

hết các loại đau, bao gồm cả đau bụng liên quan đến cơ trơn, cơ vân và đau xương, và đã được chứng minh là có hiệu quả trong tình trạng đau cấp tính. Hơn nữa, nghiên cứu này cũng chứng minh rằng paracetamol có tác dụng giảm đau hiệu quả ở bệnh nhân VTC. Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra VTC ở đối tượng nghiên cứu, nên đáp ứng đau cũng khác nhau đối với các biện pháp can thiệp.

Bốn bệnh nhân (11,5%) trong nhóm paracetamol và hai bệnh nhân (7,7%) trong nhóm Pethidin cần sử dụng thuốc cấp cứu. 1 bệnh nhân trong nhóm paracetamol có buồn nôn và nôn. 1 bệnh nhân trong nhóm dùng Pethidin bị hạ huyết áp thoáng qua.

Tóm lại, paracetamol truyền tĩnh mạch và Pethidin không vượt trội hơn nhau trong việc kiểm soát cơn đau do VTC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với Long Y (2022) [3] và Bedia Gülen (2016) [4].

IV. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là 51,5±12,3 tuổi. Nhóm 35-49 chiếm tỷ lệ cao nhất 80,8%. Nam chiếm 69,2%, nữ chiếm 30,8%.

Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là: đau bụng (100%), điểm sườn sống lưng đau (63,5%), chướng bụng (42,4%), buồn nôn (55,8%).

Nguyên gây VTC do nghiện rượu chiếm tỷ lệ 53,8%, do Triglycerid chiếm tỷ lệ thấp nhất 9,6%.

Điểm VAS trung bình lúc ban đầu và 30 phút tương tự nhau ở cả 2 nhóm. Sự thay đổi điểm số lúc ban đầu và 30 phút không có sự khác biệt

giữa 2 nhóm. Sự cải thiện về cơn đau không có sự khác biệt nào giữa 2 nhóm. Paracetamol truyền tĩnh mạch và Pethidin không có sự khác biệt trong việc kiểm soát cơn đau do VTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Smith TJ, Hillner BE (2019).** The cost of pain. JAMA Netw open. 2:e191532. doi: 10.1001/jamanetworkopen.1532
2. **Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, et al (2019).** Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States: update 2018. Gastroenterology. 156:254-72. doi: 10.1053/j.gastro.2018.08.063
3. **Long Y, Jiang Z, Wu G (2022).** "Pain and its Management in Severe Acute Pancreatitis". J Transl Crit Care Med; 4:9
4. **Bedia Gülen, Ali Dur, Mustafa Serinken (2016).** Pain treatment in patients with acute pancreatitis: A randomized controlled trial. Turk J Gastroenterol; 27: 192-6
5. **Basurto Ona X, Rigau Comas D, Urrútia G (2013).** Opioids for acute pan-creatitis pain. Cochrane Database Syst Rev; 7: CD009179.
6. **Eken C, Serinken M, Elicabuk H, et al (2014).** Intravenous paracetamol versus dexketoprofen versus morphine in acute mechanical low back pain in the emergency department: a randomised double-blind controlled trial. Emerg Med J; 31: 177-81
7. **Serinken M, Eken C, Turkcuer I, et al (2012).** Intravenous paracetamol versus morphine for renal colic in the emergency department: a randomised double-blind controlled trial. Emerg Med J; 29: 902-5.
8. **Yokoe M, Takada T, Mayumi T, et al (2015).** Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015. J Hepatobiliary Pancreat Sci; 22: 405-32

ĐƯỜNG ĐI NHÁNH BÌ GAN BÀN TAY CỦA THẦN KINH GIỮA VÀ ĐƯỜNG RẠCH DA TIẾP CẬN Ổ GỖ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY - BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Ảnh Sang¹

TÓM TẮT

Một bệnh nhân nam, 40 tuổi, bị ngã chấn thương gãy đầu dưới xương quay trái và được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít. Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng bị gãy đầu dưới xương quay để bàn luận về đường đi nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa, và đường rạch da

mặt trước tiếp cận ổ gãy đầu dưới xương quay để điều trị cho ca bệnh.

Từ khóa: Gãy đầu dưới xương quay, thần kinh giữa, nhánh bì gan tay.

SUMMARY

COURSE OF THE PALMAR CUTANEOUS BRANCH OF THE MEDIAN NERVE AND THE APPROACH TO DISTAL RADIUS FRACTURE- A CASE REPORT

A 46-year-old man, presented with his left distal radius fracture after a trauma, and treated by surgical method with open reduction and internal fixation by volar plating. We report a clinical case who has a

¹Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ảnh Sang

Email: dr.anhsang@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023

fracture of distal radius to discuss the palmar cutaneous branch of the median nerve, and the volar approach to access the distal radius fracture for treatment of case.

Keywords: Distal radius fracture, median nerve, palmar cutaneous branch

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay (ĐDXQ) là loại gãy xương thường gặp nhất trong chuyên ngành chấn thương chỉnh hình chiếm 17,5% trong tất cả các gãy xương ở người lớn, chiếm 26% trong gãy xương chi trên, là một trong sáu loại gãy xương thường gặp tại khoa cấp cứu, chiếm 8% tổng số gãy xương, chiếm 50% các trường hợp gãy xương ở cẳng tay [1]. Nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa là nhánh phụ cuối cùng của dây thần kinh giữa vào cẳng tay [2], là một trong những cấu trúc có nguy cơ trong quá trình tiếp cận vào ổ gãy xương quay [3]. Trường hợp ca lâm sàng được báo cáo minh họa đường đi nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa, và đường rạch da mặt trước tiếp cận ổ gãy đầu dưới xương quay.

II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, Nguyễn Thanh B., sinh năm 1983. Vào viện với lý do đau cổ tay trái sau chấn thương do tai nạn sinh hoạt.

Qua hỏi bệnh, bệnh nhân cho biết bị tai nạn sinh hoạt té từ thang gỗ chống tay xuống nền cứng bị chấn thương cổ tay trái, sau tai nạn bệnh nhân bị đau bất lực vận động cổ tay, được sơ cứu tại chỗ bằng 2 nẹp gỗ, treo tay, sau đó được đưa đến nhập viện để điều trị.

Trên lâm sàng, vùng cổ tay trái sưng nề, biến dạng, ấn đau chói cổ tay trái, bất lực vận động cổ tay trái. Cảm giác da cẳng tay - bàn tay trái bình thường. Mạch quay bên trái bắt rõ, đầu ngón hồng.

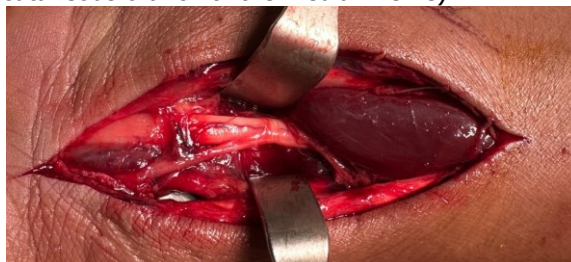
Hình ảnh X-quang cho thấy đầu dưới xương quay trái gãy phức tạp, phạm khớp, phân loại theo AO thuộc loại C, phân nhóm C1, kèm theo có gãy mỏm trâm tay trái



Hình 1. Hình ảnh X-quang cổ tay của người bệnh (Nguồn: Tư liệu nghiên cứu của tác giả)

Chúng tôi giải thích cho bệnh nhân sẽ được phẫu thuật nắn chỉnh lại ổ gãy, kết xương quay bằng nẹp vít. Sau mổ, bệnh nhân phải đeo nẹp vải cứng - bàn tay trái 3 tuần sau đó tái khám tập vật lý trị liệu.

Trong khi tiến hành phẫu thuật, chúng tôi phát hiện có một nhánh thần kinh bắt chéo tại vị trí đầu dưới xương quay, sau khi bóc tách để tránh làm tổn thương thần kinh trong quá trình nắn chỉnh, chúng tôi thấy nhánh thần kinh này phân nhánh từ thần kinh giữa, qua tra cứu y văn thì đây là nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa (palmar cutaneous branch of the median nerve)



Hình 2. Hình nhánh thần kinh bắt chéo qua ổ gãy đầu dưới xương quay khi phẫu thuật (Nguồn: Tư liệu nghiên cứu của tác giả)

III. BÀN LUẬN

3.1. Đường đi nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa. Có rất ít báo cáo về tỉ lệ gặp phải nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa trong quá trình tiếp cận ổ gãy ĐDXQ và các biến thể giải phẫu có liên quan đến đầu dưới cẳng tay. Một nghiên cứu báo cáo tỉ lệ 5,5% các nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa bắt thường chạy trong bao gân gấp cổ tay quay trong khi kết xương đặt nẹp vít mặt trước với gãy ĐDXQ [5]. Cũng có một số tác giả nghi rằng tổn thương các nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa trong quá trình phẫu thuật có tiếp cận gân gấp cổ tay quay có thể là nguyên nhân gây ra một số trường hợp hội chứng đau khu vực sau khi cố định ổ gãy ĐDXQ [3].

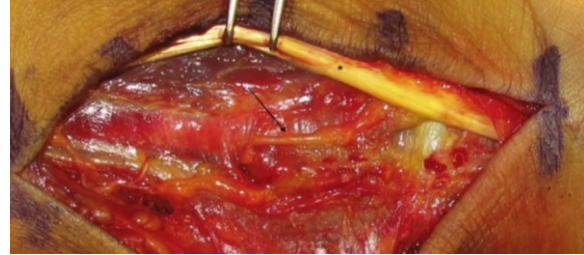
Nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa là nhánh phụ cuối cùng của dây thần kinh giữa vào cẳng tay, dây thần kinh này thường xuyên hiện diện vì nó luôn được bắt gặp trong các mổ xé của nhiều tác giả [2]. Báo cáo theo các nghiên cứu trước đây trên tử thi [3], nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa phân nhánh phía bên quay của dây thần kinh giữa cách khoảng 4 đến 8 cm so với nếp gấp cổ tay. Sau đó, dây thần kinh chạy ở mặt lưng cân cẳng tay dọc theo bên trụ của gân gấp cổ tay quay, nằm ở ngoài bao gân, cho đến khi nó xuyên qua cân để nằm trên mạc giữ gân gấp trước khi chi phối lòng bàn tay.

Do đó, sự chèn ép hoặc kích thích nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào. Viêm gân gấp cổ tay quay có thể gây kích ứng dây thần kinh. Tình trạng viêm, sưng và hình thành sẹo sau khi giải phóng ống cổ tay có thể gây ra sự mắc kẹt của nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa trong quá trình đi qua mạc giữ gân gấp. Điều này có thể dẫn đến đau dai dẳng và khó chịu, ngay cả khi bản thân dây thần kinh không bị tổn thương [6].

Năm 2016, Christopher Jones và cộng sự [5] đã thực hiện một nghiên cứu với sự tham gia của 10 chuyên gia về phẫu thuật bàn tay trong khoảng thời gian 7 tháng (từ tháng 7 năm 2015 đến tháng 1 năm 2016). Các bác sĩ phẫu thuật đã đánh giá, ghi lại và báo cáo bất kỳ sự bất thường nào về nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa gặp phải trong quá trình phẫu thuật kết xương nẹp vít ĐDXQ qua đường rạch da tiếp cận gân gấp cổ tay quay. Nghiên cứu tiến hành trên 182 bệnh nhân, xác định được 10 trường hợp bất thường. Trong đó có 4 trường hợp hợp nhánh thần kinh xuyên qua bao gân gấp cổ tay quay ở phía bên quay, bắt chéo qua bên dưới gân, và đi về phía ngoại vi ở phía bờ trụ của bao gân. Có 4 trường hợp khác, nhánh thần kinh đi vào bao gân gấp cổ tay quay ở phía bên trụ hoặc mặt trung tâm của bao gân và nằm trong bao gân, đi dọc theo phía bờ trụ hoặc mặt lưng của gân (Hình 3). Có 1 trường hợp, nhánh thần kinh xuyên qua phía bên trụ của bao gân và chia thành 2 nhánh, một nhánh chạy xuyên qua bao gân phía bên quay và nhánh còn lại tiếp tục đi theo phía bên trụ của bao gân (Hình 4). Trong 1 trường hợp, nhánh thần kinh chạy trong bao gân dọc theo cạnh bên quay của gân gấp cổ tay quay. Không có báo cáo về tổn thương nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa trong phẫu thuật.

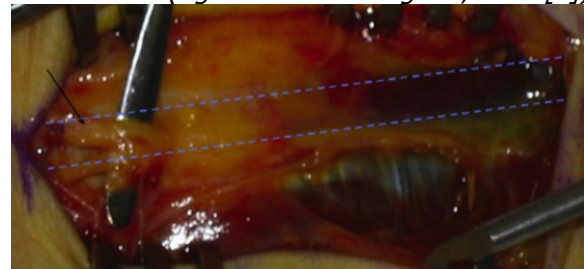
Năm 2020, Glickel và cộng sự [3] đã báo cáo nghiên cứu trên 101 bệnh nhân bị gãy ĐDXQ. Các bác sĩ phẫu thuật đã đưa ra quyết định cho can thiệp phẫu thuật bằng cách sử dụng đường rạch da tiếp cận gân gấp cổ tay quay. Vị trí phân nhánh từ dây thần kinh giữa, mối quan hệ với bao gân gấp cổ tay quay và đường đi của nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa đã được ghi lại. Điểm phân nhánh trung bình của nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa là 5,2 cm tính từ nếp gấp cổ tay dưới cùng (khoảng = 3,3-9,0). Có 26 kiểu phân nhánh dị thường của nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa. Trong đó, 19/26 bắt chéo ở phía trước, phía sau hoặc chạy trong bao gân gấp cổ tay quay, 6/19 được tìm thấy bên trong bao gân gấp cổ tay quay, 1/19 xuyên qua

bao gân gấp cổ tay quay (Hình 5), 6/19 bắt chéo phía trước bao gân gấp cổ tay quay (Hình 6) và 6/19 bắt chéo phía sau bao gân gấp cổ tay quay. Đối với 7/26 kiểu phân nhánh từ dây thần kinh giữa, các tác giả quan sát thấy 4 nhánh từ mặt lòng của dây thần kinh giữa, 2 nhánh từ mặt lưng của dây thần kinh giữa và 1 nhánh từ phía bên trụ của dây thần kinh giữa.



Hình 3. Hình nhánh thần kinh (mũi tên) đi vào bao gân gấp cổ tay quay ở phía bên trụ hoặc mặt trung tâm của bao gân và nằm trong bao gân

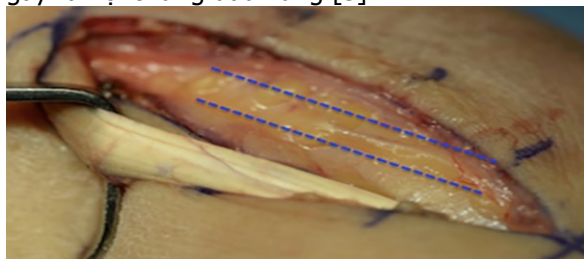
(Nguồn: J Hand Surg Am, 2016 [5])



Hình 4. Hình nhánh thần kinh xuyên qua phía bên trụ của bao gân và chia thành 2 nhánh. Một nhánh (mũi tên) chạy xuyên qua bao gân phía bên quay

(Nguồn: J Hand Surg Am, 2016 [5])

Tổn thương nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa có thể dẫn đến hậu quả không mong muốn trong các ca phẫu thuật ở phần dưới cẳng tay và cổ tay. Tổn thương có thể dẫn đến giảm cảm giác ở vùng mô cái của lòng bàn tay và các u thần kinh gây đau và thậm chí có thể góp phần gây ra hội chứng đau vùng [3].



Hình 5. Hình nhánh thần kinh xuyên qua bao gân gấp cổ tay quay

(Nguồn: J Hand Surg Am, 2020 [3])



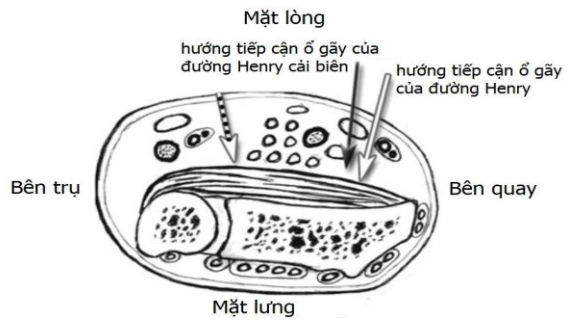
Hình 6. Hình nhánh thần kinh bắt chéo phía trước bao gân gấp cổ tay quay

(Nguồn: *J Hand Surg Am*, 2020 [3])

3.2. Đường rạch da tiếp cận ổ gãy đầu dưới xương quay. Tại thời điểm này, phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với hầu hết các trường hợp gãy ĐDXQ là nắn chỉnh hở và cố định bên trong thông qua đường rạch da mặt trước cẳng tay [3]. Các đường rạch da phổ biến nhất là đường Henry và đường rạch da tiếp cận gân gấp cổ tay quay hay còn được gọi là đường Henry cải biên, cả hai đường này đều cung cấp khả năng tiếp cận mặt trước của ĐDXQ để nắn chỉnh và cố định ổ gãy một cách hiệu quả. Cả hai phương pháp đều sử dụng một đường rạch da dài 8–10 cm trực tiếp trên gân gấp cổ tay quay chỉ khác nhau ở cách thức được sử dụng để bộc lộ đi vào khoang sâu của cẳng tay [7].

Đường Henry sử dụng khoảng giữa gân gấp cổ tay quay và động mạch quay để tiếp cận khoang sâu của cẳng tay [3]. Phương pháp này yêu cầu bóc tách động mạch quay và các nhánh của nó, để xác định và bảo vệ động mạch quay [3],[7].

Đường Henry cải biên tránh các nhánh động mạch ở bề mặt và liên quan đến việc rạch bao gân gấp cổ tay quay để tiếp cận khoang sâu của cẳng tay [3]. Ưu điểm của phương pháp này là tránh bóc tách, nhờ đó tránh khả năng gây tổn thương cho động mạch quay [7]; tuy nhiên, nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa là một trong những cấu trúc có nguy cơ trong quá trình tiếp cận gân gấp cổ tay quay [3], nhưng có thể ngăn ngừa bằng cách tránh bóc tách bên trụ đối với gân gấp cổ tay quay [4],[8]. Nếu sử dụng phương pháp này, gân gấp cổ tay quay nên được di động toàn bộ, và vén về phía trụ để có thể giải phóng được tối đa và thuận lợi qua nền của bao gân vào khoang sâu cẳng tay; các gân gấp ngón cái dài, gân gấp các ngón nông và sâu cũng phải vén về phía trụ, tránh vén gân gấp thần kinh của cơ [4],[8].



Hình 7. Hướng tiếp cận ổ gãy của đường Henry và đường Henry cải biên

(Nguồn: *HAND*, 2011 [4])

IV. KẾT LUẬN

Mục đích của báo cáo này là để tìm hiểu tần suất mà các biến thể đường đi nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa, dẫn đến việc dây thần kinh bắt chéo qua hoặc đi vào vỏ gân gấp cổ tay quay, được tình cờ phát hiện trong quá trình nắn chỉnh, kết xương bên trong điều trị gãy ĐDXQ. Kiến thức về các biến thể nhánh bì gan bàn tay của thần kinh giữa, các đường rạch da tiếp cận ổ gãy ĐDXQ rất có giá trị đối với các bác sĩ phẫu thuật khi tiến hành các ca mổ để lựa chọn phương pháp tốt nhất trong điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Gia Ánh Thy (2020), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay phạm khớp bằng nẹp vít khóa ở bệnh nhân trên 60 tuổi, Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Tp.HCM.
2. Chaynes P. (2004), "Relationships of the palmar cutaneous branch of the median nerve: a morphometric study", *Surg Radiol Anat*, vol. 26 (4), pp. 275-280.
3. Glickel S.Z. (2020), "Anomalous Courses of the Palmar Cutaneous Branch of the Median Nerve in Relation to the Flexor Carpi Radialis Tendon for ORIF of Distal Radius Fractures", *Hand (N Y)*, vol. 15 (4), pp. 521-525.
4. Ilyas A.M. (2011), "Surgical approaches to the distal radius", *HAND*, vol. 6 (1), pp. 8-17.
5. Jones C. (2016), "Incidence of an Anomalous Course of the Palmar Cutaneous Branch of the Median Nerve During Volar Plate Fixation of Distal Radius Fractures", *J Hand Surg Am*, vol. 41 (8), 841-844.
6. Matlob H.S. (1998), "The detailed anatomy of the palmar cutaneous nerves and its clinical implications", *J Hand Surg Br*, vol. 23 (3), pp. 373-379.
7. Mica M.A.C. (2017), "Anatomic considerations when performing the modified Henry approach for exposure of distal radius fractures", *J Orthop*, vol. 14 (1), pp. 104-107.
8. Verma S. (2020), "Surgical anatomy of distal radius and surgical approaches for distal radius fractures", *Journal of Orthopaedic Diseases and Traumatology*, vol. 3 (2), pp. 30 - 35.