

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 điện 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

fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, laryngopharyngeal neuromuscular electrical stimulation, swallowing exercises, FEDSS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương não ngay nay là bệnh hay gặp, chủ yếu bao gồm đột quỵ não và chấn thương sọ não. Do y học phát triển, nên tỷ lệ cứu sống sau tổn thương não ngày càng cao. Tuy nhiên tổn thương não thường để lại những di chứng nặng nề.

Một trong những di chứng nguy hiểm của bệnh nhân có tổn thương não hay gặp là rối loạn nuốt (RLN), chiếm tỷ lệ từ 42 - 67% tùy từng nghiên cứu. Phần lớn rối loạn nuốt có thể hồi phục sau 2 tuần [6]. Tuy nhiên có một tỷ lệ rối loạn nuốt kéo dài và gây ra những ảnh hưởng nghiêm trọng tới người bệnh.

Ở Việt Nam đã có những nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị RLN, tuy nhiên ít có nghiên cứu dùng phương pháp đánh giá bằng nội soi ống mềm để đánh giá rối loạn nuốt, chủ yếu là dùng các test lâm sàng. Trong khi đó, đánh giá nuốt bằng nội soi ống mềm được xem là một trong hai tiêu chuẩn vàng của đánh giá rối loạn nuốt [3].

Bệnh viện Điều dưỡng Phục hồi Chức năng Trung ương hiện nay áp dụng nhiều phương pháp phục hồi cho bệnh nhân sau tổn thương não. Trong đó có kích thích điện thần kinh cơ vùng họng thanh quản, là phương pháp được biết có tác dụng làm mạnh các cơ được kích thích và tạo feedback lên não tổn thương, hiện nay vẫn có nhiều tranh cãi trên thế giới về hiệu quả của nó trong điều trị rối loạn nuốt [4]. Chính vì vậy chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu "Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị rối loạn nuốt trên bệnh nhân tổn thương não" từ đó cung cấp thông tin cải thiện điều trị RLN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 57 người bệnh (NB) sau tổn thương não, trong đó có 29 NB nhồi máu não, 17 NB xuất huyết não và 11 NB chấn thương sọ não được điều trị tại Bệnh viện Điều dưỡng Phục hồi chức năng Trung ương từ 8/2023 - 3/2024 có các tiêu chuẩn: NB bị lần đầu, có RLN mức độ nhẹ, trung bình, nặng được đánh giá bằng FEES theo thang điểm FEDSS. Tiêu chuẩn loại trừ: NB bị quá 6 tháng, NB đang phải thở oxy, Glasgow dưới 13.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu so sánh trước sau can thiệp, cỡ mẫu thuận tiện.

2.2.2. Các biến số nghiên cứu:

- Các triệu chứng RLN trong đánh giá nuốt bằng FEES theo potocol của Susan Langmore và thang điểm FEDSS [7], [8] trước và sau điều trị.

- Mức độ RLN, mức độ hít sặc trước và sau điều trị 2 tuần, 4 tuần.

- Thời điểm can thiệp sớm (≤ 6 tuần) và can thiệp muộn (> 6 tuần).

- Hiệu quả điều trị: Tốt là FEDSS từ 4; 5; 6 về 1; 2; 3 hoặc 2; 3 về 1. Trung bình là FEDSS từ 5;6 về 4 hoặc 2;3 vẫn ở 2;3. Kém là FEDSS 5;6 không thay đổi hoặc có tăng điểm.

2.2.3. Kỹ thuật thu nhập số liệu

- Đánh giá RLN bằng FEES được thực hiện bởi bác sĩ tai mũi họng trước điều trị, sau điều trị 2 tuần và 4 tuần.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm spss 16.

2.2.4. Quy trình điều trị rối loạn nuốt

- Điều trị RLN được thực hiện bởi kỹ thuật viên và bác sĩ phục hồi chức năng.

- Mỗi NB được điều trị bằng phương pháp kích thích điện thần kinh cơ vùng cổ dòng máy Vocastim của Physiomed, chế độ dòng trung bình 8 - 11 mA, chế độ điều trị rối loạn nuốt. Thời gian 20 phút/ ngày; 3 ngày/ tuần trong 4 tuần.

- Bên cạnh đó NB được điều trị các bài tập nuốt khác như: Masako, Mendelsohn, kích thích lạnh niêm mạc miệng, Shaker, nuốt trên thanh môn, kết hợp tư thế như chintuck [4].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

- Trong nghiên cứu này tỷ lệ nam/nữ là 2,17/1.

- Tuổi trung bình của NB là $59 \pm 16,13$ (từ 15 đến 83 tuổi). Nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ 63,2%.

- Nhóm can thiệp sớm (từ 6 tuần trở xuống) có 37 NB, nhóm can thiệp muộn (sau 6 tuần) có 20 NB, NB điều trị sớm nhất là 2 tuần sau khi bị tổn thương, muộn nhất là 24 tuần sau tổn thương.

3.1.2. Đặc điểm rối loạn nuốt của đối tượng nghiên cứu trước khi điều trị

Bảng 3.1. Đặc điểm rối loạn nuốt của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Thông tin	Trước điều trị	
	n	%
Mức độ rối loạn nuốt	Nặng	18 31,5
	Trung bình	14 24,6
	Nhẹ	25 43,9
	Không RLN	0 0,0
Giảm cảm giác thanh quản hạ họng	20	35,1

Có thất ngôn	35	62,4
Liệt dây thanh	3	5,3%

Nhận xét: Trước điều trị có 18 NB có RLN mức độ nặng (31,5%), mức độ trung bình có 14 NB (24,6%) và mức độ nhẹ có 25 NB (43,9%). Giảm hoặc mất cảm giác vùng thanh quản hạ họng có 20 NB (35,1%). Thất ngôn có 35 NB. Liệt dây thanh có 3 NB.

3.1.3. Các dấu hiệu lâm sàng trong FEES trước và sau điều trị 4 tuần

Bảng 3.2. Các dấu hiệu lâm sàng trong FEES trước và sau điều trị 4 tuần

Thông tin	Trước điều trị		Sau 4 tuần điều trị		p	
	n	%	n	%		
Giảm cảm giác thanh quản hạ họng	20	35,1	9	15,8	0,020	
Dịch tiết	Ứ đọng	20	35,1	11	19,3	0,044
	Hít sặc	12	21,1	8	14,0	0,152
Thức ăn sệt	Chảy sớm	37	64,9	36	63,2	0,811
	Nuốt chậm	26	45,6	13	22,8	0,006
	Ứ đọng	45	78,9	36	63,2	0,001
	Hít sặc	33	57,9	22	38,6	0,022
Nước uống	Chảy sớm	51	89,5	42	73,7	0,006
	Nuốt chậm	22	38,6	10	17,5	0,006
	Ứ đọng	40	70,2	19	33,3	0,000
	Hít sặc	46	80,7	29	50,9	0,003
Thức ăn mềm	Không tạo bolus	17	29,8	7	12,3	0,006
	Chảy sớm	26	45,6	20	35,1	0,182
	Nuốt chậm	26	45,6	14	24,6	0,013
	Ứ đọng	30	52,6	26	45,6	0,094
	Hít sặc	19	33,3	14	24,6	0,008
FEDSS	mean ± SD	3,70 ± 1,44	2,67 ± 1,84		0,000	

Nhận xét: Trước điều trị và sau điều trị 4 tuần những chỉ số sau có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$:

- Cải thiện mất cảm giác vùng hạ họng thanh quản.

- Ứ đọng dịch tiết.
- Nuốt chậm, ứ đọng, hít sặc thức ăn sệt.
- Chảy sớm, nuốt chậm, ứ đọng và hít sặc nước.
- Khả năng tạo được bolus, nuốt chậm, hít sặc thức ăn mềm.

3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn nuốt

3.2.1. Kết quả điều trị RLN. Sự cải thiện mức độ RLN sau điều trị

Bảng 3.3. Sự cải thiện mức độ RLN sau điều trị

Mức độ rối loạn nuốt	Trước điều trị	Sau điều trị 2 tuần	Sau điều trị 4 tuần
----------------------	----------------	---------------------	---------------------

	n	%	n	%	n	%
Không rối loạn nuốt	0	0	10	17,5	25	43,9
Nhẹ	25	43,9	25	43,9	11	19,3
Trung bình	14	24,5	11	19,3	9	15,7
Nặng	18	31,6	11	19,3	12	21,1
Tổng	57	100	57	100	57	100
p			0,000		0,000	

Nhận xét: - Mức độ RLN cải thiện sau 2 tuần và sau 4 tuần điều trị có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Trong 18 NB bị RLN nặng có 2 NB không còn RLN, có 4 NB chuyển mức độ nhẹ, 5 NB chuyển mức độ trung bình, còn 7 NB vẫn có RLN nặng.

- Có 5 NB từ mức độ RLN trung bình chuyển RLN mức độ nặng.

- Có 3 NB từ mức độ nhẹ chuyển thành mức độ trung bình.

Sự cải thiện nguy cơ hít sặc sau điều trị

Bảng 3.4. Sự cải thiện nguy cơ hít sặc sau điều trị

Nguy cơ hít sặc	Trước điều trị		Sau điều trị 2 tuần		Sau điều trị 4 tuần	
	n	%	n	%	n	%
Nguy cơ hít sặc thấp	25	43,9	35	61,4	36	63,2
Nguy cơ hít sặc cao	32	56,1	22	38,6	21	36,8
Tổng	57	100	57	100	57	100
p			0,011		0,007	

Nhận xét: Có sự khác biệt về nguy cơ hít sặc sau điều trị 2 tuần và sau 4 tuần so với trước điều trị với $p < 0,05$.

3.2.3. Mối liên quan giữa thời điểm bắt đầu điều trị và hiệu quả điều trị

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa thời điểm bắt đầu điều trị và hiệu quả điều trị

Thời điểm bắt đầu điều trị	Hiệu quả điều trị						p
	Tốt		Trung bình		Kém		
	n	%	n	%	n	%	
Sớm (≤ 6 tuần)	26	76,5	5	55,6	6	42,9	0,023
Muộn (> 6 tuần)	8	23,5	4	44,4	8	57,1	
Tổng	34	100	9	100	14	100	

Nhận xét: Có sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa nhóm bắt đầu muộn và nhóm bắt đầu sớm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Tuổi, giới của nhóm nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nam/nữ là 2,17/1 tỷ lệ

này cũng tương đồng với các tác giả Nguyễn Thị Vân [2] là 2/1. Nghiên cứu của Umay [5] có tỷ lệ nam/nữ là 3,46/1. Tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ được giải thích do nhiều yếu tố sinh hoạt và công việc như thói quen sử dụng thuốc lá, rượu bia, áp lực công việc.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $59 \pm 16,13$ (từ 15 đến 83 tuổi). Trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 63,2%, điều này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Thị Hồng Thúy [1] (nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 73,1%) và nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân (nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 77,2%).

Mức độ rối loạn nuốt: Chúng tôi đánh giá các mức độ rối loạn nuốt bằng nội soi ống mềm dựa vào thang điểm FEDSS. Điểm trung bình FEDSS trước điều trị của chúng tôi là $3,70 \pm 1,44$ so với $3,76 \pm 1,19$ của Ebru K. Umay [5] là tương đồng. Nghiên cứu của Umay được thực hiện trên 58 người bệnh bị đột quỵ não vào thời điểm $14,52 \pm 5,53$ ngày, nghiên cứu của chúng tôi cũng được thực hiện vào thời điểm sau khi bị tổn thương não 2 tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước điều trị có 18 NB bị RLN nặng (31,5%); 14 NB bị RLN trung bình (24,6%); 25 NB bị RLN nhẹ (43,9%). Bùi Thị Hồng Thúy sử dụng MASA để đánh giá nuốt, có 5 RLN nặng (12,2%); 18 RLN trung bình (46,3%) và 17 RLN nhẹ (41,5%). Có sự khác nhau này vì các nghiên cứu khác nhau về phương pháp đánh giá, thời điểm đánh giá và nhóm bệnh nhân.

4.2. Hiệu quả điều trị rối loạn nuốt. Các nghiên cứu trên thế giới gần đây đã chứng minh rằng đơn thuần kích thích điện thần kinh cơ sẽ không hiệu quả bằng kết hợp với nhiều phương pháp khác. Chính vì vậy, chúng tôi đã kết hợp kích thích điện thần kinh cơ với các bài tập nuốt, kết quả là: có 25 NB không còn RLN, 18 NB có RLN nặng ban đầu chỉ còn 7 NB bị RLN nặng sau điều trị. Tuy nhiên có 5 NB từ RLN trung bình chuyển thành RLN nặng và 3 NB từ RLN nhẹ chuyển thành RLN trung bình. Điều này có thể được giải thích rằng trong quá trình điều trị NB có thể có những vi tổn thương mới trên não nhưng chưa phát hiện ra, mặc dù ý thức của bệnh nhân vẫn tiến triển tốt.

Điểm FEDSS sau điều trị của chúng tôi là $2,67 \pm 1,84$ cao hơn so với nghiên cứu của Umay là $1,36 \pm 0,80$. Điều này được giải thích là Umay điều trị kích thích điện thần kinh cơ với 5 lần/tuần và mỗi lần 60 phút trong 4 tuần, với biên độ 4 – 6 mA, trong khi đó chúng tôi điều trị 3 lần/tuần và mỗi lần 20 phút với biên độ 8 – 11 mA. Thứ hai là, người bệnh trong nghiên cứu

của chúng tôi được điều trị muộn hơn, do người bệnh được chuyển tuyến từ nơi khác tới. Chúng tôi tiếp cận vào thời điểm 2 tuần đến 24 tuần sau tổn thương não, trong khi của Umay là $14,53 \pm 5,35$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Điều trị RLN ở người bệnh tổn thương não bằng kích thích điện thần kinh cơ vùng cổ kết hợp với các bài tập nuốt giúp cải thiện tình trạng RLN như: cải thiện mất cảm giác vùng hạ họng thanh quản, ứ đọng dịch tiết; nuốt chậm, ứ đọng, hít sặc thức ăn sệt; chảy sớ, nuốt chậm, ứ đọng và hít sặc nước; tạo bolus, nuốt chậm, hít sặc thức ăn mềm.

Tuy nhiên, so với các nghiên cứu khác, tỷ lệ thành công của chúng tôi còn thấp, chúng tôi cần phải có những thay đổi trong điều trị rối loạn nuốt như tăng số buổi tập, tăng thời gian mỗi buổi tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Hồng Thúy** (2019). Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều bằng các bài tập nuốt kết. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Vân, Phạm Văn Minh** (2021). Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não bằng các bài tập nuốt kết hợp chất làm đặc thức ăn. Luận văn chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội
3. **Bennion CM, Helliwell K, Hughes VJ, Manning-Stanley A.** The use of videofluoroscopy (VFS) and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in the investigation of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A narrative review. Radiogr Lond Engl 1995. 2023;29(2):284-290.
4. **Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, et al.** European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. Eur Stroke J. 2021;6(3):LXXXIX-CXV.
5. **Ebru K. Umay, Atalay Yaylaci** (2017). The effect of sensory level electrical stimulation of the masseter muscle in early stroke patients with dysphagia: A randomized controlled study - PubMed
6. **González-Fernández M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB.** Dysphagia after Stroke: an Overview. Curr Phys Med Rehabil Rep. 2013;1(3):187-196.
7. **Langmore SE.** History of Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing for Evaluation and Management of Pharyngeal Dysphagia: Changes over the Years. Dysphagia. 2017;32(1):27-38.
8. **Warnecke T, Teismann I, Oelenberg S, et al.** Towards a basic endoscopic evaluation of swallowing in acute stroke - identification of salient findings by the inexperienced examiner. BMC Med Educ. 2009;9:13.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG CHỚP XOAY TRÊN HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ 3.0 TESLA Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP DƯỚI MỎM CÙNG VAI

Hoàng Xuân Bình¹, Nguyễn Minh Hải²

Keywords: Shoulder Magnetic Resonance Imaging; Rotator Cuff.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm hình ảnh tổn thương chóp xoay trên cộng hưởng từ 3.0 Tesla ở bệnh nhân có hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 60 BN có hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai trên lâm sàng, được chụp cộng hưởng từ (MRI) 3.0T, tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 354 từ tháng 4/2023 – 4/2024. **Kết quả:** Gần trên gai là vị trí tổn thương gặp nhiều nhất (98,3%); đa số các trường hợp tổn thương 1 gân (43,3%) và 2 gân (40%); hình thái tổn thương gân chủ yếu là viêm gân (53,3%) và rách bán phần gân (36,2%); Trong rách bán phần gân, vị trí rách ở mặt khớp gặp chủ yếu (57,9%) và mức độ thấp gặp đa số (42,1%). **Kết luận:** Tổn thương gân chóp xoay là thường gặp trong hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai, trong đó gân trên gai là vị trí tổn thương được chẩn đoán nhiều nhất.

Từ khóa: cộng hưởng từ khớp vai, chóp xoay.

SUMMARY

THE CHARACTERISTIC OF ROTATOR CUFF INJURY ON 3.0 TESLA MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN SUBACROMIAL IMPINGEMENT SYNDROME

Objectives: The aim of this study was to evaluate the prevalence of tendinitis, partial and complete in magnetic resonance images of patients with subacromial impingement syndrome. **Subjects and methods:** This was a cross – sectional study of 60 patients with subacromial impingement syndrome was scanned with 3.0 MRI at 354 Military Hospital from 4th, 2023 to 4th, 2024. **Results:** The most frequently tendon injury was supraspinatus muscle tendon (98,3%); The majority of cases had 1 damaged tendon (43,3%) and 2 damaged tendons (40%); the frequently encountered finding of rotator cuff injury was tendinosis (53,3%) followed by partial tears (36,2%); Among partial tears, the articular surface type of tear was the most common (57,9%) and the most patients were low-level tear (42,1%). **Conclusions:** The rotator cuff injury is common in subacromial impingement syndrome and supraspinatus muscle tendon is the most common injury site.

¹Bệnh viện Quân y 354

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hải

Email: nmhaidr@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 3.7.2024

Ngày duyệt bài: 5.8.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp vai là vị trí đau thường gặp thứ ba trong các vị trí đau cơ xương khớp, chiếm 7 – 26 % dân số chung [1]. Trong đó bệnh lý chóp xoay là một trong những nguyên nhân thường gặp. Bệnh lý chóp xoay gồm viêm gân mạn tính và rách (toàn phần hoặc bán phần) các gân cơ chóp xoay, làm cho bệnh nhân đau đớn, hạn chế vận động khớp vai, làm yếu trương lực cơ của các cơ quanh khớp và gây ảnh hưởng rất nhiều đến các hoạt động của người bệnh [2]. Một trong những nguyên nhân hay gặp của tổn thương gân chóp xoay là hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai. Khoang dưới mỏm cùng vai là một khoang ảo nằm giữa mỏm cùng vai và chỏm xương cánh tay. Khoang này khi hẹp gây ra sự cọ sát cơ học giữa các tổ chức phần mềm của khớp vai với mấu động lớn xương cánh tay và mặt dưới mỏm cùng vai. Cộng hưởng từ khớp vai là phương pháp có nhiều ưu điểm trong đánh giá tổn thương chóp xoay và mô tả các đặc điểm của hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai. Hiện nay ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tổn thương chóp xoay trong hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai, đặc biệt là trên cộng hưởng từ 3.0 Tesla. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: phân tích đặc điểm hình ảnh tổn thương chóp xoay trên cộng hưởng từ 3.0 Tesla ở những bệnh nhân có hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 60 bệnh nhân (BN) có hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai trên lâm sàng, được chụp cộng hưởng từ 3.0 Tesla, tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 354 từ tháng 4/2023 – 4/2024.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng có hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai: Nghiệm pháp Neer hoặc nghiệm pháp Hawkins dương tính.

- Được chụp cộng hưởng từ đúng kỹ thuật tại Bệnh viện Quân y 354.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** - Những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật khớp vai.