

phương thuốc để người bệnh trị liệu; đó là logic của biện chứng y học cổ truyền, khái quát bằng lý-pháp-phương-dược. Cũng căn cứ vào tư duy biện chứng này để từ chứng bệnh, luận suy ngược lại tìm logic với tính năng dược vật và quá trình bào chế để tạo thành vị thuốc.

V. KẾT LUẬN

Xác định công năng, chủ trị của 100 vị thuốc nam với kết quả như sau:

Phần lớn các vị thuốc tập trung chủ yếu ở 3 nhóm chính: Tiết niệu - sinh dục; Cơ xương khớp và Hô hấp chiếm trên 60%. Trong đó: các vị thuốc được sử dụng nhiều trong điều trị Lâm chứng (61%); Chứng tý, ma mộc (90%) và Đàm

ẩm; Khái thấu (53%). Tỷ lệ thấp nhất là các vị thuốc thuộc nhóm chủ trị bệnh Thần kinh- tâm thần (9%). Trong đó, phần lớn vị thuốc dùng điều trị Thất miên (chiếm 44%); 33% vị thuốc còn lại để điều trị Tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguồn Thương Đơn**, Nhiên cứu phát triển dược liệu và đông dược ở Việt Nam, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, 2006.
2. **Viện Dược liệu**, Danh lục cây thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật, Hà Nội, 2016.
3. **Nguyễn Việt Thân**, Cây thuốc Việt Nam và những bài thuốc thường dùng, Tập 1, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, 2020.
4. **Đỗ Tất Lợi**, Cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2004.

PHÂN TÍCH MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN SINH LÝ CỦA TỔN THƯƠNG DÂY THẦN KINH GIỮA ĐOẠN ỐNG CỔ TAY

Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}, Phan Hồng Ngọc³

ELECTROPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MEDIAN NERVE IN PATIENTS WITH CARPAL TUNNEL SYNDROME

Objective: We analyzed some clinical and electrophysiological characteristics of median nerve lesions in carpal tunnel syndrome (CTS). **Subjects and methods:** We studied 111 CTS from January 2022 to April 2023 at the Neuroelectrophysiology Room, Dong Do General Clinic, Hanoi. **Results:** The average age of the patients was 52.2 ± 9.71; women accounted for 88.3%. The average duration of the disease is 19.3 ± 25.59 months. Symptoms include numbness and decreased sensation at 94.6%, nocturnal paresthesia at 73%, and thenar atrophy at 3.6%. Tinel and Phalen signs were positive at 40.5% and 47.7%, respectively. The prolongation of the difference between the median latency of the median nerve and ulnar nerve accounted for 96.6%, followed by MUD with 92.3%. The clinical CTS severity correlated linearly with the electrophysiological severity ($p=0.003<0.05$; $r = 0.279$). The severe severity of patients' CTS accounted for 62.2% according to Werner's electromyographic grading of patients, which was higher than the clinical grading (23.4%). **Conclusion:** The severity of CTS between clinical and electromyography is correlated and the severity of CTS is electrodiagnosed earlier than clinically. **Keywords:** Median nerve, carpal tunnel syndrome, electrophysiology

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý tổn thương dây thần kinh giữa đoạn ống cổ tay (OCT). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu 111 OCT từ 1/2022 đến 4/2023 tại phòng điện sinh lý thần kinh, phòng khám đa khoa Đông Đô, Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,2 ± 9,71, nữ giới chiếm 88,3%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 19,3 ± 25,59 tháng. Triệu chứng tê bì, giảm cảm giác 94,6%, dị cảm về đêm 73%, teo ô mô cái chiếm 3,6%. Dấu hiệu Tinel và Phalen dương tính lần lượt là 40,5% và 47,7%. Kéo dài hiệu số thời gian tiềm cảm giác của dây thần kinh giữa và dây thần kinh trụ (96,6%), tiếp đến MUD với 92,3%. Mức độ nặng OCT trên lâm sàng tương quan tuyến tính với mức độ nặng theo điện sinh lý ($p=0,003<0,05$; $r = 0,279$). Bệnh nhân bị mức độ nặng chiếm 62,2% theo phân độ điện cơ của Werner, cao hơn phân độ lâm sàng (23,4%). **Kết luận:** Mức độ nặng hội chứng OCT giữa lâm sàng và điện cơ có tương quan với nhau và mức độ nặng OCT được chẩn đoán điện sinh lý sớm hơn so với lâm sàng.

Từ khóa: Dây thần kinh giữa, hội chứng ống cổ tay, điện sinh lý

SUMMARY

ANALYSIS OF SOME CLINICAL AND

¹Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (OCT) là bệnh lý gây ra bởi tổn thương dây thần kinh giữa ở vị trí cổ tay. Hàng năm, có khoảng 3% người trưởng thành ở Thụy Điển có biểu hiện mắc hội chứng OCT và tới 120.000 ca hội chứng OCT phải phẫu thuật tại Pháp.¹ Biểu hiện lâm sàng chủ yếu rời

loạn cảm giác như tê bì, dị cảm, và đau như kim châm, bông buốt ở bàn, ngón tay khu vực phân bố của dây thần kinh giữa làm bệnh nhân khó chịu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Các yếu tố nguy cơ của hội chứng OCT bao gồm béo phì, hoạt động cổ tay đơn điệu, mang thai, di truyền và viêm khớp dạng thấp tuy nhiên hầu hết các trường hợp là vô căn.²

Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời bệnh có thể khỏi hoàn toàn, nếu muộn dây thần kinh giữa sẽ bị tổn thương không hồi phục, để lại di chứng gây tàn phế cho người bệnh. Để chẩn đoán hội chứng OCT, ngoài tiêu chuẩn về lâm sàng, điện cơ được coi là tiêu chuẩn vàng với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Chẩn đoán điện chủ yếu dựa trên đo dẫn truyền vận động và cảm giác của dây thần kinh giữa, và so sánh với dây thần kinh trụ có thể giúp chẩn đoán xác định hội chứng OCT sớm, chẩn đoán vị trí tổn thương, mức độ tổn thương dây thần kinh giữa đoạn qua OCT. Xuất phát từ đặc điểm trên, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Phân tích một số đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý tổn thương dây thần kinh giữa đoạn ống cổ tay*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng ống cổ tay vô căn đến khám tại phòng khám đa khoa Đông Đô, Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2023.

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân trên 18 tuổi đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Được chẩn đoán xác định hội chứng ống cổ tay vô căn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Thần kinh học Hoa Kỳ.³

✓ Có ít nhất 1 dấu hiệu lâm sàng:

(1) Bệnh nhân dị cảm về đêm, đánh thức bệnh nhân khỏi giấc ngủ, dị cảm liên quan đến cả năm ngón tay. Không có rối loạn cảm giác cố định, hoặc rối loạn cảm giác ở các ngón tay 1, 2, 3 và / hoặc 4. Đau bàn tay, cổ tay, cẳng tay, cánh tay và / hoặc vai.

(2) Giảm các hoạt động khéo léo của bàn tay và / hoặc yếu đi và teo ô mô cái.

(3) Các nghiệm pháp Tinnel và Phalen trên dây thần kinh giữa ở cổ tay dương tính.

✓ Chẩn đoán điện: Có ít nhất một dấu hiệu bất thường trên chẩn đoán điện theo hội thần kinh học Hoa Kỳ.³

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không lựa chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân có một trong các đặc điểm:

✓ Hội chứng ống cổ tay thứ phát do khối u, chấn thương vùng cổ tay, nhiễm trùng, viêm

khớp, đái tháo đường, suy giáp, thận chu kỳ, phụ nữ có thai...

✓ Các bệnh lý thần kinh khác gây triệu chứng lâm sàng giống hội chứng ống cổ tay: bệnh lý rễ cổ, viêm đa dây thần kinh, tổn thương dây thần kinh trụ, dây quay.

✓ Có tiền sử phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2022 đến tháng 04/2023.

+ Địa điểm nghiên cứu: Tại phòng thăm dò điện sinh lý thần kinh - Phòng khám Đa khoa Đông Đô, số 59 Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội.

+ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

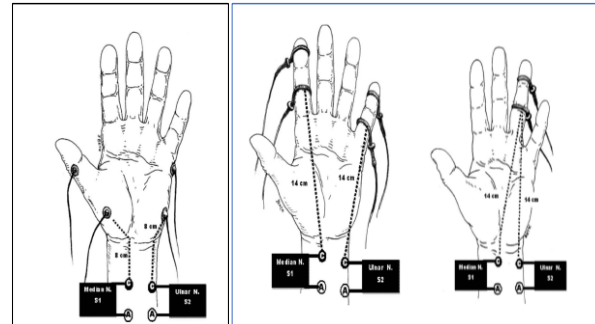
Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: chọn tất cả bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn OCT trong thời gian từ tháng 1/2022 đến 3/2023.

+ Ghi điện cơ: Thiết bị, điều kiện làm điện cơ gồm máy điện cơ 2 kênh, hãng Natus, sản xuất tại Hoa Kỳ. Điều kiện khảo sát điện cơ: nhiệt độ phòng từ 26 °C - 28 °C.

+ Kỹ thuật đặt điện cơ:

➢ Dẫn truyền vận động

Đặt điện cực ghi tại mô cái (dây thần kinh giữa) và mô út (dây trụ), vị trí kích thích cách điện cực ghi 8 cm về phía trung tâm trên đường đi của dây thần kinh (hình 1 bên trái).



Hình 1. Hình ảnh đặt điện cực và đo dẫn truyền vận động và cảm giác dây thần kinh giữa và dây thần kinh trụ.³

➢ Dẫn truyền cảm giác (hình 1 hình ở giữa và bên phải)

✓ Đo ngược chiều tại ngón 2, 4 (dây thần kinh giữa), ngón 5 với dây thần kinh trụ, vị trí kích thích cách điện cực ghi 14 cm.

✓ Thời gian tiềm cảm giác là thời gian tính từ lúc kích thích điện cho tới điểm khởi đầu của sóng cảm giác (thời gian từ khi kích thích đến điểm đầu tiên chân sóng âm cắt đường nền). Thời gian tiềm vận động tính từ khi kích thích điện vào dây thần kinh đến khởi điểm của điện thế đáp ứng sóng vận động.

+ Các biến số và chỉ số nghiên cứu

➤ **Đặc điểm lâm sàng:** Nhóm tuổi: chia nhóm tuổi ≤50, >50.

✓ Thời gian mắc bệnh:

Thời gian mắc bệnh được tính từ lúc có triệu chứng đầu tiên tới thời điểm hiện tại (tính bằng tháng). Chia làm 03 nhóm: ≤12 tháng), >12 nhưng ≤24 tháng và >24 tháng.

✓ Triệu chứng cơ năng:

- Cảm giác: đau nhói; đau rát bỏng; đau lan tới cẳng tay, khuỷu hoặc cả vai; tê bì, giảm cảm giác; dị cảm về đêm.

- Vận động: giảm khéo léo, yếu bàn tay bên bệnh; teo ô mô cái.

✓ Nghiệm pháp lâm sàng:

- Nghiệm pháp Phalen: yêu cầu người bệnh gập hai cổ tay tối đa và sát vào nhau trong vòng 60 giây. Nghiệm pháp dương tính nếu bệnh nhân xuất hiện hoặc tăng các triệu chứng đau và tê theo chi phối của dây thần kinh giữa ở bàn tay.

- Dấu hiệu Tinel: dùng ngón tay hoặc búa phản xạ gõ vào vùng ống cổ tay, nghiệm pháp dương tính là khi gõ sẽ gây ra cảm giác tê hoặc đau ở bàn tay theo chi phối bởi dây thần kinh giữa.

✓ Phân độ dựa trên lâm sàng:

Dựa theo phân độ của Mauro Mondelli⁴ thành 3 mức: nhẹ, vừa và nặng trên lâm sàng:

- Bình thường: không có triệu chứng dị cảm, không có giảm cảm giác, không có teo hoặc yếu cơ ô mô cái.

- Mức độ nhẹ : gồm độ 1 + độ 2 (dị cảm ban đêm hoặc dị cảm cả ngày lẫn đêm).

- Mức độ trung bình: độ 3 (giảm cảm giác theo sự chi phối dây thần kinh giữa).

- Mức độ nặng: gồm độ 4 và độ 5 (teo, yếu cơ ô mô cái một phần hoặc toàn bộ).

➤ **Chẩn đoán điện:**

+ Các chỉ số khảo sát: Thời gian tiềm vận động thần kinh giữa (DMLm). Thời gian tiềm cảm giác thần kinh giữa (DSLm). Hiệu thời gian tiềm vận động ngoại vi dây thần kinh giữa và trụ (DMLd). Hiệu thời gian tiềm cảm giác ngoại vi dây thần kinh giữa và trụ (DSLd). Hiệu thời gian tiềm cảm giác ngoại vi dây thần kinh giữa và trụ đo tại ngón 4 (MUD).

+ Phân độ mức thay đổi điện sinh lý trên nhóm bệnh nhân ống cổ tay

Thông số điện sinh lý được chia theo phân độ của Werner³ năm 2011, đánh giá mức độ nặng nhẹ của OCT chia làm 3 mức độ:

- Mức độ nhẹ: chỉ kéo dài thời gian tiềm cảm giác dây thần kinh giữa.

- Mức độ trung bình: kéo dài thời gian tiềm cảm giác và vận động. Không có bằng chứng

mất sợi trục.

- Mức độ nặng: Bất kỳ sự bất thường nào của chẩn đoán điện với bằng chứng về sự mất sợi trục được xác định bởi: 1- Không có đáp ứng cảm giác hoặc biên độ sóng cảm giác giảm. 2- Giảm hoặc mất điện thế sóng vận động khi đo ở mô cái. 3- Điện cơ kim có điện thế giật cơ hoặc thay đổi điện thế của đơn vị vận động (biên độ lớn, thời khoảng rộng, đa pha lớn quá mức).

+ **Xử lý số liệu nghiên cứu.** Thu thập các đặc điểm lâm sàng, các giá trị điện sinh lý của từng bệnh nhân thông qua bệnh án nghiên cứu đầy đủ và rõ ràng thông tin, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

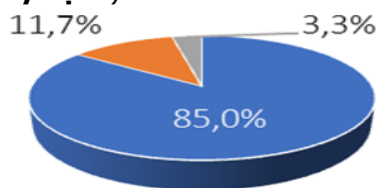
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng tổn thương dây thần kinh giữa đoạn ống cổ tay

+ Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân ống cổ tay

➤ Chúng tôi nghiên cứu 60 bệnh nhân với 111 OCT, thu được nhóm tuổi từ 31 – 55 chiếm 68,3%, tuổi ≥ 55 có 19 bệnh nhân (31,7%). Tuổi trung bình 52,2 ± 9,71, ít tuổi nhất 31, tuổi cao nhất 71 tuổi. Nữ giới trong nhóm OCT chiếm 88,3%, nam giới 11,7%.

➤ **Đặc điểm liên quan tới tổn thương (Bên tay bệnh)**

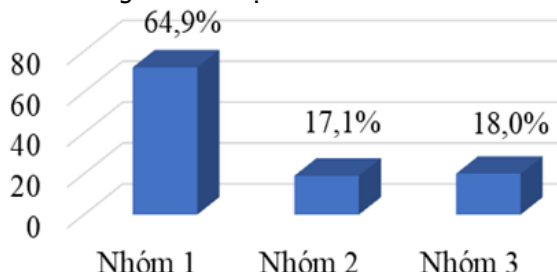


■ Bị cả 2 tay ■ Chỉ bị tay phải
■ Chỉ bị tay trái

Biểu đồ 1. Đặc điểm bên tay bệnh.

Nhận xét: Tỷ lệ bị cả 2 tay chiếm 85,0%. Tay phải bị bệnh chiếm tỷ lệ nhiều hơn tay trái với tỷ lệ tay phải/tay trái xấp xỉ 3,5 lần.

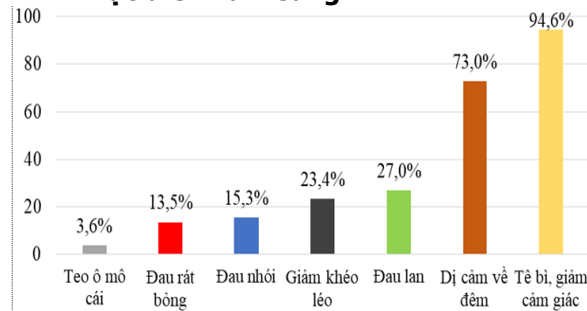
➤ Thời gian mắc bệnh



Biểu đồ 2. Thời gian mắc bệnh của nhóm ống cổ tay (n=111)

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm OCT là $19,3 \pm 25,59$ tháng, ngắn nhất là 03 ngày, dài nhất là 10 năm. Tỷ lệ OCT từ 12 tháng trở xuống (64,9%), từ 12-24 tháng chiếm 17,1%, > 24 tháng là 18%.

+ Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 3. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng trong OCT

Nhận xét: Nhóm triệu chứng tê bì, giảm cảm giác xuất hiện rất phổ biến trong nhóm OCT

với 94,6%. Triệu chứng teo ô mô cái chiếm với tỷ lệ 3,6%.

Bảng 7. Kết quả của các test thăm khám ở nhóm cổ tay bị bệnh (n=111)

Test thăm khám		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu Tinel	Không	66	59,5
	Có	45	40,5
	Tổng	111	100,0
Nghiệm pháp Phalen	Không	58	52,3
	Có	53	47,7
	Tổng	111	100,0

Dấu hiệu Tinel và nghiệm pháp Phalen có tỷ lệ xuất hiện trong nhóm hội chứng OCT lần lượt là 40,5% và 47,7%.

3.2. Đặc điểm chẩn đoán điện của bệnh nhân: + Ghi điện cơ dẫn truyền 60 bệnh nhân gồm 111 cổ tay có tổn thương dây thần kinh giữa đoạn ống cổ tay (51 bệnh nhân bị hội chứng OCT 2 tay và 9 bệnh nhân bị 1 tay).

Bảng 8. Đặc điểm chẩn đoán điện nhóm hội chứng ống cổ tay

Thông số	Giá trị tham chiếu	Số cổ tay bất thường	Giá trị trung bình	Ti lệ (%)	Số cổ tay (n)	p
DMLm (ms)	>4,4	80 (n=111)	$5,8 \pm 2,20$	72,1%	> 4,4 (n=80) ≤ 4,4 (n=31)	< 0,01
DMLd (ms)	≥ 1,5	92 (n=111)	$3,3 \pm 2,21$	82,9%	≥ 1,5 (n=92) < 1,5 (n=19)	<0,01
DSLm (ms)	>3,5	80 (n=87)	$4,7 \pm 0,93$	92,0%	>3,5 (n=80) ≤ 3,5 (n=7)	<0,01
DSLd (ms)	≥0,8	84 (n=87)	$1,8 \pm 0,95$	96,6%	≥0,8 (n=84) < 0,8 (n=3)	<0,01
MUD (ms)	≥0,5	58 (n=62)	$1,5 \pm 0,86$	92,3%	≥0,5 (n=58) < 0,5 (n=4)	<0,01

Nhận xét: Hiệu số thời gian tiềm cảm giác dây thần kinh giữa và dây thần kinh trụ (96,6%), tiếp đến MUD với 92,3%.

+ Mỗi tương quan giữa phân độ nặng hội chứng ống cổ tay theo lâm sàng (phân độ Mauro Mondelli) và theo điện sinh lý thần kinh (phân độ Werner)

Bảng 9. So sánh phân độ nặng trên lâm sàng và trên điện sinh lý

Mức độ nặng OCT	Phân độ Mauro Mondelli (n)		Phân độ Werner (n)		p
	Số lượng (n)	Ti lệ (%)	Số lượng (n)	Ti lệ (%)	
Nhẹ	6	5,4	22	19,8	0,003
Vừa	79	71,2	20	18,0	
Nặng	26	23,4	69	62,2	
Tổng	111	100	111	100	

Nhận xét: Phân độ lâm sàng tương quan

tuyến tính với phân độ điện sinh lý ($p=0,003<0,05$) với $r = 0,279$ thuộc mỗi tương quan yếu.

Theo phân độ trên điện cơ của Werner bệnh nhân bị mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao nhất với 62,2%, trong khi theo phân độ lâm sàng của Mauro Mondelli bệnh nhân bị bệnh ở mức độ nặng chỉ chiếm 23,4%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của tổn thương dây thần kinh giữa trong hội chứng OCT. Nghiên cứu 60 bệnh nhân với 111 bàn tay bị bệnh, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $52,2 \pm 9,71$. Tuổi thấp nhất là 31, cao nhất là 78 tuổi. Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn với nữ/nam xấp xỉ 7,6/1. Một số tác giả cho rằng có sự khác biệt về tỷ lệ mắc hội chứng OCT giữa nam và nữ là do nữ giới phải làm công việc nội trợ nhiều hơn, thường gắn với các công việc có tính chất tỉ mỉ,

đòi hỏi các động tác uốn, gấp của cổ tay liên tục.⁵ Điều này chính là một trong những yếu tố thuận lợi dẫn đến hội chứng OCT.

Chúng tôi nhận thấy dấu hiệu "tê bì, giảm cảm giác" xuất hiện trong đa số các trường hợp với tỷ lệ xuất hiện là 94,6%, dấu hiệu "dị cảm về đêm" chiếm 73,0%. Cảm giác đau được ghi nhận đôi khi khu trú ở cổ tay hoặc toàn bộ bàn tay, có khi tỏa ra cẳng tay, hiếm khi lan ra vai, có khi đau rát bỏng hoặc đau nhói đều xuất hiện với các tần xuất trung bình 13,5 – 27%. Triệu chứng "teo ô mô cái" chiếm 3,6%. Một nghiên cứu khác của Steven và cs trên 1016 bệnh nhân hội chứng OCT cho thấy rối loạn cảm giác tê bì và dị cảm chiếm 100%, giảm cảm giác từ 26% đến 30%, yếu cơ và teo cơ ít gặp hơn 15- 20%.⁶ Điều này có thể được lý giải bởi các sợi cảm giác dễ bị chèn ép hơn các sợi vận động, dị cảm và đau thường chiếm ưu thế sớm trong quá trình phát triển bệnh. Trong trường hợp nghiêm trọng hơn, các sợi vận động bị ảnh hưởng, dẫn đến yếu cơ giạng ngón và cơ đối chiếu ngón tay cái. Bệnh nhân có thể mô tả khó khăn khi cầm đồ vật, mở lọ hoặc cài cúc áo sơ mi.

Dấu hiệu Tinel và nghiệm pháp Phalen là hai trong số các test chẩn đoán thường được thực hiện và thực hiện một cách dễ dàng. Kết quả ghi nhận Dấu hiệu Tinel có ở 40,5% và nghiệm pháp Phalen có ở 47,7% số trường hợp thăm khám (nghiệm pháp dương tính). Điều này là khá phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Krom (1990) ghi nhận độ nhạy của nghiệm pháp Phalen là 49%.⁷ Các test thăm khám như Tinel hay Phalen luôn có độ nhạy và đặc hiệu dao động, do đó, kết quả của các test này đóng vai trò gợi ý và tăng giá trị chẩn đoán khi kết hợp với các kết quả cận lâm sàng khác, mà không sử dụng như một test chẩn đoán xác định.

Đặc điểm một số chỉ số chẩn đoán điện của tổn thương dây thần kinh giữa trong hội chứng OCT. Do dây thần kinh giữa bị tổn thương nặng nề, lên trong 111 bàn tay mắc hội chứng OCT có 24 bàn tay không ghi được đáp ứng sóng cảm giác khi đo ở ngón II và có 25 bệnh nhân nữa không đo được cảm giác của dây thần kinh giữa ở ngón IV, do vậy không đưa vào bảng tính toán được. Chúng tôi ghi nhận giá trị trung bình của các thông số DMLm, DMLd, DSLm, DSLd, MUD lần lượt là $5,8 \pm 2,20$; $3,3 \pm 2,21$; $4,7 \pm 0,93$; $1,8 \pm 0,95$ và $1,5 \pm 0,86$ (ms). Cả 5 chỉ số nêu trên đều cao hơn so với chỉ số giới hạn bình thường ở người khỏe mạnh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Giá trị trung bình của từng chỉ số trong nhóm OCT của chúng tôi cao hơn Lê

Thị Liễu (2018)⁵. Sự khác biệt cao hơn có thể do trong nhóm nghiên cứu có nhiều hơn số lượng các cổ tay ở mức độ nặng (62,2%) và bệnh nhân đến khám thường đã bị 2 tay (85%).

Chúng tôi cũng thu được tỷ lệ bất thường của hiệu thời gian tiềm cảm giác của dây thần kinh giữa - trụ (DSLd) chiếm tỷ lệ cao nhất 96,6%, tiếp theo MUD (92,3%), DSLm (92,0%). Bất thường về thời gian tiềm vận động dây thần kinh giữa (DMLm) và hiệu thời gian tiềm vận động của dây thần kinh giữa - trụ (DMLd) thấp hơn với tỷ lệ lần lượt là 72,1% và 82,9%. Nhiều nghiên cứu đều chỉ ra rằng các chỉ số hiệu thời gian tiềm cảm giác như DSLd, MUD là các chỉ số có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong các chỉ số điện sinh lý⁸ và có hiệu quả hơn việc chỉ sử dụng thời gian tiềm, chứng tỏ dây thần kinh giữa tổn thương trong OCT. Những sợi cảm giác có tỷ lệ sợi lớn được myelin hóa lớn hơn, đòi hỏi năng lượng nhiều hơn và dễ bị tổn thương thiếu máu. Sự chèn ép khu trú dẫn đến cả thiếu máu cục bộ và tổn thương cơ học đối với các sợi thần kinh gây ra rối loạn chức năng của myelin và gián đoạn tại các nút của Ranvier. Việc so sánh thời gian tiềm cảm giác của dây thần kinh giữa so với dây trụ, dây quay cho phép độ chính xác cao nhất để xác nhận chẩn đoán lâm sàng.³ Do đó, những chỉ số này nên được dành riêng để khẳng định hội chứng OCT trong các trường hợp không điển hình và loại trừ các nguyên nhân khác. Các xét nghiệm chẩn đoán điện nên được thực hiện trước khi phẫu thuật để xác định chẩn đoán và ước tính tiên lượng.

Theo phân độ mức độ nặng trên điện sinh lý thần kinh của Werner,³ kết quả thu được: 62,2% nặng; 19,8% mức độ vừa và 18,0% mức độ nhẹ. Khi so sánh mức độ nặng theo phân độ lâm sàng và trên chẩn đoán điện, có thể nhận ra các chỉ số điện sinh lý thường nhạy hơn với các thay đổi lâm sàng (62,2% nặng trên chẩn đoán điện so với 23,4% nặng trên lâm sàng). Chẩn đoán điện có thể sớm thấy hơn những biến đổi về chức năng hoạt động của thần kinh, mà đôi khi nhiều trường hợp chưa biểu hiện ra lâm sàng hoặc triệu chứng biểu hiện ra nhưng bị "chống lấp" hoặc kín đáo. Điều này có ý nghĩa trong trường hợp cân nhắc phương án điều trị phù hợp cho từng cá thể, từ đó mang lại hiệu quả tốt về mặt phục hồi cho bệnh nhân. Việc phối hợp chặt chẽ giữa triệu chứng lâm sàng và kết quả chẩn đoán điện sẽ nâng chất lượng chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân OCT $52,2 \pm$

9,71, nữ giới chiếm 88,3%. Triệu chứng tê bì, giảm cảm giác 94,6%, dị cảm về đêm 73%, teo ô mô cái chiếm 3,6%. Kéo dài hiệu số thời gian tiềm cảm giác của dây thần kinh giữa và dây thần kinh trụ (96,6%), tiếp đến MUD với 92,3%. Phân độ mức độ nặng trên lâm sàng tương quan tuyến tính với mức độ nặng theo điện sinh lý ($p=0,003<0,05$; $r = 0,279$). Chẩn đoán mức độ nặng theo điện sinh lý OCT sớm hơn so với lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosén I.** Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *Jama.* 1999;282(2):153-158.
2. **Middleton SD, Anakwe RE.** Carpal tunnel syndrome. *Bmj.* 2014;349:g6437.
3. **Werner RA, Andary M.** Electrodiagnostic evaluation of carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve.* 2011;44(4):597-607.
4. **Giannini F, Cioni R, Mondelli M, et al.** A new clinical scale of carpal tunnel syndrome: validation of the measurement and clinical-neurophysiological assessment. *Clin Neurophysiol.* 2002;113(1):71-77.
5. **Lê Thị Liễu.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện cơ và siêu âm doppler năng lượng trong hội chứng ống cổ tay. Luận văn tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2018.
6. **Stevens JC, Sun S, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT.** Carpal tunnel syndrome in Rochester, Minnesota, 1961 to 1980. *Neurology.* 1988;38(1):134-138.
7. **de Krom MC, Knipschild PG, Kester AD, Spaans F.** Efficacy of provocative tests for diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Lancet.* 1990;335(8686):393-395.
8. **Jablecki CK, Andary MT, Floeter MK, et al.** Practice parameter: Electrodiagnostic studies in carpal tunnel syndrome. Report of the American Association of Electrodiagnostic Medicine, American Academy of Neurology, and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. *Neurology.* 2002;58(11):1589-1592.

THÁCH THỨC VỀ SỨC KHOẺ THỂ CHẤT CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TUYỂN XÃ THAM GIA PHÒNG CHỐNG COVID 19 NĂM 2021-2022

Đỗ Nam Khánh*, Lê Minh Giang*, Hoàng Thị Hải Vân*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mô tả những thách thức liên quan đến sức khỏe thể chất của nhân viên y tế (NVYT) tuyển xã tham gia phòng chống COVID-19 tại 7 tỉnh thành trọng điểm năm 2021-2022. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả nghiên cứu trên 206 NVYT tuyển xã trong lần đầu chống dịch năm 2021 thì thời gian tiếp xúc của NVYT tuyển xã với bệnh nhân COVID-19 hoặc người nghi nhiễm trung bình ≥ 12 giờ/ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (38,0%). Đến năm 2022, tỷ lệ cao nhất vẫn thuộc về nhóm ≥ 12 giờ/ngày (41,5%). Có 44 (21,4%) người không mắc/nghi mắc COVID-19 trong toàn bộ quá trình tham gia chống dịch năm 2021 và 2022. Tỷ lệ NVYT tuyển xã bị mắc/nghi mắc COVID-19 là 78,6%. Có một số lượng đáng kể NVYT tuyển xã cho rằng mình bị mắc/nghi mắc COVID-19 ≥ 2 lần (24 người). Hầu hết NVYT tuyển xã mắc COVID-19 trong bối cảnh tham gia chống dịch tại cơ quan đang công tác (133; 81,6%). Tỷ lệ NVYT mắc COVID-19 tại nhà là 12,9%. Toàn bộ NVYT tuyển xã đều được tiêm vắc xin phòng COVID-19 với tỷ lệ tiêm từ 2 mũi trở lên rất cao – 99%. **Từ khóa:** Thể chất, nhân viên y tế, COVID-19, tuyển xã.

SUMMARY

CHALLENGES REGARDING THE PHYSICAL HEALTH OF HEALTH WORKERS AT COMMUNE HEALTH CENTERS PARTICIPATING IN COVID-19 PREVENTION 2021-2022

The research aims to describe the challenges related to the physical health of health workers at health commune centers participating in the COVID-19 prevention in 7 key provinces and cities in 2021-2022. Study design: Cross-sectional study. The research results with 206 health commune staff show that during the first wave of the pandemic in 2021, the contact time of health workers with COVID-19 patients or suspected individuals averaged ≥ 12 hours/day, accounting for the highest proportion (38.0%). In 2022, the highest proportion still belongs to the group with ≥ 12 hours/day (41.5%). There were 44 (21.4%) individuals who did not contract/suspect COVID-19 throughout the entire participation in epidemic prevention in 2021 and 2022. The rate of health workers at the commune health centers contracting/suspecting COVID-19 was 78,6%. A significant number of health workers at the commune health centers believed they contracted/suspected COVID-19 ≥ 2 times (24 individuals). Most health workers at the commune health centers at the contracted COVID-19 while participating in epidemic prevention at their workplaces (133; 81.6%). The proportion of health workers contracting COVID-19 at home is 12.9%. All health workers at the commune health centers have received COVID-19 preventive

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Giang

Email: leminhgiang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023