

# ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP DÂY THẦN KINH NGOẠI BIÊN: BÁO CÁO LOẠT CA HỒI CỨU

Nguyễn Quỳnh Giang<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Hải<sup>2\*</sup>, Nguyễn Thùy Linh<sup>1</sup>,  
Ngô Quang Duy<sup>1</sup>, Lê Xuân Thiệp<sup>1</sup>, Trịnh Văn Mạnh<sup>1</sup>,  
Phan Đình Huy<sup>1</sup>, Bùi Văn Giang<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh lý thần kinh do chèn ép được chẩn đoán bằng kết hợp lâm sàng, thăm dò điện sinh lý và cộng hưởng từ (CHT) dây thần kinh. Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cần hiểu rõ về giải phẫu dây thần kinh ngoại biên, hình ảnh CHT dây thần kinh ở trạng thái bình thường và bệnh lý để chẩn đoán đúng giúp điều trị hiệu quả. **Mục tiêu:** Đánh giá và mô tả các đặc điểm hình ảnh CHT của hội chứng chèn ép dây thần kinh (TK) ngoại biên bằng phân tích hồi cứu nhằm nâng cao độ chính xác chẩn đoán và hỗ trợ lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu gồm 18 bệnh nhân (8 nam, 10 nữ; độ tuổi 10-54) được chẩn đoán hội chứng chèn ép dây TK ngoại biên, chụp CHT 3 Tesla, đối chiếu với lâm sàng và kết quả phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City và Vinmec Smart City trong thời gian từ tháng 8/2018 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** CHT phát hiện bất thường ở 18/18 trường hợp (100%) gồm tăng tín hiệu T2W dây TK bị ảnh hưởng 72,2% (13/18), tổn thương cơ do mất chi phối TK 72,2% (13/18), phù cơ chiếm 92% (12/13), teo cơ 25% (3/13), thâm nhiễm mỡ 7,7% (1/13), tăng kích thước dây TK khu trú hoặc lan tỏa 55% (10/18). Nguyên nhân chèn ép là dải xơ, nang, cơ phì đại, khối choán chỗ, gai xương, bất thường giải phẫu, viêm-xơ hóa sau chấn thương gặp 14 trường hợp (77,8%). Vị trí chèn ép là ống cổ tay (dây TK giữa), rãnh khuỷu (dây TK trụ), khuyết gai vai-ổ chảo (dây TK trên gai), khoang ngòai-đùi (dây TK tọa). Phát hiện trên CHT phù hợp với kết quả phẫu thuật hoặc theo dõi lâm sàng ở 15 trường hợp (83,3%). **Kết luận:** CHT là công cụ có giá trị trong chẩn đoán hội chứng chèn ép dây TK ngoại biên, cho thấy chi tiết tổn thương dây TK và các cấu trúc xung quanh. Nhận biết các đặc điểm hình ảnh đặc trưng giúp chẩn đoán sớm, định hướng điều trị giúp cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân. **Từ khóa:** CHT; dây thần kinh; chèn ép; phù cơ.

## SUMMARY

### MRI FEATURE OF PERIPHERAL NERVE ENTRAPMENT SYNDROMES:

<sup>1</sup>Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Smart City

<sup>2</sup>Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>3</sup>Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Vinuni

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hải

Email: nguyenthanhhai0974@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2026

Ngày duyệt bài: 5.3.2026

## A RETROSPECTIVE CASE SERIES

**Background:** Entrapment neuropathies are diagnosed through a combination of clinical assessment, electrodiagnostic testing, and peripheral nerve magnetic resonance imaging (MRI). Accurate interpretation requires familiarity with peripheral nerve anatomy and MRI appearances in normal and pathologic states. **Purpose:** To describe MRI features of peripheral nerve entrapment syndromes using a retrospective series of clinically confirmed cases, aiming to improve diagnostic accuracy and support appropriate treatment planning. **Materials and Methods:** This retrospective study included 18 patients (8 males, 10 females; age range, 10–54 years) diagnosed with peripheral nerve entrapment syndromes at Vinmec Times City International Hospital and Vinmec Smart City Hospital between August 2018 and July 2025. All patients underwent 3-T MRI, with findings correlated with clinical information and surgical results when available. **Results:** MRI was abnormal in all patients (18/18, 100%). The most common findings were increased T2 signal and denervation-related muscle changes (each 13/18, 72.2%); among denervation cases (n=13), edema predominated (12/13, 92%), with less frequent atrophy (3/13, 25%) and fatty infiltration (1/13, 7.7%). Nerve enlargement was seen in 10/18 (55%). A compressive cause was identified in 14/18 (77.8%) (eg, fibrous bands, cysts, hypertrophic muscle, masses, osteophytes, anatomic variants, posttraumatic fibrosis). Typical sites included the carpal tunnel (median), cubital tunnel (ulnar), spinoglenoid (suprascapular), and gluteal-thigh region (sciatic). MRI agreed with surgery or clinical follow-up in 15/18 (83.3%). **Conclusion:** Peripheral nerve MRI is valuable for diagnosing entrapment neuropathies by delineating nerve abnormalities and surrounding structures. Recognition of characteristic imaging features facilitates earlier diagnosis and helps guide treatment strategies, potentially improving patient outcomes. **Keywords:** MRI; nerve; entrapment; denervation.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý TK do chèn ép được chẩn đoán bằng kết hợp lâm sàng, thăm dò điện sinh lý và ngày càng nhiều hơn là CHT dây TK (MR neurography). CHT được sử dụng trong bệnh lý này do có thể xác định được nguyên nhân và các thay đổi mất chi phối TK của cơ liên quan. Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh (BSCĐHA) cần hiểu rõ về kỹ thuật CHT dây TK ngoại biên, giải phẫu dây TK

ngoại biên, hình ảnh dây TK bình thường cũng như bệnh lý để chẩn đoán kịp thời giúp định hướng điều trị đúng bệnh. [1].

Lựa chọn phương pháp điều trị bảo tồn, can thiệp hay phẫu thuật dựa vào kết quả đánh giá tổng thể. Các biện pháp điều trị bảo tồn gồm điều chỉnh hoạt động, điều chỉnh cơ sinh học, vật lý trị liệu và sử dụng thuốc giảm đau TK. Tiêm quanh dây TK dưới hướng dẫn hình ảnh bằng thuốc gây tê kết hợp corticosteroid, phối hợp với các biện pháp bảo tồn là chiến lược điều trị ban đầu thường được áp dụng trong các bệnh lý đơn dây TK ngoại biên chi dưới. Ngoài ra, điều trị phẫu thuật như giải phóng TK (neurolysis), bọc dây TK, cắt bỏ u TK, hoặc hiếm hơn là cắt dây TK, có thể mang lại cải thiện triệu chứng [2,3].

Cơ chế chính gây tổn thương dây TK do chèn ép là gia tăng áp lực dịch nội TK do cản trở dòng thoát dịch bình thường, gây sung huyết vi mạch trong dây TK, cuối cùng là nhồi máu, xơ hóa dây TK. Những thay đổi vi cấu trúc này biểu hiện trên CHT dưới dạng các biến đổi tín hiệu đặc trưng [4].

Hiện nay, thực hành lâm sàng còn chưa chú ý nhiều tới chẩn đoán CHT chèn ép dây thần kinh ngoại vi, BSCĐHA chưa có nhiều kinh nghiệm về lĩnh vực này nên có thể bỏ sót tổn thương, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu để chỉ ra các đặc điểm MRI thường gặp giúp nâng cao chất lượng chẩn đoán, hỗ trợ điều trị hiệu quả.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu gồm 18 bệnh nhân (8 nam và 10 nữ), độ tuổi 10 -54, được chẩn đoán hội chứng chèn ép dây TK ngoại biên dựa trên lâm sàng và/hoặc điện sinh lý, được điều trị tại cơ sở của chúng tôi

trong thời gian từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 7 năm 2025. Tất cả bệnh nhân đều được chụp CHT đánh giá tổn thương dây TK và các cấu trúc giải phẫu liên quan.

**2.2 Phương pháp:** Thực hiện chụp CHT 3 Tesla theo protocol khảo sát dây TK (MR neurography). Các chuỗi xung gồm T1W, T2W, proton density fat-suppressed (PDFS), STIR xóa mỡ theo mặt cắt song song và vuông góc với trục dây TK nghi ngờ tổn thương. Một số ca chụp chuỗi xung chuyên biệt dây TK (MENZA), nhằm tối ưu hóa đánh giá hình thái, tín hiệu dây TK và thay đổi thứ phát tại cơ, mô mềm.

**2.3 Biện số thu thập:** gồm thay đổi tín hiệu dây TK trên chuỗi T2W, PDFS, tăng kích thước hoặc biến dạng dây TK, dấu hiệu mất chi phối TK của cơ liên quan (phù cơ, teo cơ, thâm nhiễm mỡ), nguyên nhân gây chèn ép như: dài xơ, nang, cơ phì đại, khối choán chỗ, gai xương, biến thể giải phẫu hoặc xơ hóa sau chấn thương. Các thông số khác như lâm sàng, điện cơ, thời gian diễn biến, chụp có tiêm thuốc đối quang tử cũng được dùng để phân tích.

Phát hiện trên CHT được đối chiếu với lâm sàng, kết quả thăm dò điện sinh lý, kết quả phẫu thuật hoặc theo dõi lâm sàng, nhằm đánh giá mức độ phù hợp giữa hình ảnh học và diễn tiến lâm sàng.

**2.4 Phân tích số liệu:** Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS đánh giá tỷ lệ %, tần suất của các dấu hiệu CHT và lâm sàng.

**2.5 Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các quy định hiện hành của bệnh viện về nghiên cứu khoa học.

## III. KẾT QUẢ:

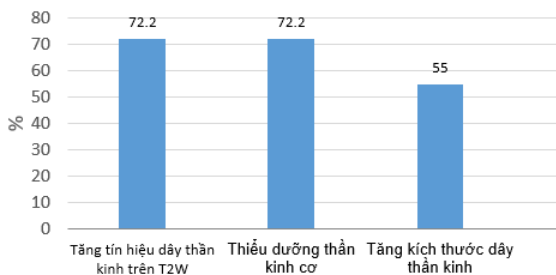
### 3.1 Đặc điểm chung:

**Bảng 1: Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu**

STT	Dây TK	Nguyên nhân	Vị trí chèn ép	Bất thường dây TK	Tổn thương cơ chi phối	Lâm sàng	Tiêm thuốc cản quang	Điện cơ EMG	Thời gian
1	Dây TK trên vai	Nang sụn viền	Mặt sau khuyết trên vai	Không	+1 (phù) cơ trên gai	Đau, tê vùng sau vai	-	-	4 tháng
2	Dây TK trên vai	Nang sụn viền	Khuyết spinoglenoid	Không	+1 cơ dưới gai	Đau vai	-	-	1 tháng
3	Dây TK trên vai	Giãn tĩnh mạch	Khuyết spinoglenoid	Không	+1 cơ dưới gai	Đau vai	-	-	1 tháng
4	Dây TK gian cốt sau (PIN) – TK quay	Cung Frohse + xơ hóa	Đầu nông cơ ngửa	Tăng tín hiệu T2	+1 cơ ngửa, cánh tay quay, khuỷu	Đau, tê cẳng tay	+	+	2 tháng
5	Dây TK giữa	Dày mạc giữ gân gấp	Ổng cổ tay	Tăng kích thước, tăng T2	Không	Tê 3 ngón tay	-	+(cảm giác)	5 tháng

STT	Dây TK	Nguyên nhân	Vị trí chèn ép	Bất thường dây TK	Tổn thương cơ chi phối	Lâm sàng	Tiêm thuốc cản quang	Điện cơ EMG	Thời gian
6	Dây TK giữa	TK giữa chia đôi	Ổng cổ tay	Tăng tín hiệu T2	Không	Tê 3 ngón, đốt xa ngón cái, mô cái	-	-	12 tháng
7	Dây TK giữa	Sau phẫu thuật u mỡ	U TK cạnh bên	Tăng kích thước	+1	Tê bàn tay	-	-	4 tháng
8	Dây TK trụ	Gai xương lồi cầu trong	Ổng khuỷu	Tăng kích thước, tăng T2	+3 (thâm nhiễm mỡ)	Đau rãnh TK trụ, yếu	-	+	14 tháng
9	Dây TK trụ	Dày dây chằng bên trụ	Ổng khuỷu	Tăng kích thước, tăng T2	Không	Đau khuỷu	-	-	5 tháng
10	Dây TK trụ	Cơ phụ	Ổng khuỷu	Tăng kích thước, tăng T2	+1	Tê ngón III-V, yếu	-	+	12 tháng
11	Dây TK giữa + trụ	Bị trói cổ tay 26 giờ	Cổ tay	Tăng kích thước, tăng T2	+1	Tê, yếu bàn tay, hạn chế vận động ngón	-	+	2 tháng
12	Dây TK bịt	Viêm khớp cùng-châu	Vùng chậu	Không	+1 +2 (phù + teo)	Đau	-	-	18 tháng
13	Dây TK đùi	Sau phẫu thuật vùng chậu	Vùng bẹn-đùi trên	Tăng tín hiệu T2	Không	Tê, nóng rát mặt trước đùi trái	-	-	2 tháng
14	Dây TK tọa	Hội chứng cơ hình lê	Dưới cơ hình lê	Tăng kích thước, tăng T2	+1 +2 (phù + teo)	Đau chân phải	-	-	5 tháng
15	Dây TK tọa	Chèn ép khoang ngồi-đùi	Khoang ngồi-đùi	Tăng kích thước, tăng T2	+1	Đau háng hai bên, tê bàn chân trái	-	-	2 tháng
16	Dây TK tọa	Chèn ép khoang ngồi-đùi do khối	Khoang ngồi-đùi	Tăng kích thước, tăng T2	+1 +2 (phù + teo)	Teo cơ cẳng chân phải	+	+	3 tháng
17	Dây TK ngón	U Morton	Khoang gian ngón 3-4	Không	Không	Đau ngón 4 bàn chân trái	-	-	4 tháng
18	Dây TK mác	Sau chấn thương	Cổ xương mác	Tăng kích thước, tăng T2	+1	Sụp bàn chân, đau	-	-	1 tháng

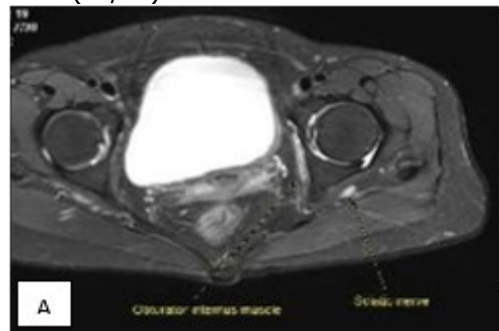
**3.2 Đặc điểm hình ảnh CHT:**

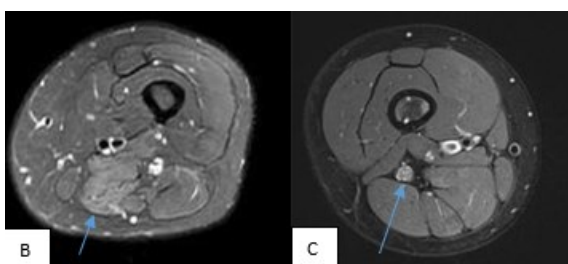


**Biểu đồ 1. Các dấu hiệu trên CHT**

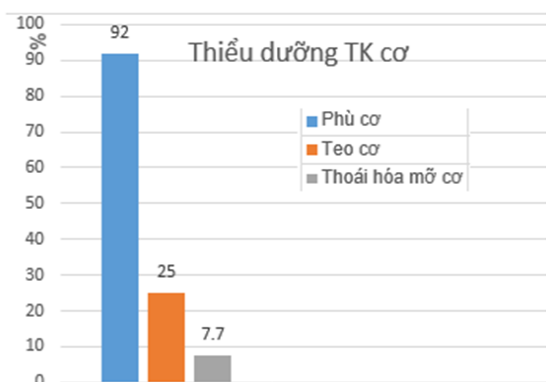
**Nhận xét:** CHT ghi nhận đặc điểm hình ảnh điển hình ở 18/18 trường hợp (100%). Các dấu hiệu thường gặp gồm tăng tín hiệu T2 dây TK bị ảnh hưởng 72,2% (13/18), thay đổi cơ do mất

chi phối TK 72,2% (13/18), phù cơ 92% (12/13), teo cơ 25% (3/13), thâm nhiễm mỡ 7,7% (1/13), tăng kích thước dây TK khu trú hoặc lan tỏa 55% (10/18).



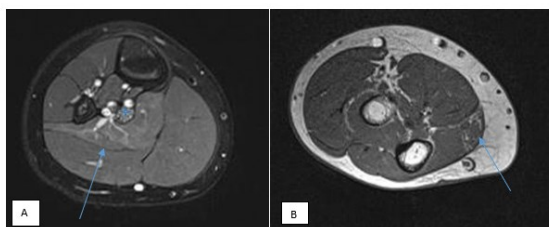


**Hình 1.** (A) Tăng tín hiệu dây TK tọa trái. (B) Phù cơ thiếu dưỡng TK (mũi tên). (C) Tăng kích thước dây TK chày sau (mũi tên).

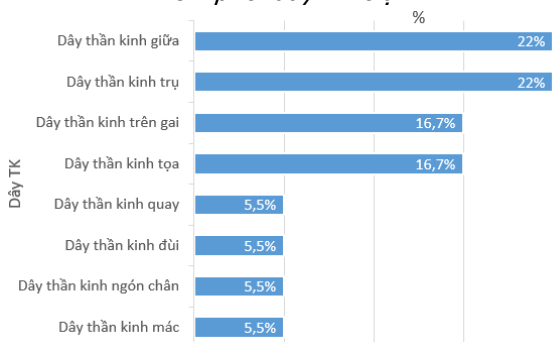


**Biểu đồ 2. Thiếu dưỡng TK cơ trên CHT**

**Nhận xét:** Phù cơ chiếm đa số (92%). Teo cơ, thoái hóa mỡ lần lượt là 25% và 7.7%.

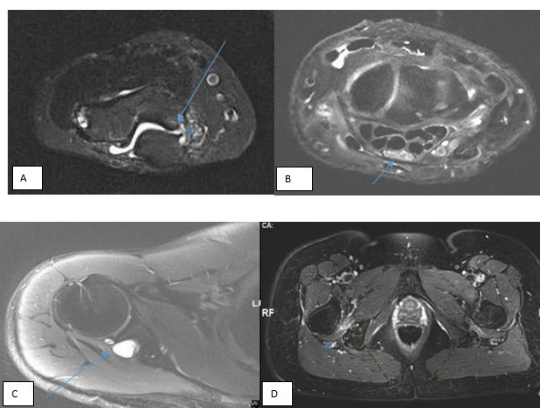


**Hình 2.** (A) Phù cơ đùi (mũi tên) thuộc chi phối dây TK chày sau, kèm tăng kích thước và tín hiệu dây TK chày sau (ngôi sao). (B) Teo cơ, thoái hóa mỡ cơ gấp cổ tay trụ (mũi tên) thuộc chi phối dây TK trụ.



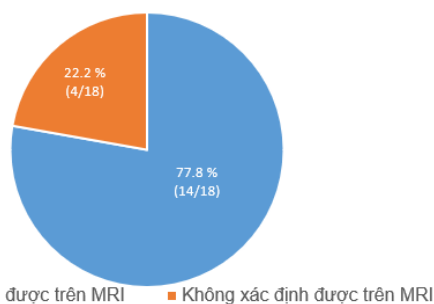
**Biểu đồ 3. Tỷ lệ các dây TK bị chèn ép**

**Nhận xét:** tổn thương nhiều nhất là TK giữa và TK trụ (22%). Các dây TK chi dưới ít gặp hơn (5,5%-16,7%). Vị trí chèn ép thường gặp nhất là ống cổ tay (dây TK giữa), rãnh khuỷu (dây TK trụ), khuyết gai vai-ổ chảo (dây TK trên vai) và khoang chậu-đùi (dây TK tọa). Các phát hiện trên CHT phù hợp với kết quả phẫu thuật hoặc theo dõi lâm sàng ở 15 trường hợp (83,3%).



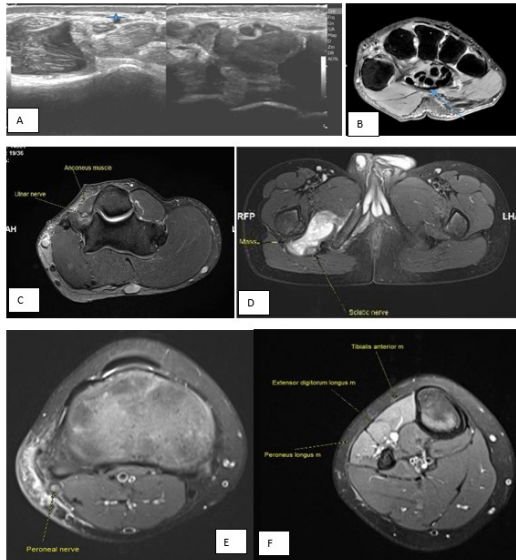
**Hình 3. Vị trí chèn ép thường gặp.** (A) Rãnh khuỷu: dây TK giữa tăng kích thước, tín hiệu trên T2WFS (ngôi sao) do gai xương lồi cầu trong xương cánh tay chèn ép (mũi tên). (B) Ống cổ tay: dây TK giữa tăng kích thước và tăng tín hiệu trên T2WFS (mũi tên) do xơ dính sau phẫu thuật cắt cân gan tay. (C) Khuyết gai vai-ổ chảo: dây TK trên vai bị chèn ép do nang dịch nguyên nhân từ rách sụn viền ổ chảo (mũi tên). (D) Khoang chậu-đùi: dây TK tọa bị chèn ép (ngôi sao) do hẹp khoang chậu-đùi kèm phù cơ vuông đùi ngang mức (mũi tên).

Nguyên nhân



**Biểu đồ 4. Nguyên nhân chèn ép trên CHT**

**Nhận xét:** Các nguyên nhân chèn ép như dài xơ, nang, cơ phì đại, khối choán chỗ, gai xương, bất thường giải phẫu và xơ hóa sau chấn thương được xác định trong 14 trường hợp (77,8%).



**Hình 4.** (A) Siêu âm, (B) CHT cho thấy biến thể giải phẫu dây TK giữa chia đôi với 1 nhánh tăng tín hiệu (mũi tên) và động mạch nhỏ ở giữa (ngôi sao). (C) Cơ ngửa phụ gây chèn ép dây TK trụ trong rãnh trụ. (D) Khối ở khoang chấu đùi gây chèn ép dây TK tọa, giải phẫu bệnh là u xơ lành tính. (E, F) Chấn thương mặt ngoài cẳng chân kèm tổn thương dây TK mác, phù cơ chày trước, cơ duỗi các ngón dài và cơ mác dài.



**Hình 5.** (A) CHT cổ tay cho thấy phù các cơ giun, gian đốt mặt mu và gan tay, cơ ô mô út, dạng ngón cái dài thuộc chi phối dây TK trụ. (B) Dây TK trụ tăng kích thước, tín hiệu, mất hình thái sợi. Dây TK giữa biến đổi tín hiệu không đáng kể. (C) Coronal PD-FS qua đoạn tổn thương dây TK trụ. (D) Coronal PDFS qua dây TK giữa.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy các bất thường trên CHT có ở 100% trường hợp, nhấn mạnh độ nhạy cao của phương pháp này trong đánh giá hội chứng chèn ép dây TK ngoại biên. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó CHT được xem là phương tiện chẩn đoán đáng tin cậy để phát hiện cả tổn thương nguyên phát của dây TK và những thay đổi thứ phát của cơ, thường không được mô tả đầy đủ chỉ bằng các thăm dò điện sinh lý[5-7]. Dấu hiệu CHT thường gặp nhất là tăng tín hiệu T2 dây TK bị ảnh hưởng (72,2%), phản ánh tình trạng phù nội TK và thiếu máu cục bộ liên quan đến chèn ép mạn tính. Nghiên cứu trước đây đã mô tả tăng tín hiệu T2 là một dấu hiệu đặc trưng của bệnh lý TK do chèn ép và là chỉ điểm quan trọng của rối loạn chức năng dây TK[5,8]. Tuy nhiên, dấu hiệu này không hoàn toàn đặc hiệu và cần được đánh giá kết hợp với sự thay đổi kích thước dây TK cũng như bối cảnh lâm sàng.

Tăng kích thước dây TK khu trú hoặc lan tỏa được ghi nhận ở 55% trường hợp. Sự phì đại của dây TK tại hoặc phía gần vị trí chèn ép đã được chứng minh là một dấu hiệu hình thái học đặc trưng của bệnh lý chèn ép dây TK, phản ánh sự rối loạn dòng vận chuyển sợi trục và gia tăng áp lực nội TK[6,8].

Các thay đổi cơ do mất chi phối TK được ghi nhận ở 72,2% trường hợp, chủ yếu là phù cơ (92%), trong khi teo cơ (25%) và thoái hóa mỡ (7,7%) ít gặp hơn. Phân bố này cho thấy phần lớn bệnh nhân được khảo sát trong giai đoạn cấp hoặc bán cấp của quá trình mất chi phối TK. Theo y văn, phù cơ đại diện cho giai đoạn sớm và có khả năng hồi phục, trong khi thoái hóa mỡ và teo cơ phản ánh tổn thương mạn tính và thường không hồi phục[9,10]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với diễn biến tổn thương theo thời gian đã được mô tả trong y văn.

Đáng chú ý, CHT cho phép xác định nguyên nhân chèn ép dây TK trong 77,8% trường hợp, gồm dải xơ, nang, cơ phì đại, khối chèn chỗ, gai xương, biến thể giải phẫu, viêm và xơ hóa sau chấn thương. Đây là ưu thế quan trọng của CHT so với các thăm dò điện sinh lý, vốn chỉ xác nhận sự tồn tại của bệnh lý TK nhưng thường không xác định được vị trí và nguyên nhân chèn ép[7]. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Kim K và cộng sự 2022, cho thấy CHT nhìn được điểm dây TK bị chèn ép trong 82.1% (23/28)[10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2/18 ca cần chụp với tiêm thuốc đối quang từ, là các ca nghi tổn thương u gây chèn ép dây TK đã được khẳng định bằng giải phẫu

bệnh là tổn thương xơ hóa tạo khối khu trú gây chèn ép dây TK quay và khối u xơ gây chèn ép dây TK tọa. Điều này phù hợp với các khuyến cáo về protocol chụp CHT dây TK ngoại vi, phần lớn không cần sử dụng thuốc đối quang từ, trừ một số trường hợp nghi u, viêm áp xe hoặc dây TK kích thước nhỏ.

Các vị trí chèn ép thường gặp là ống cổ tay (dây TK giữa), rãnh khuỷu (dây TK trụ), khuyết gai vai-ổ chảo (dây TK trên vai) và khoang gối-đùi (dây TK tọa) phù hợp với các vị trí được báo cáo của các nghiên cứu trước đây, qua đó củng cố tính giá trị ngoại suy của kết quả nghiên cứu[5,6].

Cuối cùng, các phát hiện trên CHT cho thấy mức độ phù hợp cao với kết quả phẫu thuật hoặc theo dõi lâm sàng (83,3%), khẳng định vai trò của CHT không chỉ trong chẩn đoán mà còn trong lập kế hoạch điều trị trước phẫu thuật và đánh giá tiên lượng[7].

Hạn chế chính của nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu nhỏ (18 ca), điều này làm giới hạn khả năng khái quát hóa kết quả và giảm độ mạnh thống kê của các phân tích so sánh. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa gồm các giá trị định lượng (quantitative metrics) trên CHT như FA, MD hay các tham số qCHT khác là một hạn chế so với xu hướng nghiên cứu CHT hiện đại.

Việc bổ sung hoặc kết hợp những kỹ thuật này trong các nghiên cứu tương lai với mẫu lớn hơn sẽ giúp tăng cường năng lực phân tích, đo lường tổn thương một cách định lượng và có thể cải thiện độ nhạy, độ đặc hiệu cũng như giá trị tiên lượng của CHT trong bệnh lý chèn ép dây TK.

## V. KẾT LUẬN

CHT là phương tiện đáng tin cậy trong phát hiện các bất thường của hội chứng chèn ép dây TK ngoại biên và có thể xác định nguyên nhân chèn ép trong đa số trường hợp. Việc đánh giá kết hợp dây TK và cơ giúp nâng cao độ tin cậy

chẩn đoán. CHT góp phần hỗ trợ chẩn đoán sớm và định hướng quản lý lâm sàng phù hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kim SJ, Hong SH, Jun WS, et al.** MR imaging mapping of skeletal muscle denervation in entrapment and compressive neuropathies. *Radiographics*. 2011;31(2):319-332
2. **Norbury JW, Nazarian LN.** Ultrasound-guided treatment of peripheral entrapment mononeuropathies. *Muscle Nerve*. 2019 Sep;60(3):222-231. doi: 10.1002/mus.26517. Epub 2019 May 23. PMID: 31093989.
3. **Brandon C et al,** Systematic review of conservative and injection treatments for peripheral entrapment neuropathies. *Front Neurol*. 2024;
4. **Li J, Bai Y, Ianakova E, Grandis M, Uchwat F, Trostinskaia A, Krajewski KM, Garbern J, Kupsky WJ, Shy ME.** Major myelin protein gene (PO) mutation causes a novel form of axonal degeneration. *J Comp Neurol*. 2006 Sep 10;498(2):252-65. doi: 10.1002/cne.21051. PMID: 16856127.
5. **Chhabra A, Faridian-Aragh N.** High-resolution CHT of peripheral neuropathies. *AJR Am J Roentgenol*. 2012;198(1):W1-W10.
6. **Pham M, et al.** Magnetic resonance neurography: advances in imaging of peripheral nerves. *Radiology*. 2014;273(1):16-32.
7. **Lewis AM, Layzer R, Engstrom JW, Barbaro NM, Chin CT.** Magnetic resonance neurography in the evaluation of peripheral nerve disorders. *Muscle Nerve*. 2006;34(2):173-184.
8. **Chhabra A, Soldatos T, Subhawong T, et al.** MR neurography: past, present, and future. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;197(3):583-591.
9. **Fleckenstein JL, et al.** Denervated human skeletal muscle: MR imaging evaluation. *Radiology*. 1993;187(1):213-218.
10. **Kim K, Kokubo R, Isu T, Nariai M, Morimoto D, Kawauchi M, Morita A.** Magnetic Resonance Imaging Findings in Patients with Tarsal Tunnel Syndrome. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2022 Dec 15;62(12):552-558. doi: 10.2176/jns-nmc.2022-0118. Epub 2022 Sep 30. PMID: 36184477; PMCID: PMC9831623.