

LIỆT ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY: 5 NĂM KINH NGHIỆM TẠI KHOA PHẪU THUẬT TẠO HÌNH - THẨM MỸ - BÀN TAY, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hồ Mẫn Trường Phú¹, Lê Khánh Linh¹,
Nguyễn Minh Mẫn¹, Nguyễn Đăng Huy Nhật¹

TÓM TẮT

Mục tiêu:

Đánh giá kết quả điều trị liệt đám rối thần kinh cánh tay trong vòng 5 năm tại khoa PTTH – TM -BT, Bệnh viện Trung ương Huế.

Giới thiệu:

Liệt đám rối thần kinh cánh tay là một trong những tổn thương nặng nề nhất đối với chi trên, thường liên quan với các chấn thương giảm tốc như tai nạn xe máy và thường gặp ở nam giới. Phẫu thuật được cho là can thiệp hợp lý nhất trong trường hợp này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Từ năm 2013 – 2018, 51 bệnh nhân đã được phẫu thuật và đánh giá đầy đủ. Đồng thời chúng tôi vẫn đang tiếp tục đánh giá và sẽ cập nhật đầy đủ tổng quan kết quả điều trị liệt ĐRTK trong 10 năm trong thời gian tới.

Chúng tôi đánh giá toàn bộ bệnh nhân với các phương pháp phẫu thuật trong tổn thương ĐRTK như: giải phóng thần kinh, ghép thần kinh, chuyển thần kinh, khâu nối trực tiếp, chuyển gân cơ chức năng, chuyển cơ chức năng vi phẫu, hàn khớp và cuối cùng nặng nề nhất là đoạn chi.

Ở đây chúng tôi đánh giá theo thang điểm về mức độ phục hồi của MRC với 5 độ. Sau phẫu thuật theo dõi và đánh giá, nếu sự phục hồi cho các nhóm cơ đạt được M3 thì hiệu quả về mặt chức năng được đánh giá là tốt, M4 hoặc cao hơn là xuất sắc, M2 là kém.

Kết quả

Trong 51 bệnh nhân được điều trị liệt ĐRTK cánh tay từ 2013 đến 2018 với độ tuổi từ 7 đến 65 tuổi, trong đó độ tuổi từ 20 - 40 chiếm ưu thế với 35 bệnh nhân chiếm 68,62%, tai nạn giao thông 88,24% (45 trường hợp), tai nạn sinh hoạt 11,76% (6 trường hợp), nam 88,24% lớn hơn nữ giới 11,76%.

Nhóm 1. Giải phóng thần kinh : gồm 9 trường hợp, có 3 bệnh nhân được đánh giá hồi phục tốt, 3 bệnh nhân có kết quả xuất sắc và 3 bệnh nhân có kết quả kém,

Nhóm 2. Chuyển thần kinh gồm 24 trường hợp, sau phẫu thuật có 5 bệnh nhân (20,83%) có kết quả kém, 19 bệnh nhân có kết quả phục hồi tốt và rất tốt (10 bệnh nhân chiếm 41,67% đạt M3, 9 bệnh nhân đạt M4, M5 chiếm 37,50%).

Nhóm 3. Ghép thần kinh có 4 trường hợp được tiến hành ghép đoạn thần kinh sural, kết quả đạt được 100% bệnh nhân hồi phục mức độ tốt và rất tốt.

Nhóm 4. Chuyển gân cơ có 17 trường hợp chủ yếu chuyển phục hồi động tác dạng vai và gấp khuỷu,

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 19/9/2019; Ngày phản biện (Revised): 25/9/2019
- Ngày đăng bài (Accepted): 10/10/2019
- Người phản hồi (Corresponding author): Hồ Mẫn Trường Phú
- Email: bsnttrph@yahoo.com; ĐT: 0913 495 833

gồm 14 bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt, 3 bệnh nhân đạt kết quả kém.

Nhóm 5. Chuyển cơ chức năng vi phẫu gồm 6 trường hợp, 2 bệnh nhân có kết quả tốt, 1 rất tốt, và 3 bệnh nhân có kết quả kém.

Kết luận

Phần lớn bệnh nhân tổn thương đám rối thần kinh là nam giới trẻ tuổi. Việc hành động và tái hành động thật nhanh để đạt được kết quả tốt nhất có thể rất quan trọng với cả bệnh nhân và phẫu thuật viên.

Từ khóa: Liệt đám rối thần kinh cánh tay, chuyển thần kinh, ghép thần kinh, vật cơ thon, bàn tay.

ABSTRACT

**BRACHIAL PLEXUS INJURY: 5 YEARS EXPERIENCE AT AT DEPARTMENT
OF HAND AND PLASTIC SURGERY, HUE CENTRAL HOSPITAL**

Ho Man Truong Phu¹, Le Khanh Linh¹,
Nguyen Minh Man¹, Nguyen Dang Huy Nhat¹

Introduction

Brachial plexus injury is one of the most devastating damages in upper extremities, usually regarding to traumas as motorcycle accident, and more common in men. Surgical indication is considered the most appropriate intervention in this case.

Method

From 2013 to 2018, 51 patients were operated and fully evaluated.

We evaluated all patients with surgical methods such as: nerve release, nerve graft, nerve transfer, direct coaption, functional tendon transfer, free muscle transfer, wrist fusion and ultimately the most severe is amputation.

We assess the scale of the level of recovery of MRC with 5 degrees. After the follow-up and evaluation surgery, if the recovery for muscle groups achieves M3, the functional effectiveness is assessed as good, M4 or higher is excellent, M2 is poor.

Results

51 patients treated from 2013 to 2018, ages ranging from 7 to 65, with age group from 20 to 40 is dominated with 35 patients accounting for 68.62%, traffic accident accounts for 88.24% (45 cases), domestic accidents 11.76% (6 cases), men (88.24%) is larger than women (11.76%).

Group 1. Nerve release: 9 cases, in which 3 patients were assessed is good, 3 patients had excellent results and 3 patients had poor results.

Group 2. Nerve transfer: 24 cases, with 5 patients (20.83%) had poor results, 19 patients had good and excellent results (10 patients accounted for 41.67% reaching M3, 9 patients achieved M4, M5 accounted for 37.50%).

Group 3. There were 4 cases grafted by sural nerve, resulted in 100% of patients recovering well and excellently.

Group 4. Tendon transfer: 17 cases mainly for shoulder abduction and elbow flexion, including 14 patients with good and excellent results, 3 patients with poor results.

Group 5. Free functional muscular transfer: 6 cases, in which 2 patients had good results, 1 was excellent, and 3 patients had poor results.

Conclusions

The majority of patients with BPI are young men. It is important for both the patient and the surgeon to act and react quickly to achieve the best possible outcome.

Keywords: Brachial plexus injury, nerve transfer, nerve graft, free gracilis flap, hand.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt đám rối thần kinh cánh tay là một trong những tổn thương nặng nề nhất đối với chi trên, thường liên quan với các chấn thương giảm tốc như tai nạn xe máy và thường gặp ở nam giới. Hậu quả là bệnh nhân mất chức năng chi bị ảnh hưởng, đau do thần kinh, teo dần hệ thống cơ bị ảnh hưởng. Đối với những bệnh nhân không được phẫu thuật hoặc can thiệp muộn không thường xuyên cho sự hồi phục thần kinh thành công, dẫn đến mất khả năng lao động và tham gia cuộc sống hàng ngày. Vì vậy phẫu thuật được cho là can thiệp hợp lý nhất trong trường hợp này.

Mục đích của nghiên cứu này là để có một cái nhìn tổng quan về các phương pháp điều trị liệt đám rối thần kinh cánh tay và kết quả đạt được trên lâm sàng. Hơn nữa, chúng tôi cũng mong muốn giải thích rõ những can thiệp trên những trường hợp tại Bệnh viện Trung ương Huế sau gần 10 năm.

II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

2.1. Giới thiệu chung

Liệt đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) là một trong những chấn thương tàn khốc nhất theo quan điểm của bệnh nhân. Nó làm mất đi đáng kể chức năng ở một hoặc hai chi trên và mất khả năng sinh hoạt trong cuộc sống hàng ngày cũng như công việc của họ. Điều này có thể dẫn đến thất nghiệp, khó khăn kinh tế, trầm cảm và thậm chí là khiến bệnh nhân tự tử.[1][2]

Do đó, điều quan trọng là những bệnh nhân này cần được phục hồi chức năng càng sớm càng tốt với khả năng tốt nhất của chúng ta. Với các kỹ thuật hiện đại về bàn tay và phẫu thuật vi phẫu, điều này rất khả thi với điều kiện bệnh nhân được điều trị kịp thời. Có những kỹ thuật dành cho những người tới muộn, nhưng việc điều trị sớm tạo ra sự khác biệt rất lớn về kết quả cuối cùng.

2.2. Dịch tễ và bệnh học

2.2.1. Dịch tễ

Trong phần lớn các trường hợp, nguyên nhân

chính vẫn là tai nạn xe cộ điển hình trên xe hai bánh. Các nguyên nhân phổ biến bao gồm:

- Tai nạn xe cộ (đa số hai bánh) chiếm > 90% trường hợp
- Chấn thương công nghiệp: Trọng lượng rơi xuống vai từ trên cao, cánh tay bị kéo vào bên trong máy
- Vật nặng rơi với kéo giãn vùng cổ
- Tấn công bằng vật sắc nhọn
- Tổn thương do đạn bắn
- Tổn thương trong phẫu thuật: cố ý như trong phẫu thuật khối u liên quan đến rễ thần kinh hoặc tình cờ như trong khi thao tác trong tam giác cổ sau.

Sinh lý bệnh của nguyên nhân phổ biến, tức là số 1,2 và 3 chủ yếu liên quan đến lực kéo trên đám rối gây ra bởi một góc cổ - vai bất thường trong khi người bị ném ra khỏi xe sau khi va chạm. Nếu vai khép vào thời điểm đó thì đám rối trên bị ảnh hưởng liên quan đến C5, C6, +/- C7, nếu đồng thời vai dạng và sự căng giãn được hướng đến rễ đám rối dưới, tức là rễ C8, T1. Nếu sự chuyển động ở vận tốc cao của hai phương tiện liên quan, thì tất cả các rễ có thể bị tổn thương, rất phổ biến, xấp xỉ 50% các trường hợp.

2.2.2. Bệnh học

2.2.2.1. Bệnh học theo tổn thương trước hay sau hạch

Đây có lẽ là sự phân biệt quan trọng nhất trong bệnh lý của ĐRTKCT. Bản chất của tổn thương là rất quan trọng để quyết định điều trị. Các tổn thương trước hạch rễ lưng (DRG) ở vùng cảm giác và ở cấp độ của các rễ con từ các tế bào sừng trước (AHC) ở vùng vận động là Pre Ganglionic; các tổn thương ở sau các cấu trúc này cùng với thần kinh cột sống ra khỏi ống sống là Post Ganglionic. Các tổn thương trước Ganglionic cơ bản mất vĩnh viễn rễ thần kinh và các sợi trục trong đó. Các tổn thương sau Ganglionic có thể sửa chữa từ rễ vì chúng đại diện cho các sợi trục ở xa thân tế bào, có thể tái sinh.

Một sự kéo giãn trên đám rối dẫn đến phổ tổn thương. Phân loại nổi tiếng Sunderland rất hữu ích

Bệnh viện Trung ương Huế

để hiểu bản chất của chấn thương. Có ba loại tổn thương khác nhau:

- Thần kinh có thể hồi phục nhanh chóng trong vài tuần, hiếm khi cần đến bác sĩ phẫu thuật
- Các dây thần kinh nhìn bên ngoài còn nguyên vẹn (chấn thương loại hai hoặc ba của Sunderland - axonotomesis). Có thể không cần cắt bỏ ở cổ nhưng có thể cần phải chuyển thần kinh đầu xa nếu tiến triển kém

- U thần kinh liên tục là biểu hiện tổn thương sau hạch (Sunderland Type III và IV axonotomesis) và cần phẫu thuật sửa chữa sau khi cắt bỏ khối u thần kinh.

- Rách thần kinh: tổn thương sau hạch (neurotomesis sunderland typeV), có thể sửa chữa dây thần kinh nội mạc

- Tổn thương nhỏ giập: tổn thương trước hạch, điển hình bởi rễ thần kinh bị cắt đứt.

2.2.2.2. Phân loại theo vị trí

Tổn thương ĐRTKCT có thể được phân loại theo nhiều cách khác nhau:

- Theo vị trí

- Rễ

- Ngành

- Thân

- Ngang mức thần kinh

- Tất cả

- Rễ nào

- Đám rối trên, tức là C5C6 +/- C7

- Đám rối dưới C8T1

- Toàn bộ C5C6C7C8T1

- Liên quan với xương đòn

- Trên xương đòn

- Sau xương đòn

- Dưới xương đòn.

2.2.3. Đánh giá bệnh nhân

Bao gồm:

- Tiền sử chi tiết và ghi chú thời điểm chấn thương

- Hoàn thành kiểm tra lâm sàng

- Biểu đồ cơ

- Biểu đồ cảm giác da

- Lưu ý chấn thương liên quan như gãy xương đòn

- Kiểm tra mạch quay xem có tổn thương động mạch dưới đòn không

- Dấu hiệu Horner

- Điện cơ đồ

- Hình ảnh

2.2.4. Điều trị

2.2.4.1. Chỉ định ngoại khoa

Bất kỳ tổn thương đám rối thần kinh cánh tay nào không cho thấy sự phục hồi tự nhiên đáng kể trong 3 tháng cần phẫu thuật thăm dò. Thời gian là rất quan trọng do sự mất mát cuối cùng của các tấm thần kinh cơ ở 20 đến 24 tháng sau khi biến tính. Nếu liệt hoàn toàn với giả phình thần kinh đã được chứng minh bằng MRI cho thấy loại chấn thương trước hạch thì không nên chậm trễ. Phẫu thuật có thể được thực hiện trong vài ngày hoặc vài tuần để có được tối đa hoá bất kỳ phương pháp chuyển thần kinh. Trong các chấn thương một phần, đặc biệt là đám rối trên, thời gian tối đa là 3 tháng để tìm kiếm CMAP's của các dây thần kinh cho và giải quyết phần đau thần kinh trong rễ hoạt động. Cửa sổ tốt nhất là trong ba tháng đầu và tiếp theo trong 3 tháng sau. Sau đó, kết quả của việc sửa chữa dây thần kinh gần như là không hiệu quả, mặc dù chuyển dây thần kinh ở xa và chuyển cơ tự do là có thể thực hiện.

2.2.4.2. Phẫu thuật thăm dò

2.2.4.3. Chiến lược phẫu thuật

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hơn 100 bệnh nhân đã được phẫu thuật tại khoa PTTH - Thăm mỷ - Bàn tay, Trung tâm CTCH-PTTH, Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 2008 – 2018. Trong nghiên cứu này do số liệu đánh giá vẫn chưa đầy đủ ở những bệnh nhân trong giai đoạn đầu triển khai nên chúng tôi mới đánh giá kết quả điều trị liệt đám rối thần kinh cánh tay trong 5 năm từ 2013 -2018 với 51 bệnh nhân đã được phẫu thuật và

đánh giá đầy đủ. Đồng thời chúng tôi vẫn đang tiếp tục đánh giá và sẽ cập nhật đầy đủ tổng quan kết quả điều trị liệt ĐRTK trong 10 năm trong thời gian tới.

Việc đánh giá ở đây chúng tôi đánh giá toàn bộ bệnh nhân với các phương pháp phẫu thuật trong tổn thương ĐRTK như: giải phóng thần kinh, ghép thần kinh, chuyển thần kinh, khâu nối trực tiếp, chuyển gân cơ chức năng, chuyển cơ chức năng vi phẫu, hàn khớp và cuối cùng nặng nề nhất là đoạn chi.

Ở đây chúng tôi đánh giá theo thang điểm về mức độ phục hồi của MRC với 5 độ (M0: không co cơ, M1: nhận thấy sự co trở lại của đầu gân, M2: trả lại chức năng các cơ quan trọng để kháng lại trọng lực, M4: tất cả các cơ hoạt động chống lại trọng lực, M5: Phục hồi toàn bộ các cơ).

Tất cả các bệnh nhân đều được đánh giá trước phẫu thuật, có những bệnh nhân đến với chúng tôi từ rất sớm sau chấn thương nhưng cũng có bệnh nhân đến khám và phát hiện sau hơn 1 năm, thậm chí 2 năm, do đó trong lô nghiên cứu tổng quan này chúng tôi đề cập đến nhiều loại phẫu thuật khác nhau. Chúng tôi thường theo dõi sự cải thiện của bệnh nhân trong vòng 3 tháng, tuy nhiên có những bệnh lâm sàng và cận lâm sàng rõ có thể tiến hành phẫu thuật thăm dò, giải phóng sớm, thậm chí tiến hành khâu nối trực tiếp hay ghép thần kinh chủ động, những bệnh nhân quá 3 tháng không hồi phục thì đánh giá thêm lâm sàng để lựa chọn phương án phẫu thuật chuyển thần kinh, chuyển gân cơ chức năng hay chuyển cơ chức năng vi phẫu.

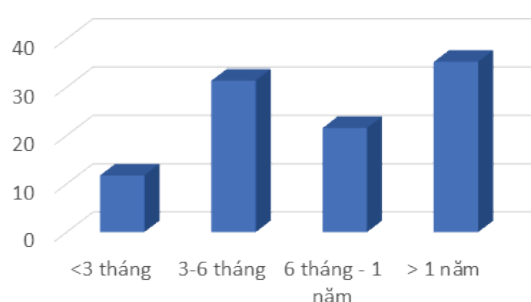
Sau phẫu thuật theo dõi và đánh giá, nếu sự phục hồi cho các nhóm cơ đạt được M3 thì hiệu quả về mặt chức năng được đánh giá là tốt, M4 hoặc cao hơn thì được phân loại là xuất sắc. Trong trường hợp dưới M2 thì được đánh giá là kém.

IV. KẾT QUẢ

Trong 51 bệnh nhân được điều trị liệt ĐRTK cánh tay từ 2013 đến 2018 với độ tuổi từ 7 đến 65 tuổi, trong đó độ tuổi từ 20-40 chiếm ưu thế với 35 bệnh nhân chiếm 68,62%, < 20 tuổi với 9 bệnh nhân

chiếm 17,35%, điều này phù hợp với đặc điểm với cơ chế tổn thương chủ yếu do tai nạn giao thông 88,24% (45 trường hợp) so với tai nạn sinh hoạt 11,76% (6 trường hợp), cũng như phù hợp với phân bố về giới tính nam 88,24% lớn hơn nữ giới 11,76%.

Thời gian trước PT



Về thời gian trước phẫu thuật, do nhận thức của bệnh nhân về căn bệnh chưa tốt, đồng thời việc phẫu thuật ĐRTK cánh tay khá phức tạp cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm chuyên sâu về ĐRTK nên có nhiều bệnh nhân đến khám và phẫu thuật khá muộn, có trường hợp hơn 2 năm làm cho kết quả chưa thật sự tốt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện các phương pháp

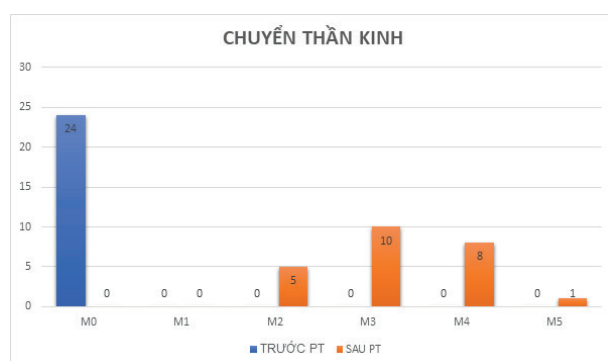
	n
Giải phóng thần kinh	9
Ghép thần kinh	4
Chuyển cơ chức năng vi phẫu	6
Chuyển thần kinh	24
Chuyển gân cơ	17
Hàn khớp	6
Cắt cụt	1

Đối với việc đánh giá kết quả chúng tôi phân thành các nhóm bệnh nhân sau

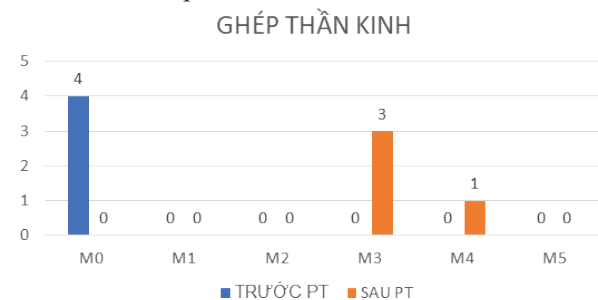
Bệnh viện Trung ương Huế

Nhóm 1. Giải phóng thần kinh: gồm 9 trường hợp là bệnh nhân đến sớm, lâm sàng và cận lâm sàng MRI thấy rõ mức độ tổn thương ĐRTK, chúng tôi tiến hành giải phóng thần kinh. Trong đó kết quả tái khám có 3 bệnh nhân được đánh giá hồi phục tốt, 3 bệnh nhân có kết quả xuất sắc và 3 bệnh nhân có kết quả kém, 3 bệnh nhân này được tiến hành phẫu thuật tiếp bằng các phương pháp khác.

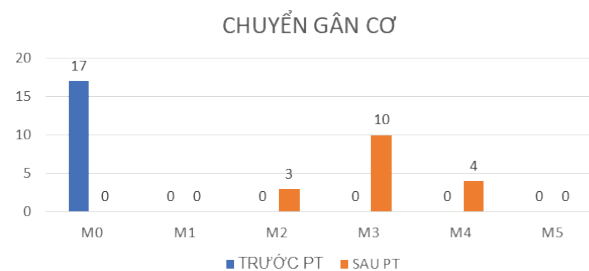
Nhóm 2. Chuyển thần kinh gồm 24 trường hợp, chủ yếu phẫu thuật chuyển phục hồi động tác gấp khuỷu. Trước phẫu thuật bệnh nhân hoàn toàn mất động tác gấp duỗi khuỷu tay. Sau phẫu thuật có 5 bệnh nhân (20,83%) có kết quả kém, 19 bệnh nhân có kết quả phục hồi tốt và rất tốt (10 bệnh nhân chiếm 41,67% đạt M3, 9 bệnh nhân đạt M4, M5 chiếm 37,50%).



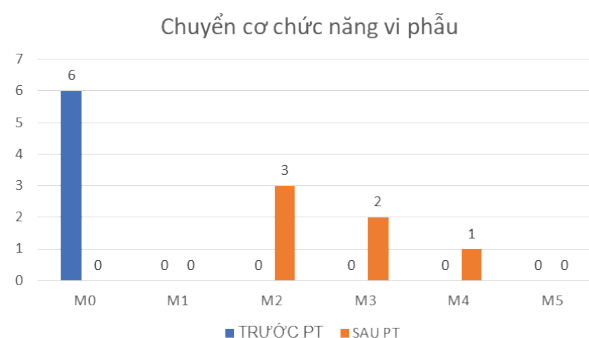
Nhóm 3. Ghép thần kinh có 4 trường hợp bệnh nhân đến sớm được phẫu thuật thăm dò phát hiện thương tổn thần kinh, được tiến hành ghép đoạn thần kinh từ thần kinh sural, kết quả đạt được 100% bệnh nhân hồi phục mức độ tốt và rất tốt.



Nhóm 4. Chuyển gân cơ có 17 trường hợp chủ yếu chuyển phục hồi động tác dạng vai và gấp khuỷu. Kết quả đánh giá gồm 14 bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt, 3 bệnh nhân đạt kết quả kém.



Nhóm 5. Chuyển cơ chức năng vi phẫu gồm 6 trường hợp. Kết quả sau phẫu thuật 2 bệnh nhân có kết quả tốt, 1 rất tốt, và 3 bệnh nhân có kết quả kém.



V. BÀN LUẬN

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật ĐRTK cánh tay từ năm 2008 cho đến nay với hơn 100 trường hợp, tuy nhiên do việc thống kê chưa hoàn chỉnh nên mới sử dụng số liệu trong 5 năm gần nhất từ 2013 -2018 với 51 bệnh nhân, với mục đích đưa ra cái nhìn tổng thể, kết quả điều trị ĐRTK cánh tay tại trung tâm CTCH-PTTH Bệnh viện Trung ương Huế.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân, điều quan trọng nhất là thời gian trước phẫu thuật, tức là thời gian tính từ khi bị chấn thương đến khi phẫu thuật. Bệnh nhân được phát hiện càng sớm, điều trị phẫu thuật càng sớm thì kết quả càng tốt, trong kết quả của chúng tôi có đến 35,29% trường hợp bệnh nhân đến khá muộn (trên 1 năm), trong đó có những bệnh nhân đến hơn 2 năm, đó cũng là một trong những yếu tố góp phần làm kết quả phẫu thuật chưa được tốt. Rõ ràng, giảm thiểu được thời gian trước phẫu thuật và có chế độ theo dõi tốt làm tăng khả năng phục hồi cho cơ, nó giúp cho các cơ ngoại vi giảm thiểu chức năng do bị teo hay dẫn đến việc teo cơ không hồi phục [2].

Một yếu tố khác cũng không kém phần quan trọng là tuổi và mức độ tổn thương. Một bệnh nhân trẻ tuổi thường kết quả hồi phục thường tốt hơn bệnh nhân lớn tuổi, tuy nhiên điều này cũng không có nghĩa là một bệnh nhân lớn tuổi thì không nên điều trị theo hướng như vậy. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, có bệnh nhân lớn tuổi nhất 65 tuổi, do phát hiện sớm, theo dõi và phẫu thuật sớm đã đưa lại kết quả rất tốt (M5 trong thang điểm đánh giá kết quả). Độ tuổi của nghiên cứu này tập trung chủ yếu ở bệnh nhân trẻ tuổi hay bệnh nhân ở độ tuổi lao động với 44 bệnh nhân chiếm 85,97% (trong đó < 20 tuổi: 9 trường hợp chiếm 17,65%, 20-40 là 35 bệnh nhân chiếm 68,62%). Độ tuổi này cũng phù hợp hoàn toàn với cơ chế chấn thương là TNGT ở nước ta với đặc điểm giao thông chủ đạo là xe máy. Đây cũng là độ tuổi chỉ định lý tưởng cho phẫu thuật tái tạo [1], [2].

Mức độ tổn thương cũng là một trong những yếu tố cần được quan tâm. Trong đó, tổn thương càng cao thì kết quả phẫu thuật càng kém hơn. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi không thống kê được mức độ tổn thương của nhóm bệnh nhân để có thể so sánh kết quả giữa các tổn thương khác nhau [2]

Ngày nay các phẫu thuật viên phải đối mặt với việc điều trị phẫu thuật lâu dài đối với bệnh nhân liệt ĐRTK cánh tay mà không có tiên lượng được kết quả sau mổ như thế nào. Ví dụ trong một số bệnh nhân, chúng ta có thể đánh giá được sự hồi phục dẫn truyền tốt, đặc biệt chức năng gấp khuỷu. Tuy nhiên nhiều trường hợp khác không chỉ ra bất cứ dấu hiệu nào của hồi phục thần kinh. Chức năng bàn tay và dạng vai đôi khi nghèo nàn ở phần lớn trường hợp. Điều này đặt ra vấn đề, liệu có nên mổ cho tất cả bệnh nhân hay chỉ nên có cách nhìn toàn diện hơn cho việc chỉ định phẫu thuật.

Có hai điểm liên quan đến câu hỏi này, một là quyết định phẫu thuật gì và hai là kết quả sau mổ, để rồi so sánh với các phương pháp khác.

Thần kinh bị tổn thương biểu hiện một cách rõ

ràng trong sự hồi phục dẫn truyền thần kinh trong các thớ sợi của nó mặc dù sự hồi phục này không thường xuyên chuyển hoá thành chức năng vận động hữu ích. Sự tiến bộ trong phẫu thuật vi phẫu và hiểu biết về giải phẫu bó sợi thần kinh ngoại biên tạo sự lạc quan trong phẫu thuật chuyển thần kinh, nhưng điều này lại không dịch nghĩa thành sự hồi phục về chức năng. Điều này đặc biệt đúng cho khi tổn thương ở rễ, thân lớn của ĐRTK. Thời gian cửa sổ cơ hội cho sự phục hồi dẫn truyền và chức năng là khoảng 12 - 18 tháng ở người. Có nhiều yếu tố gây sự hồi phục chức năng nghèo nàn bao gồm: thoái giáng tế bào Schwann, đứt gãy trục thần kinh, mất hướng tái lập dẫn truyền trục thần kinh một cách chính xác. Vì vậy, để giải quyết vấn đề này, tái lập dẫn truyền qua đầu xa thần kinh phải diễn ra trong giai đoạn cửa sổ, bởi việc thúc đẩy tái lập dẫn truyền hoặc bởi tạo cầu nối dẫn truyền qua đầu xa thần kinh. Vì vậy khái niệm chuyển thần kinh xuất hiện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chuyển thần kinh gồm 24 trường hợp, chủ yếu phẫu thuật chuyển phục hồi động tác gấp khuỷu. Trước phẫu thuật bệnh nhân hoàn toàn mất động tác gấp duỗi khuỷu tay. Sau phẫu thuật có 5 bệnh nhân (20,83%) có kết quả kém, 19 bệnh nhân có kết quả phục hồi tốt và rất tốt (10 bệnh nhân chiếm 41,67% đạt M3, 9 bệnh nhân đạt M4, M5 chiếm 37,50%).

Chúng tôi cũng thực hiện các phương pháp phẫu thuật thay thế khác bên cạnh chuyển thần kinh để không chỉ giúp phục hồi lại dẫn truyền thần kinh mà còn để hồi phục lại chức năng hữu ích, giúp bệnh nhân quay trở lại cuộc sống hàng ngày. Đó là phẫu thuật ghép thần kinh, chuyển vật cơ thon chức năng vi phẫu, chuyển gân chức năng. Ghép thần kinh có 4 trường hợp bệnh nhân đến sớm được phẫu thuật thăm dò phát hiện thương tổn thần kinh, được tiến hành ghép đoạn thần kinh từ thần kinh sural, kết quả đạt được 100% bệnh nhân hồi phục mức độ tốt và rất tốt. Chuyển cơ chức năng vi phẫu gồm 6 trường hợp. Kết quả sau phẫu thuật 2 bệnh nhân có kết quả tốt, 1 rất tốt, và 3 bệnh nhân có kết quả kém. Chuyển

Bệnh viện Trung ương Huế

gân cơ có 17 trường hợp chủ yếu chuyển phục hồi động tác dạng vai và gấp khuỷu. Kết quả đánh giá gồm 14 bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt, 3 bệnh nhân đạt kết quả kém.

VI. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân tổn thương đám rối thần kinh là nam giới trẻ tuổi. Việc hành động và tái hành động thật nhanh để đạt được kết quả tốt nhất có thể rất quan trọng với cả bệnh nhân và phẫu thuật viên. Xử trí phẫu thuật, khả năng về phẫu thuật vi phẫu, cũng như phục hồi chức năng sau mổ cần được phát triển và cải thiện. Ngày nay, chiến lược sử dụng nhiều nhất là khâu trực tiếp thần kinh giai đoạn

cấp, sau đó là cắt neuroma, ghép thần kinh, chuyển thần kinh và nếu cần thì chuyển cơ, gân. Đừng quên chăm sóc sau mổ với cố định, vật lý trị liệu, hướng dẫn có chú ý, kích thích thần kinh cơ.

Thậm chí kết quả về chức năng vận động sau mổ của một số bệnh nhân còn nghèo nàn và chưa hài lòng về chi phí điều trị, nhưng sự cải thiện về cảm giác và cơ hội để phục hồi dẫn truyền là vẫn còn. Vì vậy, nên tạo đủ động lực cho phẫu thuật viên và bệnh nhân trong việc phẫu thuật ĐRTK. Tuy nhiên, với sự cải thiện về mặt kỹ thuật, bệnh nhân được tạo động lực, phẫu thuật viên chuyên nghiệp, thì kết quả sau mổ có thể cải thiện để đưa bệnh nhân trở lại cuộc sống hàng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Olawale A.R. Sulaiman, Daniel D. Kim, Clint Burkett, David G. Kline, NERVE TRANSFER SURGERY FOR ADULT BRACHIAL PLEXUS INJURY: A 10-YEAR EXPERIENCE AT LOUISIANA STATE UNIVERSITY, *Neurosurgery*, Volume 65, Issue suppl_4, October 2009, Pages A55–A62,
2. Lanaras, T. I., Schaller, H. and Sinis, N. (2009), Brachial plexus lesions: 10 Years of experience in a center for microsurgery in Germany. *Microsurgery*, 29: 87-94. doi:[10.1002/micr.20583](https://doi.org/10.1002/micr.20583)