

khác biệt giữa hai nhóm BN được cấy điện cực vị trí vùng mỏm thất phải và vùng vách liên thất phải. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Kim JH (2018)⁵, của Lee SA và cộng sự (2016)². Theo đó, việc đặt điện cực vùng vách liên thất chưa thực sự giải quyết được vấn đề mất đồng bộ cơ tim về điện học và cơ học khi khối cơ tâm thất hoạt động dưới sự kích thích của máy tạo nhịp tim.

V. KẾT LUẬN

Bệnh cơ tim do tạo nhịp tim chiếm 12,5% trong tổng số các BN có tạo nhịp thất phải, đặc biệt ở những BN có giãn buồng thất trái trước khi cấy máy. Triệu chứng lâm sàng gặp ở 42,8% những BN bị BCTDTN. Nhóm BN mắc BCTDTN có tỷ lệ tạo nhịp thất phải cao hơn, khoảng pQRS rộng hơn so với nhóm không mắc bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khurshid S., Epstein A.E., Verdino R.J., Lin D., Goldberg L.R., Marchlinski F.E., Frankel D.S.** Incidence and predictors of right ventricular pacing-induced cardiomyopathy. *Heart Rhythm*. 2014;11(9):1619–1625.
2. **Lee S.A., Cha M.J., Cho Y., Oh I.Y., Choi E.K., Oh S.** Paced QRS duration and myocardial scar amount: predictors of long-term outcome of right ventricular apical pacing. *Heart Vessels*. 2016;31(7):1131–1139.
3. **Yu C.M., Fang F., Luo X.X., Zhang Q., Azlan H., Razali O.** Long-term follow-up results of the pacing to avoid cardiac enlargement (PACE) trial. *Eur. J. Heart Fail*. 2014;16(9):1016–1025.
4. **Kaye G., Ng J.Y., Ahmed S., Valencia D., Harrop D., Ng A.C.T.** The prevalence of pacing-induced cardiomyopathy (PICM) in patients with long term right ventricular pacing - is it a matter of definition? *Heart Lung Circ*. 2019;28(7):1027–1033.
5. **Kim JH, Kang KW, Chin JY, et al.** Major determinant of the occurrence of pacing - induced cardiomyopathy in complete atrioventricular block: a multicentre, retrospective analysis over a 15-year period in South Korea. *BMJ Open*. 2018;8.
6. **Tabata T, Grimm RA, Bauer FJ, et al:** Giant flow reversal in pulmonary venous flow as a possible mechanism for asynchronous pacing-induced heart failure. *J. Am. Soc. Echocardiogr*. 2005;18: 722–728.
7. **Lee MA, Dae MW, Langberg JJ, et al:** Effects of long-term right ventricular apical pacing on left ventricular perfusion, innervation, function and histology. *J. Am. Coll. Cardiol* 1994;24: 225–232
8. **Dor O, Haim M, Barrett O, Novack V, Konstantino Y.** Incidence and Clinical Outcomes of Pacing Induced Cardiomyopathy in Patients With Normal Left Ventricular Systolic Function and Atrioventricular Block. *Am J Cardiol*. 2020; 128:174–180.
9. **Fleischmann K.E., Orav E.J., Lamas G.A., Mangione C.M., Schron E., Lee K.L., Goldman L.** Pacemaker implantation and quality of life in the Mode Selection Trial (MOST). *Heart Rhythm*. 2006;3(6):653–659.
10. **Ebert M., Jander N., Minners J., Blum T., Doering M., Bollmann A., Hindricks G., Arentz T., Kalusche D., Richter S.** Long-term impact of right ventricular pacing on left ventricular systolic function in pacemaker recipients with preserved ejection fraction: results from a large single-center registry. *J. Am. Heart Assoc*. 2016;5(7):e003485.

ĐẶC ĐIỂM ĐIỆN SINH LÝ TRONG CHẤN THƯƠNG THẦN KINH QUAY

Nguyễn Thị Kim Oanh¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Thần kinh quay là dây thần kinh thường bị tổn thương. Không thể duỗi cổ tay dẫn đến mất chức năng và sự khéo léo của bàn tay, ảnh hưởng đến khả năng thực hiện các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân. Việc tìm ra giải pháp cho các chấn thương thần kinh quay luôn là một trong những thách thức lớn mà các bác sĩ phải đối mặt. Chẩn đoán điện rất hữu ích trong định khu và chẩn đoán mức độ tổn thương thần kinh quay. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, vị trí tổn thương, nguyên nhân và đặc điểm điện sinh lý thần

kinh của chấn thương thần kinh quay. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện bệnh nhân chấn thương thần kinh quay tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh từ 1/4/2020 – 31/12/2020. **Kết quả:** 128 bệnh nhân, 79,7% là nam giới, nữ giới 20,3%. Tuổi trung bình 33 ± 11 tuổi. Nguyên nhân chấn thương thần kinh quay do tai nạn sinh hoạt tại nhà với những vết thương do vật sắc, nhọn là chủ yếu. Giảm hoặc mất biên độ điện thế hoạt động cơ cơ toàn phần 85,9% và biên độ điện thế hoạt động thần kinh cảm giác 65,6%. Điện thế hoạt động tự phát 100%. Tổn thương sợi trục 100% và tổn thương không hoàn toàn chiếm đa số trong phân bố tổn thương thần kinh quay. **Kết luận:** Nam giới bị nhiều hơn nữ giới, tai nạn trong sinh hoạt tại nhà với những vật sắc, nhọn là nguyên nhân hàng đầu. Biên độ điện thế hoạt động cơ toàn phần và biên độ điện thế hoạt động thần kinh cảm giác thường bị giảm hoặc mất. Điện thế hoạt động tự phát, tổn thương sợi trục và tổn thương không hoàn

¹Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Oanh

Email: bsoanhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 11.4.2025

toàn chiếm ưu thế đối với chấn thương thần kinh quay. **Từ khóa:** Chấn thương thần kinh quay, chấn đoán điện.

SUMMARY

ELECTRODIAGNOSTIC STUDIES IN TRAUMATIC RADIAL NERVE INJURY

Background: The radial nerve is a commonly injured nerve. The inability to extend the wrist results in a loss of hand function and dexterity that affects patients' ability to perform their activities of daily living. Finding a solution to traumatic radial nerve injuries is one of the great challenges faced by doctors. Electrodiagnostic studies are the best methods for localizing and assessing the severity of a radial nerve injury. **Objective:** To describe the epidemiology, lesions localization, the etiologies of traumatic radial nerve injury and evaluation the characteristics of traumatic radial nerve injury by Electrodiagnostic studies. **Subjects and methods:** A convenient sample of 128 patients with traumatic radial nerve injury at the hospital for Traumatology and Orthopaedics, Ho Chi Minh city from 1/4/2020 – 31/12/2020. Cross sectional study. **Results:** 128 patients with traumatic radial nerve injury, 79,7% male, 20,3% female. The mean age was 33 ± 11 years. Accidents at home with sharp objects is the most common cause of traumatic radial nerve injury. Reduction or loss of compound muscle action potential (CMAP) 85,9% and sensory neuronal activation potential (SNAP) 65,6%. Spontaneous activity electricity occupied 100%. Axonal injuries 100% and the level of incomplete injury was more common. **Conclusion:** Traumatic radial nerve injury is more common in male than female. Accidents at home with sharp objects is the most common cause. CMAP, SNAP always reduce or lost. Spontaneous activity electricity, axonal damages and level of incomplete damage was more commonly found.

Keywords: Traumatic radial nerve injury, Electrodiagnostic studies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thần kinh quay là dây thần kinh ngoại biên ở chi trên thường bị tổn thương [1] [3] [4]. Chấn thương thần kinh quay là một trong những chấn thương thần kinh ngoại biên lớn và phổ biến [1]. Không thể duỗi cổ tay dẫn đến mất chức năng bàn tay và sự khéo léo, ảnh hưởng đến khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người bệnh [1] và làm giảm chất lượng sống của người bệnh. Chấn thương thần kinh quay do nhiều nguyên nhân như: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn trong đời sống sinh hoạt liên quan đến các mâu thuẫn thường nhật trong xã hội [2] [6]. Chẩn đoán điện sinh lý thần kinh (EMG) rất hữu ích trong đánh giá chấn thương thần kinh quay như định vị tổn thương, xác định mức độ tổn thương và tiên lượng phục hồi trong tiến trình điều trị. Chấn thương thần kinh quay gặp rất nhiều tại các phòng khám chuyên khoa

và tại khoa Phục hồi chức năng của bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình, nhưng việc thống kê chính xác và chi tiết về chấn thương thần kinh quay hiện nay còn rất hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: " Đặc điểm điện sinh lý trong chấn thương thần kinh quay tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh" với các mục tiêu cụ thể như sau:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ, vị trí tổn thương và nguyên nhân của chấn thương thần kinh quay.
2. Mô tả đặc điểm điện sinh lý thần kinh trong chấn thương thần kinh quay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương thần kinh quay tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh từ 1/4/2020 – 31/12/2020 và phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Số liệu thu thập sẽ được xử lý trên phần mềm SPSS 16.0. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng vị trí tổn thương và nguyên nhân của chấn thương thần kinh quay

Bảng 1: Dân số học nghiên cứu

Đặc điểm	N	%
Giới tính		
Nữ	26	20,3
Nam	102	79,7
Nơi cư trú		
TP.HCM	8	6,2
Tỉnh	120	93,8
Nhóm tuổi		
<18 tuổi	13	10,1
18-60 tuổi	109	85,2
≥60 tuổi	6	4,7
Thời gian chấn thương		
11-30 ngày	32	25
31-60 ngày	40	31,3
≥ 61 ngày	56	43,7

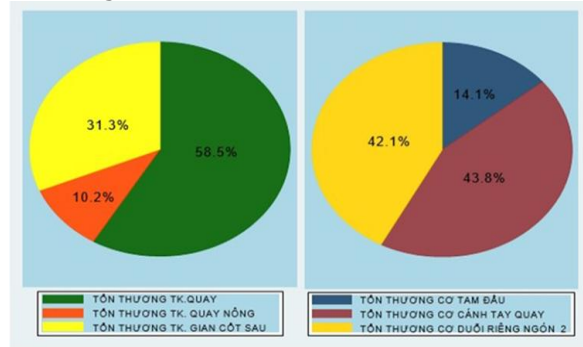
Nhận xét: 102 (79,7%) là nam giới, nữ giới 26 (20,3%). Các bệnh nhân từ các tỉnh khác tới chiếm tỉ lệ 93,8%, trong đó 85,2% ở độ tuổi từ 18 đến 60 tuổi. Tuổi trung bình 33 ± 11 tuổi, nhỏ nhất 5, lớn nhất 66 và nhóm tuổi bị chấn thương thần kinh quay chiếm số lượng lớn nhất là 18 – 60 tuổi (85,2%). Thời gian chấn thương ≥ 61 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 43,7%.

Bảng 2: Nguyên nhân chấn thương thần kinh quay (n=128)

Nguyên nhân chấn thương	N	%
Tai nạn giao thông	32	25

Tai nạn lao động	25	19,5
Tai nạn sinh hoạt	66	51,6
Khác	5	3,9

Nhận xét: Tai nạn sinh hoạt trong đời sống hàng ngày chiếm tỉ lệ cao nhất trong 4 cơ chế chiếm tỉ lệ 51,6%, sau đó là cơ chế do tai nạn giao thông 25%, cơ chế do tai nạn lao động 19,5% và cuối cùng là 3,9% do các cơ chế khác.

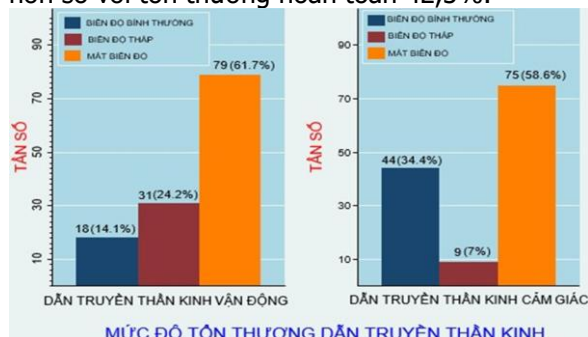


BIỂU ĐỒ THỂ HIỆN THẦN KINH BỊ TỔN THƯƠNG VÀ ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG THEO MỨC CƠ

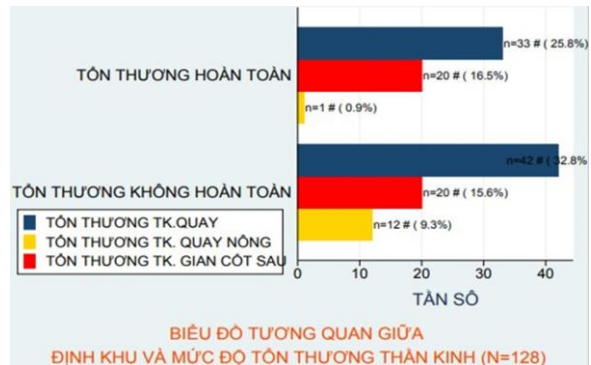
Biểu đồ 1: Thần kinh bị tổn thương và định khu tổn thương theo mức cơ

Về vị trí tổn thương, đoạn cánh tay của thần kinh quay bị tổn thương nhiều hơn chiếm tỉ lệ 58,5% và không có sự khác biệt giữa bên phải và bên trái.

3.2. Đặc điểm điện sinh lý thần kinh của chấn thương thần kinh quay. Biên độ điện thế hoạt động cơ toàn phần (CMAP) thay đổi theo hướng giảm hoặc mất dẫn truyền vận động chiếm tỉ lệ 85,9%. Biên độ điện thế hoạt động thần kinh cảm giác (SNAP) cũng theo chiều hướng mất dẫn truyền cảm giác chiếm tỉ lệ 65,6%. Điện cơ kim cho thấy điện thế tự phát khi đâm kim và sóng tự phát 100%. Vị trí tổn thương nhiều nhất là ở đoạn cánh tay (58,5%). Tổn thương sợi trục chiếm tỉ lệ 100%, không có thể tổn thương hủy myelin và hỗn hợp. Tổn thương không hoàn toàn chiếm tỉ lệ 57,7% cao hơn so với tổn thương hoàn toàn 42,3%.



Biểu đồ 2: Mức độ tổn thương dẫn truyền thần kinh vận động và cảm giác



Biểu đồ 3: Tương quan giữa định khu và mức độ tổn thương thần kinh

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng vị trí tổn thương và nguyên nhân của chấn thương thần kinh quay. Với sự khác biệt về giới tính: 102 (79,7%) là nam giới, nữ giới 26 (20,3%) cho thấy nam giới bị chấn thương thần kinh quay nhiều hơn nữ giới. Kết quả này phù hợp với báo cáo của tác giả Võ Đôn [8], độ tuổi lao động 18 - 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (85,2%), đây là những người đang trong giai đoạn phát triển bản thân, là lao động chính trong gia đình, đóng góp cho xã hội. Do đó, cần phải có sự can thiệp của toàn xã hội để giảm thiểu nguy cơ chấn thương nói chung và chấn thương thần kinh quay nói riêng. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Gerardo E [5] và Palma Ciaramitaro [6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân chấn thương theo thứ tự: Tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông, tai nạn lao động, nguyên nhân khác. Việc xác định được nguyên nhân tổn thương sẽ giúp cho các nhà chức trách có định hướng trong việc truyền thông, giáo dục và tập huấn các kỹ năng làm giảm thiểu nguy cơ và hậu quả của chấn thương trong cộng đồng, xã hội.

Về mặt giải phẫu, do đường đi và mối liên hệ mật thiết của dây thần kinh quay với xương cánh tay khiến cho thần kinh quay ở đoạn gần dễ bị tổn thương hơn trong các chấn thương gãy xương cánh tay - một loại gãy xương rất hay gặp [3].

4.2. Đặc điểm điện sinh lý thần kinh của chấn thương thần kinh quay. Tỉ lệ biên độ điện thế hoạt động cơ cơ toàn phần cũng như biên độ điện thế hoạt động thần kinh cảm giác bị ảnh hưởng nhiều và theo chiều hướng mất dẫn truyền là chủ yếu, điều này có thể do bệnh viện Chấn thương chỉnh hình là bệnh viện tuyến cuối, các bệnh nhân tới đây là những tổn thương nặng, các trường hợp nhẹ hơn đã được xử lý tại tuyến dưới. Điện thế tự phát khi đâm kim và

sóng tự phát ở 100% các trường hợp có thể do đứt một phần hay toàn phần sợi trục thần kinh vì nguyên nhân hàng đầu trong nghiên cứu này là do tai nạn trong đời sống sinh hoạt tại cộng đồng với những vật sắc, nhọn gây ra và 100% các trường hợp tổn thương sợi trục cũng cho thấy đây là các trường hợp tổn thương nặng. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Eser F[7]. Tổn thương dây thần kinh quay không hoàn toàn chiếm ưu thế cho thấy hy vọng phục hồi thần kinh khi lựa chọn được phương pháp điều trị thích hợp. Đây chính là một hướng nghiên cứu trong tương lai để thấy được vai trò của chẩn đoán điện trong việc gợi ý phương pháp điều trị trong các chấn thương thần kinh ngoại biên để nâng cao hiệu quả điều trị và phục hồi chức năng cho bệnh nhân chấn thương thần kinh ngoại biên nói chung và chấn thương thần kinh quay nói riêng.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương thần kinh quay là một trong những chấn thương thần kinh ngoại biên phổ biến, đồng thời là thách thức đối với y học trong quá trình điều trị và phục hồi. Chấn thương thần kinh quay đa phần là mức độ nặng với tổn thương sợi trục nặng nề, ảnh hưởng đến chức năng và sinh hoạt của người bệnh, thường xảy ra ở nam giới, độ tuổi lao động. Vì vậy, cần phải truyền thông và nâng cao nhận thức, ý thức của người dân khi tham gia giao thông, an toàn lao động và ứng xử văn minh trong cuộc sống hàng ngày để tránh các va chạm, xung đột dẫn tới chấn thương thần kinh quay và những chấn thương đáng tiếc khác. Chẩn đoán điện sinh lý thần kinh (EMG) có vai trò chính trong đánh giá

mức độ tổn thương, định vị tổn thương và tiên lượng phục hồi thần kinh, do đó ứng dụng để lựa chọn phương pháp điều trị và theo dõi sự hồi phục thần kinh quay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **R Cantero-Téllez 1, J H Villafaña 2, S G Garcia-Orza 3, K Valdes 4** (2020) "Analyzing the functional effects of dynamic and static splints after radial nerve injury", *Hand Surg Rehabil*, 39(6):564-567.
2. **Kouyoumdjian JA.** (2006). "Peripheral nerve injuries: A retrospective survey of 456 cases", *Muscle Nerve*, 34:785-8.
3. **R A Abrams 1, R J Ziets, R L Lieber, M J Botte,** (1997), "Anatomy of the radial nerve motor branches in the forearm", *J Hand Surg Am*, 22 (2): 232- 7
4. **Neeraj Vij 1, Hayley Kiernan 1, Sam Miller-Gutierrez 2, Veena Agusalá 3, Alan David Kaye 4, Farnad Imani 5, Behrooz Zaman 5, Giustino Varrassi 6, Omar Viswanath 1 4 7 8, Ivan Urits 4 9,** (2021) "Etiology Diagnosis and Management of Radial Nerve Entrapment" 11(1):e112823.
5. **Gerardo E. M, Ruben Y. Torres.** (2016). "Epidemiology of Traumatic Peripheral Nerve Injuries Evaluated with Electrodiagnostic Studies in a Tertiary Care Hospital Clinic", *P R Health Sci J*, Jun;35(2):76-80.
6. **Palma C, Mauro M, Eugenia R, Bruno B, Arman S, Italo P, Giuliano F, Giuseppe M, Aristide M,** "Traumatic peripheral nerve injuries: epidemiological findings, neuropathic pain and quality of life in 158 patients", *Journal of the Peripheral Nervous System* 15:120–127 (2010).
7. **Eser F, Aktekin LA, Bodur H, Atan C.** (2009). "Etiological factors of traumatic peripheral nerve injuries", *Neurol India*, 57:434–437.
8. **Võ Đôn, Nguyễn Hữu Công** (2018). Đặc điểm điện sinh lý trong chấn thương thần kinh ngoại biên. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 1 (Phụ bản tập 22), 211-216

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN NHIỄM HIV TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thiện Hải¹, Đỗ Thị Thúy Hậu¹, Trịnh Thị Dung¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, phân tích số liệu từ 222 trẻ vị thành niên (VTN) nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (Human immunodeficiency virus – HIV) đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhi trung Ương chúng

tôi thấy rằng sử dụng thuốc kháng virus HIV giúp trẻ có sức khỏe tốt. Trẻ không có bệnh nhiễm trùng cơ hội là 100%. Có 200 trẻ (90,1%) VTN có tải lượng virus (Viral load – TLVR) dưới ngưỡng phát hiện. Chỉ số tế bào T_{CD4} bình thường hoặc suy giảm nhẹ là 88,3%. Phần lớn trẻ vẫn sử dụng phác đồ điều trị bậc 1 (87,4%). Trẻ chưa được bộc lộ tình trạng nhiễm chiếm tỷ lệ cao (31,0%); Trẻ hiểu biết đầy đủ về 3 đường lây truyền là 98 trẻ (44,1%), chỉ có 6 trẻ (chiếm 4,5%) biết biện pháp dự phòng phơi nhiễm.

Từ khóa: Nhiễm HIV, Nhiễm HIV ở trẻ vị thành niên, Adolescents living with HIV.

¹ *TT Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thiện Hải

Email: dothienhai.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 11.4.2025