

cho kết quả tốt với điểm Constan trung bình  $86 \pm 5,1$ , và kết quả chung của điều trị phẫu thuật gãy đầu ngoài xương đòn sử dụng nẹp khóa tại bệnh viện Việt Đức đạt kết quả tốt trở lên chiếm (86,7%). Tuy nhiên vẫn còn 13,3% các bệnh nhân đạt kết quả trung bình. Điều này cho thấy điều trị bệnh nhân gãy đầu ngoài xương đòn còn tồn tại nhiều khó khăn và cần tiếp tục nghiên cứu cải tiến thêm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stanley D, Trowbridge EA, Norris SH.** The mechanism of clavicular fracture. A clinical and biomechanical analysis. *J Bone Joint Surg Br* 1988; 70:461.
2. **Lee SK, Lee JW, Song DG, Choy WS.** Precontoured locking plate fixation for displaced lateral clavicle fractures. *Orthopedics* 2013;36(6):801–807.
3. **Shin SJ, Ko YW, Lee J, Park MG.** Use of plate fixation without coracoclavicular ligament augmentation for unstable distal clavicle fractures. *J Shoulder Elbow Surg* 2016;25(6):942–948.
4. **Vaishya R, Vijay V, Khanna V.** Outcome of distal end clavicle fractures treated with locking plates. *Chin J Traumatol* 2017;20(1):45–48.
5. **Tiren David, Vroemen JP.** Superior clavicle plate with lateral extension for displaced lateral clavicle fractures: a prospective study. *J Orthop Traumatol* 2013;14(2):115–120.1000. Markus Wurm(2021), *JClin. Med.* 2021, 10(20), 4685

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY VỚI ĐƯỜNG MỎ MỞ NHỎ TỐI THIỂU NGANG CỔ TAY TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN

Lê Văn Nam<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Bình<sup>1</sup>,  
Đường Hoàng Lương<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Toàn<sup>1</sup>,

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trong những năm qua, phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay (HC OCT) đã rất phát triển, các kỹ thuật mổ mở xâm lấn tối thiểu có nhiều kỹ thuật như: đường mổ nhỏ ngang cổ tay, đường mổ dọc ít xâm lấn... giúp bệnh nhân sớm trở lại công việc và các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, thời gian điều trị ngắn, vết mổ thẩm mỹ, hồi phục cảm giác da vùng gan tay tốt hơn so với phương pháp mổ mở truyền thống chất lượng điều trị được nâng cao. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh luận về hiệu quả và tỷ lệ tái phát cũng biến chứng của chúng. Tại bệnh viện chúng tôi, phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay với đường mổ nhỏ ngang cổ tay là kỹ thuật mới đang triển khai, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị hội chứng ống cổ tay với đường mổ nhỏ mở nhỏ tối thiểu ngang cổ tay tại Bệnh viện Xanh Pôn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 51 bệnh nhân với 68 bàn tay bị HC OCT được phẫu thuật với đường mổ nhỏ ngang cổ tay cắt dây chằng ngang giải phóng thần kinh giữa tại Bệnh viện Xanh Pôn. Theo dõi, đánh giá kết quả sau mổ bằng thang điểm Boston questionnaire và các test lâm sàng. **Kết quả:** Theo dõi sau mổ trung bình trên 6 tháng. Điểm Boston: giảm từ  $3,62 \pm 0,46$  điểm

xuống  $1,32 \pm 0,35$  điểm. Tỷ lệ dương tính test Tinel giảm từ 70,6% xuống 0%; test Phalen giảm từ 85,3% xuống còn 1,47%; test Durkan giảm từ 75% xuống còn 4,4% sau phẫu thuật trên 6 tháng. Chỉ số điện thần kinh cơ và cảm giác da cải thiện sau phẫu thuật sau phẫu thuật 6 tháng có ý nghĩa thống kê. Hầu hết bệnh nhân rất hài lòng với kết quả phẫu thuật và hài lòng về sẹo mổ. Không có tổn thương thần kinh hoặc mạch máu lớn nào xảy ra. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay với đường mổ nhỏ mở nhỏ tối thiểu ngang cổ tay là một phương pháp điều trị hiệu quả, giúp hồi phục cảm giác da vùng gan tay tốt hơn vết mổ thẩm mỹ hơn so với mổ mở thông thường, an toàn.

#### SUMMARY

#### CARPAL TUNNEL RELEASE THROUGH MINI-TRANSVERSE APPROACH AT ST. PAUL HOSPITAL: EVALUATION OF TREATMENT RESULT

**Introduction:** Surgical treatment for carpal tunnel syndrome (CTS) has seen remarkable development in recent years, especially in minimal-invasive techniques such as carpal tunnel release through mini-transverse approach (CTRMTA) and limited open carpal tunnel release. Those techniques have superior outcomes compared to traditional open surgery, including shorter length of hospital stay, better cosmetic result and higher recovery of palm tactile perception. The efficiency and the rate of recurrent of them, however, remain controversial. This article aims to evaluate treatment result of CTRMTA, a newly applied technique in St. Paul Hospital. **Methods and Materials:** 51 patients with 68 hands having CTS

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Nam  
Email: dr.Lenamsaintpaul@gmail.com  
Ngày nhận bài: 9.3.2023  
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023  
Ngày duyệt bài: 15.5.2023

were treated by CTRMTA in St. Paul Hospital. Post-surgical outcomes were evaluated by Boston questionnaire and clinical tests. **Results:** The length of post-surgical follow-up was more than 6 months. Boston score decreased from  $3.62 \pm 0.46$  to  $1.32 \pm 0.35$ . The rate of positivity dropped from 70.6% to 0% for Tinel test; 85.3% to 1.47% for Phalen test; 75% to 4.4% for Durkan test. The improvement in electromyogram and tactile perception were statistically significant. Most of patients were satisfied with the treatment result and the cosmetic aspect of surgical scar. Neither major neurological nor vascular injury was present. **Conclusion:** CTRMTA is an effective treatment providing better recovery of palm tactile perception and cosmetic result compared to traditional open surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (HC OCT) là tình trạng chèn ép thần kinh giữa khi nó đi qua ống cổ tay. 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 giữa, nặng hơn có thể gây teo cơ, giảm chức năng và vận động bàn tay<sup>1</sup>.

Trong những năm qua, điều trị hội chứng ống cổ tay đã phát triển kỹ thuật phẫu thuật mổ mở truyền thống bằng các kỹ thuật mổ cải tiến xâm lấn tối thiểu khác nhau để giải ép dây thần kinh giữa ở cổ tay.

Phẫu thuật mổ mở xâm lấn tối thiểu có nhiều kỹ thuật như: đường mổ nhỏ ngang cổ tay, đường mổ dọc ít xâm lấn, kỹ thuật mổ 2 đường nhỏ... với nhiều ưu điểm giúp giúp bệnh nhân sớm trở lại công việc và các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, thời gian điều trị ngắn, tỷ lệ tái phát thấp, sẹo mổ ít đau, hồi phục cảm giác da vùng gan tay tốt hơn so với phương pháp mổ mở truyền thống làm chất lượng điều trị được nâng cao<sup>2</sup>.

Tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh luận về hiệu quả và tỷ lệ tái phát cũng biến chứng của chúng. Tại bệnh viện chúng tôi, phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay với đường mổ nhỏ ngang cổ tay là kỹ thuật mới đang triển khai, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị hội chứng ống cổ tay với đường mổ mở nhỏ tối thiểu ngang cổ tay tại Bệnh viện Xanh Pôn.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 51 bệnh nhân với 68 bàn tay bị HC OCT được phẫu thuật với đường mổ mở nhỏ tối thiểu ngang cổ tay tại Bệnh viện Xanh Pôn trong thời gian từ năm 2017 đến tháng 2 năm 2023

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định HC OCT, có chỉ định phẫu thuật và được phẫu thuật bằng đường

mổ mở nhỏ tối thiểu ngang cổ tay trong khoảng thời gian nghiên cứu. Không phân biệt giới tính, lứa tuổi. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật tối thiểu 12 tháng.

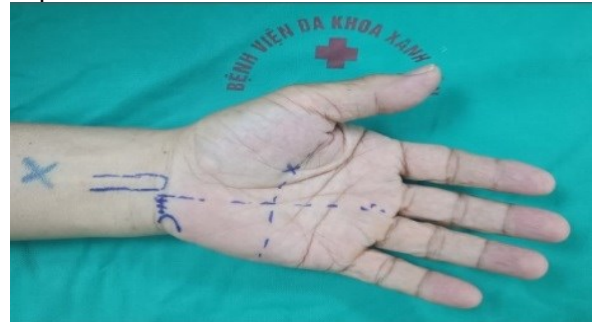
**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, bệnh viêm đa rễ dây thần kinh, có tiền sử phẫu thuật giải phóng ống cổ tay thất bại. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo bệnh án nghiên cứu. Bệnh nhân không khám lại sau phẫu thuật, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu. Chọn hồ sơ bệnh án nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn, thu thập dữ liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Đánh giá kết quả phẫu thuật bằng hen khám lại và gọi điện phỏng vấn.

**2.3. Kỹ thuật phẫu thuật đường mổ mở nhỏ tối thiểu ngang cổ tay:**

+ Vô cảm: Gây tê đám rối cánh tay hoặc gây mê mask thanh quản.

+ Đánh dấu các mốc giải phẫu: Xương đậu, xương móc, lằn cổ tay, đường thẳng vuông góc với lằn cổ tay, trùng với trục dóng từ kẽ ngón tay thứ ba và ngón bốn, gân gan tay dài, đường Kaplan's.

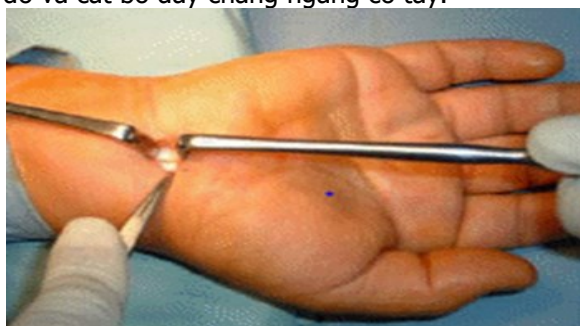


**Hình 2.1: Đánh dấu các mốc giải phẫu và đường rạch da**

Nguồn: Bệnh nhân Phạm Văn Hòa;  
Số bệnh án 2303071418

+ Các thì chính của phẫu thuật: Rạch da khoảng 1,5cm theo nếp lằn cổ tay xa. Đường

rach nằm ở khoảng giữa gân gan tay dài và bó mạch thần kinh trụ. Xác định mạc căng tay sâu và điểm tiếp giáp giữa mạc căng tay sâu với dây chằng ngang cổ tay. Tại điểm tiếp giáp này, rạch 1 đường khoảng 5mm, theo trục dọc từ kẽ ngón tay thứ ba và ngón bốn, bộc lộ khoảng không gian giữa dây chằng ngang cổ tay dây thần kinh giữa, luồn pank cong nhỏ bên dưới dây chằng ngang cổ tay tới khi chạm đầu xa của dây chằng. Đầu xa của dây chằng có thể được xác định bằng cách ấn và đối chiếu với các mốc giải phẫu đã lập trước đó. Nâng da và lớp dưới da bằng Farabeuf nhỏ để quan sát. Lúc này pank được mở ra, bộc lộ khoảng giữa dây chằng ngang cổ tay và thần kinh giữa. Dùng kéo phẫu thuật nhỏ, đầu tù luồn vào khoảng không gian đó và cắt bỏ dây chằng ngang cổ tay.



**Hình 2.2. Dùng kéo phẫu thuật cắt bỏ dây chằng ngang cổ tay<sup>3</sup>**



**Hình 2.3. Đóng vết mổ cắt bỏ dây chằng ngang cổ tay**

*Nguồn: Bệnh nhân Phạm Văn H  
Số bệnh án 2303071418*

Kiểm tra lại vết cắt, đảm bảo đã cắt hết dây chằng ngang cổ tay, quan sát rõ ràng thần kinh giữa. Khâu vết mổ

**2.4. Chỉ số nghiên cứu:** Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, nghề nghiệp, tay bị bệnh, tỉ lệ dương tính của các nghiệm pháp lâm sàng, điện sinh lý thần kinh giữa trước và sau phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân teo ô mô cái, tỉ lệ rối loạn cảm giác da bàn tay trước và sau phẫu thuật, tỉ lệ hài lòng

về thẩm mỹ vết mổ sau phẫu thuật của bệnh nhân.

Các chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị: Thang điểm Boston questionnaire trước và sau phẫu thuật  
**Xử lý số liệu** bằng phần mềm thống kê SPSS.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung về nhóm nghiên cứu:

##### **Bảng 3.1. Đặc điểm chung về nhóm nghiên cứu**

<b>Tổng số bệnh nhân phẫu thuật</b>	51
Tổng số bàn tay phẫu thuật	68
Số bệnh nhân nam	10
Số bệnh nhân nữ	41
Bàn tay phải	33(48,53%)
Bàn tay trái	31(45,59%)
Số bệnh nhân phẫu thuật cả 2 bàn tay	2(5,88%)
Tuổi	50 ± 11,6 (23-71)
Lí do vào viện	Tê bì bàn tay 96,8%
Thời gian mắc bệnh trung bình trước phẫu thuật	22,6 ± 16,3 tháng
Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật	6 đến 12 tháng

#### 3.2. Đánh giá kết quả điều trị

##### **Bảng 3.2. Thay đổi thang điểm Boston questionnaire sau phẫu thuật (n = 68 bàn tay)**

Thời điểm	X ± SD	Min – Max	p
Trước phẫu thuật	3,62 ± 0,46	2,57 - 4,33	<0,05
Sau phẫu thuật ≥ 6 tháng	1,32 ± 0,35	0,68 - 2,24	

**Nhận xét:** Trung bình điểm Boston questionnaire giảm dần từ 3,62 ± 0,46 xuống 1,32 ± 0,35 sau phẫu thuật tại thời điểm 6 tháng và sau đó. Sự khác biệt về trung bình điểm Boston questionnaire tại các thời điểm trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

##### **Bảng 3.3. Sự hài lòng tại vị trí vết mổ (n = 68 bàn tay)**

Thời gian theo dõi	6 tháng	12 tháng
Tỉ lệ hài lòng (n = 68)	64 (94,12%)	66 (97%)

Đánh giá vết mổ theo thang điểm: 1: Sẹo sấu, 2: Đau nhiều vết mổ, 3: Đau nhẹ vết mổ, 4: Hài lòng

**Nhận xét:** Trung bình sau 6 tháng theo dõi đánh giá, 94,12% bệnh nhân hài lòng với kết quả vết mổ và tăng lên 97% sau 12 tháng. Tỷ lệ sự hài lòng được đánh giá bằng cách yêu cầu mỗi bệnh nhân chọn một điểm trên thang điểm từ 1,2,3 và 4.

**Bảng 3.4. Sự cải thiện cảm giác da bàn tay sau phẫu thuật (n = 68 bàn tay)**

Thời gian	<6mm	6-10mm	11-15mm	Nhận biết 1 điểm	Không nhận biết
Trước phẫu thuật	0	0	0	52 (76,5%)	16 (23,5%)
Sau phẫu thuật ≥ 6 tháng	2(2,94%)	20(29,4%)	41 (60,3%)	5(7,36%)	0 ( 0%)

**Nhận xét:** Bệnh nhân có test cảm giác da bàn tay giữa 2 điểm 11-15mm tăng lên sau phẫu thuật trên 6 tháng từ 0% trước phẫu thuật lên 60,3% sau phẫu thuật. Bệnh nhân chỉ nhận biết được 1 điểm giảm nhiều xuống 7,36%, Không còn bệnh nhân không nhận biết được điểm nào.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ dương tính của các nghiệm pháp lâm sàng sau phẫu thuật (n = 68 bàn tay)**

	Test Tinel dương tính		Test Phalen dương tính		Test Durkan dương tính	
	Số lượng	Tỉ lệ	Số lượng	Tỉ lệ	Số lượng	Tỉ lệ
Trước phẫu thuật	48	70,6%	58	85,3%	51	75%
Sau phẫu thuật ≥ 6 tháng	0	0	1	1,47%	3	4,4%

**Nhận xét:** Các triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật giảm đáng kể, đặc biệt là sau phẫu thuật 6 tháng. Sau phẫu thuật 6 tháng, chỉ có test Phalen và Durkan là còn triệu chứng dương tính với tỷ lệ rất thấp (1,47% và 4,4 %), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

**Bảng 3.6. Điện sinh lý thần kinh giữa sau phẫu thuật (n = 68 bàn tay)**

	Trung bình hiệu thời gian tiềm vận động (DMLD) (X ± SD) ms	Trung bình hiệu thời gian tiềm cảm giác (DSLĐ) (X ± SD) ms
Trước phẫu thuật	4,53 ± 2,38	0,67 ± 1,98
Sau phẫu thuật ≥ 6 tháng	1,36 ± 0,89	0,22 ± 0,19

**Nhận xét:** Hiệu thời gian tiềm vận động và cảm giác TK giữa và TK trụ giảm dần sau phẫu thuật trên 6 tháng (p < 0,05).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung về nhóm nghiên cứu.** Tiến hành nghiên cứu trên 51 bệnh nhân với 68 bàn tay, có tỷ lệ nam/nữ là 10/41, sự khác biệt giữa 2 giới có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) và tuổi trung bình nghiên cứu là 50 ± 11,6 (23-71), kết quả này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới. Trong nghiên cứu của Ignazio<sup>2</sup> từ tháng 1 năm 2001 đến tháng 12 năm 2020, 1568 ca phẫu thuật trên 1371 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ phụ nữ mắc bệnh cao hơn (68%), với độ tuổi trung bình là 56,4 tuổi (từ 24-88 tuổi). Trong nghiên cứu này 96,8% bệnh nhân vào viện có triệu chứng tê bì bàn tay, theo tác giả Daniel<sup>4</sup> (2004) chứng tê bì chiếm 92,5%. Thời gian mắc bệnh trung bình trước phẫu thuật là 22,6 ± 16,3 tháng. Thời gian mắc bệnh trung bình tương đồng kết quả nghiên cứu của Frédéric Schuuld<sup>5</sup> (2002).

**4.2. Kết quả điều trị hội chứng ống cổ tay với đường mổ nhỏ ngang cổ tay**

**Thay đổi bảng điểm Boston questionnaire:** Điểm Boston questionnaire trước phẫu thuật là 3,62 ± 0,46 giảm còn 1,32 ± 0,35 sau 6 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả tương tự như tác giả Tugrul<sup>6</sup> và cộng sự (2011) công bố.

**Các nghiệm pháp lâm sàng và sự thay đổi phân độ điện cơ giữa trước phẫu thuật và sau phẫu thuật:** Sau 6 tháng, tỷ lệ dương

tính trong các nghiệm pháp lâm sàng giảm đi rõ rệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% cũng giống kết quả tác giả Brown<sup>7</sup>. chỉ có test Phalen và Durkan là còn triệu chứng dương tính với tỷ lệ rất thấp (1,47% và 4,4 %). Khi so sánh hiệu thời gian tiềm vận động và tiềm cảm giác giữa thần kinh giữa và thần kinh trụ ở các thời điểm sau phẫu thuật chúng tôi thấy chỉ số này giảm dần sau phẫu thuật 6 tháng, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 tương tự báo cáo của tác giả Tugrul<sup>6</sup>.

**Rối loạn cảm giác da bàn tay và sự hài lòng tại vị trí vết mổ sau phẫu thuật:** Bệnh nhân có test cảm giác da bàn tay giữa 2 điểm 11-15mm tăng lên sau phẫu thuật trên 6 tháng từ 0% trước phẫu thuật lên 60,3% sau phẫu thuật. Bệnh nhân chỉ nhận biết được 1 điểm giảm nhiều xuống 7,36%, Không còn bệnh nhân không nhận biết được điểm nào. Trung bình sau 6 tháng theo dõi đánh giá, 94,12% bệnh nhân hài lòng với kết quả vết mổ và tăng lên 97% sau 12 tháng. Bệnh nhân rất hài lòng với phẫu thuật cũng như vết mổ trong lần tái khám cuối cùng, tương tự như tác giả Sudqi A. Hamed<sup>3</sup>. Sự hài lòng của phẫu thuật được cho thấy từ việc cải thiện cảm giác da vùng gan tay do sự cải thiện về điện kinh cơ và vị trí của vết mổ ở ngoài da gan tay kết hợp với sự hài lòng thẩm mỹ của vết mổ.

**Biến chứng sau phẫu thuật:** Trong nghiên cứu này không gặp biến chứng mạch máu và

thần kinh nào cũng tương tự tác giả Bromley<sup>8</sup> công bố năm 1994 đã báo cáo kết quả tuyệt vời mà không có bất kỳ biến chứng lớn nào trong phẫu thuật mở nhỏ tối thiểu điều trị hội chứng ống cổ tay. Cách để có một phẫu thuật mở nhỏ an toàn trong nghiên cứu này là chúng tôi sử dụng phẫu tích bộc lộ rõ dây chằng ngang cổ tay và thần kinh giữa, dùng một pank không mẫu tách dây chằng ngang cổ tay khỏi thần kinh giữa và dùng một lực đẩy nhẹ kéo về phía trục dọc theo kẽ ngón 3 và ngón 4, đầu kéo hướng về mặt trước gan tay, đầu kéo sẽ được chặn và dùng lại ngay lập tức khi lực cản của dây chằng giảm đột ngột khi cắt hết bờ xa của dây chằng ngang cổ tay. Đường rạch da cũng ở phía trụ của gân gan tay dài, tránh nhánh da lòng bàn tay của thần kinh giữa. Phương pháp phẫu thuật mở nhỏ này đã được nghiên cứu và cải tiến trong gần 30 năm trở lại đây góp phần làm giảm tỷ lệ biến chứng và tái phát sau phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay với đường mổ mở nhỏ tối thiểu ngang cổ tay là một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, giúp hồi phục cảm giác da vùng gan tay tốt hơn và giảm khó chịu với vết mổ mở so với mổ mở thông thường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Leti Acciaro, A. Landi, N. Della Rosa, A. Pellacani** (2007). Carpal Tunnel Syndrome: Rare Causes. *Carpal Tunnel Syndrome*. Vol 13. Springer, 13: p138-169.
2. **Ignazio Gaspare Vetrano, Grazia Devigili and Vittoria Nazzi** (2022). Minimally Invasive Carpal Tunnel Release: A Technical Note and a 20-Year Retrospective Series. *Cureus*. 2022 Jan; 14(1): e21426.
3. **Sudqi A. Hamed, Falah Z. Harfoushi** (2006). Carpal Tunnel Release via Mini-Open Wrist Crease Incision: Procedure and Results of Four Years Clinical Experience. *Pak J Med Sci*, Vol. 22 No. 4: p367-372.
4. **Daniel B Nora, Jefferson Becker** (2004). Clinical features of 1039 patients with neurophysiological diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 107(1): p. 64-69.
5. **Frederic Schuind** (2002). Canal pressure before, during, and after endoscopic release for idiopathic carpal tunnel syndrome. *J Hand surg*, 27A.
6. **Serhan Yağdı Ufuk Şener Tuğrul Bulut, Cemal Kazımoğlu** (2011). Relationship between clinical and electrophysiological results in surgically treated carpal tunnel syndrome. *Eklemler Hastalıkları Cerrahisi*, 22(3): p. 140 - 144.
7. **R. A. Brown, et al.** (1993). Carpal tunnel release. A prospective, randomized assessment of open and endoscopic methods. *J Bone Joint Surg Am*, 75(9): p. 1265-75.
8. **Bromley GS**. Minimal-incision open carpal tunnel decompression(1994), *J Hand Surg*; 19A: 119-120.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH TIỂU NÃO VỠ

Phạm Văn Cường<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Hào<sup>1</sup>,  
Phạm Quỳnh Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Thành<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh dị dạng động tĩnh mạch tiểu não vỡ. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 31 bệnh nhân dị dạng động tĩnh mạch tiểu não vỡ được phẫu thuật tại BV Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2023. **Kết quả:** 16 nam: 15 nữ, tuổi trung bình 38 (9-58 tuổi). Trị giá lúc nhập viện: GCS > 9 điểm (80,3%), < 9 điểm (9,7%), hội chứng tăng áp lực nội sọ (96,8%), hội chứng tiểu não (67,7%), không có bệnh nhân biểu hiện co giật, chảy máu tiểu não (77,4%), chảy máu não thất (29%), giãn não thất (38,7%), vị trí dưới chẩm hay gặp

(35,5%), kích thước <3cm (51,6%), 3-6cm (48,4%), khối dị dạng được cấp máu bởi 1 nguồn (58,1%), tĩnh mạch dẫn lưu sâu (38,7%), khối dị dạng có tính chất lan tỏa (41,9%). Phân độ theo Spetzler-Martin: 7 bệnh nhân độ I, 15 độ II và 9 độ III. **Kết luận:** DDĐTM tiểu não vỡ, lâm sàng hay gặp là hội chứng tăng áp lực nội sọ, không có biểu hiện co giật, cấp máu cho khối dị dạng có thể từ một nguồn hoặc nhiều nguồn, tĩnh mạch dẫn lưu sâu, khối có tính chất lan tỏa.

**Từ khóa:** DDĐTM tiểu não vỡ, đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND RADIOLOGICAL FEATURES OF HAEMORRHAGE ASSOCIATED WITH CEREBELLAR ARTERIOVENOUS MALFORMATION RUPTURES

**Objectives:** Evaluation of clinical and radiological features of haemorrhage in cerebellar arteriovenous malformation (AVM) ruptures. **Methods:** A

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Cường

Email: cuongpham2911@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2023

Ngày duyệt bài: 17.5.2023