

trên CT scan không đồng thuận rõ rệt so với dữ liệu thực tế trong mổ, cho thấy phương pháp này còn hạn chế về độ tin cậy lâm sàng. Tóm lại, nghiên cứu này khẳng định vai trò quan trọng của CT scan, đồng thời ủng hộ cách đo kinh điển đến mặt ngoài để bàn đạp trên mặt phẳng ngang xương bàn đạp. Phương pháp này có thể được xem là lựa chọn phù hợp và đáng tin cậy để tích hợp vào quy trình lập kế hoạch phẫu thuật, góp phần nâng cao tỷ lệ thành công và hạn chế biến chứng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Flint PW.** Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery E-Book: Head and Neck Surgery, 3-Volume Set. vol 3. Elsevier Health Sciences; 2020.
2. **Konigsmark BW, Gorlin RJ.** Genetic and metabolic deafness. 1976.
3. **Bakhos D, Lescanne E, Charretier C, Robier A.** A review of 89 revision stapes surgeries for otosclerosis. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2010;127(5):177-82.
4. **Gros A, Vatovec J, Zargi M, Jenko K.** Success rate in revision stapes surgery for otosclerosis. Otol Neurotol. 2005;26(6):1143-8.
5. **Stull KE, Tise ML, Ali Z, Fowler DR.** Accuracy and reliability of measurements obtained from computed tomography 3D volume rendered images. Forensic Sci Int. 2014;238:133-40.
6. **Wegner I, van Waes AM, Bittermann AJ, et al.** A Systematic Review of the Diagnostic Value of CT Imaging in Diagnosing Otosclerosis. Otol Neurotol. 2016;37(1):9-15.
7. **Gentric JC, Rousset J, Garetier M, Ben Salem D, Mériot P.** High-resolution computed tomography of isolated congenital anomalies of the stapes: a pictorial review using oblique multiplanar reformation in the "axial stapes" plane. J Neuroradiol. 2012;39(1):57-63.
8. **Gosselin E, Elblidi A, Alhabib SF, Nader ME, Wana G, Saliba I.** Predictable prosthesis length on a high-resolution CT scan before a stapedotomy. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2018;275(9):2219-2226.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY ĐOẠN CÁNH TAY DO CHẤN THƯƠNG BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

Nguyễn Hồng Hà^{1,2}, Bùi Đức Tín³, Trần Xuân Thạch¹,
Trần Thị Thanh Huyền^{1,2}, Tô Tuấn Linh¹, Nguyễn Đức Tiến⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương thần kinh quay đoạn cánh tay là một dạng tổn thương thần kinh ngoại biên thường gặp, đặc biệt do chấn thương. Nếu không được điều trị đúng cách nó có thể gây ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt và lao động của người bệnh. Bài báo này nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị tổn thương thần kinh quay đoạn cánh tay do chấn thương bằng kỹ thuật vi phẫu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên các bệnh nhân có tổn thương thần kinh quay đoạn cánh tay do chấn thương, được điều trị từ 01/2020 đến 07/2025. Theo dõi các biến số tuổi, giới, nguyên nhân, phương pháp phẫu thuật, kết quả sau mổ. Sử dụng thang điểm BMRC để đánh giá hồi phục chức năng. **Kết quả:** Trong 60 bệnh nhân được nghiên cứu thời gian theo dõi tối thiểu là 6 tháng sau phẫu thuật và bệnh nhân theo dõi lâu nhất là 65 tháng. Tổn thương chủ yếu gặp ở nam giới (80%) trong độ tuổi lao động (18–60 tuổi: 80%), nguyên

nhân phổ biến nhất là tai nạn giao thông (40%). Thời gian can thiệp trước 3 tháng mang lại kết quả tốt hơn. Tỷ lệ phục hồi vận động M3–M5 đạt 83,3%, cảm giác mức S3–S4 đạt 85%. **Kết luận:** Điều trị sớm và đúng kỹ thuật, đặc biệt là áp dụng kỹ thuật vi phẫu trong điều trị cho thấy sự hồi phục đáng kể cả về chức năng vận động và cảm giác ở những bệnh nhân tổn thương thần kinh quay.

Từ khóa: Tổn thương thần kinh quay, ghép thần kinh, nối thần kinh, giải phóng thần kinh, vi phẫu.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF TRAUMATIC RADIAL NERVE INJURIES IN THE ARM USING MICROSURGICAL TECHNIQUES

Background: Radial nerve injury at the arm is a common type of peripheral nerve injury, particularly due to trauma. If not treated properly, it can significantly impact the patient's daily life and work capacity. This article aims to evaluate the outcomes of microsurgical treatment for traumatic radial nerve injuries at the arm. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective data was conducted on patients with traumatic radial nerve injuries at the arm segment, treated from January 2020 to July 2025. Variables such as age, gender, cause, surgical method, and postoperative outcomes were monitored. Functional recovery was assessed using the BMRC scale. **Results:** Among 60 patients studied, the minimum follow-up period was 6 months post-surgery, with the

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại Học Y Dược – Đại Học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

⁴Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: Nhadr4@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

longest follow-up being 56 months. Most injuries occurred in males (80%) of working age (18–60 years: 80%), with traffic accidents being the most common cause (40%). Interventions performed within 3 months yielded better outcomes. The rate of motor recovery at M3–M5 reached 83.3%, and sensory recovery at S3–S4 reached 85%. **Conclusion:** Timely and technically precise treatment, particularly the application of microsurgical techniques, has demonstrated significant recovery in both motor and sensory functions in patients with radial nerve injuries.

Keywords: Radial nerve injury, nerve grafting, nerve repair, nerve decompression, microsurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thần kinh quay đoạn cánh tay là một trong những dạng tổn thương thần kinh ngoại biên thường gặp nhất trong các chấn thương chi trên, đặc biệt là sau gãy xương cánh tay hoặc chấn thương phần mềm vùng cánh tay. Thần kinh quay là một nhánh lớn của đám rối thần kinh cánh tay, chi phối vận động cho nhóm cơ duỗi của cẳng tay và bàn tay, đồng thời đảm nhiệm vai trò cảm giác cho mặt ngoài cẳng tay và mu tay [1].

Khi thần kinh quay bị tổn thương, bệnh nhân có thể gặp tình trạng yếu hoặc liệt duỗi cổ tay và các ngón tay, dẫn đến biểu hiện đặc trưng là "bàn tay rủ", kèm theo mất cảm giác vùng chi phối và teo cơ theo thời gian. Điều này ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng lao động, sinh hoạt hàng ngày và chất lượng sống của người bệnh.

Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị tổn thương thần kinh quay bằng kỹ thuật vi phẫu vẫn còn hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm phân tích, đánh giá kết quả điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức một trung tâm ngoại khoa lớn, góp phần xây dựng chiến lược can thiệp phù hợp, nâng cao tiên lượng hồi phục.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân bị tổn thương thần kinh quay tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tổn thương thần kinh quay đoạn cánh tay do chấn thương. Thời gian tổn thương dưới 12 tháng. Được điều trị bằng kỹ thuật vi phẫu giải phóng thần kinh hoặc nối – ghép thần kinh dưới kính hiển vi và có đủ dữ liệu theo dõi.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân không thu thập đầy đủ dữ liệu. Bệnh nhân

có các rối loạn toàn thân nặng khác không cho phép phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương thần kinh quay tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2020 – 07/2025.

2.3. Biến số nghiên cứu. Nhóm biến số thông tin chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian chấn thương, thời gian hồi phục, nguyên nhân chấn thương được thu thập bằng phỏng vấn và điền vào bệnh án nghiên cứu.

Nhóm biến số triệu chứng lâm sàng: vị trí tổn thương, gãy xương, hồi phục vận động, hồi phục cảm giác được thu thập bằng khám lâm sàng và điền vào bệnh án nghiên cứu.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu thu thập sẽ được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân được giải thích về mục tiêu nghiên cứu và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân được mã hoá và được bảo mật. Bệnh nhân có quyền dừng tham gia nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào mà không bị phân biệt trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

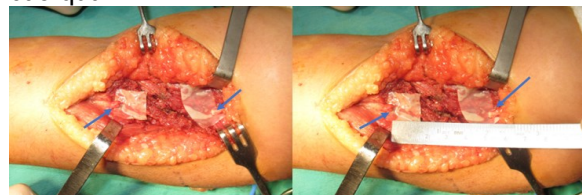
Thăm khám bệnh nhân và kỹ thuật mổ:

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, và làm các xét nghiệm siêu âm thần kinh, điện chẩn cơ trước mổ.



Hình 1. Bệnh nhân tổn thương thần kinh quay tay trái với biểu hiện bàn tay rủ

- Trong mổ: Phẫu tích tìm vị trí tổn thương thần kinh, cắt lọc hết đoạn tổn thương, đưa ra phương án điều trị, giải phóng thần kinh, nối thần kinh hay ghép đoạn thần kinh, đo đoạn thần kinh bị khuyết trong mổ để tiến hành lấy đoạn thần kinh sural tự thân hay đoạn thần kinh bảo quản.

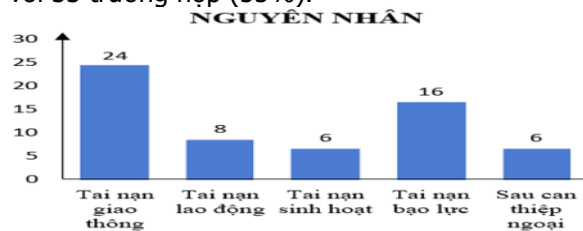
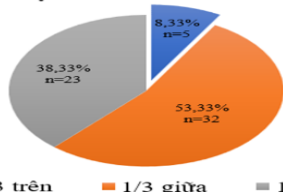


Hình 2. Tìm vị trí tổn thương thần kinh, cắt

lọc, đo chiều dài đoạn khuyết thần kinh**Hình 3. Sau phẫu thuật ghép đoạn thần kinh sural****III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

3.1. Đặc điểm chung, đặc điểm về vị trí tổn thương và nguyên nhân của chấn thương thần kinh quay, thời gian tổn thương đến khi được phẫu thuật. Trong nghiên cứu trên 60 bệnh nhân tổn thương thần kinh quay đoạn cánh tay, nam giới chiếm đa số với 48 trường hợp (80%), trong khi nữ giới có 12 trường hợp (20%). Phân bố theo nhóm tuổi cho thấy độ tuổi lao động (18–60 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất với 48 bệnh nhân (80%); nhóm dưới 18 tuổi ghi nhận 11 trường hợp (18,3%) và nhóm trên 60 tuổi chỉ có 1 trường hợp (1,7%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $29,42 \pm 12,8$, dao động từ 5 đến 61 tuổi.

Xét về nghề nghiệp, nhóm lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất với 34 bệnh nhân (56,7%), tiếp đến là học sinh/sinh viên với 14 trường hợp (23,3%), công nhân 5 trường hợp (8,33%) và các nghề nghiệp khác (văn phòng, người cao tuổi, trẻ em) gồm 7 trường hợp (11,66%). Về bên tổn thương, tay trái bị ảnh hưởng nhiều hơn với 33 trường hợp (55%).

**Biểu đồ 1. Nguyên nhân tổn thương thần kinh quay****VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG****Biểu đồ 2. Vị trí tổn thương thần kinh quay**

Trong nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân tổn thương thần kinh quay đoạn cánh tay, nguyên

nhân chủ yếu được ghi nhận là tai nạn giao thông với 24 trường hợp (40%), tiếp theo là bạo lực 16 trường hợp (26,7%), tai nạn lao động 8 trường hợp (13,3%), tai nạn sinh hoạt 6 trường hợp (10%) và nguyên nhân sau can thiệp ngoại khoa 6 trường hợp (10%). Về vị trí tổn thương, đoạn 1/3 giữa cánh tay là thường gặp nhất với 32 trường hợp (53,3%), kế đến là đoạn 1/3 dưới cánh tay 23 trường hợp (38,3%), trong khi đoạn 1/3 trên cánh tay ít gặp hơn với 5 trường hợp (8,3%). Trong đó, có 38 bệnh nhân (63,3%) bị tổn thương thần kinh quay kèm gãy xương cánh tay.

Xét về thời điểm can thiệp phẫu thuật, đa số bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật trong vòng 90 ngày sau chấn thương (41/60; 68,3%), trong khi 19 bệnh nhân (31,7%) được phẫu thuật muộn hơn, trong khoảng từ trên 90 ngày đến dưới 12 tháng. Thời gian trung bình từ khi xuất hiện tổn thương thần kinh đến khi được phẫu thuật sửa chữa là $86,08 \pm 50,28$ ngày, dao động từ 5 đến 233 ngày.

3.2. Kết quả điều trị**Bảng 1. Phương pháp điều trị bằng kỹ thuật vi phẫu**

Phương pháp	Số lượng (n=60)	Tỷ lệ (100%)
Giải phóng chèn ép	19	31,67
Nối thần kinh	10	16,67
Ghép thần kinh	31	51,67

Nhận xét: Kỹ thuật ghép thần kinh được sử dụng phổ biến nhất, áp dụng cho 31 trường hợp chiếm 51,67 %.

Bảng 2. Thang điểm phục hồi cảm giác vùng mu ngón I, II bàn tay

Mức độ hồi phục	Số lượng (n=60)	Tỷ lệ (100%)
S0	0	0,00
S1	0	0,00
S2	9	15,00
S3	31	51,70
S4	20	33,30

Nhận xét: Trong số 60 bệnh nhân có 51 bệnh nhân đạt mức hồi phục cảm giác tốt S3 hoặc S4 (chiếm 85%).

Bảng 3. Phục hồi chức năng vận động

Mức độ hồi phục		Số lượng (n=60)	Tỷ lệ (100%)
Hồi phục kém	M0	3	5,00
	M1	1	1,67
	M2	6	10,0
Hồi phục tốt	M3	15	25,0
	M4	22	36,67
	M5	13	21,67

Nhận xét: Tổng cộng có 50 bệnh nhân

(83,3%) đạt mức phục hồi vận động tốt (M3-M5).

Bảng 4. Thời gian bắt đầu hồi phục vận động với kỹ thuật điều trị

Kỹ thuật	Thời gian hồi phục (tháng)	Tổng (n=60)
Ghép thần kinh	6,7 ± 3,6	31
Giải phóng thần kinh	4,8 ± 3,4	19

Nối thần kinh	7,1 ± 3,4	10
Thời gian hồi phục trung bình	6,2 ± 3,6 tháng	

Nhận xét: Thời gian phục hồi vận động sớm nhất ở nhóm giải phóng thần kinh là 4,8 ± 3,4 tháng. Thời gian hồi phục trung bình là 6,2 ± 3,6 tháng.

Bảng 5. Mối liên quan giữa thời gian tổn thương và kết quả điều trị

Mức độ hồi phục		Thời gian				p=0,008
		Dưới 90 ngày		Từ 90 đến dưới 12 tháng		
		Số lượng	%	Số lượng	%	
Hồi phục kém	M0	2	4,88	1	5,26	
	M1	0	0,00	1	5,26	
	M2	1	2,44	5	26,32	
Hồi phục tốt	M3	12	29,27	3	15,79	
	M4	16	39,02	6	31,58	
	M5	10	24,39	3	15,79	
Tổng		41	100	19	100	

Nhận xét: Tỷ lệ hồi phục tốt (M3–M5) ở nhóm phẫu thuật sớm (< 90 ngày) là 92,68%, cao hơn so với nhóm phẫu thuật sau 90 ngày là 63,16%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa với p=0,008.

Bảng 6. Mối liên quan của phương pháp phẫu thuật và kết quả điều trị

Mức độ hồi phục		Kỹ thuật vi phẫu					
		Ghép thần kinh		Nối thần kinh		Giải phóng thần kinh	
		Số lượng (n=31)	%	Số lượng (n=10)	%	Số lượng (n=19)	%
Hồi phục kém	M0	3	9,68	0	0,0	0	0,0
	M1	1	3,23	0	0,0	0	0,0
	M2	4	12,90	1	10,0	1	5,26
Hồi phục tốt	M3	6	19,35	5	50,0	4	21,05
	M4	11	35,48	3	30,0	8	42,11
	M5	6	19,35	1	10,0	6	31,58
Tổng		31	100	10	100	19	100

Nhận xét: Tỷ lệ hồi phục tốt ở nhóm giải phóng thần kinh (94,74%), nhóm ghép thần kinh (74,18%).



Hình 4. Hình ảnh vận động bàn tay sau phẫu thuật ghép đoạn thần kinh sural 9 tháng

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 60 bệnh nhân tổn thương thần kinh quay đoạn cánh tay được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức cho thấy đặc điểm dịch tễ tương đồng với các báo cáo trong và ngoài nước. Nam giới chiếm ưu thế (80%), chủ yếu trong độ tuổi lao động (18–60 tuổi chiếm 80%), với nghề nghiệp lao động tự do chiếm tỷ lệ cao (56,7%) là nhóm có việc làm không ổn định thường phải di chuyển

những bằng xe máy, từ đó dễ gặp tai nạn giao thông. Tổn thương tay trái chiếm 55%, không khác biệt rõ rệt so với tay phải.

Tổn thương thần kinh quay đoạn 1/3 giữa cánh tay chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%), phù hợp với đặc điểm giải phẫu học vì đoạn này là nơi thần kinh quay đi sát xương trong rãnh xoắn, dễ bị tổn thương thứ phát khi gãy xương cánh tay. Có tới 63,3% bệnh nhân trong nghiên cứu có kèm gãy xương, xác nhận mối liên quan chặt chẽ giữa chấn thương xương và tổn thương thần kinh quay. Theo Bumbasirevic và cộng sự (2017), liệt thần kinh quay là biến chứng phổ biến sau gãy xương cánh tay, đặc biệt là gãy đoạn giữa [1].

Về nguyên nhân, tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (40%), tiếp theo là các trường hợp bạo lực (26,7%) và tai nạn lao động (13,3%). Điều này phản ánh thực trạng gia tăng chấn thương cơ giới tại Việt Nam những năm gần đây, phù hợp với báo cáo của Nachev và cộng sự (2017), về vai trò của tai nạn giao thông trong tổn thương thần kinh liên quan gãy xương cánh

tay [2]. Ngoài ra có 6/60 trường hợp chiếm 10% tổn thương thần kinh quay sau can thiệp ngoại khoa trong đó có 5 trường hợp tổn thương thần kinh quay sau phẫu thuật tháo phễu tiện kết hợp xương cánh tay, và 1 trường hợp tổn thương sau phẫu thuật cắt u tại cánh tay. Theo nghiên cứu Kretschmer và cộng sự trong 722 trường hợp phẫu thuật phát hiện rằng khoảng 17,4% là tổn thương thần kinh do can thiệp y tế gây ra [3].

Phục hồi cảm giác đạt kết quả tốt với 85% bệnh nhân đạt mức S3–S4. Đây là mức cảm giác chức năng, giúp người bệnh nhận biết được tiếp xúc, áp lực và góp phần nâng cao khả năng phối hợp vận động bàn tay. Tương tự với nghiên cứu của Bo He và cộng sự (2014), cho thấy khả năng hồi phục cảm giác tốt đạt 75,6% [4].

Trong nghiên cứu có 83,3% bệnh nhân phục hồi vận động mức M3 trở lên theo thang điểm BMRC, trong đó 58,3% đạt M4–M5 mức độ hồi phục sinh hoạt gần như bình thường và bình thường. Tương tự nghiên cứu của Lukas Rasulić và cộng sự (2021), tỷ lệ phục hồi chức năng hữu ích tổng thể đạt được ở 69/77 chiếm (89,61%) bệnh nhân được nghiên cứu, trong đó 20 bệnh nhân (28,99%) đạt được sự phục hồi tuyệt vời, 26 bệnh nhân (37,68%) đạt được sự phục hồi tốt và 23 bệnh nhân (33,33%) đạt được sự phục hồi khá [5]. Nghiên cứu của Lê Quốc Việt và cộng sự (2021), trên bệnh nhân tổn thương thần kinh quay tại Việt Nam cũng ghi nhận tỉ lệ phục hồi chức năng thần kinh đạt 71,9% [6].

Phẫu thuật được thực hiện sớm (<90 ngày) ở đa số bệnh nhân (68,3%), và kết quả phục hồi chức năng cho thấy hiệu quả rõ rệt. Tỷ lệ phục hồi vận động tốt (M3–M5) ở nhóm được phẫu thuật trước 90 ngày là 92,68%, cao hơn so với nhóm phẫu thuật sau 90 ngày (63,16%). Với khả năng hồi phục này cho thấy hiệu quả trong can thiệp phẫu thuật sớm đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân với ($p=0,008$). Điều này tương đồng với nghiên cứu của Ilyas và cộng sự (2020), bệnh nhân được điều trị bằng thăm dò phẫu thuật sớm (trong vòng 3 tuần sau khi bị thương) và sửa chữa gãy xương có tỷ lệ phục hồi là 89,8% [7].

Nhóm bệnh nhân được giải phóng chèn ép thần kinh dưới kính hiển vi có tỷ lệ phục hồi vận động mức tốt (M3–M5) cao nhất, đạt 94,74% (M4–M5) chiếm 73,7%, với thời gian hồi phục trung bình ngắn nhất $4,8 \pm 3,4$ tháng, phản ánh hiệu quả khả quan của phương pháp này trong các trường hợp tổn thương không đứt rời, thần kinh còn nguyên vẹn nhưng bị chèn ép hoặc dính. Tương tự với nghiên cứu của Düz và cộng

sự (2010), báo cáo hồi phục sau giải phóng thần kinh quay do chèn ép tại rãnh xoắn hoặc do can xương thường tốt, đạt mức M4 trong vòng 3–6 tháng với tỷ lệ 95% [8]. Trong khi đó, nhóm được ghép thần kinh chiếm đa số trong nghiên cứu ($n=31$, 51,7%) chủ yếu áp dụng trong các trường hợp mất đoạn thần kinh đáng kể, nhóm này có tỷ lệ hồi phục vận động mức M3–M5 là 74,18% (M4–M5: 54,8%) với thời gian hồi phục trung bình $6,7 \pm 3,6$ tháng. Mặc dù đây là nhóm tổn thương nặng hơn nhưng với kỹ thuật ghép thần kinh vi phẫu vẫn mang lại kết quả phục hồi chức năng khá tốt [5].

Nhìn chung, nhóm nối – ghép thần kinh (41/60 trường hợp chiếm 68,33%) với khả năng hồi phục M3–M5 đạt 78,05% là thấp hơn nhóm giải phóng chèn ép thần kinh (94,74%). Tuy nhiên sự chênh lệch về tỷ lệ hồi phục giữa hai nhóm này không đáng kể với ($p = 0,148$). Điều này cho thấy, mặc dù mức độ tổn thương là khác nhau xong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp đóng vai trò quyết định đến tiên lượng phục hồi chức năng của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương thần kinh quay đoạn cánh tay thường gặp trong tai nạn giao thông và gãy xương cánh tay. Việc điều trị bằng kỹ thuật vi phẫu cho thấy sự hồi phục đáng kể cả về chức năng vận động và cảm giác. Thời gian can thiệp sớm là yếu tố quan trọng giúp tối ưu hóa kết quả phục hồi. Cần tăng cường phát hiện sớm và đưa bệnh nhân đến cơ sở chuyên khoa có khả năng can thiệp vi phẫu kịp thời để đảm bảo hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bumbasirevic M, Palibrk T, Lesic A, Atkinson H.** Radial nerve palsy. *EFORT Open Rev.* 2017;1(8):286–294.
2. **Nachef N, Sulimovic VB, Fontaine C, Chantelot C.** Predictors of radial nerve palsy recovery in humeral shaft fractures. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2017;103(2):123–128.
3. **Kretschmer T, Heinen CW, Antoniadis G, Richter H-P, Kline DG.** Evaluation of iatrogenic lesions in 722 surgically treated cases of peripheral nerve trauma. *J Neurosurg.* 2001;94(6):905–912.
4. **He B, Zhu ZW, Zhu QT, Zhou X, Zheng CB, Li PL, Zhu S, Liu XL, Zhu JK.** Factors predicting sensory and motor recovery after the repair of upper limb peripheral nerve injuries. *Neural Regen Res.* 2014;9(6):661–672.
5. **Rasulić, Lukas et al.** "Surgical Treatment of Radial Nerve Injuries Associated With Humeral Shaft Fracture-A Single Center Experience." *Frontiers in surgery* vol. 8 774411. 16 Dec. 2021.
6. **Lê Quốc Việt, Phạm Đức Hiếu, Đồng Ngọc**

- Minh, Nguyễn Anh Tuấn.** Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán điện và các yếu tố tiên lượng phục hồi tổn thương thần kinh quay. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;504(1):70–74.
7. **Ilyas AM, Graham J.** Radial Nerve Palsy Recovery With Fractures of the Humerus: An Updated Systematic Review. J Am Acad Orthop Surg. 2020;28(6):e263–e269.
8. **Düz B, Solmaz İ, Civelek E, Önal MB, Pusat S, Daneyemez M.** Analysis of proximal radial nerve injury in the arm. Neurol India. 2010;58(2):230-234.

THANG ĐIỂM CLIF – C AD TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ

Đỗ Thị Kiều Oanh¹, Trần Ngọc Ánh^{1,2}, Nguyễn Trường Sơn³

TÓM TẮT

Xơ gan là nguyên nhân quan trọng hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở những người mắc bệnh gan mạn trên thế giới. Bên cạnh các thang điểm truyền thống như Child- Pugh, MELD, MELD-Na thì thang điểm CLIF-C AD có ý nghĩa nhất định trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan ngắn hạn. **Mục tiêu:** Khảo sát giá trị thang điểm CLIF-C AD và Child-Pugh, MELD, MELD – Natri trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc có theo dõi bệnh nhân, mô tả tiến cứu trên 116 bệnh nhân được chẩn đoán là xơ gan giai đoạn mất bù không có suy gan cấp trên nền mạn (ACLF) được điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa Gan Mật bệnh viện Bạch Mai và khoa Nội tiêu hóa bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025. **Kết quả:** Trong 116 bệnh nhân nghiên cứu, có 5 (chiếm 4,3%) bệnh nhân tử vong sau 28 ngày và 15 (chiếm 12,9%) bệnh nhân tử vong sau 90 ngày kể từ khi nhập viện.. Ngưỡng cut-off CLIF -C AD có khả năng phân tầng nguy cơ tử vong lần lượt là 55 trong 28 ngày và trong 90 ngày là 62. Thang điểm CLIF- C AD có giá trị tiên lượng bệnh nhân xơ gan sau 28 ngày với AUROC 0,852 ($p = 0,008 < 0,05$) và sau 90 ngày với AUROC 0,803 ($p = 0,001 < 0,05$) tương đương với các thang điểm MELD, MELD-Na. Do đó có thể áp dụng thang điểm này cùng với MELD, MELD-Na trong lâm sàng giúp nhận diện bệnh nhân cần chăm sóc tích cực ngay từ đầu. **Từ khóa:** CLIF-C AD; Xơ gan mất bù; Suy gan cấp trên nền mạn.

SUMMARY

VALUE OF CLIF-C AD SCORE IN PROGNOSIS OF PATIENTS WITH DECOMPENSATED CIRRHOSIS

Cirrhosis is an important and leading cause of illness and death among individuals with chronic liver disease worldwide. Several prognostic scoring systems

exist for patients with cirrhosis, among which the Chronic Liver Failure Consortium – Acute Decompensation (CLIF-C AD) score has demonstrated significant prognostic value in predicting outcomes at 28 days and 90 days. **Objective:** To investigate the value of the CLIF-C AD score as well as the Child-Pugh, MELD, and MELD-Sodium scores in predicting mortality among patients with decompensated cirrhosis.. **Subjects and Methods:** This was a prospective cohort study involving one hundred sixteen patients diagnosed with decompensated cirrhosis without ACLF. These patients were treated at the Gastroenterology–Hepatology Center of Bach Mai Hospital and the Department of Gastroenterology at Hanoi Medical University between July 2024 and April 2025. **Results:** Among 116 patients, 5 (4.3%) died within 28 days of admission, and 15 (12.9 %) died within 90 days. The optimal cutoff values for the CLIF-C AD score for risk stratification were determined to be 55 for predicting 28-day mortality, and 62 for predicting 90-day mortality. The CLIF-C AD score demonstrated excellent prognostic accuracy, with an Area Under the Receiver Operating Characteristic curve (AUROC) of 0.852 ($p = 0.008$) for 28-day mortality, and 0.803 ($p = 0.001$) for 90-day mortality—comparable to the performance of MELD and MELD-Na scores. Therefore, applying the CLIF-C AD score together with MELD and MELD-Na in clinical practice may help clinicians promptly identify high-risk patients who require intensive management from the outset. **Keywords:** CLIF-C AD; Decompensated cirrhosis; acute-on-chronic liver failure (ACLF)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là giai đoạn cuối cùng các bệnh gan mạn tính. Trong số các bệnh nhân xơ gan mất bù nhập viện, có 35% là đợt cấp bệnh gan mạn tính (ACLF) với tỉ lệ tử vong cao, 65% bệnh nhân xơ gan mất bù nhập viện không có ACLF với tỉ lệ sống 1 năm chỉ khoảng 45%¹. Để phát hiện sớm các trường hợp tiến triển nhanh và phân loại bệnh nhân nặng trong các lần nhập viện đã có nhiều thang điểm tiên lượng ngắn hạn ra đời giúp nhân viên y tế có thái độ khẩn trương và điều trị tích cực ngay từ đầu, giảm bớt tỷ lệ tử vong. Không phụ thuộc vào biến số chủ quan như cổ trướng và bệnh não gan của Child-Pugh,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Kiều Oanh
Email: dothikieuoanh1891997@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025