

LIỆT ĐÁM RỐI CÁNH TAY SAU PHẪU THUẬT CẮT U SẮC TỔ BẨM SINH VÙNG LƯNG: BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Nguyễn Duy Khánh¹, Phạm Quang Minh^{1,2}, Lưu Xuân Võ¹,
Nguyễn Thị Hạnh Thúy¹, Trần Thanh Hùng¹,
Lê Văn Tiến¹, Nguyễn Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Biến chứng liệt thần kinh sau phẫu thuật là biến chứng hiếm gặp tuy nhiên có thể để lại hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh cũng như các vấn đề pháp lý lớn cho bác sĩ gây mê hồi sức. Ngoài nguyên nhân rõ ràng là các tổn thương trực tiếp gây ra trong quá trình mổ hay làm thủ thuật, thì kéo căng hay đè ép trực tiếp dây thần kinh cũng là nguyên nhân chính được nhiều tác giả thừa nhận có thể gây tổn thương thần kinh ngoại vi chu phẫu. Bác sĩ gây mê hồi sức cần hiểu rõ cơ chế để hạn chế tối đa nguy cơ có khả năng gây tổn thương thần kinh sau mổ. Phát hiện sớm các triệu chứng để can thiệp đúng đắn cũng cực kỳ quan trọng nhằm tăng cường hồi phục tổn thương thần kinh. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân 5 tuổi, liệt đám rối thần kinh cánh tay 1 bên do đám rối cánh tay bị kéo căng sau phẫu thuật cắt u sắc tố bẩm sinh vùng lưng dưới gây mê toàn thân. Bệnh nhân đã được phát hiện dấu hiệu liệt thần kinh sau thoát mê, được chỉ định xử trí cắt chỉ vùng khâu mép da để giải phóng chèn ép cũng như tập phục hồi chức năng ngay sau mổ. Bệnh nhân hồi phục hoàn toàn cảm giác và vận động tay tổn thương sau 12 tuần.

Từ khóa: liệt đám rối thần kinh cánh tay, u sắc tố bẩm sinh, gây mê toàn thân.

SUMMARY

BRACHIAL PLEXUS PARALYSIS AFTER SURGERY FOR CONGENITAL MELANOCYTIC NEVI IN THE BACK: A CASE REPORT

Postoperative nerve paralysis is a rare complication but can result in severe consequences for patients and pose significant legal challenges for anesthesiologists. In addition to clear causes such as direct injury during surgery or procedures, nerve stretching or compression is widely recognized by many authors as a primary cause of perioperative peripheral nerve damage. Anesthesiologists must understand these mechanisms to minimize the risk of postoperative nerve injuries. Early detection of symptoms and timely intervention are critical to promoting nerve recovery. We report a case involving a 5-year-old patient who developed unilateral brachial plexus paralysis caused by stretching of the brachial plexus following the surgical excision of a congenital melanocytic nevus in the back under general

anesthesia. Signs of nerve paralysis were detected immediately after extubation, and intervention was promptly implemented. Sutures at the skin margins were removed to relieve compression, and physical rehabilitation was initiated early postoperative. The patient fully recovered sensation and motor function within 12 weeks. **Keywords:** brachial plexus paralysis, congenital melanocytic nevus, general anesthesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thần kinh ngoại vi sau phẫu thuật là biến chứng nặng nề, có thể để lại hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân và vấn đề pháp lý cho bác sĩ gây mê hồi sức. Các tổn thương thần kinh ngoại vi hay gặp nhất được báo cáo là tổn thương thần kinh trụ, tổn thương đám rối cánh tay, tổn thương thần kinh mác chung [1]... Các tổn thương này thường do nguyên nhân gây kéo căng hay chèn ép thần kinh trong mổ do tư thế. Sự hồi phục sau mổ tùy thuộc nhiều yếu tố: mức độ tổn thương thần kinh, thời gian phát hiện, điều trị sau tổn thương... Bác sĩ gây mê cần tiên lượng được nguy cơ có thể xảy ra tổn thương thần kinh trong phẫu thuật cũng như phát hiện sớm nếu có tổn thương sau mổ để có biện pháp xử trí hợp lý, nhằm hạn chế tối đa tổn thương thần kinh ngoại vi của bệnh nhân. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm báo cáo 1 trường hợp hiếm gặp liệt đám rối cánh tay do kéo căng đám rối gây ra bởi sự co kéo da vùng cổ sau phẫu thuật cắt bán phần u sắc tố khổng lồ vùng lưng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân được phát hiện sớm, sau đó tiến hành cắt chỉ vùng lưng để giải phóng chèn ép và tập phục hồi chức năng tích cực tay tổn thương sau phẫu thuật. Bệnh nhân hồi phục hoàn toàn chức năng vận động và cảm giác tay tổn thương sau 12 tuần.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 5 tuổi, tiền sử có u sắc tố khổng lồ bẩm sinh chiếm gần toàn bộ vùng lưng, đã phẫu thuật thu nhỏ khối u 2 lần (cách 2 năm và 1 năm) dưới gây mê nội khí quản. Bệnh nhân nhập viện chỉ định cắt khối u lần thứ 3 tiếp tục thu nhỏ phần lớn khối u tiến tới cắt bỏ hoàn toàn cho lần mổ kế tiếp. Khám trước mổ, bệnh nhân nặng 18kg, cao 70cm, ASA I, không có bất thường trong quá trình gây mê và phẫu thuật

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Khánh

Email: nguyenduy.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

của hai lần mổ trước đó. Mạch 90 lần/ phút, huyết áp 90/55 mmHg. Trẻ phát triển tâm thần vận động phù hợp độ tuổi, vận động cảm giác tứ chi bình thường. Bệnh nhân được chuẩn bị quy trình mổ thường quy. Khởi mê bằng 0.06 mg fentanyl, 70 mg propofol, 12 mg esmeron, duy trì mê bằng sevoflurane duy trì MAC 0.8 – 1. Bệnh nhân được kê tư thế nằm sấp, đầu trung gian, hai tay dạng khoảng 80-90°, cẳng tay gấp khoảng 70° và lòng bàn tay sấp. Có đệm nhỏ mềm vùng hai bên khuỷu, hai đệm mềm vùng ngực và hai đệm mềm vùng hông. Phẫu thuật cắt rộng u xung quanh và tiếp tục kéo hai mép da hai bên che kín vùng khuyết da. Vì cắt rộng vùng khối u nên khi kéo hai mép da để khâu che kín vùng da khuyết rất khó khăn, vùng da cổ hai bên và vùng nách hai bên bị kéo mạnh ra sau. Phẫu thuật kéo dài 3 giờ. Trong mổ huyết động ổn định, duy trì huyết áp 85/50 – 100/60 mmHg. Không có tỳ đè hay kéo căng cánh tay và cổ bệnh nhân trong phẫu thuật. Sau mổ bệnh nhân được chuyển ra khu hồi tỉnh, và rút nội khí quản sau khoảng 30 phút. Ngay sau thoát mê, khám xét thấy bệnh nhân mất hoàn toàn vận động vùng cánh cẳng bàn tay tay trái, khó đánh giá cảm giác vì bệnh nhi khó hợp tác, sơ bộ còn cảm giác đau cánh cẳng bàn tay. Bệnh nhân được chỉ định làm điện cơ, kết quả điện cơ xác định theo dõi tổn thương đám rối cánh tay vùng trên đòn tay trái. Điện cơ tay phải chưa phát hiện bất thường. Tiến hành hội chẩn đa chuyên khoa gồm bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ nội thần kinh. Kết quả hội chẩn định hướng tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do đám rối bị kéo căng ra sau vùng trên đòn. Quyết định cắt chỉ tháo mép vết thương vùng mép bên trái sau rút nội khí quản khoảng 2 giờ, nhằm giải phóng kéo căng và chèn ép đám rối cánh tay. Sau phẫu thuật khoảng 4-5 tiếng, bệnh nhân bắt đầu có cử động gấp các ngón tay, và sau 24 giờ bệnh nhân có thể cử động nhẹ bàn tay, cổ tay, nhưng vẫn mất hoàn toàn vận động vùng khuỷu và các cử động đai vai, liệt ưu thế thân trên và thân giữa đám rối cánh tay. Bệnh nhân sau đó được chỉ định tập phục hồi chức năng tay trái. Vùng khuyết da do cắt chỉ 2 mép da bên trái được che phủ bởi da đầu, phẫu thuật lần 2 được tiến hành cách 10 ngày sau phẫu thuật lần thứ nhất. Bệnh nhân vẫn tiếp tục được tập hồi chức năng tay trái. Các bài tập phục hồi chức năng bao gồm: điện xung, xoa bóp vùng, tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể chức năng và tập vận động có kháng trở. Sau 12 tuần, vận động và cảm giác tay trái phục hồi hoàn toàn.



Ảnh 1: Bệnh nhân phẫu thuật lần 1 cắt thu nhỏ khối u sắc tố vùng lưng



Ảnh 2: Bệnh nhân phẫu thuật lần 2 lấy da đầu ghép vùng khuyết da

III. BÀN LUẬN

Tỉ lệ tổn thương thần kinh ngoại vi được báo cáo khoảng 0.03% - 1.4% liên quan đến phẫu thuật và gây mê, trong đó tổn thương đám rối cánh tay là một trong các tổn thương thường gặp nhất, chiếm khoảng 20% trong tổng số các tổn thương thần kinh ngoại vi. Các tổn thương thần kinh ngoại vi có nhiều cách phân loại, trong đó phân độ của Sunderland được áp dụng rộng rãi [2].

Bảng 1: Phân độ tổn thương thần kinh ngoại vi theo Sunderland

Độ 1	Tổn thương khu trú ở bao Myelin. Phục hồi trong vài tuần đến vài tháng. Tiên lượng tốt.
Độ 2	Gián đoạn tính liên tục của sợi trục với thoái hóa Waller. Cần sự tái tạo sợi trục để phục hồi. Tiên lượng tốt.
Độ 3	Mất tính liên tục của sợi trục và ống nội thần kinh. Bao bó thần kinh (perineurium) và vỏ dây thần kinh (epineurium) vẫn được bảo tồn. Sự hình thành sẹo có thể ảnh hưởng đến phục hồi. Tiên lượng dè dặt. Có thể cần phẫu thuật.
Độ 4	Mất tính liên tục của sợi trục, tổn thương ống nội thần kinh và bao bó thần kinh. Vỏ dây còn nguyên vẹn. Cần phẫu thuật. Tiên lượng kém.
Độ 5	Dây thần kinh bị đứt hoàn toàn. Cần phẫu thuật. Tiên lượng rất kém.

Tổn thương thần kinh ngoại vi trong gây mê và phẫu thuật có thể do một hoặc vài nguyên nhân cùng phối hợp [3]. Một số tổn thương thần kinh ngoại vi sau phẫu thuật chưa được hiểu rõ, đặc biệt trong trường hợp tổn thương thần kinh trụ.

Bảng 2: Các nguyên nhân gây tổn thương thần kinh ngoại vi chu phẫu

Do phẫu thuật	Dụng cụ phẫu thuật, kim tê khi gây tê vùng, nhiệt độ cao.
Do chèn ép hoặc kéo căng	Tư thế không đúng, đệm không đầy đủ, garo, thiết bị phẫu thuật, khối máu tụ/áp xe.
Do thiếu máu cục bộ	Thường gặp hơn trong các ca phẫu thuật kéo dài, sử dụng garo, có thể liên quan đến thuốc tê gây co mạch
Do độc tính dung dịch tiêm	Thuốc tê có thể gây tổn thương dây thần kinh, đặc biệt khi sử dụng nồng độ cao, tiêm vào trong bao thần kinh, hoặc tiếp xúc kéo dài với thuốc tê cục bộ.
Tổn thương dây thần kinh sẵn có	Dây thần kinh đã bị chèn ép hoặc tổn thương trước đó do các bệnh lý hiện có như viêm khớp dạng thấp hoặc tiểu đường có nguy cơ bị tổn thương cao hơn bởi các yếu tố trong và sau phẫu thuật.

Đám rối cánh tay là vị trí thần kinh ngoại vi dễ bị tổn thương trong quá trình gây mê và phẫu thuật. Đám rối này không có khả năng vận động và nằm gần các cấu trúc xương như xương sườn số 1, xương đòn, mỏm quạ và đầu xương cánh tay khiến nó dễ bị chèn ép khi bệnh nhân không được đặt đúng tư thế [4]. Điều này càng dễ xảy ra trong quá trình gây mê toàn thân, khi trương lực cơ đã giảm do thuốc giãn cơ và thuốc gây mê [5]. Hơn nữa, bệnh nhân được gây mê không thể cảm nhận được cơn đau phát sinh do kéo căng và chèn ép. Tổn thương đám rối cánh tay thường được báo cáo do tay dạng quá mức, cánh tay xoay ngoài, cổ bệnh nhân xoay quá mức về 1 phía hoặc bị chèn ép bởi các cấu trúc như xương sườn 1 và thân xương cánh tay...Tổn thương đám rối cánh tay chu phẫu đều có thể xảy ra ở các tư thế trong phẫu thuật như nằm ngửa, nằm nghiêng hay nằm sấp. Với tư thế nằm sấp, để hạn chế tổn thương thần kinh cũng như các biến chứng liên quan đến tư thế, đầu bệnh nhân được khuyến cáo giữ ở vị trí trung tính, không gập, ngửa hoặc xoay quá mức. Tay bệnh nhân nên được dạng ra với góc tối đa là 90°, khuỷu tay gập nhẹ, lòng bàn tay hướng xuống để duy trì sự thẳng hàng trung tính của tay và cổ tay. Có đệm mềm lót vùng 2 khuỷu để tránh chèn ép thần kinh trụ [6]. Với tư thế này, đám rối cánh tay vùng liên bậc thang, vùng trên đòn và nách không bị kéo căng quá mức và không bị giảm tưới máu nuôi dưỡng. Thần kinh trụ chỗ khuỷu cũng được bảo vệ.

Đám rối cánh tay cũng có thể bị tổn thương liên quan đến một số phẫu thuật đặc thù, điển

hình như tổn thương đám rối cánh tay sau phẫu thuật tim hở được báo cáo có thể lên đến 5%. Tổn thương này do trong quá trình bóc lộ phẫu trường, xương ức kéo sang 2 bên, xương sườn 1 bị đẩy lên cao gây chèn ép vào đám rối thần kinh cánh tay gây nên tổn thương thần kinh sau mổ. Nếu như thân trên và thân giữa đám rối cánh tay hay bị tổn thương do lực kéo căng hay đè ép do tư thế thì trong phẫu thuật tim thường gây ra tổn thương thần kinh dưới của đám rối [7]. Sự chèn ép cũng đóng vai trò chính trong tổn thương đám rối cánh tay khi bệnh nhân nằm ở tư thế nằm nghiêng làm đám rối thần kinh bị ép vào lồng ngực bởi chỏm xương cánh tay.

Các bệnh nhân có bệnh lý dẫn truyền thần kinh từ trước cũng có thể dẫn đến các tổn thương thần kinh sau mổ cao hơn. Đặc biệt trên các bệnh nhân bị tổn thương thần kinh trụ tiến triển sau mổ, người ta tìm thấy có vấn đề về dẫn truyền của thần trụ ở tay đối diện trên các bản ghi điện cơ, và dường như tổn thương thần kinh tiến triển nặng hơn sau cuộc mổ [8]. Các bệnh nhân có bệnh lý nền kém tưới máu tổ chức như bệnh mạch máu ngoại vi, bệnh đái tháo đường cũng có thể góp phần gây tổn thương thần kinh sau mổ.

Mặc dù chưa có các bằng chứng rõ ràng, song các yếu tố toàn thân như tụt huyết áp, tụt nhiệt độ, thời gian phẫu thuật kéo dài...cũng có thể góp phần làm tăng khả năng liên quan đến tổn thương thần kinh chu phẫu [3].

Về ca bệnh của chúng tôi, vì khối u lớn chiếm gần hết vùng lưng nên dự kiến cắt rộng u tối đa mỗi lần phẫu thuật để tránh bị phẫu thuật quá nhiều lần. Bệnh nhân đã từng trải qua 2 lần phẫu thuật trước không có biến chứng liệt thần kinh. Lần phẫu thuật thứ 3 là lần cắt rộng tổn thương nhất dẫn đến cần kéo căng các mép da để khâu che phủ vết thương. Sau cắt và khâu các mép da, vùng da ở cổ và quanh nách bị kéo căng ra sau gây ra 1 sự kéo căng và chèn ép đáng kể vùng đám rối trên đòn và liên bậc thang, gây ra thiếu dưỡng đám rối dẫn đến liệt đám rối thần kinh cánh tay sau phẫu thuật. Bệnh nhân chỉ tiến triển liệt 1 bên trái khả năng do u vùng bên trái được cắt rộng hơn dẫn đến sự co kéo mạnh hơn vùng bên phải. Thời gian phẫu thuật trong trường hợp của chúng tôi cũng kéo dài, tổng thời gian gây mê và phẫu thuật là 3 tiếng. Đây cũng có thể là yếu tố làm tăng nguy cơ tổn thương đám rối cánh tay chu phẫu, càng làm cho thời gian đám rối bị kéo căng và chèn ép kéo dài. Dưới gây mê nội khí quản có giãn cơ, sự kéo căng đám rối càng dễ dàng do trương lực cơ giảm. Bệnh nhân khi phẫu thuật được kê tư thế nằm sấp với tay dạng khoảng 80-90°, căng

tay gấp nhẹ và đắp sấp, cố ở tư thế trung gian. Tư thế này làm giảm tối thiểu các tổn thương thần kinh cánh tay liên quan đến tư thế. Mặc dù tư thế nằm sấp không phải là tư thế hay gây tổn thương đám rối cánh tay hơn các tư thế khác và bệnh nhân cũng được kê nằm sấp theo tư thế khuyến cáo, tuy nhiên do lo ngại khả năng bị chèn ép thêm đám rối khi kê ở tư thế này, vì thế với phẫu thuật lần 2 chúng tôi đã kê bệnh nhân tư thế nằm nghiêng với tay trái được để lên trên nhằm loại trừ hoàn toàn các chèn ép có thể gây ra bởi đệm kê hay bàn mổ, gây tổn thương đám rối cánh tay thêm sau mổ. Do định hướng nguyên nhân tổn thương thần kinh trong phẫu thuật lần đầu do đám rối bị kéo căng, với phẫu thuật lần 2 vùng da hở được che phủ bởi vật da lấy ở vùng đầu, tránh gây co kéo da vùng trên đám rối dẫn đến tổn thương như phẫu thuật lần 1. Bệnh nhân sau phẫu thuật lần 2 không có dấu hiệu bị tổn thương nặng hơn đám rối cánh tay. Chúng tôi cũng loại trừ khả năng bệnh nhân có rối loạn dẫn truyền thần kinh trước phẫu thuật do khám lâm sàng trước mổ và bản ghi điện cơ sau mổ ở tay phải hoàn toàn bình thường. Bệnh nhân được phát hiện liệt đám rối cánh tay ngay sau thoát mê, được cắt chỉ mép vết mổ bên trái giải phóng chèn ép sớm làm giảm thiểu tối đa tổn thương thần kinh. Khi được giải phóng chèn ép kèm tập phục hồi chức năng phù hợp, vận động và cảm giác tay tổn thương đã dần hồi phục. Bệnh nhân sau phẫu thuật đã được tập phục hồi chức năng liên tục sau đó và hồi phục hoàn toàn chức năng vận động và cảm giác tay trái sau 12 tuần.

IV. KẾT LUẬN

Tổn thương thần kinh ngoại vi nói chung và

tổn thương đám rối cánh tay nói riêng mặc dù hiếm gặp trong phẫu thuật nhưng có thể để lại hậu quả nghiêm trọng. Bác sĩ gây mê cần đánh giá và tiên lượng các yếu tố liên quan đến tư thế phẫu thuật, các yếu tố của cuộc mổ có thể gây tổn thương thần kinh sau phẫu thuật. Các phẫu thuật như u sắc tố bẩm sinh khổng lồ cần tính toán phẫu thuật chia nhỏ nhiều lần, tránh phẫu thuật cắt quá rộng u trong một lần gây co kéo da nhiều vùng xung quanh, nguy cơ tổn thương các thần kinh ngoại vi. Cần theo dõi và đánh giá sát các triệu chứng tổn thương thần kinh sau mổ để có phương án điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cheney, F.W., et al.,** Nerve injury associated with anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology*, 1999. 90(4): p. 1062-9.
2. **Webster, K.,** Peripheral nerve injuries and positioning for general anesthesia *Anesthesia tutorial* the week 258 7th May 2012. 2012.
3. **Webster, K.J.A.T.o.t.W.,** Peripheral nerve injuries and positioning for general anesthesia. 2012. 258.
4. **Parks, B.J.J.S.,** Postoperative peripheral neuropathies. 1973. 74(3): p. 348-357.
5. **Desai, D.C. and A.J.A.S. Uribe,** Brachial plexus injury due to compression: An alternative. 1997. 63(6).
6. **Alexander's Care of the Patient in Surgery,** 9th edition Meeker M Huth Rothrock JC *Alexander's Care of the Patient in Surgery*, 9th edition Mosby /YearBook 1058pp £38.00 0-8016-3387-7. Nurs Stand, 1992. 7(7): p. 55.
7. **Hewson, D.W., N.M. Bedford, and J.G. Hardman,** Peripheral nerve injury arising in anesthesia practice. *Anaesthesia*, 2018. 73 Suppl 1: p. 51-60.
8. **Lalkhen, A.G., K.J.C.E.i.A. Bhatia,** Critical Care, and Pain, Perioperative peripheral nerve injuries. 2012. 12(1): p. 38-42.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH TẠI CỘNG ĐỒNG THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH NĂM 2023

Đỗ Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh động kinh tại cộng đồng thành phố Nam Định năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu

mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bộ câu hỏi tự điền để xác định mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh động kinh. **Kết quả:** Tuổi trung bình của người bệnh động kinh là 42,6 tuổi, đa số người mắc bệnh lâu năm, trên 10 năm chiếm 86,3%. 7,4% người bệnh đôi khi quên uống thuốc, 1,5% người bệnh có ngày không uống thuốc trong 2 tuần qua. 9,8% người bệnh cảm thấy phiền toái vì ngày nào cũng phải uống thuốc. 21,6% người bệnh đôi khi thấy khó nhớ các loại thuốc đang uống. 3,4% người bệnh luôn luôn thấy khó nhớ các loại thuốc đang uống. **Kết luận:** Mức độ tuân thủ sử dụng

¹*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thu Hiền
Email: dothuthien@ndun.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025
Ngày duyệt bài: 17.3.2025