

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ DẪN TRUYỀN THẦN KINH GIỮA TRONG HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY

Nguyễn Thị Hiếu Dung^{1,*}, Trần Huỳnh Anh¹, Nguyễn Thị Thúy Hằng¹,
Nguyễn Đình Duyệt¹, Hoàng Khánh Hằng^{1,**}

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và các chỉ số nghiên cứu dẫn truyền vận động và cảm giác dây thần kinh giữa ở bệnh nhân có hội chứng ớng cổ tay. (2) Đánh giá giá trị phân loại mức độ bệnh hội chứng ớng cổ tay của 2 chỉ số: hiệu số thời gian tiềm vận động (hsDML) và hiệu số thời gian tiềm cảm giác (hsDSL). **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang các chỉ số nghiên cứu trên 42 bệnh nhân có 73 bàn tay bị hội chứng ớng cổ tay. **Kết quả:** Hội chứng ớng cổ tay thường gặp ở tuổi trung niên, nữ mắc bệnh nhiều hơn nam và thường bị cả hai bàn tay. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là tê (94,5%) và tê ban đêm (54,8%). Nghiệm pháp Phalen dương tính chiếm 84,9 %. Hiệu số thời gian tiềm vận động giữa-trụ (83,6%) và hiệu số thời gian tiềm cảm giác giữa-trụ (54,8%) là các chỉ số sinh lý nhạy cảm nhất. Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai cách phân loại mức độ nặng của bệnh theo hiệu số thời gian tiềm vận động và cảm giác giữa-trụ. **Kết luận:** Tê theo vùng phân bố của dây thần kinh giữa là triệu chứng nhạy cảm nhất giúp nghĩ đến hội chứng ớng cổ tay. Hiệu số thời gian tiềm vận động và cảm giác giữa-trụ giúp chẩn đoán sớm và phân độ nặng của hội chứng ớng cổ tay.

Từ khóa: Hội chứng ớng cổ tay, đo dẫn truyền thần kinh, hiệu số thời gian tiềm

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ớng cổ tay (HCOCT) được mô tả lần đầu bởi James Paget vào năm 1854, đây là một dạng rối loạn thần kinh ngoại vi do chèn ép. Thường gặp nhất ở chi trên, chiếm 90% các bệnh lý chèn ép thần kinh [9]. Bản chất của HCOCT là dây thần kinh giữa bị chèn ép trong ống cổ tay, từ đó gây ra các triệu chứng đặc trưng gồm đau về đêm kèm tê vùng phân bố của dây thần kinh giữa ở bàn tay. Ngoài ra, các biểu hiện rối loạn cảm giác như tê bì, dị cảm và đau cũng thường gặp. HCOCT không gây tử vong, tuy nhiên nó có thể phá hủy hoàn toàn dây thần kinh giữa. Rối loạn này nếu không được điều trị kịp thời sẽ dẫn đến hậu quả nghiêm trọng đối với chức

năng bàn tay và giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. HCOCT gặp ở khắp nơi trên thế giới. Ở Mỹ, tỷ lệ mới mắc HCOCT khoảng 1-3 ca/1.000 người mỗi năm, còn ở Hà Lan xấp xỉ 2,5 ca/1.000 người mỗi năm [12], [15]. Bệnh hay gặp ở nữ nhiều hơn nam, với tỷ lệ 3-10/1 ở Mỹ và độ tuổi thường gặp 45-60 tuổi [7]. Do vậy, HCOCT cần được phát hiện sớm để chẩn đoán và điều trị kịp thời. Những năm gần đây, với sự trang bị máy đo điện cơ đồ giúp khảo sát dẫn truyền thần kinh, các nghiên cứu về HCOCT đã được quan tâm nhiều hơn, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "Khảo sát dẫn truyền thần kinh giữa trong hội chứng ớng cổ tay" với hai mục tiêu sau:

(1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và các chỉ số nghiên cứu dẫn truyền vận động và cảm giác dây thần kinh giữa ở bệnh nhân có hội chứng ớng cổ tay.

(2) Đánh giá giá trị phân loại mức độ bệnh hội chứng ớng cổ tay của 2 chỉ số: hiệu số thời gian tiềm vận động (hsDML) và hiệu số thời gian tiềm cảm giác (hsDSL).

¹ Đại học Y Dược Huế

* Tác giả thực hiện chính

Nguyễn Thị Hiếu Dung

** Tác giả chịu trách nhiệm khoa học

Hoàng Khánh Hằng

Email: hkhang2007@gmail.com

Ngày tiếp nhận: 1/10/2018

Ngày phản biện: 11/8/2019

Ngày chấp nhận đăng: 18/12/2019

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định HCOCT.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** loại trừ các bệnh nhân có các tiêu chuẩn sau

- Bệnh lý thần kinh trung ương
- Bệnh lý đa dây thần kinh
- Bệnh lý rễ thần kinh hoặc đám rối
- Tổn thương thần kinh trụ
- Tổn thương thần kinh giữa đoạn ngoài ống cổ tay
- Có tiền sử phẫu thuật điều trị HCOCT

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 05/2017 đến tháng 05/2018 tại phòng Điện cơ đồ, Bộ môn Sinh lý học, bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Cỡ mẫu thuận tiện.

* **Phương pháp**

- Thu thập thông tin bệnh nhân và khám lâm sàng.
- Ghi điện thế vận động và cảm giác

dây thần kinh giữa và dây thần kinh trụ.

- **Thiết bị nghiên cứu:** đo ghi điện thần kinh cơ bằng máy Neurowerk EMG2 sản xuất tại Đức.

* **Chỉ số nghiên cứu**

- **Đặc điểm lâm sàng:** dấu hiệu tê tay; đau bàn tay, cổ tay; yếu cơ dạng và cơ đối ngón cái; teo ô mô cái; dấu hiệu Tinel, Nghiệm pháp Phalen, Nghiệm pháp Durkan.

- **Thời gian tiềm vận động ngoại vi dây TK giữa và dây TK trụ (ms):** DMLg, DMLt.

- **Biên độ vận động của dây TK giữa và dây TK trụ (mV).**

- **Thời gian tiềm cảm giác ngoại vi dây TK giữa và dây TK trụ (ms):** DSLg, DSLt.

- **Biên độ cảm giác của dây TK giữa và dây TK trụ (mV).**

- **Hiệu số thời gian tiềm vận động ngoại vi giữa-trụ (hsDML) = Thời gian tiềm vận động ngoại vi dây TK giữa trừ đi thời gian tiềm vận động ngoại vi dây TK trụ (ms).**

- **Hiệu số thời gian tiềm cảm giác ngoại vi giữa-trụ (hsDSL) = Thời gian tiềm cảm giác ngoại vi dây TK giữa trừ đi thời gian tiềm cảm giác ngoại vi dây TK trụ (ms).**

Bảng 2.1. Phân độ theo hiệu số thời gian tiềm giữa-trụ

Phân độ	Theo hsDML (ms)	Theo hsDSL (ms)
Bình thường	hsDML $\leq$ 1,25	hsDSL $\leq$ 0,79
Độ 1	1,25 < hsDML $\leq$ 2,35	0,79 < hsDML $\leq$ 1,58
Độ 2	2,35 < hsDML $\leq$ 4,13	1,58 < hsDML $\leq$ 2,66
Độ 3	hsDML > 4,13	hsDML > 2,66
Độ 4	Mất đáp ứng với kích thích	Mất đáp ứng với kích thích

Nguồn: Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) [4]

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phiếu thu thập số liệu, kết quả thu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Các bệnh nhân đều được giải thích và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các số liệu thu được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng và các chỉ số nghiên cứu dẫn truyền vận động và cảm giác dây thần kinh giữa

Về tuổi, tuổi trung bình là $47,8 \pm 10,3$; thấp nhất là 24 và cao nhất là 66. Về giới, nữ giới chiếm tỷ lệ cao 76,2%; nam là 23,8% và tỷ lệ nữ/nam = 3,2/1.

Bệnh nhân bị bệnh cả hai bàn tay chiếm tỷ lệ cao (73,8%). Về tỷ lệ bàn tay mắc bệnh, tỷ

lệ bàn tay phải cao hơn bàn tay trái. Về mối liên hệ giữa tay thuận và tay bệnh, không có mối liên hệ giữa tay thuận và tay bệnh (bảng 3.1).

Về đặc điểm lâm sàng, triệu chứng tê chiếm tỷ lệ cao nhất (94,5%), đứng thứ hai là tê ban đêm (54,8%). Các đặc điểm đau bàn

tay, cổ tay (31,5%), yếu cơ dạng và cơ đối ngón cái (20,5%), teo ô mô cái (16,4%) chiếm tỷ lệ thấp hơn. Dấu hiệu Tinel có tỷ lệ thấp nhất (30,1%), trong khi đó nghiệm pháp Phalen (84,9%) và nghiệm pháp Durkan (80,8%) chiếm tỷ lệ cao, trên 80% (bảng 3.2).

Bảng 3.1. Tỷ lệ bàn tay bệnh

Bệnh nhân	Một bên		Hai bên	Tổng
	Tay phải	Tay trái		
Tần suất	8	3	31	42
Tỷ lệ (%)	19,0	7,1	73,8	100

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng

	Đặc điểm	Tần suất (n=73)	Tỷ lệ (%)
Cảm giác	Tê	69	94,5
	Tê ban đêm	40	54,8
	Đau bàn tay, cổ tay	23	31,5
Vận động	Yếu cơ dạng và cơ đối ngón cái	15	20,5
	Teo ô mô cái	12	16,4
	Dấu hiệu Tinel	22	30,1
	Nghiệm pháp Phalen	62	84,9
	Nghiệm pháp Durkan	59	80,8

Bảng 3.3. Các chỉ số nghiên cứu dẫn truyền dây thần kinh giữa

Các bất thường dẫn truyền TK giữa	Tần suất (n = 73)	Tỷ lệ (%)
Dẫn truyền vận động		
Bất thường hsDML (> 1,25 ms)	61	83,6
Kéo dài DMLg ($\geq 4,0$ ms)	47	64,4
Giảm biên độ hoặc mất sóng vận động dây TK giữa	14	19,1
Dẫn truyền cảm giác		
Bất thường hsDSL (> 0,79 ms)	40	54,8
Kéo dài DSLg ($\geq 3,4$ ms)	15	20,5
Giảm biên độ hoặc mất sóng cảm giác dây TK giữa	34	46,6

Thứ tự tần suất xuất hiện các chỉ số thời gian tiềm là bất thường hsDML (83,6%), kéo dài DMLg (64,4%), bất thường hsDSL (54,8%) và kéo dài DSLg (20,5%) (bảng 3.3).

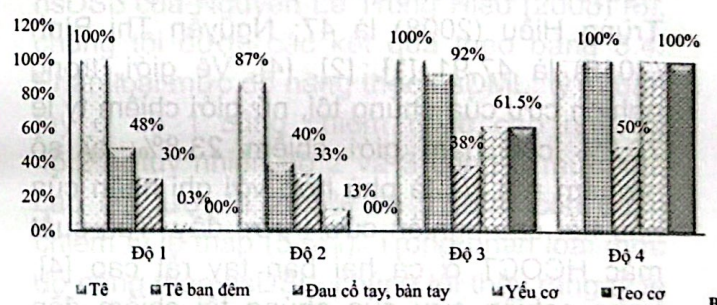
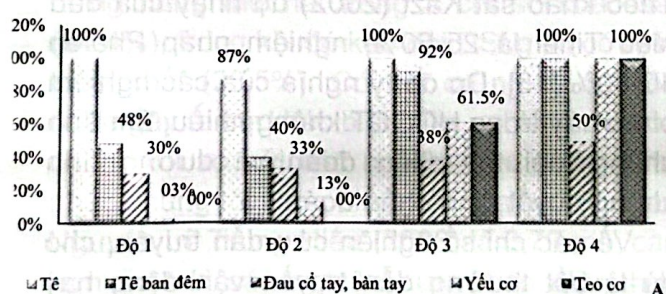
Phân độ theo hsDML, bàn tay ở độ 1 và 2 chiếm đa số với tỷ lệ tương ứng là 45,2% và 20,5%. Tỷ lệ bàn tay ở độ 3 là 17,8% và độ 4 khá thấp 5,5%. Phân độ theo hsDSL, bàn tay

ở độ 1 chiếm 38,3%; tiếp theo là độ 4 (23,3%), độ 2 là 13,7% và độ 3 chiếm tỷ lệ thấp (chỉ 2,7%) (bảng 3.4). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai cách phân loại này ($p > 0,05$) (bảng). Về mối

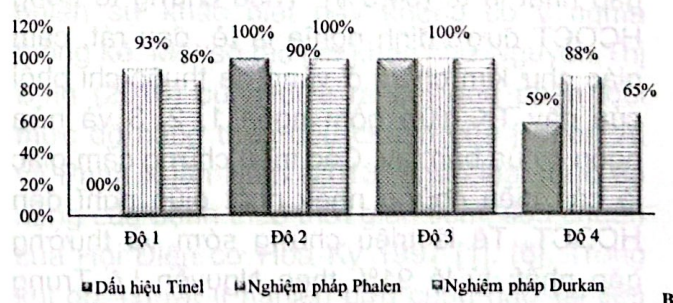
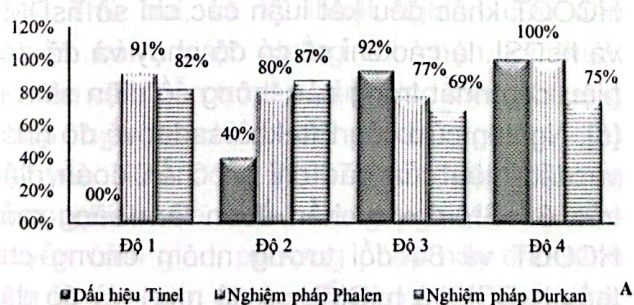
liên hệ giữa các đặc điểm lâm sàng với từng mức độ phân loại theo hsDML và hsDSL, nhìn chung sự phân bố của mỗi đặc điểm lâm sàng với từng mức độ phân độ theo hai cách phân loại thì không có sự khác biệt có ý nghĩa.

Bảng 3.4. Phân loại mức độ theo hsDML và hsDSL

Phân độ	hsDML		hsDSL		P
	n	%	n	%	
Độ 1	33	45,2	28	38,3	$p > 0,05$
Độ 2	15	20,5	10	13,7	
Độ 3	13	17,8	2	2,7	
Độ 4	4	5,5	17	23,3	



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ (%) của các triệu chứng lâm sàng trong từng mức độ phân loại theo hsDML (hình A) và hsDSL (hình B)



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ (%) của các nghiệm pháp dương tính trong từng mức độ phân loại theo hsDML (hình A) và hsDSL (hình B)

3.2. Mối liên hệ giữa đặc điểm lâm sàng với từng mức độ của bệnh

Về tỷ lệ (%) của các triệu chứng lâm sàng trong từng mức độ phân loại theo hsDML và hsDSL, tê là triệu chứng có tần suất xuất hiện cao nhất và phân bố đều ở

cả 4 phân độ. Tê ban đêm là triệu chứng phổ biến thứ hai và cũng xuất hiện ở cả 4 phân độ với tỷ lệ thấp hơn. Yếu cơ và teo cơ có tỷ lệ cao ở độ 3 và 4 (biểu đồ 3.1). Về tỷ lệ (%) của các nghiệm pháp dương tính trong từng mức độ phân loại theo hsDML và

hsDSL, dấu hiệu Tinel không xuất hiện ở độ 1 và cao ở độ 2, 3, 4. Nghiệm pháp Phalen và Durkan đều chiếm tỷ lệ cao và phổ biến ở cả 4 phân độ (biểu đồ 3.2).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và dẫn truyền thần kinh dây thần kinh giữa

Chúng tôi nhận thấy HCOCT gặp ở lứa tuổi trung niên với tuổi trung bình là $47,8 \pm 10,3$; đây là độ tuổi sau một thời gian dài lao động. Mặc dù HCOCT có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trưởng thành gặp hội chứng này nhiều hơn. Tuổi trung bình theo khảo sát của Nguyễn Hữu Công (1997) là 44; Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) là 47; Nguyễn Thị Bình (2016) là 47,91 [1], [2], [4]. Về giới, trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm tỷ lệ 76,2% còn nam giới chiếm 23,8%; tỷ số nữ/nam = 3,2/1 là phù hợp với ghi nhận của hầu hết các nghiên cứu trước đây. Tần suất mắc HCOCT ở cả hai bàn tay rất cao [4], trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đến 73,8% trong tổng số BN, khi thăm khám, cần khảo sát cả hai bàn tay nhằm phát hiện sớm những thay đổi về dẫn truyền TK giữa.

Về đặc điểm lâm sàng, triệu chứng thường gặp nhất là tê (94,5%). Triệu chứng tê trong HCOCT được định nghĩa là tê, đau rát, cảm giác như kim châm ở vùng da thuộc chi phối của dây TK giữa gồm ngón 1, 2, 3 và nửa ngón 4 của bàn tay. Các triệu chứng cảm giác là các triệu chứng nhạy nhất giúp nghĩ đến HCOCT. Tê là triệu chứng sớm và thường gặp nhất; tỷ lệ 91% theo Nguyễn Lê Trung Hiếu (2002); theo Katz (2002) là 71%; Nguyễn Hữu Công (1997) là 100% [2], [3], [13]. Tê ban đêm và đau bàn tay, cổ tay cũng là một trong những dấu hiệu hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ lần lượt là 54,8% và 31,5% trong nghiên cứu của chúng tôi, 51-77% theo Katz J. N. và cs (2002) [13]. Yếu cơ dạng hay đối ngón cái và teo cơ ô mô cái ít gặp và là biểu hiện muộn khi tổn thương dây TK giữa nhiều và lâu dài [9]. Tỷ lệ yếu cơ và teo cơ mô cái của chúng tôi là 20,5% và 16,4% cao so với nghiên cứu của Phan Hồng Minh (2008) là 3,70% và

1,85%; Phan Xuân Nam (2013) là 1,5% và 6,0% [5], [6]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đề cập đến ba nghiệm pháp kinh điển hỗ trợ chẩn đoán là Tinel, Phalen và Durkan với tỷ lệ (+) lần lượt là 30,1%; 84,9% và 80,8%. Tỷ lệ dấu hiệu Tinel (+) theo Nguyễn Hữu Công (1997) là 34,8% [3]. Theo Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) ghi nhận dấu hiệu Tinel (+) là 55,7% và nghiệm pháp Phalen (+) là 36,1% [4]. Dấu Tinel và Phalen có nhiều yếu tố ảnh hưởng, có độ nhạy thấp và rất thay đổi theo nghiên cứu. Theo một khảo sát của Nguyễn Lê Trung Hiếu (2002), dấu Tinel có độ nhạy 8-100%; dấu Phalen có độ nhạy 10-73% [3]. Theo Aroori, độ nhạy và độ đặc hiệu của Durkan lần lượt là 28-63% và 33-74% [9]. Theo khảo sát Kazt (2002) độ nhạy của dấu hiệu Tinel là 25-60%; nghiệm pháp Phalen 40-80% [13]. Do đó, ý nghĩa của các nghiệm pháp này trong HCOCT không nhiều, âm tính không loại trừ chẩn đoán và dương tính không quyết định chẩn đoán.

Về các chỉ số nghiên cứu dẫn truyền, cho dù là bất thường dẫn truyền vận động hay cảm giác, chúng tôi đều nhận thấy hiệu số thời gian tiềm vận động và cảm giác giữa-trụ đều có tỷ lệ cao nhất (bất thường hsDML và hsDSL là 83,6% và 54,8%). Các báo cáo về HCOCT của AANEM và các nghiên cứu HCOCT khác đều kết luận các chỉ số hsDML và hsDSL là các chỉ số có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất trong các thông số điện sinh lý [8]. Nghiên cứu của Eftekharsadat về độ nhạy và đặc hiệu của các chỉ số chẩn đoán điện trên 84 BN được chẩn đoán lâm sàng mắc HCOCT và 84 đối tượng nhóm chứng cho thấy hsDSL và hsDML có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 100% và 94,1% [10]. Điều này cho thấy các bất thường về hiệu số thời gian tiềm ngoại vi. Về tần suất xuất hiện các chỉ số thời gian tiềm, chúng tôi nhận thấy bất thường hsDML có tỷ lệ cao nhất (83,6%); tiếp theo là kéo dài DMLg (64,4%); thứ ba là bất thường hsDSL (54,8%); sau cùng là kéo dài DSLg (20,5%). Như vậy, mặc dù trong HCOCT chỉ có dây TK giữa bị chèn ép, nhưng nếu chỉ khảo sát các chỉ số dẫn truyền TK của dây TK giữa mà không khảo sát thêm dây TK trụ để

có được hsDML và hsDSL thì sẽ bỏ sót một số trường hợp. Theo Nguyễn Hữu Công (1997), chỉ số nhạy cảm nhất là hsDSL (98,9%), thứ nhì là hsDML (95,5%), đứng hàng thứ 3 và 4 là DMLg và DSLg (lần lượt là 80% và 79%) [2]. Còn đối với Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008), các chỉ số dẫn truyền TK có độ nhạy theo thứ tự từ cao đến thấp là hsDSL (93,34%), hsDML (91,80%), DSLg (83,61%) và DMLg (81,96%) [4]. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt đáng kể về thứ tự các chỉ số nhạy cảm với HCOCT so với Nguyễn Hữu Công (1997) và Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008). Có sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả khác, kéo dài DMLg có tần suất xuất hiện đứng hàng thứ hai trong 4 chỉ số khảo sát (64,4%), trong khi đó kéo dài DSLg lại có tỷ lệ thấp nhất (20,5%). Có thể có nhiều nguyên nhân gây ra sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác. Thứ nhất, chúng tôi chọn điểm cắt của hsDSL theo Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) là 0,79 ms, cao hơn so với các nghiên cứu khác như theo Felsenthal và Spindler (1979) và Kimura (1979) 0,5 ms; trong khi chọn điểm cắt của hsDML theo Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) là 1,25 ms, thấp hơn so với các nghiên cứu khác như Kimura (1983) là 1,5 ms [4], [11], [14]. Thứ hai, về kỹ thuật nghiên cứu dẫn truyền cảm giác, chúng tôi chọn kỹ thuật nghiên cứu dẫn truyền cảm giác theo phương pháp ngược chiều trong khi nghiên cứu Nguyễn Hữu Công (1997) sử dụng phương pháp ghi thuận chiều trong nghiên cứu dẫn truyền cảm giác, phương pháp này cho hình ảnh rõ rệt hơn, ít bị nhiễu hơn [2]. Ngoài ra, đối tượng nghiên cứu khác nhau và cỡ mẫu nhỏ cũng tạo nên sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu khác. Thời gian tiềm cảm giác và vận động kéo dài có ý nghĩa là thoái hóa myelin còn giảm biên độ hoặc mất sóng cảm giác và vận động là thể hiện sự thoái hóa sợi trục. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy rằng giảm biên độ hoặc mất sóng cảm giác ngoại vi dây TK giữa có tần suất xuất hiện cao hơn so với vận động (46,6% so với

19,1%); kết quả này khá giống với Phan Xuân Nam (2013), giảm biên độ hoặc mất sóng cảm giác ngoại vi dây TK giữa cao hơn giảm biên độ hoặc mất sóng vận động ngoại vi dây TK giữa (tỷ lệ lần lượt là 73,5% và 24,8%). Tuy nhiên, tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ mà Phan Xuân Nam (2013) đưa ra [9]. Kết quả này có thể là do chọn điểm cắt của giảm biên độ khác nhau giữa hai nghiên cứu, vùng nghiên cứu khác nhau nên có đặc điểm đối tượng nghiên cứu khác nhau.

4.2. Mối liên hệ giữa đặc điểm lâm sàng với từng mức độ của bệnh

Về phân loại mức độ nặng của bệnh dựa theo phân loại mức độ nặng theo hsDML và hsDSL của Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) [6], chúng tôi được các kết quả theo bảng 3.4. Phân loại mức độ nặng theo hsDML, tỷ lệ bàn tay ở độ 1 cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,2%; tuy nhiên độ 2 và 3 cũng ở mức khá cao lần lượt là 20,5% và 17,8%; còn độ 4 chiếm tỷ lệ thấp (5,5%). Trong phân loại mức độ nặng theo hsDSL, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ bàn tay độ 1 và 4 chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 38,3% và 23,3%, trong khi đó tỷ lệ của độ 2 và 3 tương đối thấp lần lượt là 13,7% và 2,7%. Có sự khác nhau giữa phân bố mức độ nặng theo hai phương pháp phân loại, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Một số tác giả khác như Nguyễn Thị Bình (2016) cũng đưa ra kết quả phân loại mức độ nặng theo tiêu chuẩn của Robert A. và Phan Xuân Nam (2013) phân loại mức độ nặng của bệnh theo thời gian tiềm, tiêu chuẩn của Hội Điện cơ Hoa Kỳ 1997 [1], [6]. Trong khi đó, có rất ít nghiên cứu cũng như tài liệu đề cập đến giá trị của hsDML và hsDSL trong phân loại mức độ nặng của bệnh. Vì vậy, chúng tôi chọn cả hai cách phân loại này nhằm tìm sự phân bố các đặc điểm lâm sàng theo từng độ nặng từ đó tìm ra mối quan hệ giữa đặc điểm lâm sàng và nghiên cứu dẫn truyền dây TK giữa, đồng thời chúng tôi cũng so sánh mối liên hệ giữa đặc điểm lâm sàng và từng mức độ phân loại theo bất thường hsDML và hsDSL theo Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) [4].

Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) có nghiên cứu về sự tương quan giữa lâm sàng với từng mức độ theo nghiên cứu thăm dò dẫn truyền. Phân loại này được lấy theo mức độ nặng theo mức độ nặng nhất của hai thông số tỷ số tốc độ dẫn truyền vận động cổ tay-lòng bàn tay/tốc độ dẫn truyền vận động cổ tay-khuỷu và tỷ số tốc độ dẫn truyền cảm giác cổ tay-lòng bàn tay/tốc độ dẫn truyền cảm giác ngón tay-lòng bàn tay để làm bảng phân độ chung cho nhóm bệnh [4]. Chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào khác về mối liên hệ giữa các đặc điểm lâm sàng với phân loại mức độ nặng ở Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi lựa chọn kết quả của tác giả này để so sánh với kết quả của chúng tôi. Qua những phân tích về mối quan hệ giữa đặc điểm lâm sàng với từng mức độ theo phân loại theo hsDML và hsDSL ở trên, chúng tôi nhận thấy trong cả hai cách phân loại thì triệu chứng tê đều xuất hiện với tỷ lệ cao và trên cả 4 mức độ trong khoảng từ 86,7-100%. Kết quả này của chúng tôi khá phù hợp với kết quả của Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) với triệu chứng tê xuất hiện trong hầu hết các giai đoạn: 72,7% ở độ 1; 100% ở độ 2 và 3; 95,2% ở độ 4 [4]. Có thể nói đây là triệu chứng sớm và thường gặp nhất trong HCOCT, triệu chứng này cũng xuất hiện trong tất cả các mức độ và cũng là nguyên nhân hay gặp nhất khiến cho bệnh nhân tìm đến phòng khám. Triệu chứng tê về đêm là triệu chứng phổ biến thứ hai sau triệu chứng tê, triệu chứng này đều xuất hiện trong cả 4 mức độ và trong khoảng 42,9-100%. Trong đó, phân loại theo hsDSL ở độ 3 và 4 có tỷ lệ xuất hiện triệu chứng này thấp hơn so với hsDML. Đau cổ tay, bàn tay phân loại theo hsDML xuất hiện ở cả 4 mức độ và tỷ lệ đều dưới 50% khá tương đồng với phân loại theo hsDSL. Tuy nhiên, ở phân loại theo cảm giác triệu chứng đau cổ tay, bàn tay không xuất hiện trong độ 3. Yếu cơ và teo cơ là hai dấu chứng nặng, xuất hiện ở giai đoạn sau của HCOCT. Ở phân loại hsDML, có sự tăng dần theo mức độ nặng, sự phân bố tần suất xuất hiện của hai dấu chứng này khá hợp lý, từ 3-13,3% (ở dấu chứng yếu cơ) và 0% (ở dấu chứng teo cơ) ở độ 1 và độ 2 tăng cao ở độ 3

và 4 (có tần suất là 61,5 và 100%). Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác nhau trong phân bố các triệu chứng lâm sàng trong từng mức độ theo phân loại hsDML và hsDSL, có thể là do tỷ lệ bàn tay có bất thường hsDML cao hơn bất thường hsDSL, dẫn đến phân bố triệu chứng rõ ràng hơn ở phân loại mức độ nặng theo hsDML. Về sự phân bố của các nghiệm pháp dương tính trong từng mức độ, dấu hiệu Tinel không xuất hiện ở độ 1 nhưng cao ở độ 2, 3 và 4 với tỷ lệ từ 40-100%. Trong khi đó nghiệm pháp Durkan và Phalen xuất hiện ở cả 4 phân độ với tỷ lệ cao (tỷ lệ lần lượt là 69,2-100% và 76,9-100%). Theo Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008), dấu hiệu Tinel có độ nhạy cao hơn nghiệm pháp Phalen theo phân bố độ nhạy của các nghiệm pháp thăm khám trong từng độ nặng [4]. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến kết quả này khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi, đó là lựa chọn phân độ của tác giả khác với lựa chọn phân độ của chúng tôi; Nguyễn Lê Trung Hiếu có sử dụng nhóm chứng để đưa ra độ nhạy, còn chúng tôi chỉ sử dụng quan sát và so sánh giữa hai phân độ theo phân loại hsDSL và hsDML; hơn nữa cỡ mẫu của chúng tôi khá nhỏ... Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) có đề cập đến giá trị ranh giới giữa các độ nặng của mỗi thông số hsDML và hsDSL chưa hoàn chỉnh [4].

Nghiên cứu của chúng tôi tiếp nối với nghiên cứu của Nguyễn Lê Trung Hiếu (2008) bằng những phân tích về mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và mức độ nặng phân loại theo hsDML và hsDSL, từ đó đánh giá và hiệu chỉnh của hai phân loại theo hsDML và hsDSL cho phù hợp với người Việt Nam và có thể áp dụng vào trong thực hành lâm sàng. Hơn nữa, chúng ta có thể sử dụng hsDML và hsDSL trong phân độ HCOCT vì hiệu số này khá ổn định trên từng BN và không phụ thuộc nhiều vào các yếu tố gây nhiễu như nhiệt độ, tuổi, giới và đặc điểm của từng BN. Tuy nhiên, do nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn nhỏ nên có thể chưa đánh giá hoàn chỉnh, vì vậy trong thời gian tới cần có các nghiên cứu bổ sung trên cỡ mẫu lớn hơn nhằm góp phần hỗ trợ chẩn đoán và điều trị HCOCT.

5. KẾT LUẬN

- Về đặc điểm lâm sàng, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là tê tay và tê tay ban đêm. Nghiệm pháp Phalen và Durkan có tần suất xuất hiện cao. Hiệu số thời gian tiềm vận động giữa-trụ có tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là kéo dài thời gian tiềm vận động ngoại vi dây thần kinh giữa, đứng thứ ba là hiệu số thời gian tiềm cảm giác giữa-trụ và cuối cùng là kéo dài thời gian tiềm cảm giác ngoại vi dây thần kinh giữa.

- Không có sự khác biệt khi phân loại mức độ nặng của bệnh theo hiệu số thời gian tiềm vận động và cảm giác giữa-trụ. Hai chỉ số này giúp chẩn đoán sớm và phân loại mức độ bệnh HCOCT.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Lãnh đạo Đại học Y dược Huế, Bộ môn Sinh lý học, các bác sỹ Phòng Điện cơ đồ (Bộ môn Sinh lý học, bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế) đã cho phép, tạo điều kiện, giúp đỡ cho nghiên cứu này được thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bình, Bùi Thị Ngọc, Nguyễn Văn Liệu (2016), Biến đổi dẫn truyền thần kinh giữa ở bệnh nhân mắc HCOCT, Tạp chí nghiên cứu y học, 99(1):24-31.
2. Nguyễn Hữu Công, Võ Thị Hiền Hạnh và cs (1997), Hội chứng ống cổ tay: một số tiêu chuẩn chẩn đoán điện, Tài liệu khoa học, sinh hoạt khoa học kỹ thuật lần 2, Hội TK khu vực thành phố Hồ Chí Minh, tr.16-21.
3. Nguyễn Lê Trung Hiếu (2002), Khảo sát điện sinh lý thần kinh cơ và lâm sàng trong hội chứng ống cổ tay, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 7(1):95-101.
4. Nguyễn Lê Trung Hiếu, Vũ Anh Nhị (2008), Phân độ lâm sàng và điện sinh lý thần kinh cơ trong hội chứng ống cổ tay, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 12(1):267-277.
5. Phan Hồng Minh (2008), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý của hội chứng ống cổ tay, Tài liệu khoa học, Sinh hoạt khoa học kỹ thuật lần 2, Hội Thần kinh khu vực Hà Nội, tr. 16-21.
6. Phan Xuân Nam, Nguyễn Thị Phương Nga (2013), Đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý của hội chứng ống cổ tay, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 17(3):80-4.
7. Alfonso C, Jann S, Massa R, Torreggiani A (2010), Diagnosis, treatment and follow-up of the carpal tunnel syndrome: a review, Neurol Sci, 31(3):243-52.
8. American Association of Electrodiagnostic Medicine (2002), American Academy of Neurology and American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, Practice parameter for electrodiagnostic studies in carpal tunnel syndrome: summary statement, Muscle Nerve, 25(6):918-22.
9. Aroori S, Spence RA (2008), Carpal tunnel syndrome, Ulster Med J, 77(1):6-17.
10. Eftekharsadat B, Ahadi T, Raissi GR, et al (2014), Validity of current electrodiagnostic techniques in the diagnosis of carpal tunnel syndrome, Med J Islam Repub Iran, 28:45.
11. Felsenthal G, Spindler H (1979), Palmar conduction time of median and ulnar nerves of normal subjects and patients with carpal tunnel syndrome, Am J Phys Med, 58:131-8.
12. Goddard DH, Barnes CG, Berry H, Evans S (1983), Measurement of nerve conduction-a comparison of orthodromic and antidromic methods, Clin Rheumatol, 2:169-74.
13. Katz JN, Simmon BP (2002), Carpal tunnel syndrome, NEJM, 346:1807-12.
14. Kimura J. (2013), Electrodiagnosis in diseases of nerve and muscle. Principles and practice, Oxford University Press, New York, pp. 1002-1013.

15. LeBlanc KE, Cestia W (2011), Carpal tunnel syndrome, Am Fam Physician,

83(8):952-8.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND MEDIAN NERVE CONDUCTION STUDY ON CARPAL TUNNEL SYNDROME

Nguyen Thi Hieu Dung, Tran Huynh Anh, Nguyen Thi Thuy Hang, Hoang Khanh Hang, Nguyen Dinh Duyet

Hue University of Medicine and Pharmacy

Objectives: (1) Describe clinical features and research indexes of median nerve motor and sensory conduction velocity. (2) Evaluate the grading value of carpal tunnel syndrome (CTS) severity by 2 parameters: difference between median and ulnar distal motor latency and difference between median and ulnar distal sensory latency. **Methods:** Cross-sectional study on study parameters carried on 73 hands with CTS clinical symptoms of 42 patients. **Results:** CTS was a condition of middle-aged individuals, affects females more often than males and both hands. The most common symptoms were paraesthesia (94,5%) and nocturnal paraesthesia (54,8). Positive Phalen test is highest (84,9%). Difference between median and ulnar distal motor (83,6 %) and sensory latency (54,8 %) are the most sensitive parameters to diagnose CTS early. There was no significant difference between the two above ratios in severity grading. **Conclusion:** CTS should be suspected in any patients with paraesthesia in the distribution of median nerve distal to wrist. Difference between median and ulnar distal motor and sensory latency could help the early diagnosis and the grading CTS severity.

Key words: Carpal tunnel syndrome, nerve conduction study, difference between median and ulnar distal motor and sensory latency