

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY

*Phạm Ngọc Thắng<sup>1</sup>, Vũ Anh Dũng<sup>1</sup>*

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Đối với bệnh nhân (BN) được chẩn đoán bằng các triệu chứng lâm sàng và điện thần kinh, được điều trị bảo tồn ít nhất 3 tháng tại Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi thực hiện phẫu thuật giải phóng thần kinh giữa bằng cắt dây chằng vòng bằng đường rạch nhỏ ở mặt gan của cổ tay. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật giải phóng ống cổ tay. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, kết hợp mô tả cắt ngang và theo dõi dọc trên 32 BN (2 BN nam, 30 BN nữ) với 37 ống cổ tay được giải phóng. Đánh giá theo thang điểm Boston (BCTQ) và mức độ hài lòng của người bệnh. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 54,15. 30/37 bàn tay (81,08%) hết tê hoàn toàn; còn tê dai dẳng gặp 6/37 bàn tay (16,22%) nhưng mức độ giảm nhiều so với trước khi phẫu thuật. Tê tái phát gặp 1/37 bàn tay (2,7%). Thang điểm BCTQ trung bình là 1,15 (1 - 2,5 điểm). Tất cả BN (100%) đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dây chằng vòng cổ tay giải phóng chèn ép thần kinh giữa điều trị hội chứng ống cổ tay mang lại hiệu quả rõ ràng, an toàn.

\* *Từ khóa:* Hội chứng ống cổ tay; Thần kinh giữa.

## OUTCOME OF CARPAL TUNNEL RELEASE SURGERY

### Summary

**Introduction:** Patients were diagnosed with clinical and electroneurography symptoms and treated conservatively for at least 3 months, performed to relieve pressure on the median nerve by cutting the carpal ligament by a small incision in the palm of the wrist at Military Hospital 103. **Objectives:** To evaluate the outcome of carpal tunnel release surgery. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional descriptive, and longitudinal follow-up study, clinical intervention without a control group on 32 patients (30 females and 2 males) with 37 hands underwent carpal tunnel release. The outcome was evaluated according to Boston

---

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

Người phản hồi: Phạm Ngọc Thắng (thangb1v103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 28/02/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 20/3/2023

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v48i3.315>

Carpal Tunnel Questionnaire (BCTQ) score and patient satisfaction. **Results:** The mean age was 54.15 years. The mean follow-up was 10 months. Complete resolution of numbness was reported by 30/37 hands (81.08%), persistent numbness by 6/37 hands (16.22%), and recurrent numbness by 1/37 hand (2.7%). The mean BCTQ score was 1.15 (1 - 2.5 points). 100% of patients were either satisfied. **Conclusion:** The study revealed a significant improvement in clinical outcomes after carpal ligament release surgery.

\* *Keywords: Carpal tunnel release surgery; Median nerve.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Gelfman R. và CS [1], tỷ lệ gặp hội chứng ống cổ tay trong cộng đồng khoảng 1 - 5% trong tổng số người trưởng thành. Ở Việt Nam, chúng tôi chưa tham khảo được tài liệu nào thống kê. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, tỷ lệ người bệnh mắc hội chứng ống cổ tay không hiếm gặp. Hội chứng ống cổ tay thường do những biến đổi bất thường của các cơ trong ống cổ tay [2]. Hội chứng ống cổ tay được điều trị bảo tồn bằng cách bất động và tiêm corticosteroid. Phẫu thuật được chỉ định khi điều trị bảo tồn thất bại.

Năm 1933, Moersch [3] là người đầu tiên mô tả kỹ thuật mở dây chằng vòng cổ tay để điều trị chèn ép thần kinh giữa sau chấn thương. Năm 1946, Cannon và Love công bố kết quả phẫu thuật mở dây chằng vòng cổ tay điều trị chèn ép thần kinh giữa không do

chấn thương [3]. Năm 1951, Phalen G.S [3] công bố kết quả phẫu thuật mở dây chằng vòng cổ tay điều trị hội chứng ống cổ tay tự phát. Từ đó đến nay, phẫu thuật mở dây chằng vòng cổ tay được coi là phẫu thuật chuẩn trong điều trị hội chứng ống cổ tay.

Tại Bệnh viện Quân y 103 trong nhiều năm qua, nhiều người bệnh mắc hội chứng ống cổ tay đã được điều trị, trong số đó không ít trường hợp đã được phẫu thuật mở dây chằng vòng cổ tay theo phương pháp kinh điển.

Trong vài năm trở lại đây, chúng tôi tiến hành mở dây chằng vòng cổ tay theo phương pháp ít xâm lấn, ít làm tổn thương các thành phần giải phẫu hơn.

Mục tiêu của nghiên cứu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dây chằng vòng, mở ống cổ tay, giải phóng chèn ép thần kinh giữa ở cổ tay bằng kỹ thuật ít xâm lấn.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 32 trường hợp được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay, được điều trị bằng phẫu thuật cắt dây chằng vòng cổ tay trong giai đoạn từ tháng 02/2020 - 12/2022 tại Bệnh viện Quân y 103.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- > 17 tuổi.
- Triệu chứng lâm sàng: Ô mô cái teo; tê bì bồng buốt mặt gan NI, NII, NIII bàn tay; dấu hiệu Tinel (+), dấu hiệu Phalen (+).
- Điện thần kinh (EMG) khẳng định hội chứng ống cổ tay.
- Không có tổn thương xương khớp cổ tay trên X-quang quy ước.
- Không có khối u phần mềm hoặc khối choán chỗ vùng cổ tay trên MRI.
- Đã được điều trị nội khoa > 3 tháng nhưng không đỡ hoặc kết quả không ổn định, tái phát nhiều lần.

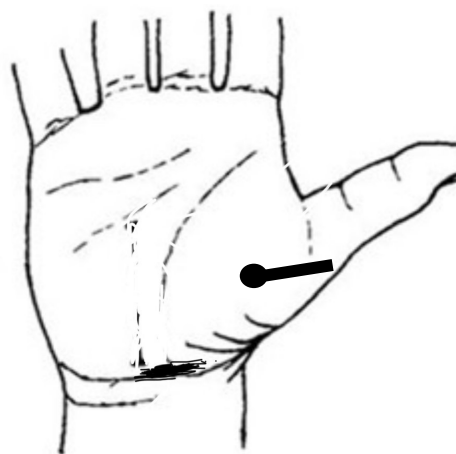
\* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Có chấn thương cũ hoặc đã phẫu thuật vùng cổ tay.
- Có tổn thương mạch máu, thần kinh chi trên cùng bên.
- Không hợp tác nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, kết hợp mô tả cắt ngang và theo dõi dọc.

\* *Quy trình phẫu thuật:* Vô cảm tê đám rối hoặc tê tại chỗ. Rạch da dài 2 cm theo nếp gấp cổ tay (Hình 1). Rạch cân căng tay theo đường rạch da, bộc lộ thần kinh giữa ở trên nếp gấp cổ tay. Đặt 1 nhánh của kéo ở dưới dây chằng vòng (trong ống cổ tay), 1 nhánh kéo ở trên dây chằng vòng (dưới da). Đẩy kéo từ bờ trên dây chằng vòng cổ tay đến bờ dưới dây chằng vòng cổ tay (tương ứng bờ dưới ngón I khi dạng tối đa). Dùng pince kiểm tra đảm bảo dây chằng vòng đã được cắt hết. Kiểm tra ống cổ tay và thần kinh giữa. Khâu đóng vết mổ một lớp. Sau mổ, BN được hướng dẫn tập vận động và hẹn kiểm tra sau phẫu thuật.



Hình 1: Rạch da theo nếp gấp cổ tay.

Đánh giá kết quả gần (thời gian nằm viện sau phẫu thuật) dựa vào: Tình trạng vết mổ, các biến chứng (chảy máu, nhiễm khuẩn), tình trạng trầm trọng thêm các triệu chứng chủ quan.

Đánh giá kết quả xa ( $\geq 6$  tuần sau phẫu thuật) dựa vào: Mức độ phục hồi chức năng của bàn tay, thang điểm BCTQ (Boston Carpal Tunnel Questionnaire) và mức độ hài lòng của người bệnh ở thời điểm  $\geq 6$  tuần sau phẫu thuật [4].

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 32 BN, trong đó có 2 BN nam, 30 BN nữ; tuổi trung bình là 54,15 (36 - 74 tuổi).

Tay phải gặp 18 trường hợp, tay trái gặp 9 trường hợp, cả hai tay có 5 trường hợp (tổng có 37 bàn tay).

Thời gian từ khi có dấu hiệu đến khi được phẫu thuật trung bình 11 tháng (9 - 18 tháng).

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong khoảng 3 - 5 ngày.

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều được đánh giá kết quả ở thời điểm  $> 6$  tuần sau phẫu thuật, thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là 10 tháng (3 - 36 tháng). Trong đó, thời điểm được kiểm tra kết quả lần cuối cùng sau phẫu thuật được phân bố như sau:

- Từ 6 tuần - 6 tháng: 4 trường hợp.
- $> 6$  tháng - 12 tháng: 10 trường hợp.
- $> 12$  tháng: 18 trường hợp.

Kết quả gần:

- Không có trường hợp nào bị tổn thương thêm.

- Không có trường hợp nào bị trầm trọng thêm các triệu chứng chủ quan của người bệnh.

- Không có trường hợp nào bị chảy máu hoặc nhiễm khuẩn.

Kết quả xa:

- Hết tê hoàn toàn: 30/37 bàn tay (81,08%).

- Còn tê dai dẳng: 6/37 bàn tay (16,22%) nhưng mức độ giảm nhiều so với trước khi phẫu thuật.

- Tê tái phát: 1/37 bàn tay (2,7%). Trường hợp này sau phẫu thuật đã hết tê các ngón tay, vận động thuận lợi, dễ dàng trong cuộc sống hằng ngày. Tuy nhiên, đến tháng thứ 14 sau phẫu thuật, người bệnh thấy các ngón I, II, III tê trở lại với tính chất như trước phẫu thuật nhưng với mức độ nhẹ hơn. BN ngâm tay nước ấm, không điều trị gì thêm.

Điểm BCTQ trung bình 1,15 điểm (1,0 - 2,5 điểm).

Tỷ lệ hài lòng sau phẫu thuật: 32/32 trường hợp (100%).

## BÀN LUẬN

### \* Kết quả phẫu thuật:

Trong nghiên cứu, với thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật 10 tháng, điểm BCTQ đạt 1,15 điểm (1,0 - 2,5 điểm). Tỷ lệ hài lòng sau phẫu thuật đạt 100%. Có 30/37 bàn tay (81,08%) hết tê hoàn toàn sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của Tang C.Q.Y. và CS [5] ghi nhận điểm BCTQ trung bình là 1,1 điểm (1,0 - 2,55 điểm). Thời gian theo dõi trung bình là 11,3 tháng (3,5 - 29,5 tháng).

Theo Louie D. và CS [6], tỷ lệ thành công sau phẫu thuật trong khoảng 75 - 90%. Çeliker R. và CS [7] đã chỉ ra kết quả điều trị bảo tồn bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố như tuổi người bệnh, thời gian mang bệnh, mức độ các dấu hiệu trên lâm sàng và điện thần kinh.

Theo nghiên cứu của Atroshi I. và CS [8], tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật từ 6%. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 1/37 bàn tay (2,7%) bị tái phát. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có số lượng BN không lớn so với nghiên cứu tham khảo trên nên cần tiếp tục đánh giá với số lượng nhiều hơn.

Tỷ lệ tê dai dẳng trong nghiên cứu của Tang C.Q.Y. và CS [5] là 3,75%. Nghiên cứu của chúng tôi có 6/37 bàn tay (16,22%) vẫn còn tê, tình trạng tê

mặt gan NI, II, III không hết hoàn toàn, mặc dù giảm nhiều.

Các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật vẫn có sự khác biệt giữa các nghiên cứu: Có nghiên cứu cho rằng nam giới có kết quả kém hơn nữ giới, nhưng có nghiên cứu lại cho rằng không có sự khác biệt về kết quả giữa nữ giới và nam giới. Không có sự khác nhau về kết quả sau phẫu thuật giữa tay thuận và tay không thuận [5].

### \* Phẫu thuật hay điều trị bảo tồn:

Chỉ định phẫu thuật căn cứ vào thời gian mắc bệnh và điều trị bảo tồn ở các nghiên cứu chưa được thống nhất. Theo nghiên cứu của Ehsan A. và CS [9], chỉ định phẫu thuật khi người bệnh đã được điều trị bảo tồn 6 tháng nhưng tình trạng bệnh không cải thiện. Nghiên cứu khác lại chỉ định phẫu thuật ở thời điểm 3 tháng sau điều trị bảo tồn không cải thiện.

Nhóm BN của chúng tôi phần lớn đã bị teo cơ khá rõ. Nhiều trường hợp theo đuổi điều trị bảo tồn với thời gian dài (6 - 18 tháng) từ khi có dấu hiệu nên tình trạng tổn thương đã trầm trọng. Người bệnh điều trị nội khoa bằng vật lý trị liệu, tiêm corticosteroid hoặc kết hợp cả hai phương pháp.

Trong nghiên cứu, chỉ có 01/37 bàn tay (2,7%) bị tê tái phát sau 13 tháng phẫu thuật. Ở trường hợp này, các triệu

chứng đều cải thiện sau phẫu thuật. Hiện tại, người bệnh chỉ ngâm tay nước ấm, chưa phải can thiệp gì thêm.

Theo nghiên cứu của Ehsan A. và CS [9], hội chứng ống cổ tay được chẩn đoán sớm, điều trị sớm thì các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt.

Nghiên cứu của chúng tôi có 30/37 bàn tay (81,08%) hết tê hoàn toàn. Tất cả các trường hợp (100%) đều hài lòng với kết quả phẫu thuật.

\* *Phẫu thuật nội soi hay mổ mở:*

Nhiều báo cáo [8, 10] đã chỉ ra: Phẫu thuật nội soi và mổ mở đều đem lại kết quả tốt, lâu dài. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi có ưu điểm là ít đau hơn trong những tuần đầu sau phẫu thuật, người bệnh có cơ hội quay trở lại công việc sớm hơn.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành mổ mở cắt phóng dây chằng vòng cổ tay. Tuy nhiên, có sự khác biệt với phẫu thuật kinh điển. Trong khi phẫu thuật kinh điển phải rạch da theo nếp gấp giữa ô mô cái và ô mô út, bộc lộ toàn bộ dây chằng vòng cổ tay thì chúng tôi chỉ rạch da ở nếp gấp cổ tay, sau đó dùng kéo đẩy làm đứt dây chằng vòng cổ tay (cắt dưới da). Do vậy, các thành phần giải phẫu bị can thiệp cũng tương tự như phẫu thuật nội soi.

Tuy nhiên, có câu hỏi đặt ra là: Cắt dây chằng vòng cổ tay trong khi thần kinh giữa và các nhánh của nó không

được che chắn bảo vệ như trong phẫu thuật nội soi có an toàn không? Kỹ thuật của chúng tôi là “đẩy” kéo chứ “không cắt” và đẩy từ cổ tay xuống bàn tay nên ít có nguy cơ làm tổn thương các nhánh của thần kinh giữa.

Kết quả của nghiên cứu đã minh chứng điều đó. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có dấu hiệu bị tổn thương các nhánh thần kinh giữa phía dưới sau phẫu thuật. Tất cả trường hợp đều cải thiện các triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của Eon K.S. [10] so sánh phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở dây chằng vòng cổ tay kinh điển cho thấy kết quả lâu dài không có sự khác biệt. Về chi phí, phẫu thuật nội soi tốn nhiều hơn so với phẫu thuật mở kinh điển. Tuy nhiên, biến chứng tổn thương mạch máu, thần kinh khi phẫu thuật nội soi ít hơn có ý nghĩa thống kê so với phẫu thuật mở kinh điển.

## KẾT LUẬN

Phẫu thuật can thiệp ít xâm lấn cắt dây chằng vòng cổ tay giải phóng chèn ép thần kinh giữa điều trị hội chứng ống cổ tay mang lại hiệu quả rõ ràng, an toàn.

Kỹ thuật không đòi hỏi bộc lộ hoàn toàn dây chằng vòng cổ tay, ít tổn thương các thành phần giải phẫu vùng cổ tay, không gặp tai biến và biến chứng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Gelfman R., Melton L.J., Yawn B.P., et al. (2009). Long-term trends in carpal tunnel syndrome. *Neurology*; 72(1): 33-41.
2. Siegel D.B., Kuzma G., Eakins D. (1995). Anatomic investigation of the role of the lumbrical muscles in carpal tunnel syndrome. *Journal of Hand Surgery*; 20(5): 860-863.
3. Phalen G.S. (1951). Spontaneous compression of the median nerve at the wrist. *J Am Med Assoc*; Apr 14, 145(15): 1128-1133.
4. Levine D.W., Simmons B.P., Koris M.J., et al. (1993). A self-administered questionnaire for the assessment of severity of symptoms and functional status in carpal tunnel syndrome. *J.B.J.S*; 75(11): 1585-1592.
5. Tang C.Q.Y., Lai S.W.H., Tay S.C. (2017). Long-term outcome of carpal tunnel release surgery in patients with severe carpal tunnel syndrome. *The Bone and Joint Journal*; 99-B(10): 1348-1353.
6. Louie D., Earp B., Blazar P. (2012). Long-term outcomes of carpal tunnel release: A critical review of the literature. *Hand (New York, NY)*; 7(3): 242-246.
7. Çeliker R., Arslan S., Inan F. (2002). Corticosteroid injection vs. nonsteroidal anti-inflammatory drug and splinting in carpal tunnel syndrome. *Am J Phys Med Rehabil*; 81:182-186.
8. Atroshi I., Hofer M., Larsson G.U., et al. (2009). Open compared with 2-portal endoscopic carpal tunnel release: A 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *J Hand Surg Am*; 34: 266-272.
9. Ehsan A., Seyed R.B., Homa H., et al. (2020). Carpal tunnel surgery: Predictors of clinical outcomes and patients' satisfaction. *BMC Musculoskeletal Disorders*; 21: 51.
10. Eon K.S. (2019). Endoscopic versus open carpal tunnel release. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*; 12: 509-514.