tuy nhiên, hội chứng hẹp KDMCV chủ yếu chẩn đoán dựa vào lâm sàng. Về cơ bản, điều trị hẹp KDMCV là điều trị nội khoa, kết hợp điều trị thuốc NSAIDs và phục hồi chức năng. Phẫu thuật được đặt ra khi điều trị nội khoa kém đáp ứng hoặc hẹp KDMCV có nguyên nhân cơ học hay hẹp KDMCV kèm tổn thương chóp xoay.

Phẫu thuật nội soi khớp vai ngày càng trở nên phổ biến và dần thay thế phẫu thuật mổ mở trong điều trị hẹp khoang dưới mòm cùng vai. Chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân và kết quả sau điều trị tại bệnh viện E, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khoang dưới mòm cùng vai tại Bệnh viện E giai đoạn 2020 – 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 28 bệnh nhân hẹp khoang dưới mòm cùng vai không kèm theo tổn thương chóp xoay được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi giải ép khoang dưới

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Trường Đại học Y Dược, Đại Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Phương

Email: huyphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 2.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024

mỏm cùng vai tại Bệnh viện E trong thời gian từ tháng 01/2020 đến hết 03/2023. Bệnh nhân được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Neer gồm các triệu chứng: đau khớp vai, đau nhiều về đêm kèm hạn chế dạng vai và nâng cánh tay ra trước, nghiệm pháp Neer và/hoặc Hawkins và/hoặc impingement dương tính. Khoảng cách từ mỏm cùng vai – chỏm xương cánh tay $\leq 7\text{mm}$ được xác định trên phim X-quang khớp vai tiêu chuẩn. BN đã được điều trị nội khoa và phục hồi chức năng khớp vai trên 6 tháng không cải thiện.

Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp hẹp khoang dưới mỏm cùng vai kèm rách chóp xoay $\geq 50\%$ bề dày gân, cần khâu phục hồi gân chóp xoay hoặc hẹp khoang dưới mỏm cùng vai kèm bệnh lý sụn viền khớp vai, viêm khớp vai thể đông cứng...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang một loạt ca lâm sàng.

Bệnh nhân được khám và đánh giá trước mổ, ghi hồ sơ bệnh án các thông tin về tình trạng đau, biên độ vận động khớp vai, chức năng khớp vai theo thang điểm UCLA trước mổ. Đo các chỉ số thông dụng về hình thái mỏm cùng vai bao gồm: chỉ số bao phủ mỏm cùng vai (AI), góc bên mỏm cùng vai (LAA) và khoảng cách mỏm cùng vai - chỏm xương cánh tay trên phim XQ vai thường quy. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi giải ép khoang dưới mỏm cùng vai. Bệnh nhân được đánh giá kết quả sau mổ bao gồm tình trạng đau khớp vai, biên độ vận động khớp vai và chức năng khớp vai sau mổ theo thang điểm UCLA ở thời điểm sau mổ.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, được kiểm định bằng phép kiểm định T hoặc Wilcoxon. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ và được kiểm định bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 28 bệnh nhân được chẩn đoán xác định hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, được phẫu thuật nội soi giải ép khoang dưới mỏm cùng vai tại Bệnh viện E trong khoảng thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 3/2023, chúng tôi ghi nhận một số kết quả sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

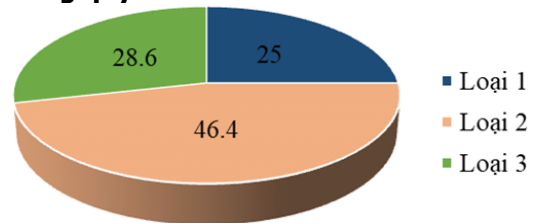
Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (n=28 bệnh nhân)

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu	Kết quả	
Giới	Nam	39%
	Nữ	61%

Tuổi trung bình (43-76 tuổi)		62 ± 7,5 tuổi	
Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi		<45 tuổi	1%
		45-54 tuổi	17,9%
		55-64 tuổi	42,8%
		≥ 65 tuổi	35,7%
Vai tổn thương		Trái	32,1%
		Phải	67,9%
Thời gian mắc bệnh	6 tháng – 1 năm	17	60,7%
	1 năm – 2 năm	7	25%
	Trên 2 năm	4	14,3%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nghiên cứu là nữ giới (61%) với độ tuổi trung bình là 62±7,5. Hẹp khoang dưới mỏm cùng vai thường gặp nhiều hơn ở bệnh nhân nữ, ở lứa tuổi trên 45 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 6 tháng đến 1 năm là cao nhất, chiếm 60,7%. Trong 28 bệnh nhân, tổn thương vai phải chiếm 67,9% và vai trái chiếm 32,1%

3.2. Đặc điểm chỉ số về hình thái học của mỏm cùng vai trên X-quang khớp vai thường quy



Biểu đồ 1: Tỷ lệ hình dạng mỏm cùng vai

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân có hình dạng mỏm cùng vai loại 1 chiếm tỷ lệ thấp (25%), loại 2 (46,4) và loại 3 (28,6). Như vậy, bệnh nhân có hình dạng mỏm cùng vai loại 2 và loại 3 chiếm tỷ lệ cao hơn (75%).

Bảng 2: Chỉ số mỏm cùng vai (AI), góc bên mỏm cùng vai (LAA) và khoảng cách mỏm cùng vai - chỏm xương cánh tay (AHD) (n=28 bệnh nhân)

Đặc điểm chỉ số	AI	LAA (độ)	AHD (mm)
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	0,73±0,05	74,4±2,43	6,7±0,82
Biên độ dao động	0,65-0,86	71-79	5,1-8,5
$r=-0.32$ ($p=0.008<0.01$)			

Nhận xét: Chỉ số độ bao phủ mỏm cùng vai trung bình ở bệnh nhân hẹp khoang dưới mỏm cùng vai là 0,73, chỉ số góc bên mỏm cùng vai ở bệnh nhân hẹp khoang dưới mỏm cùng trung bình là 74,4 độ và chỉ số khoảng cách mỏm cùng vai tới chỏm xương cánh tay trung bình của nhóm nghiên cứu là 6,7 mm. Có mối liên hệ nghịch biến giữa chỉ số độ bao phủ mỏm cùng vai (AI) với chỉ số góc bên mỏm cùng vai (LAA) với $r=-0.32$, mối liên hệ có nghĩa thống kê với $p<0,01$.

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khoang dưới móm cùng vai:

Bảng 3. Kết quả thay đổi chức năng khớp vai đánh giá theo thang điểm UCLA

Phân loại UCLA	Trước mổ		Sau mổ	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Rất tốt	0	0	12	42,9
Tốt	0	0	15	53,6
Trung bình	22	78,6	1	3,6
Kém	6	21,4	0	0

Nhận xét: chức năng khớp vai sau mổ đánh giá theo thang điểm UCLA cải thiện một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Kiểm định Fisher, ghép nhóm).

IV. BÀN LUẬN

Hẹp khoang dưới móm cùng vai được biết đến từ lâu và là nguyên nhân phổ biến gây đau khớp vai ở người trung niên. Bệnh thường tiến triển chậm, diễn biến trong một thời gian dài, đến giai đoạn nặng gây ảnh hưởng nặng nề đến chức năng khớp vai và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Hẹp khoang dưới móm cùng vai được điều trị nội khoa là chủ yếu bằng cách kết hợp dùng thuốc NSAIDS với phục hồi chức năng, tuy nhiên tỉ lệ tái phát còn cao. Chỉ định điều trị ngoại khoa được đặt ra trong những trường hợp điều trị nội khoa thất bại, hẹp khoang dưới móm cùng vai có nguyên nhân cơ học hoặc bệnh nhân có rách chóp xoay. Trước kia, điều trị ngoại khoa bệnh hẹp khoang dưới móm cùng vai được tiến hành bằng mổ mở đem lại kết quả điều trị không được như mong muốn. Ngày nay, với sự phát triển của phẫu thuật nội soi khớp vai, mổ giải ép khoang dưới móm cùng vai nội soi đã dần trở nên phổ biến và thay thế mổ mở trong điều trị bệnh lý này. Mổ nội soi điều trị hẹp khoang dưới móm cùng vai có nhiều ưu điểm hơn so với đường mổ kinh điển như đường mổ nhỏ, ít xâm lấn, bệnh nhân ít đau, thời gian hồi phục sau mổ nhanh hơn trong khi vẫn có thể quan sát và đánh giá trực tiếp, xử trí nguyên nhân gây hẹp cũng như đánh giá mức độ rộng của khoang sau giải ép⁴.

Trong nghiên cứu này chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân bị bệnh là nữ giới, chiếm tỷ lệ 61%, tuổi trung bình là $62 \pm 7,5$ gặp đa phần ở lứa tuổi trên 45 tuổi. Kết quả này tương đồng với Lương Minh Quang⁵ trong nghiên cứu nhận xét kết quả điều trị hẹp khoang dưới móm cùng vai với 56,7% người bệnh trong nghiên cứu là nữ. Theo tác giả Calis⁶, đều thấy rằng nữ giới gặp nhiều hơn nam giới, liên quan đến các công việc lặp đi lặp lại đặc biệt trong công việc nội trợ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra móm cùng vai loại 2 (dạng cong) chiếm tỉ lệ cao nhất 46,4%, còn loại 1 (dạng phẳng) chiếm 25%, loại 3 (dạng móc) chiếm 28,6%. Như vậy, móm cùng vai loại 2,3 chiếm tỉ lệ cao. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Bigliani⁷ cho rằng móm cùng vai hạ thêm phần phía trước trong mặt phẳng đứng dọc (loại 2,3) có thể dẫn đến chèn ép, viêm gân và cuối cùng là rách chóp xoay. Balke⁸ và cộng sự khi nghiên cứu hình thái học móm cùng vai trên 3 nhóm bệnh nhân: hẹp KDMCV, có tổn thương gân chóp xoay và không có tổn thương khớp vai có kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi đều chỉ ra loại 2, loại 3 chiếm đa số. Tuy nhiên nghiên cứu cũng cho thấy không có mối liên hệ giữa hình dạng móm cùng vai và tổn thương gân chóp xoay.

Khi đánh giá 3 thông số thường dùng trên X-quang về hình thái móm cùng vai, chúng tôi ghi nhận chỉ số độ bao phủ móm cùng vai trung bình trong cả nhóm bệnh là $0,73 \pm 0,05$, kết quả này gần tương đương với nghiên cứu của Ming-Yang Yu⁹ và các cộng sự⁹ với kết quả chỉ số AI trung bình ở nhóm bệnh nhân hẹp khoang dưới móm cùng vai là $0,72 \pm 0,06$ ở 165 bệnh nhân bị hội chứng hẹp khoang dưới móm cùng vai, còn ở nhóm 65 người không có triệu chứng, vai bình thường thì chỉ số AI là $0,66 \pm 0,06$, với nhóm 63 bệnh nhân bị chấn thương vai mới thì chỉ số AI trung bình là $0,59 \pm 0,06$. Dựa trên kết quả của chúng tôi và kết quả của tác giả Balke⁸ và cộng sự, Xinyu Li¹⁰ cộng sự khi nghiên cứu về hình thái móm cùng vai, ta thấy chỉ số AI trên bệnh nhân có hội chứng hẹp khoang dưới móm cùng vai cao hơn so với nhóm bệnh nhân bình thường.

Nghiên cứu trên 28 bệnh nhân hẹp KDMCV chúng tôi thu được kết quả chỉ số góc bên móm cùng vai (LAA) trung bình của cả nhóm là $74,4 \pm 2,43$. Theo nghiên cứu của Ming-Yang Yu và cộng sự⁹ trên 165 bệnh nhân hẹp KDMCV có kết quả LAA trung bình là $76,8 \pm 7,02$, trong khi nhóm 63 bệnh nhân không có triệu chứng, khớp vai bình thường chỉ số LAA là $80,0 \pm 7,3365$. Trong nghiên cứu của Xinyu Li¹⁰ và cộng sự¹⁰ có kết quả LAA của nhóm bệnh nhân hẹp KDMCV và nhóm không có triệu chứng lần lượt là $75,24 \pm 8,53$ và $78,48 \pm 7,83$. Một số nghiên cứu của nhóm tác giả khác như Maurice Balke và cộng sự⁸, Tetreault và cộng sự cũng thu được kết quả chỉ số LAA ở nhóm bệnh nhân hẹp KDMCV nhỏ hơn so với nhóm bình thường không có triệu chứng.

Hình thái học của xương bả vai là cố định, vì thế các chỉ số về độ bao phủ của móm cùng vai và góc bên của móm cùng vai là cố định. Mức độ

rộng của mỏm cùng vai cùng với sự nhỏ đi về góc bên của các loại hình thái mỏm cùng vai khác nhau gây tổn thương mô mềm khi di chuyển trong KDMCV. Tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ số AI và LAA trên cận lâm sàng chúng tôi đã tìm thấy mối liên hệ tỉ lệ nghịch giữa chỉ số độ bao phủ mỏm cùng vai (AI) và chỉ số góc bên mỏm cùng vai (LAA) là $r=-0,32$. Mối liên hệ tỉ lệ nghịch giữa chỉ số AI và LAA cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Mạnh, và trong nghiên cứu của Balke và cộng sự⁸.

Kết quả của chúng tôi thu được chỉ số khoảng cách trung bình mỏm cùng vai tới chỏm xương cánh tay của nhóm nghiên cứu là $6,7 \pm 0,8$ mm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mayerhoefer và cộng sự khi nghiên cứu 47 bệnh nhân hẹp khoang dưới mỏm cùng vai không có rách chóp xoay thu được chỉ số AHD dưới 7mm có ý nghĩa trong chẩn đoán hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai¹¹. Kết quả của chúng tôi có phần không tương đồng với kết quả của Xinyu Li và cộng sự với chỉ số AHD trung bình của nhóm hẹp KDMCV là 5.46 ± 1.37 , với nhóm chứng là 6.47 ± 1.90 . Tuy nhiên, tác giả Xinyu Li cũng chỉ ra chỉ số khoảng cách mỏm cùng vai – chỏm xương cánh tay trung bình của nhóm bệnh nhỏ hơn đáng kể so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,0473 < 0,05$). Lý giải cho sự không tương đồng chưa rõ ràng. Lời giải thích khả dĩ là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện việc đo đạc trên phim chụp X-quang chuẩn, tư thế trước sau, trong khi nghiên cứu của Xinyu Li¹⁰ và cộng sự thực hiện trong phim chụp cắt lớp vi tính có dựng hình xương 3D. Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế khi đánh giá bằng X-quang với các thông số đo hai chiều, không có thông số nào phản ánh chính xác hình ảnh hình học ba chiều. Để khắc phục hạn chế có thể đánh giá thể tích của khoang dưới mỏm cùng vai trên phim MRI kết hợp các chỉ số hình học hai chiều hoặc đánh giá trên nhiều mặt phẳng cắt (coronal, sagittal).

Theo nghiên cứu của chúng tôi, điểm UCLA trung bình sau phẫu thuật của nhóm 28 bệnh nhân là $31,9 \pm 2,6$, trong đó có 27 bệnh nhân trong nhóm tốt và rất tốt. Kết quả đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm UCLA sau mổ cải thiện rõ rệt so với trước mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Odenbring và cộng sự đã báo cáo 60 trường hợp hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, trong đó 31 bệnh nhân giải ép khoang dưới mỏm cùng vai nội soi và 29 bệnh nhân được mổ mở ghi nhận 77% số người bệnh được phẫu thuật nội soi tạo hình mỏm cùng vai có chức năng rất tốt

và tốt, kết quả tốt này vẫn duy trì 12-14 năm sau khi phẫu thuật. Một điều đáng lưu ý rằng, kết quả dài hạn của nội soi tạo hình mỏm cùng vai được đo trên lâm sàng bằng thang điểm UCLA đã cao hơn hẳn so với mổ mở tạo hình mỏm cùng vai, cụ thể là điểm UCLA trung bình là 32 điểm đối với những bệnh nhân mổ nội soi và 28 điểm cho những bệnh nhân mổ mở, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,03$.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 28 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khoang dưới mỏm cùng vai với thời gian theo dõi trung bình sau mổ $16,7 \pm 6,1$ tháng cho thấy chỉ số độ bao phủ mỏm cùng vai (AI) lớn hơn trong khi góc bên mỏm cùng vai (LAA) và khoảng cách mỏm cùng vai – chỏm xương cánh tay (AHD) bé hơn so với khớp vai bình thường. Phẫu thuật tạo hình mỏm cùng vai, các bệnh nhân đều cải thiện chức năng khớp vai một cách rõ rệt và người bệnh hài lòng với kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kanatli U, Gemalmaz HC, Ozturk BY, Voyvoda NK, Tokgoz N, Bolukbasi S.** The role of radiological subacromial distance measurements in the subacromial impingement syndrome. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2013; 23(3): 317-322. doi:10.1007/s00590-012-0960-9
2. **Harrison AK, Flatow EL.** Subacromial impingement syndrome. *JAAOS-J Am Acad Orthop Surg.* 2011;19(11):701-708.
3. **CHARLES S NEER I.** Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. *JBJS.* 1972;54(1): 41-50.
4. **McLaughlin HL.** Lesions of the musculotendinous cuff of the shoulder. The exposure and treatment of tears with retraction. 1944. *Clin Orthop Relat Res.* 1994;(304):3-9.
5. **Quang LM, Liên NTK.** đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khoang dưới mỏm cùng vai. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;522(1).
6. **Calis M, Akgun K, Birtane M, Karacan I, Calis H, Tuzun F.** Diagnostic values of clinical diagnostic tests in subacromial impingement syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2000;59(1):44-47. doi:10.1136/ard.59.1.44
7. **Bigliani LU, Levine WN.** Current concepts review-subacromial impingement syndrome. *JBJS.* 1997;79(12):1854-1868.
8. **Balke M, Schmidt C, Dedy N, Banerjee M, Bouillon B, Liem D.** Correlation of acromial morphology with impingement syndrome and rotator cuff tears. *Acta Orthop.* 2013;84(2):178-183.
9. **Yu MY, Zhang W, Zhang DB, Zhang XD, Gu GS.** An Anthropometry Study of the Shoulder Region in a Chinese Population and its Correlation with Shoulder Disease. *Int J Morphol.* 2013;31(2).
10. **Li X, Xu W, Hu N, et al.** Relationship between acromial morphological variation and

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NUỐT Ở BỆNH NHÂN TỒN THƯƠNG NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐIỀU DƯỠNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Mạnh Linh¹, Nguyễn Quang Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị rối loạn nuốt trên bệnh nhân tổn thương não tại Bệnh viện Điều dưỡng Phục hồi chức năng Trung ương giai đoạn 8/2023 - 3/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp so sánh trước sau được tiến hành trên 57 người bệnh tổn thương não, bao gồm 46 người bệnh bị đột quỵ não và 11 người bệnh bị chấn thương sọ não, có di chứng rối loạn nuốt đang điều trị tại Bệnh viện Điều dưỡng Phục hồi chức năng Trung ương. 57 người bệnh được điều trị bằng kích thích thần kinh cơ vùng cổ kết hợp với các bài tập nuốt khác như Masako, Mendelsohn, kích thích niêm mạc miệng, Shaker, nuốt trên thanh môn, và các tư thế ăn phù hợp. Các bệnh nhân được đánh giá nuốt bằng nội soi ống mềm trước, sau điều trị 2 tuần và 4 tuần bằng thang điểm mức độ khó nuốt qua nội soi ống mềm (Fiberoptic Endoscopic Dysphagia Severity Scale - FEDSS). **Kết quả:** Thang điểm FEDSS trước khi điều trị là: Điểm 6 chiếm 14%; điểm 5 chiếm 17,5%; điểm 4 chiếm 24,6%; điểm 3 chiếm 12,3%; và điểm 2 chiếm 31,6%. Tương đương với tỷ lệ rối loạn nuốt nặng là 31,5%; trung bình là 24,6%; và nhẹ là 43,9%. Các triệu chứng chính khi đánh giá bằng nội soi ống mềm trước điều trị gồm có: giảm cảm giác thanh quản hạ họng chiếm 35,1%; chảy sớm trước khi nuốt với nước là 89,5%; với thức ăn sệt là 64,9% và thức ăn mềm là 45,6%; khởi nuốt chậm chiếm 45,6%; hít sặc nước là 80,7%, với thức ăn sệt là 57,9% và thức ăn mềm là 33,3%; ứ đọng sau nuốt chiếm 52,6% đến 78,9%. Sau 4 tuần điều trị, tỷ lệ rối loạn nuốt nặng còn 21,2%, trung bình 15,8%, nhẹ 19,3% và không rối loạn nuốt chiếm 43,9%. Các dấu hiệu sau cải thiện có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê bao gồm: giảm cảm giác thanh quản hạ họng; ứ đọng dịch tiết; nuốt chậm, ứ đọng, hít sặc thức ăn sệt; chảy sớm, nuốt chậm, ứ đọng và hít sặc nước; không tạo được bolus, nuốt chậm, hít sặc thức ăn mềm. **Kết luận:** Điều trị kích thích thần kinh cơ vùng cổ kết hợp với các bài tập nuốt khác có hiệu quả trên bệnh nhân bị tổn thương não có rối loạn nuốt. Tuy nhiên vẫn còn một số bệnh nhân rối loạn nuốt mức độ nặng phải ăn qua sonde dạ dày kéo dài. **Từ khóa:** Đột quỵ não, tổn thương não, kích thích thần kinh cơ họng thanh quản, các bài tập nuốt, FEDSS

SUMMARY

ASSESSMENT THE RESULTS OF DYSPHAGIA TREATMENT IN PATIENTS WITH DAMAGED BRAIN AT THE NATIONAL REHABILITATION HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical signals and evaluate the result of swallowing disorder treatment in the patients with damaged brain at the National Rehabilitation Hospital between August of 2023 and March of 2024. **Materials and Methods:** Intervention study comparing before and after treatment was conducted on 57 damaged brain patients with dysphagia, including 46 stroke and 11 traumatic brain injury patients at the National Rehabilitation Hospital. All of patients were treated with laryngopharyngeal neuromuscular electrical stimulation combined with traditional dysphagia therapies such as Masako, Shaker, Mendelsohn, thermal tactile oral stimulation, supraglottic swallow, effortful swallow and compensatory postural techniques. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) was used to evaluate patients before treatment, after 2 weeks and after 4 weeks of treatment using the Fiberoptic Endoscopic Dysphagia Severity Scale (FEDSS). **Results:** Before treatment, the distribution of FEDSS was as follows: 14% scored 6; 17,5% scored 5; 24,6% scored 4; 12,3% scored 3; and 31,6% scored 2. This indicates that 31,5% had severe dysphagia, 24.6% had moderate dysphagia, and 43,9% had mild dysphagia. The main symptoms observed during FEES were: 35,1% loss of sensation in the laryngopharyngeal; 89,5% premature thin liquid; 64,9% premature pureed food; 45,6% premature solid food; 45,6% delayed onset of swallowing; 80,7% aspiration of thin liquid; 57,9% aspiration of pureed food; 33,3% aspiration of solid food; residue after swallowing ranged from 52,6% to 78,9%. After 4 weeks of treatment, the results were as follows: 21,2% had severe dysphagia, 15,8% had moderate dysphagia, 19,3% had mild dysphagia and 43,9% were normal. Significant improvements were observed in the following symptoms: loss of sensation in the laryngopharyngeal; residue of secretion; delayed onset of swallowing, residue and aspiration of pureed food; premature, delayed onset of swallowing, residue and aspiration of thin liquid; difficulty in producing a bolus, delayed onset of swallowing and aspiration of soft solid food. **Conclusion:** Laryngopharyngeal neuromuscular electrical stimulation, in conjunction with swallowing exercises has been shown to be effective in treating dysphagia in patients with damaged brains. However, some severe dysphagia patients still require permanent feeding tube placement. **Keywords:** ischemia stroke, damaged brain, dysphagia/ swallowing disorder, FEES/

¹Bệnh viện Điều dưỡng Phục hồi chức năng Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Linh

Email: manhlinh021084@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 3.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024