

mỏm chủ động. Như vậy, nếu có rò mỏm tá tràng mà khu trú, có thể chủ động điều trị bảo tồn không phải mổ lại.

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô dạ dày hay gặp ở người lớn tuổi (trung bình là 63 tuổi), chủ yếu ở nam giới (73,5%), và vị trí khối u chủ yếu ở phần dưới dạ dày (94,12%) vẫn là xu thế ở Việt Nam. Ung thư dạ dày kiểu lan tỏa có tiên lượng xấu so với kiểu hình ruột. Bệnh nhân đến viện đa số ở giai đoạn tiến triển (72,05%). Tỷ lệ tái biến (2,94%) và biến chứng phẫu thuật (5,88%) thấp, và hay gặp ở các trường hợp khối u xâm lấn rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Khiên và cs.** (2021), Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học, và tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori ở bệnh nhân ung thư dạ dày, Tạp chí Y học Việt Nam, 505(1).
2. **JGCA** (2020), Japanese gastric cancer treatment

- guidelines 2018 (5th edition), Gastric Cancer.
3. **Khiên V. V. et al.** (2019), Management of Antibiotic-Resistant Helicobacter pylori Infection: Perspectives from Vietnam, Gut Liver, 13(5): 483-497.
4. **Rawla P. et al.** (2019), Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention, Przegląd gastroenterologiczny, 14(1): 26-38.
5. **Yüksel A. et al.** (2021), Comparison of open and laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: a low volume center experience, Turk J Surg, 37(1): 33-40.
6. **Sekiguchi M. et al.** (2022), Epidemiological Trends and Future Perspectives of Gastric Cancer in Eastern Asia, Digestion, 103(1): 22-28.
7. **Sung H. et al.** (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3): 209-249.
8. **Fernström A. et al.** (2023), Separating lymph node stations by the surgeon from the gastric cancer specimen improves the quality of nodal status evaluation, World Journal of Surgical Oncology, 21(1): 265.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM HỘI CHỨNG ỔNG CỔ TAY Ở BỆNH NHÂN GÚT MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Bảo Thoa¹, Nguyễn Văn Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân gút mạn có 54 ống cổ tay được chẩn đoán xác định hội chứng ống cổ tay theo tiêu chuẩn của Hội Thần kinh học Hoa Kỳ đến khám và điều trị tại Trung tâm cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 58,5 ± 10,3, trong đó 100% là nam giới. Thời gian mắc bệnh gút trung bình: 9,69 ± 4,34 (năm). Thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình: 12,94 ± 8,6 (tháng). Lý do đến khám chủ yếu là tê bì bàn tay (81,2%). Triệu chứng lâm sàng của tay bị bệnh: 53,7% đau cổ tay, bàn tay; 87,0% có yếu tố khởi phát, 96,3% dị cảm, 70,3% giảm cảm giác, 11,1% mất cảm giác, 44,4% cử động đối ngón, cầm nắm yếu, 42,6% teo cơ mô cái. Tỷ lệ nghiệm pháp Phalen (+) là 83,3% số ống cổ tay, nghiệm pháp Tinel (+) là 72,2%, nghiệm pháp Durkan (+) là 68,5%. Có 75,9% ống cổ tay có dấu hiệu Notch (+), 16,7% ống cổ tay có dấu hiệu Notch đảo ngược (+), 79,6% phù dây thần kinh giữa. Diện tích dây thần kinh giữa đầu gần ống cổ tay trung bình là: 9,7 ± 2,08 (mm²). Đặc điểm tổn thương khớp cổ tay trên siêu âm ở bệnh

nhân gút mạn: 72,2% viêm màng hoạt dịch, 87,0% hạt tophi, 25,9% hình ảnh đường đôi, 24,0% khuyết xương. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp của hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính là các biểu hiện tổn thương của dây thần kinh giữa. Siêu âm giúp đánh giá hình ảnh của dây thần kinh giữa và tổn thương khớp cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính.

Từ khóa: Hội chứng ống cổ tay, đặc điểm lâm sàng, siêu âm Doppler năng lượng, gút mạn tính.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, IMAGES OF ULTRASOUND OF CHRONIC GOUT PATIENTS WITH CARPAL TUNNEL SYNDROME

Aim: Description of the clinical characteristics and images of ultrasound of chronic gout patients with carpal tunnel syndrome (CTS). **Subjects and methods:** Cross-sectional description of 32 patients with chronic gout with 54 carpal tunnels diagnosed with CTS according to the standards of the American Neurological Association who came for examination and treatment at the Musculoskeletal Center of Bach Mai Hospital from August 2023 to April 2024. **Result:** The mean age of the patients was 58.5 ± 10.3, in there 100% were male. The median duration of gout was 9.69 ± 4.34 (years). The median duration of carpal tunnel syndrome was 12.94 ± 8.6 (months). The main reason for examination was numbness of the hand (81.2%). Clinical symptoms of the diseased hand: 53.7% pain in the wrist and hand, 87.0% triggering factors, 96.3% paresthesia, 70.3% decreased sensation, 11.1% loss of sensation, 44.4% anti-finger movement, weak grip, 42.6% atrophy of

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bảo Thoa

Email: drbaothoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

the thenar muscles. The rate of Phalen test (+) is 83.3% of carpal tunnels, Tinel sign (+) is 72.2%, Duncan test (+) is 68.5%. There were 75.9% of carpal tunnels with Notch signs (+), 16.7% reverse Notch signs (+), 79.6% median nerve edema. The median nerve area proximal to the carpal tunnel averaged $9.7 \pm 2.08(\text{mm}^2)$. Characteristics of wrist joint damage on ultrasound in patients with chronic gout: 72.2% synovitis, 87.0% tophi, 25.9% double contour sign, 24.0% bone erosion. **Conclusion:** Common clinical symptoms of carpal tunnel syndrome in patients with chronic gout are manifestations of damage to the median nerve. Ultrasound helps evaluate images of the median nerve and damage to the wrist joint in patients with chronic gout.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (Carpal tunnel syndrome) là hội chứng gây ra bởi sự tăng quá mức áp lực lên dây thần kinh giữa tại ống cổ tay. Đây là hội chứng hay gặp nhất trong các bệnh lý chèn ép dây thần kinh ngoại biên. Hậu quả của việc chèn ép dây thần kinh giữa là gây ra đau, tê, giảm hoặc mất cảm giác vùng da bàn tay thuộc chi phối của dây thần kinh này, nặng hơn nữa có thể dẫn đến teo cơ, làm giảm chức năng vận động của bàn tay. Nguyên nhân của hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn có thể nguyên phát hoặc thứ phát do chèn ép trong ống cổ tay như: hạt tophi, kén hoạt dịch, viêm các gân gấp cổ tay, các khối u... Tỷ lệ hội chứng ống cổ tay do hạt tophi người mắc bệnh gút là 0,6%¹. Với sự ra đời và phát triển của điện cơ và siêu âm, việc ứng dụng các phương pháp này đã giúp chẩn đoán hội chứng ống cổ tay ở giai đoạn sớm hơn. Siêu âm rất khả thi trong đánh giá hình ảnh của dây thần kinh giữa và đặc điểm tổn thương khớp cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính. Đặc biệt siêu âm là phương pháp chẩn đoán có độ nhạy và độ đặc hiệu cao với chi phí thấp, dễ thực hiện. Tại trung tâm Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai trong thời gian qua đã khám và điều trị một số lượng lớn bệnh nhân gút mạn có biểu hiện hội chứng ống cổ tay, tuy nhiên các bệnh nhân thường có biểu hiện bệnh ở giai đoạn muộn, có teo cơ, rối loạn chức năng bàn ngón, nhiều hạt tophi chèn ép cần phải phẫu thuật. Do đó vẫn dễ phát hiện chẩn đoán sớm, tìm căn nguyên hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn là rất quan trọng để định hướng điều trị, theo dõi trước và sau phẫu thuật cũng như phòng bệnh cho các đối tượng có nguy cơ. Vì vậy, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh siêu âm hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân đến khám và điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai có đủ 5 tiêu chí dưới đây:

- Được chẩn đoán bệnh Gút mạn tính theo tiêu chuẩn Bennet Wood 1968 (độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 82,7%) hoặc EULAR 2015 (độ nhạy 92%, độ đặc hiệu 89%).

- Có hội chứng ống cổ tay trên lâm sàng (tê bì, dị cảm các đầu ngón tay; tăng về đêm hoặc khi lái xe, cầm nắm vật... Có thể yếu và/hoặc teo cơ ở mô cái)

- Có thực hiện thăm dò chẩn đoán điện khẳng định có tổn thương thần kinh giữa.

- Chấp nhận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có kèm theo bệnh lý chèn ép cột sống cổ, bệnh lý thần kinh ngoại vi, bệnh viêm đa rễ và dây thần kinh, tiền sử chấn thương khớp cổ tay.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Phương pháp thu thập dữ liệu: tiến cứu từ tháng 8/2023 đến tháng 4/2024

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích.

- Tất cả các bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng thực hiện các test về hội chứng ống cổ tay, chẩn đoán điện, siêu âm khớp cổ tay theo một mẫu bệnh án thống nhất.

- Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 26.0

2.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, BMI, nghề nghiệp, bệnh kèm theo, thời gian mắc bệnh, lý do đến khám, số lượng và vị trí tay mắc hội chứng ống cổ tay: một tay, cả hai tay.

- Đặc điểm lâm sàng: đau cổ tay, bàn tay, có yếu tố khởi phát, dị cảm, giảm cảm giác, mất cảm giác, cử động đối ngón, cầm nắm yếu, teo cơ mô cái. Dấu hiệu Tinel, nghiệm pháp Phalen, nghiệm pháp Durkan.

• Dấu hiệu Tinel (+): Gõ trên ống cổ tay ở tư thế duỗi cổ tay tối đa sẽ gây cảm giác đau hay tê giật lên các ngón tay.

• Nghiệm pháp Phalen: Bệnh nhân gập cổ tay hết mức và giữ 60 giây. Nghiệm pháp dương tính nếu bệnh nhân thấy dị cảm vùng dây thần kinh giữa chi phối.

• Nghiệm pháp Ducan: Người khám dùng ngón cái ấn vào vị trí giữa nếp gấp cổ tay bệnh

nhân. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy tê bì, đau tăng theo vùng phân bố thần kinh giữa

- Đặc điểm siêu âm:

+ Thần kinh giữa: Dấu hiệu notch, dấu hiệu notch đảo ngược, phù dây thần kinh, diện tích ngang cơ sấp, đầu gần, trong ống cổ tay, đầu xa ống cổ tay, hiệu số diện tích dây thần kinh giữa, độ khum mạc chằng, độ dày mạc chằng, độ dẹt dây thần kinh giữa.

• Dấu hiệu Notch: Là dấu hiệu thần kinh giữa bị phù nề như củ hành đoạn sát bờ gần ống cổ tay và dẹt ở đoạn nằm trong ống cổ tay.

• Dấu hiệu Notch đảo ngược: Là dấu hiệu thần kinh giữa bị phù nề như củ hành đoạn sát bờ xa ống cổ tay và dẹt ở đoạn nằm trong ống cổ tay.

+ Hình ảnh viêm màng hoạt dịch, tràn dịch khớp cổ tay, tăng sinh mạch máu màng hoạt dịch, hạt tophi, hình ảnh đường đôi, khuyết xương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới: Nam	32	100%
Tuổi trung bình (tuổi) $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	58,5±10,3 (37-75)	
Thời gian bị gút trung bình (năm) $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	9,69±4,34 (5,0-20)	
Thời gian bị HCOCT trung bình (tháng) $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	12,94±8,6 (2,0-36,0)	
Lí do đến khám	Tê bì bàn tay	26 81,2%
	Biểu hiện cơn gút cấp	3 9,4%
	Nhiễm trùng mô mềm hoặc hạt tophi	3 9,4%

Nhận xét: Trong số 32 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 54 ống cổ tay, trong đó 100% bệnh nhân là nam giới. Tuổi trung bình là 58,5 ± 10,3. Thời gian mắc bệnh gút trung bình: 9,69 ± 4,34 (năm). Thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình: 12,94 ± 8,6 (tháng). Lý do đến khám chủ yếu là tê bì bàn tay (81,2%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng hội chứng ống cổ tay ở BN gút mạn tính

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng hội chứng ống cổ tay ở BN gút mạn tính

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng OCT (n=54)	Tỷ lệ %
Triệu chứng	Đau cổ tay, bàn tay	29 53,7%
Cơ	Yếu tố khởi phát	47 87,0%
	Dị cảm	52 96,3%

năng	Giảm cảm giác	38	70,3%
	Mất cảm giác	6	11,1%
	Cử động đối ngón, cầm nắm yếu	24	44,4%
	Teo cơ mô cái	23	42,6%

Nhận xét: Bệnh nhân có biểu hiện dị cảm chiếm tỷ lệ cao nhất 96,3%, có yếu tố khởi phát 87%, giảm cảm giác 70,3%; cử động đối ngón, cầm nắm yếu 44,4%, bệnh nhân có teo ô mô cái 42,6% và mất cảm giác chiếm tỉ lệ thấp 11,1%.

Bảng 3. Tỷ lệ một số test khám lâm sàng (n=54)

Triệu chứng	Số lượng OCT (n=54)	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu Tinel (+)	39	72,2
Nghiệm pháp Phalen (+)	45	83,3
Nghiệm pháp Durkan (+)	37	68,5

Nhận xét: Trong các nghiệm pháp khám lâm sàng, nghiệm pháp Phalen chiếm tỉ lệ dương tính cao nhất (83,3%) sau đó tới nghiệm pháp Tinel (72,2%), thấp nhất là nghiệm pháp Durkan 68,5%.

3.3. Đặc điểm siêu âm ống cổ tay

Bảng 4. Đặc điểm siêu âm hình thái thần kinh giữa (n=54)

Dấu hiệu	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Dây thần kinh giữa phình to ở đầu gần (Dấu hiệu Notch)	41	75,9
Dây thần kinh giữa phình to ở đầu xa (Notch đảo ngược)	9	16,7
Phù dây thần kinh giữa	43	79,6

Nhận xét: Dấu hiệu Notch và dấu hiệu phù dây thần kinh giữa xuất hiện với tỉ lệ cao nhất (75,9% và 79,6%), dấu hiệu Notch đảo ngược (16,7%) gặp với tỉ lệ thấp.

Bảng 5. Các phép đo dây thần kinh giữa trên siêu âm khớp cổ tay

Các phép đo	Trung bình
Ngang cơ sấp (mm ²)	5,3 ± 1,00
Đầu gần OCT (mm ²)	9,7 ± 2,08
Trong OCT (mm ²)	8,5 ± 1,94
Đầu xa OCT (mm ²)	7,5 ± 1,76

Nhận xét: Diện tích dây thần kinh giữa ở đầu gần ống cổ tay là lớn nhất với giá trị trung bình là 9,7 ± 2,08 mm². Diện tích cắt ngang dây thần kinh giữa đoạn qua ống cổ tay tăng so với đoạn ngang cơ sấp vuông.

Bảng 6. Đặc điểm tổn thương khớp cổ tay HCOCT trên siêu âm ở người mắc bệnh Gút (n=54)

Hình ảnh siêu âm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Viêm màng hoạt dịch/dịch khớp cổ tay	39	72,2

Hạt tophi trong ống cổ tay	47	87,0
Hình ảnh đường đôi	14	25,9
Hình ảnh khuyết xương	13	24,0

Nhận xét: Hình ảnh hạt tophi trong ống cổ tay, viêm màng hoạt dịch khớp cổ tay chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 87,0% và 72,2%. Các hình ảnh đường đôi, khuyết xương gặp với tỷ lệ thấp trên siêu âm khớp cổ tay

Bảng 7. Liên quan giữa phân độ theo diện tích thần kinh giữa trên siêu âm khớp cổ tay với phân độ theo thang điểm Boston

Độ Boston Siêu âm	Nhẹ	Trung bình, nặng và rất nặng	Tổng
Bình thường	4	30	34
	80%	61.2%	63%
Bệnh lý	1	19	20
	20%	38.8%	37%
Tổng	5	49	54
	100%	100%	100%

$p > 0,05$, $OR = 2,37$,

95% CI của OR (0,26 - 24,40)

Nhận xét: Bảng số liệu cho thấy dấu hiệu siêu âm khớp cổ tay về diện tích thần kinh giữa có bệnh lý của nhóm những bàn tay mắc hội chứng cổ tay có dấu hiệu bệnh lý ở mức trung bình, nặng, rất nặng 38,8%, ở mức nhẹ 20% và dấu hiệu siêu âm về diện tích thần kinh giữa bình thường của nhóm những bàn tay mắc hội chứng cổ tay có dấu hiệu bệnh lý ở mức trung bình, nặng, rất nặng 61,2%, ở mức nhẹ 80%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% (32/32) bệnh nhân là nam giới, không có bệnh nhân nữ. Vì nhóm bệnh nhân mắc HCOCT trong nghiên cứu của chúng tôi có bệnh nền là bệnh Gút nên kết quả là hoàn toàn phù hợp vì bệnh Gút thường xuất hiện ở các bệnh nhân nam giới tuổi trung niên. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $58,5 \pm 10,3$, cũng tương tự như nghiên cứu của Mauro Mondelli² (2016) là $54,4 \pm 15$. Thời gian mắc bệnh Gút trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $9,69 \pm 4,34$ năm, nhỏ nhất là 5 năm và lớn nhất là 20 năm. Thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: $12,94 \pm 8,6$ tháng, thấp nhất là 2 tháng, cao nhất là 36 tháng, thấp hơn trong nghiên cứu Đinh Thị Thủy Lan có thời gian mắc bệnh Gút $12,4 \pm 6,1$, thời gian mắc hội chứng ống cổ tay $14,5 \pm 13,6$ ³. Thời gian mắc bệnh được tính từ lúc có triệu chứng lâm sàng đến lúc bệnh nhân

được khám và chẩn đoán bệnh, thời gian này phụ thuộc vào việc người bệnh đến khám sớm hay muộn. Thông thường khi ở giai đoạn sớm với các biểu hiện đau, tê nhẹ, thoáng qua và không thường xuyên, không ảnh hưởng đến công việc, sinh hoạt thì ít bệnh nhân đi khám ngay. Phần lớn bệnh nhân trong các nghiên cứu tới khám bệnh ở giai đoạn sau 6 tháng (kể từ khi bắt đầu có tổn thương thần kinh), giai đoạn dây thần kinh bắt đầu phù nề và có dấu hiệu chèn ép rõ trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân chủ yếu đến khám khi tay tê và đau nhiều (81,2%), đặc biệt về đêm dẫn đến mất ngủ, ảnh hưởng nhiều đến công việc, sinh hoạt thì mới đến khám bệnh.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Hội chứng ống cổ tay thường xuất hiện khi có một số yếu tố khởi phát như: lái xe đạp, xe máy, để bàn tay lâu ở một tư thế, các hoạt động lặp đi lặp lại cổ tay. Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng ống cổ tay khi lái xe đạp hoặc xe máy 10-15 phút. Tỷ lệ có yếu tố khởi phát là 87,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Lê Thị Liễu (2018) có tỷ lệ xuất hiện hội chứng ống cổ tay khi có yếu tố khởi phát lần lượt là 88,4%⁴.

Đặc điểm lâm sàng hội chứng ống cổ tay ở BN gút mạn tính nổi bật là triệu chứng dị cảm ở vị trí ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa và nửa ngoài ngón đeo nhẫn với tỷ lệ 96,3%. Biểu hiện của dị cảm rất phong phú, đó là các triệu chứng là tê bì, bỏng rát, kiến bò, kim châm... Các triệu chứng này thường xuất hiện vào ban đêm, sáng sớm hoặc khi bệnh nhân thực hiện một số động tác gấp duỗi cổ tay hoặc để cổ tay ở một tư thế trong một thời gian dài như đi xe máy, xe đạp, cầm nắm vật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả như: Lê Thị Liễu (2018), có tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay có biểu hiện dị cảm là: 96%⁴. Đây cũng là các dấu hiệu sớm khiến bệnh nhân đến khám bệnh.

Triệu chứng giảm và mất cảm giác thường xuất hiện ở giai đoạn bệnh trung bình hoặc nặng, khi dây thần kinh giữa bị tổn thương lâu ngày. Tỷ lệ hội chứng ống cổ tay có giảm và mất cảm giác trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là: 70,3% và 11,1%. Tỷ lệ giảm cảm giác trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Bong Cheol Kwon⁵ (80%).

Teo và yếu cơ ô mô cái là các dấu hiệu thường gặp ở giai đoạn muộn của bệnh. Cơ ô mô cái bị teo một phần hoặc hoàn toàn. Khi cơ ô mô cái bị teo bệnh nhân khó dạng hoặc không

dạng được ngón cái tạo thành một góc tối đa 90 độ so với các ngón tay khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ teo cơ ô mô cái là 42,6%, cao hơn các nghiên cứu của Phan Hồng Minh (2019), Lê Thị Liễu (2018) có tỉ lệ teo cơ ô mô cái lần lượt là 15,23%; 12,3%^{4,6} Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tới khám ở giai đoạn nặng và rất nặng trên thang điểm Boston chiếm 66,6%, khi các triệu chứng về vận động có sự thay đổi rõ rệt, một phần vì biến dạng khớp cổ tay, bàn ngón tay do bệnh Gút mạn tính gây vận động khó khăn, hạn chế cho bàn tay. Một phần do tổn thương dây thần kinh giữa giai đoạn muộn gây ra teo cơ ô mô cái nên tỉ lệ teo cơ ô mô cái trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nghiệm pháp Phalen có độ nhạy cao nhất trong ba nghiệm pháp, chiếm tỷ lệ 83,3%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Hồng Minh (85,77%)⁶. Tỷ lệ dương tính của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Lê Thị Liễu (63,9%)³ do bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán ở giai đoạn nặng có tỷ lệ cao hơn. Mặc dù tỷ lệ có khác nhau nhưng các tác giả đều cho rằng đây là một trong các nghiệm pháp lâm sàng có giá trị cao trong chẩn đoán hội chứng ống cổ tay.

Dấu hiệu Tinel trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ dương tính thấp hơn nghiệm pháp Phalen nhưng cao hơn nghiệm pháp Ducan. Tỷ lệ test Tinel dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 72,2%, Kết quả của Đỗ Lập Hiếu cũng tương đương với kết quả của chúng tôi với dấu hiệu Tinel gặp trong 72,5% các trường hợp⁷. Cùng với nghiệm pháp Phalen, đây là một trong những nghiệm pháp lâm sàng kinh điển có giá trị tương đối cao trong chẩn đoán lâm sàng hội chứng ống cổ tay.

Nghiệm pháp Ducan được áp dụng nhiều trong lâm sàng chẩn đoán hội chứng ống cổ tay. Tỷ lệ dương tính của nghiệm pháp Ducan trong nghiên cứu của chúng tôi là 68,5% tương tự với nghiên cứu của Phan Hồng Minh⁶ là 67,51%. Mặc dù đây là nghiệm pháp lâm sàng ra đời sau hai nghiệm pháp Tinel và Phalen nhưng giá trị chẩn đoán của nó cũng khá cao, chính vì vậy mà cũng được ứng dụng rộng rãi trong thực hành cùng với hai nghiệm pháp trên.

4.3. Đặc điểm siêu âm ống cổ tay. Qua thực hiện siêu âm các ống cổ tay của bệnh nhân cho kết quả 75,9% dấu hiệu Notch, 16,7% dấu hiệu Notch đảo ngược, tương tự với kết quả nghiên cứu của Đoàn Việt Trinh⁸ (33 bệnh nhân) dấu hiệu Noch dương tính 73%, Notch đảo ngược 16%. Dấu hiệu Notch đảo ngược gặp

trong các giai đoạn nặng của bệnh. Dấu hiệu phù dây thần kinh có tỉ lệ dương tính cao nhưng mang tính định tính và chủ quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này là 79,6%, thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Liễu (89,4%)⁴. Tuy nhiên cũng như dấu hiệu Notch, dấu hiệu phù dây thần kinh có độ đặc hiệu thấp. Có nhiều lí do giải thích cho dấu hiệu phù dây thần kinh giữa đoạn sát bờ gân ống cổ tay như có thể do sự tích tụ dịch trong dây thần kinh, hay thoái hóa myelin có thể gây phù thần kinh hoặc nguyên nhân do viêm, các tế bào viêm xâm lấn dây thần kinh; nguyên nhân thoái hóa sợi trục xa có thể làm dây thần kinh ở bờ xa mỏng hơn. Phát triển của các sợi trục mới góp phần làm dây thần kinh sưng to lên và hình thành nên "neurinoma".

Diện tích dây thần kinh trong nghiên cứu của chúng tôi đo ở 4 vị trí: đoạn ngang cơ sấp vuông $5,3 \pm 1,00\text{mm}^2$; đoạn đầu gần OCT $9,7 \pm 2,08\text{mm}^2$; đoạn trong OCT $8,5 \pm 1,94\text{mm}^2$; đoạn đầu xa OCT $7,5 \pm 1,76\text{mm}^2$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi diện tích dây thần kinh giữa đo ở đoạn đầu gần ống cổ tay là lớn nhất, tuy nhiên thấp hơn nhiều so với các tác giả khác trong nước như Đoàn Việt Trinh (2014)⁷ $17,3 \pm 4,6\text{mm}^2$ và Lê Thị Liễu (2018)⁴ $12,2 \pm 4,6\text{mm}^2$. Có sự khác biệt lớn giữa diện tích dây thần kinh giữa trong nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân gút mạn tính có hạt tophi nằm trong ống cổ tay gây chèn ép và tổn thương dây thần kinh gây ra triệu chứng bệnh.

Đặc điểm tổn thương khớp cổ tay trên siêu âm ở bệnh nhân gút mạn: 72,2% viêm màng hoạt dịch, 87,0% hạt tophi, 25,9% hình ảnh đường đôi, 24,0% khuyết xương. Kết quả cao hơn với nghiên cứu của Đinh Thị Thuý Lan viêm màng hoạt dịch (13,3%), hạt tophi (84%), đường đôi (18,7%), khuyết xương (14,7%)³ do bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán ở giai đoạn nặng và rất nặng có tỷ lệ cao hơn.

Khi khảo sát mối liên quan giữa diện tích đầu gần dây thần kinh giữa với phân độ nặng trên lâm sàng theo thang điểm Boston chúng tôi nhận thấy rằng: diện tích thần kinh giữa có bệnh lý của nhóm những bàn tay mắc hội chứng cổ tay có dấu hiệu bệnh lý ở mức trung bình, nặng, rất nặng 38,8%, ở mức nhẹ 20% sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này có thể giải thích là do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện khi bệnh đã ở mức độ nặng và rất nặng, nhiều hạt tophi chèn ép.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình bệnh nhân là $58,5 \pm 10,3$,

trong đó 100% là nam giới.

- Thời gian mắc bệnh gút trung bình: $9,69 \pm 4,34$ (năm). Thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình: $12,94 \pm 8,6$ (tháng).

- Lý do đến khám chủ yếu là tê bì bàn tay (81,3%).

- Triệu chứng lâm sàng của tay bị bệnh: 53,7% đau cổ tay, bàn tay; 87,0% có yếu tố khởi phát, 96,3% dị cảm, 70,3% giảm cảm giác, 11,1% mất cảm giác, 44,4% cử động đối ngón, cầm nắm yếu, 42,6% teo cơ mô cái. Tỷ lệ nghiệm pháp Phalen (+) là 83,3% số ống cổ tay, dấu hiệu Tinel (+) là 72,2%, nghiệm pháp Ducan (+) là 68,5%.

- Có 75,9% ống cổ tay có dấu hiệu Notch (+), 16,7% ống cổ tay có dấu hiệu Notch đảo ngược (+), 79,6% phù dây thần kinh giữa. Diện tích dây thần kinh giữa đầu gần ống cổ tay trung bình là: $9,7 \pm 2,08$ (mm²). Đặc điểm tổn thương khớp cổ tay trên siêu âm ở bệnh nhân gút mạn: 72,2% viêm màng hoạt dịch, 87,0% hạt tophi, 25,9% hình ảnh đường đôi, 24,0% khuyết xương.

- Tỷ lệ bất thường về diện tích đầu gần dây thần kinh giữa ở người có hội chứng ống cổ tay mức độ trung bình, nặng và rất nặng theo phân độ Boston cao hơn so với những người có mức độ nhẹ, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rich JT, Bush DC, Lincoski CJ, Harrington TM. Carpal tunnel syndrome due to tophaceous gout. Orthopedics. 2004;27(8):862-863
2. Mondelli M, Farioli A, Mattioli S, et al. Severity of Carpal Tunnel Syndrome and Diagnostic Accuracy of Hand and Body Anthropometric Measures. PloS One. 2016;11(10):e0164715.
3. Đinh Thị Thuý Lan, 2021. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính. Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Việt Nam
4. Lê Thị Liễu, 2018. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện cơ và siêu âm Doppler năng lượng trong hội chứng ống cổ tay. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Việt Nam.
5. Giannini F, Cioni R, Mondelli M, et al. A new clinical scale of carpal tunnel syndrome: validation of the measurement and clinical-neurophysiological assessment. Clin Neurophysiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol. 2002;113(1):71-77.
6. Phan Hồng Minh (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý thần kinh và điều trị hội chứng ống cổ tay vô căn ở người trưởng thành, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
7. Hiếu Đỗ Lập (2011), Nhận xét lâm sàng và các bất thường điện sinh lý thần kinh ở bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay", Luận văn thạc sỹ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
8. Đoàn Việt Trinh (2014), Đặc điểm hình ảnh và vai trò của siêu âm trong chẩn đoán và theo dõi kết quả sau phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2013 đến tháng 7/2014, Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP

Đặng Quốc Ái^{1,2}, Nguyễn Văn Trường³, Nguyễn Văn Phước³, Trần Nguyễn Bảo Tuấn¹, Trịnh Tuấn Dương⁴, Nguyễn Thị Minh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu tất cả bệnh nhân viêm túi mật cấp được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Khoa ngoại Tổng hợp Bệnh viện Thanh Nhàn, từ tháng 1/2018 đến 12/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là $52,4 \pm 15,3$, nữ gấp 2 lần nam. Triệu chứng lâm sàng: Đau khu trú hạ sườn phải chiếm 86%, khám

dấu hiệu Murphy (+) chiếm 22%. Tất cả bệnh nhân đều phát hiện sỏi túi mật trên chẩn đoán hình ảnh, Tỷ lệ túi mật lớn và thành dày lặn lượt là 93,3% và 80%. Bệnh nhân chủ yếu được phẫu thuật trước 72 giờ từ khi có triệu chứng, chiếm 67,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $93,45 \pm 11$ phút. Có 10% tai biến trong mổ, trong đó có 1 trường hợp tổn thương đường mật, 1 trường hợp chảy máu. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 8%. Thời gian hậu phẫu trung bình là $4,8 \pm 1,8$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp an toàn và hiệu quả. Phẫu thuật càng sớm thì tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công cao, giảm các tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, chi phí điều trị cho người bệnh.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE CHOLECYSTITIS

Aim of the study: Evaluation of the results of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis at

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Thanh Nhàn

⁴Bệnh viện Đa khoa Y Học Cổ Truyền Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024