

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỔNG CỔ TAY TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

*Nguyễn Ánh Sang¹, Nguyễn Văn Bình¹, Bùi Văn Phúc¹,
Nguyễn Xuân Luyện¹, Nguyễn Xuân Thắng¹*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay bằng thang điểm Boston questionnaire.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 71 bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay được phẫu thuật cắt dây chằng ngang giải phóng chèn ép thần kinh giữa trong ống cổ tay tại bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2019 đến tháng 10/2021. Đánh giá điểm Boston trước phẫu thuật, 1 tháng, 3 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật.

Kết quả: Điểm Boston đánh giá mức độ nặng các triệu chứng (SSS) trung bình trước phẫu thuật là $3,24 \pm 0,55$ điểm, không có bệnh nhân ở phân độ bình thường và nhẹ. Điểm đánh giá chức năng bàn tay (FSS) trung bình trước phẫu thuật là $3,01 \pm 0,78$ điểm, không có bệnh nhân ở phân độ bình thường. Cả hai điểm SSS và FSS giảm dần sau phẫu thuật tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 12 tháng. Sau 3 tháng, 98,59% điểm SSS và 100% điểm FSS về mức độ bình thường hoặc nhẹ. Sau 12 tháng, 91,55% điểm SSS và 95,77% điểm FSS về mức độ bình thường.

Kết luận: Kết quả điều trị của bệnh nhân hội chứng ống cổ tay theo thang điểm Boston questionnaire có cải thiện sau phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Hội chứng ống cổ tay, Boston questionnaire

AN ASSESSMENT AFTER CARPAL TUNNEL RELEASE AT MILITARY HOSPITAL 175

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Ánh Sang (dr.anhsang@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/02/2022, ngày phản biện: 03/03/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/03/2022

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the outcome at 1 month, 3 months and 12 months after surgery for carpal tunnel syndrome using the Boston questionnaire.

Subjects and methods: A cross retrospective describing study on 71 patients with carpal tunnel syndrome underwent transverse ligamentectomy to release compression of the median nerve in the carpal tunnel in the Military Medical Institute 175 from January 2019 to October 2021. Evaluation of the Boston questionnaire, before surgery, 1 month, 3 months and 12 months after surgery.

Results: The mean preoperative score of Symptom Severity Scale (SSS) is 3.24 ± 0.55 , no patient in normal or mild level. The mean preoperative score of Functional Status Scale (FSS) is 3.01 ± 0.78 , no patient in normal level. Both SSS and FSS scores decreased after surgery at 1 month, 3 months, 12 months. After 3 months, 98.59% of SSS scores and 100% of FSS scores are in the normal or mild range. After 12 months, 91.55% of SSS scores and 95.77% of FSS scores are in the normal range.

Conclusion: The outcome of carpal tunnel patients improved after surgery for carpal tunnel syndrome, the improvement was statistically significant.

Key words: carpal tunnel syndrome, Boston questionnaire

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (HC OCT) là một hội chứng thường gặp trong các bệnh lý chèn ép dây thần kinh ngoại biên. Năm 1854, hội chứng ống cổ tay được James Paget mô tả lần đầu tiên trong y văn. Có nhiều nguyên nhân gây bệnh khác nhau, trong đó hay gặp ở những người mà công việc phải vận động cổ tay nhiều, ngoài ra còn gặp ở những người bị bệnh gout, đái tháo đường, chạy thận nhân tạo. Hội chứng ống cổ tay tuy không nguy hiểm đến tính mạng, nhưng những rối loạn cảm giác mà

bệnh lý gây ra, về lâu dài có thể dẫn đến tàn tật do tổn thương thần kinh, mất khả năng lao động cũng như sinh hoạt hàng ngày, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Việc phẫu thuật giải ép thần kinh giữa trong điều trị hội chứng ống cổ tay đã được thực hiện tại nhiều bệnh viện trên cả nước và quốc tế, cũng đã có nhiều báo cáo về phương pháp điều trị. Nhằm mục đích đánh giá hiệu quả phương pháp phẫu thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay tại Bệnh viện Quân y 175”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân bị HC OCT được phẫu thuật cắt dây chằng ngang giải phóng chèn ép TK giữa trong OCT tại bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2019 đến tháng 10/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân trưởng thành (≥ 18 tuổi) được chẩn đoán xác định HC OCT theo tiêu chuẩn Viện thần kinh học Hoa Kỳ kèm theo phải có chỉ định ngoại khoa: Teo cơ ô mô cái, các triệu chứng tê, đau thường trực ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. HC OCT mức độ nặng (phân loại theo Steven) hoặc mức độ trung bình đã điều trị bảo tồn ≥ 2 tháng không cải thiện các triệu chứng hoặc rối loạn cảm giác, rối loạn vận động tăng lên. [4]

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân từ chối, không đồng ý tham gia nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu của bệnh án mẫu nghiên cứu.

- Các bệnh nhân có bệnh TK khác như viêm đa dây TK, bệnh lý đám rối TK cánh tay.

- Bệnh nhân không tái khám sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiến cứu, quan sát mô tả, không nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện lần lượt 71 bệnh nhân trưởng thành (≥ 18 tuổi) đủ tiêu chuẩn từ tháng 01/2019 đến tháng 10/2021

2.2.3. Công cụ thu thập thông tin:

- Bệnh án nghiên cứu; bảng Boston questionnaire;

Các biến số chính trong nghiên cứu:

- Các biến độc lập: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, tiền sử bệnh lý, tiền sử điều trị hội chứng ống cổ tay.

- Các biến phụ thuộc: Điểm mức độ nặng triệu chứng và điểm chức năng bàn tay của thang điểm Boston Questionnaire;

2.2.4. Phân tích và xử lý số liệu:

- Nhập, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.1

- Phương pháp thống kê: Sử dụng các thuật toán thống kê y học:

+ Phép kiểm Chi bình phương so sánh hai tỉ lệ

+ Phép kiểm t-test so sánh hai trung bình

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

+ Phép kiểm ANOVA so sánh nhiều trung bình

+ Tìm mối tương quan giữa hai đại lượng

2.2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Bước 1: Đánh giá bệnh nhân trước mổ: Phỏng vấn bệnh nhân để thu

thập các thông tin về đối tượng trong thời gian 30 phút. Khám các triệu chứng thực thể, làm điện thần kinh - cơ. Đánh thang điểm Boston questionnaire

- Bước 2: Đánh giá kết quả sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 12 tháng bằng thang điểm Boston questionnaire qua phỏng vấn điện thoại [1].

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ của nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu (n=71)

Giới tính	Nam: 17 (23,94%) Nữ: 54 (76,06%)
Tỉ lệ nam/nữ	1 / 3,18
Tuổi trung bình	48,52 ± 9,71 tuổi tuổi: 18–25 (0%); 26–64 (95,77%); ≥65 (4,23%)
Thời gian mắc bệnh trung bình	14,31 ± 8,01 tháng
Nghề nghiệp	Công nhân: 39,44% Nội trợ: 26,76% Nông dân: 19,72% Cán bộ, học sinh, sinh viên: 8,45% Buôn bán tự do: 5,63%
Tiền sử điều trị hội chứng ống cổ tay	100% đã điều trị trước khi nhập viện

Nhận xét: Trong 71 bệnh nhân có 54 bệnh nhân nữ (76,06%) và 17 bệnh nhân nam (23,94%). Tỉ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1/3,18, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, kiểm định Chi bình phương). Tuổi của các bệnh nhân dao động từ 28

tuổi đến 71 tuổi. Tất cả các bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay đều đã điều trị trước đây với thời gian mắc bệnh trung bình là $14,31 \pm 8,01$ tháng, người mắc hội chứng ống cổ tay ngắn nhất là 5 tháng và dài nhất là 60 tháng. Công nhân là nhóm nghề

nghiệp chiếm tỉ lệ cao nhất tương ứng với thời gian đã điều trị nhỏ nhất là 02 tháng 28 người. Tất cả các bệnh nhân bị HC OCT và lớn nhất là 18 tháng. đều đã điều trị trước đây. Bệnh nhân có

3.2. Điểm Boston trước phẫu thuật và liên quan với phân độ điện sinh lý

Bảng 3.2: Điểm Boston trung bình trước phẫu thuật

		Nhỏ nhất	Lớn nhất
Bảng điểm SSS trước PT	3,24 0,55	2,18	4,36
Bảng điểm FSS trước PT	3,01 0,78	1,5	4,25

Nhận xét: Điểm SSS trung bình trước phẫu thuật cho thấy các bệnh nhân ở mức độ trung bình đến mức độ rất nặng. Điểm FSS trung bình trước phẫu thuật cho thấy các bệnh nhân ở mức độ nhẹ đến mức độ rất nặng.

Bảng 3.3: Phân độ theo điểm Boston trung bình trước phẫu thuật

Mức độ	SSS : n (%)	FSS : n (%)
Bình thường	0 (0)	0 (0)
Nhẹ	0 (0)	8 (11,27)
Trung bình	29 (40,84)	29 (40,84)
Nặng	41 (57,75)	32 (45,07)
Rất nặng	1 (1,41)	2 (2,82)

Nhận xét: Không có bệnh nhân ở phân độ bình thường. Ở mức độ nhẹ, thang điểm FSS có 8 bệnh nhân còn bên SSS không có. Theo thang điểm mức độ nặng các triệu chứng và thang điểm chức năng bàn tay, bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao ở mức độ trung bình và nặng, bệnh nhân ở mức độ rất nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất.

Bảng 3.4: Liên quan giữa điểm Boston trước phẫu thuật và phân độ điện sinh lý

Phân độ điện sinh lý thần kinh	Điểm Boston trung bình		Tổng số (n=71)
	SSS	FSS	
Nhẹ	2,53 0,41	2,18 0,51	5 (7,05%)
Trung bình	2,92 0,39	2,56 0,58	37 (52,11%)
Nặng	3,75 0,21	3,73 0,31	29 (40,82%)
p	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét: Có sự liên quan rõ rệt giữa điểm Boston triệu chứng và chức năng với

phân độ điện sinh lý ($p < 0,001$).

Bảng 3.5: Liên quan giữa phân độ Boston trước phẫu thuật và phân độ điện sinh lý

	Liên quan giữa phân độ SSS với phân độ điện sinh lý			Liên quan giữa phân độ FSS với phân độ điện sinh lý		
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Bình thường						
Nhẹ				2	6	
Trung bình	4	25		3	24	2
Nặng	1	12	28		7	25
Rất nặng			1			2

Nhận xét: Có mối tương quan đồng biến, mức độ mạnh giữa phân độ Boston triệu chứng với phân độ điện sinh lý ($r=0,6529$, $p < 0,001$). Có mối tương quan đồng biến, mức độ mạnh giữa phân độ Boston chức năng với phân độ điện sinh lý ($r=0,6962$, $p < 0,001$).

3.3. Điểm Boston sau phẫu thuật

Bảng 3.6: Điểm Boston trung bình sau phẫu thuật

	X ± SD	
	SSS	FSS
Trước phẫu thuật	3,24 ± 0,55	3,01 ± 0,78
Sau phẫu thuật 1 tháng	1,53 0,32	1,42 0,29
Sau phẫu thuật 3 tháng	1,31 0,24	1,17 0,17
Sau phẫu thuật 12 tháng	1,01 0,05	1,02 0,11

Nhận xét: Trung bình điểm SSS/ FSS giảm dần sau phẫu thuật tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 12 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (kiểm định ANOVA).

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi của các bệnh nhân dao động từ 28 tuổi đến 71 tuổi, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $48,52 \pm 9,71$ tuổi. Độ tuổi thường gặp của nhóm nghiên cứu là 26 – 64 tuổi, chiếm 95,77 % số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Như vậy, các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đa phần ở lứa tuổi trung niên. Nhìn chung, hội chứng ống

cổ tay khởi phát chủ yếu ở bệnh nhân độ tuổi trung niên, sau khi đã tham gia lao động, làm việc nhiều năm. Hơn nữa, do đặc điểm cấu tạo của ống cổ tay là một đường hầm không đàn hồi, trên là mô sợi, dưới là xương. Ở bệnh nhân có tuổi, các thành phần trong ống cổ tay kém đàn hồi hơn lúc trẻ, sự phì đại màng hoạt dịch gân gấp do sự thoái hóa mô liên kết, xơ cứng mạch máu, phù nề và phân mảnh collagen cũng tăng dần theo tuổi, vì vậy khi thể tích các thành phần trong ống cổ tay của người trung niên tăng lên do bất cứ nguyên nhân gì cũng sẽ dẫn đến việc tăng áp lực trong ống này và dễ bị mắc hội chứng ống cổ tay hơn so với người trẻ. Đây là những yếu tố thuận lợi dẫn đến tăng nguy cơ xuất hiện hội chứng ống cổ tay.

Trong số 71 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 54 bệnh nhân nữ (76,06 %) và 17 bệnh nhân nam (23,94 %), tỉ lệ nam/nữ là 1/3,18. Bằng phép kiểm Chi bình phương, đã cho thấy sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy tỉ lệ nữ giới mắc hội chứng ống cổ tay nhiều hơn nam giới. Tất cả các nghiên cứu trong nước và quốc tế đều cho thấy hội chứng ống cổ tay, tỉ lệ nữ mắc nhiều hơn nam [2],[3],[4]. Hiện nay y văn vẫn chưa có kết luận cụ thể vì sao tỉ lệ mắc ở nữ cao hơn ở nam. Tuy nhiên, có một số báo cáo giải thích rằng các kích thích tố nội tiết nữ có vai trò quan trọng làm cho tỉ lệ mắc

hội chứng này ở nữ giới cao hơn nam giới, người ta xác định thụ thể estrogen ở dây chằng ngang ống cổ tay, trong tế bào xơ non và tế bào màng hoạt dịch của các bao gân trong ống cổ tay và estrogen có vai trò điều hoà sinh tổng hợp collagen và tăng sinh các tế bào xơ non. Ở những bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay, thì các thụ thể này bị kích ứng làm thay đổi thành phần collagen dẫn đến các thành phần trong ống cổ tay giảm độ đàn hồi và rất dễ bị tổn thương khi chuyển động trong ống cổ tay, gây phù nề làm tăng áp lực trong ống cổ tay và cuối cùng dẫn đến hội chứng ống cổ tay [3]. Cũng có nghiên cứu đưa ra luận điểm rằng có thể do ống cổ tay ở phụ nữ nhỏ hơn ở nam giới [7], mà kích thích gân tương đương nên làm cho thể tích đường hầm nhỏ hơn [5], và khi mang thai sự gia tăng kích thích tố làm cho phù nề tổ chức làm tăng thể tích bên trong ống cổ tay làm tăng nguy cơ mắc hội chứng ống cổ tay ở nữ [4]. Một số tác giả cho rằng có sự khác biệt về tỉ lệ mắc hội chứng ống cổ tay giữa nam và nữ là do nữ giới phải làm công việc nội trợ nhiều hơn [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nghề nghiệp có sự phân bố ở nhóm công nhân làm việc trong phân xưởng, nhà máy, công nhân cơ khí, xây dựng, thợ rèn, thợ mộc và nội trợ gặp nhiều hơn các nhóm nghề khác với tỉ lệ lần lượt là 39,44% và 26,76%, nhóm nông dân chiếm tỉ lệ 19,72%, nhóm buôn bán tự do chủ yếu

bán thực phẩm như cá, thịt, hàng ăn phải làm các động tác chặt, băm nhiều chiếm 5,63%, và cán bộ, học sinh, sinh viên là những người sử dụng máy tính thường xuyên, viết lách nhiều chiếm tỉ lệ là 8,45%. Tham khảo nhiều tài liệu nghiên cứu trước đây, chúng tôi nhận thấy kết quả này cũng phù hợp với nhiều tác giả khác, mặc dù tỉ lệ nghề nghiệp có thay đổi tùy từng nghiên cứu nhưng tất cả cũng đều cho rằng hội chứng ống cổ tay hay gặp ở những người có nghề nghiệp sử dụng cổ tay nhiều [4]. Một số nghiên cứu cho rằng nhóm những người sử dụng máy tính thường xuyên trên 12 giờ/ngày, hoặc dùng chuột máy tính trên 20 giờ/tuần có nguy cơ mắc hội chứng ống cổ tay cao hơn nhóm những người khác [3]. Mặc dù chưa có nghiên cứu nào khẳng định nghề nghiệp là nguyên nhân gây bệnh, nhưng các nghiên cứu về sự liên quan giữa nghề nghiệp và hội chứng ống cổ tay đều cho thấy tăng nguy cơ mắc bệnh với công việc sử dụng cổ tay với cường độ làm việc nặng, lặp đi lặp lại, hoặc phải làm việc với những dụng cụ nặng, độ rung gập cao, sử dụng lực ở cổ tay mạnh [4]. Ở những tư thế này áp lực trong ống cổ tay sẽ tăng lên tác động tới dây thần kinh giữa, nếu kéo dài có thể làm cho dây thần kinh bị tổn thương và dẫn đến hội chứng ống cổ tay [3].

Trong 71 người tham gia nghiên cứu thì 100% đã phát hiện hội chứng ống cổ tay và điều trị nội khoa trước đó. Bệnh

nhân đã được điều trị ít nhất là 02 tháng và dài nhất là 18 tháng. Phương pháp điều trị nội khoa chủ yếu được áp dụng là sử dụng thuốc chống viêm không steroid đường uống, thuốc giảm đau, và tiêm corticoid tại chỗ.

Thời gian mắc bệnh là khoảng thời gian được tính từ lúc bệnh nhân có triệu chứng lần đầu tiên đến lúc thu thập thông tin lần đầu, thời gian này phụ thuộc vào thời điểm bệnh nhân đến khám. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân khi tính tại lúc đến khám là $14,31 \pm 8,01$ tháng, trong đó sớm nhất từ khi biểu hiện triệu chứng đến khi gặp chúng tôi là 05 tháng và muộn nhất là 60 tháng. Trong những bệnh nhân đó, có 28 người có thời gian mắc bệnh trên 12 tháng, đa phần là những bệnh nhân được điều trị hội chứng ống cổ tay theo phương pháp nội khoa và/hoặc tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng đã lâu. Ở Việt Nam, trong nghiên cứu của Đặng Hoàng Giang (2014) với 34 bệnh nhân, có thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân trước khi đến khám là 27,61 tháng, sớm nhất là 15 tháng và muộn nhất là 41 tháng [1]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của Trần Quyết (2017) và cộng sự cũng có thời gian mắc bệnh trung bình là $22,9 \pm 14,8$ tháng [4]. Trong nghiên cứu của Phan Hồng Minh (2019) thời gian mắc bệnh trung bình của các bệnh nhân là 20,13 tháng [3]. Kết quả của

Nguyễn Ảnh Sang (2020) thời gian mắc bệnh trung bình là $16,12 \pm 7,85$ tháng [4]. Thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn thời gian của một số tác giả trong nước, điều này có thể do trình độ dân trí của nước ta ngày càng tăng lên, người dân đã dần quan tâm chăm sóc sức khỏe của mình hơn trước.

4.2. Điểm Boston Questionnaire trước và sau phẫu thuật

Thang điểm Boston là một trong những thang điểm hay được sử dụng nhất trong các nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của hội chứng ống cổ tay trên lâm sàng hiện nay. Thang điểm này gồm 2 phần đánh giá là đánh giá mức độ nặng triệu chứng và đánh giá chức năng bàn tay. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bảng điểm đánh giá mức độ nặng các triệu chứng thể hiện các bệnh nhân đều ở mức độ trung bình đến mức độ rất nặng, thể hiện bằng điểm số trung bình là $3,24 \pm 0,55$ điểm. Ở bảng điểm đánh giá chức năng bàn tay lại cho thấy các bệnh nhân biểu hiện ở mức độ từ nhẹ đến rất nặng, với điểm trung bình là $3,01 \pm 0,78$ điểm. Lý giải cho sự khác biệt trên, có nghiên cứu cho rằng, ở mức độ nhẹ và rất nhẹ thường chỉ có tổn thương dẫn truyền cảm giác của dây giữa, không có tổn thương dẫn truyền vận động nên biểu hiện trên lâm sàng chủ yếu là các rối loạn cảm giác và các biểu hiện này thể hiện trên thang điểm đánh giá mức độ nặng của các triệu chứng. Chỉ khi có tổn thương

ở mức độ trung bình, nhất là nặng và rất nặng thì mới ảnh hưởng đến dẫn truyền vận động của dây giữa dẫn đến rối loạn chức năng vận động bàn tay của người bệnh được thể hiện trên điểm chức năng bàn tay. Giải thích này tương đối phù hợp với một số nghiên cứu khác như của tác giả Lê Thị Liễu, điểm trung bình FSS là $1,28 \pm 0,44$ điểm thấp hơn điểm trung bình SSS với $1,82 \pm 0,66$ điểm [2], tác giả Phan Hồng Minh với điểm SSS là $1,97 \pm 0,46$ điểm và điểm FSS là $1,5 \pm 0,55$ điểm [3], tác giả Nguyễn Ảnh Sang với điểm SSS là $3,05 \pm 0,59$ điểm và điểm FSS là $2,77 \pm 0,76$ điểm [4]. Do mức độ tổn thương dây thần kinh giữa của các bệnh nhân trong các nghiên cứu khác nhau nên điểm trung bình SSS và FSS trước phẫu thuật cũng khác nhau. Điểm trung bình SSS và FSS trước phẫu thuật của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu trên 34 bệnh nhân của Đặng Hoàng Giang (2014) có điểm trung bình SSS và FSS lần lượt là 3,74 và 3,59 [1]. Điều này có thể do các bệnh nhân của chúng tôi đến khám ở thời điểm sớm hơn, đã tìm hiểu một số thông tin về bệnh và từng điều trị nội khoa bảo tồn nên các triệu chứng còn nhẹ hơn. Kết quả nghiên cứu điểm trung bình SSS và FSS của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của các tác giả Phan Hồng Minh (2019) với điểm trung bình SSS là $1,97 \pm 0,46$ điểm và điểm trung bình FSS là $1,5 \pm 0,55$ điểm [3], Jacqueline Siau Woon Tan (2012) với điểm trung bình SSS và FSS lần lượt là 2,02 điểm và 1,7 điểm

[8], César Fernández-de-las Penās (2015) với điểm trung bình SSS là $2,7 \pm 0,6$ điểm và điểm trung bình FSS là $2,4 \pm 0,6$ điểm [6]. Điểm trung bình của bảng điểm Boston giữa nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả trên có sự khác biệt. Điều này có thể do nền y tế cộng đồng tại địa phương của các tác giả nghiên cứu phát triển, bệnh nhân được tuyên truyền giáo dục về bệnh tốt, đến khám sớm hơn, do đó tình trạng bệnh nhẹ hơn. Qua đó càng nhận thức rõ công tác tuyên truyền, giáo dục phổ cập kiến thức y học cơ bản đến người dân là hết sức quan trọng, cần phải được tăng cường, đẩy mạnh.

Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng phân độ theo AAEM và Steven's chia thành 3 nhóm: Nhóm nhẹ, nhóm trung bình và nhóm nặng. Phân độ điện sinh lý thần kinh trong hội chứng ống cổ tay có vai trò rất quan trọng trong việc quyết định phương pháp điều trị cũng như trong tiên lượng cho người bệnh [3]. Theo bảng 3.5 cho thấy nhóm các trường hợp nhẹ chiếm 7,05%, nhóm trung bình chiếm 52,11% và nhóm nặng chiếm 40,82%. Bảng phép kiểm ANOVA cho thấy có sự liên quan rõ rệt giữa điểm Boston triệu chứng và chức năng với phân độ điện sinh lý với $p < 0,001$. Điểm Boston trung bình tăng dần cùng với mức độ nặng trên điện sinh lý. Giữa phân độ Boston triệu chứng và phân độ điện sinh lý có mối tương quan đồng biến ở mức độ mạnh ($r=0,6529$, $p < 0,001$), và

giữa phân độ Boston chức năng và phân độ điện sinh lý cũng có mối tương quan đồng biến ở mức độ mạnh ($r=0,6962$, $p < 0,001$). Nghiên cứu của Phan Hồng Minh (2019) cũng cho thấy có mối tương quan đồng biến giữa phân độ Boston triệu chứng và chức năng với phân độ điện sinh lý [3].

Sau phẫu thuật 12 tháng các trường hợp đều có tiến triển tốt trên lâm sàng theo điểm trung bình Boston về độ nặng triệu chứng và chức năng bàn tay. Bảng phép kiểm ANOVA, chúng tôi thấy rằng sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trước phẫu thuật điểm trung bình Boston triệu chứng là $3,24 \pm 0,55$ điểm, sau tháng thứ nhất giảm xuống $1,53 \pm 0,32$ điểm, đến tháng thứ ba là $1,31 \pm 0,24$ điểm, và sau phẫu thuật 12 tháng giảm còn $1,01 \pm 0,05$ điểm. Điểm trung bình Boston chức năng cũng giảm từ $3,01 \pm 0,78$ điểm lúc trước mổ xuống $1,42 \pm 0,29$ điểm sau 1 tháng và sau 3 tháng là $1,17 \pm 0,17$ điểm, và sau phẫu thuật 12 tháng giảm còn $1,02 \pm 0,11$ điểm (bảng 3.6). Trong điều trị phẫu thuật hội chứng ống cổ tay, việc cắt dây chằng ngang sẽ làm mở rộng khoang ống cổ tay dẫn đến giảm áp lực trong ống cổ tay, giảm sự chèn ép lên dây thần kinh giữa, giảm hiện tượng thiếu máu cục bộ của dây giữa và do đó làm cải thiện triệu chứng lâm sàng cũng như dẫn truyền thần kinh của dây giữa [3]. Dẫn truyền cảm giác thường phục hồi trước dẫn truyền vận động, trong trường hợp tổn thương kéo dài đã có thoái

hóa sợi trục thì khả năng phục hồi sẽ chậm hơn [3]. Hầu hết các tác giả cũng đều cho rằng phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay có tác dụng làm cải thiện triệu chứng lâm sàng ngay trong những tháng đầu tiên [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong nước và thế giới. Nghiên cứu tiến cứu của Trumble và cộng sự (2002) trên 192 bàn tay ở 147 bệnh nhân cho kết quả theo dõi điểm trung bình SSS và FSS ở tuần 52 sau phẫu thuật ở nhóm mổ nội soi lần lượt là $1,8 \pm 0,15$ điểm và $1,7 \pm 0,1$ điểm và ở nhóm mổ mở lần lượt là $1,8 \pm 0,1$ điểm và $1,7 \pm 0,11$ điểm [9]. Năm 2019, Phan Hồng Minh nghiên cứu trên 31 bàn tay mắc HC OCT sau phẫu thuật 3 tháng, theo dõi thấy điểm trung bình SSS là $1,19 \pm 0,22$ điểm và điểm trung bình FSS là $1,13 \pm 0,28$ điểm [3]. Năm 2020, Nguyễn Ảnh Sang báo cáo 33 trường hợp mắc HC OCT, sau phẫu thuật 3 tháng, điểm trung bình SSS là $1,28 \pm 0,27$ điểm và điểm trung bình FSS là $1,14 \pm 0,18$ điểm [4].

5. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị của bệnh nhân hội chứng ống cổ tay theo thang điểm Boston questionnaire có cải thiện sau phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hoàng Giang (2014), Kết quả điều trị phẫu thuật hội chứng ống cổ tay, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú,

Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Lê Thị Liễu (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện cơ và siêu âm Doppler năng lượng trong hội chứng ống cổ tay, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Phan Hồng Minh (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý thần kinh và điều trị hội chứng ống cổ tay vô căn ở người trưởng thành, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Nguyễn Ảnh Sang (2020), Đánh giá cải thiện giấc ngủ sau phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

5. Falkiner S. (2002), “When exactly can carpal tunnel syndrome be considered work-related”, ANZ J Surg., vol. 72 (3), pp. 204–209.

6. Penās C.F. (2015), “Manual physical therapy versus surgery for carpal tunnel syndrome: A randomized parallel-group trial”, The Journal of Pain, vol.16 (11), pp. 1087-1094.

7. Sassi S.A. (2016), “Gender differences in carpal tunnel relative cross-sectional area: A possible causative factor in idiopathic carpal tunnel syndrome”, Journal of Hand Surgery (European Volume), vol. 41 (6), pp. 638-642.

8. Tan J.S.W. (2012), “Outcomes of open carpal tunnel releases and its predictors. A prospective study”, Hand Surgery, vol. 17, pp. 341-345.

9. Trumble T.E. (2002), “Single-portal endoscopic carpal tunnel release compared with open release: A prospective, randomized trial”, J Bone Joint Surg Am,

vol. 84 (7), pp. 1107-15.

11. Nguyễn Thị Thu Vân, Đỗ Công Tâm, Phạm Thị Huỳnh Giao, et al. (2013), "Tình hình kiểm soát đái tháo đường típ 2 đạt mục tiêu điều trị tại phòng khám bệnh cấp cứu Trung Vương ", Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 17 (Phụ bản số 4).

12. Bùi Thị Nghi Quỳnh (2020), "Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tuân thủ tốt về chế độ ăn và các yếu tố liên quan tại bệnh viện nhân dân Gia Định", Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

13. Consultation W. e. (2008), "Waist circumference and waist-hip ratio", World Health Organization.

14. Huang T., Qi Q., Zheng Y., et al. (2015), "Genetic predisposition to central obesity and risk of type 2 diabetes: two independent cohort studies", Diabetes Care, 38 (7), pp. 1306-1311.

15. Nguyễn Thị Mỹ Châu (2017), "Tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường

type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện quận Thủ Đức Thành phố Hồ Chí Minh", Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

16. Nguyễn Thị Xuân Ái, Trương Thụy Kiều Oanh, Nguyễn Văn Tập (2016), "Tuân thủ điều trị đái tháo đường của người bệnh tại khoa Nội tim mạch - Nội tiết bệnh viện Bình Thạnh ", Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, Số 5 (Phụ bản số 20), pp. 514-521.

17. Trần Thị Xuân Hòa, Trần Thị Nguyệt (2012), "Tìm hiểu sự tuân thủ điều trị ngoại trú của bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai".

18. Lê Thị Hương Giang, Hà Văn Như (2013), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị bệnh đái tháo đường type 2 của người bệnh đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện 198 năm 2013", Tạp chí y học thực hành, 893 (11), pp. 93-97.