

của các cấp quản lý y tế tại Việt Nam. Nhiệm vụ của bệnh viện phản ánh chất lượng khám và điều trị tại cơ sở y tế và kiểm soát được nhiễm khuẩn bệnh viện đem lại lợi ích kinh tế cho bệnh nhân, giảm được chi phí và số ngày điều trị. Kiến thức của NVYT về kiểm soát nhiễm khuẩn, trong đó kiến thức về VSBT có ảnh hưởng rõ rệt đến thực hành trong chăm sóc bệnh nhân. NVYT có kiến thức đúng và hiểu rõ tầm quan trọng của vệ sinh bàn tay và các biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn trong bệnh viện sẽ thực hành tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, không có mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới, trình độ chuyên môn với kiến thức và thực hành VSBT. Có sự khác biệt giữa các nhóm có thâm niên công tác khác nhau về kiến thức và thực hành VSBT. Những NVYT có thâm niên công tác cao, cũng có kiến thức và tỷ lệ thực hành đạt cao hơn. Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành của NVYT về VSBT, những NVYT có kiến thức cao có tỷ lệ đạt về thực hành VSBT cao và ngược lại, cho thấy tầm quan trọng của việc tổ chức các lớp tập huấn cho NVYT nhằm trang bị kiến thức và kỹ năng thực hành trong VSBT cho NVYT, giảm thiểu nguy cơ NKBV trong các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. (2007). Hướng dẫn thực hiện quy trình

rửa tay thường quy và sát khuẩn tay nhanh bằng dung dịch chứa cồn. Quyết định số: 7517/ BYT-ĐTTr ngày 12 tháng 10 năm 2007.

2. Hoàng Thị Xuân Hương (2011). Đánh giá kiến thức, thái độ và tỉ lệ vệ sinh bàn tay của nhân viên y tế tại bệnh viện Đông Đa – Hà Nội trước và sau khi triển khai dự án "Tăng cường vệ sinh bệnh viện năm 2010 - 2011. Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường ĐH Y tế công cộng, Hà Nội
3. Nguyễn Nam Thắng, Lê Đức Cường (2017). Kiến thức về rửa tay thường quy của Điều dưỡng tại hai bệnh viện đa khoa huyện Tiên Hải, Thái Bình năm 2017. Tạp chí Y học dự phòng. Tập 27, số 6 2017 Phụ bản
4. Nguyễn Việt Hùng và Công sự (2005). Thực trạng phước tiên vệ sinh tay thường quy. nhân thức và thực hành vệ sinh tay thường quy của Nhân viên y tế tại một số bệnh viện khu vực phía Bắc. Tạp chí y học lâm sàng bệnh viện Bạch mai, 136-141.
5. Vũ Văn Giang, Nguyễn Việt Hùng và công sự (2005). Đánh giá hiệu quả phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện của thực hành vệ sinh bàn tay ở 3 bệnh viện tuyến tỉnh năm 2005. Tạp chí y học lâm sàng bệnh viện Bạch Mai. 06/2008, tr. 174-178.
6. B. Allerganzi and H.Sax et al. (2011). First global survey on hand-hygiene compliance before patient contact - Results from 47 countries, Presented at the 21 European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Italy.
7. Khaled M andà Abd Elaziz et al (2008). Assessment of knowledge, attitude and practice of hand washing among health care workers in Ain Shams University hospitals in Cairo. The Egyptian Journal of Community Medicine. 26(2), pp. 36-48.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY DO CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Duy Luật*, Nguyễn Duy Bắc**, Vũ Văn Hòe**, Nguyễn Văn Hưng***, Nguyễn Minh Tâm**

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn bệnh nhân bị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) do chấn thương tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Đối tượng và phương pháp: Đối tượng nghiên cứu là 30 bệnh nhân được khám và chẩn đoán có tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương bởi các bác sỹ lâm sàng kết hợp chẩn đoán hình ảnh và được điều trị ở Bệnh viện Trung ương

Quân đội 108 từ tháng 08 năm 2013 đến tháng 11 năm 2015. Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiến cứu. Kết quả: 100% số bệnh nhân được điều trị nội khoa, 43,3% kết hợp với vật lý trị liệu, 3% kết hợp với châm cứu. Ở nhóm 11 bệnh nhân liệt hoàn toàn, 3 bệnh nhân có chức năng duỗi, khép, ngửa được chuyển từ mức M0 sang mức M1. Ở nhóm 19 bệnh nhân bị liệt không hoàn toàn, đa số sức cơ theo chức năng chi phối của từng cơ được cải thiện, đặc biệt là cơ dưới gai. Kết quả khảo sát vận động, cảm giác được cải thiện hơn so với trước điều trị. Kết luận: Điều trị bảo tồn tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương đem lại những cải thiện về vận động và cảm giác cho bệnh nhân, là phương pháp nên được lựa chọn trong các trường hợp chưa đủ điều kiện phẫu thuật hoặc kết hợp trước và sau phẫu thuật.

Từ khóa: Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương, điều trị bảo tồn

*Bệnh viện Châm cứu Trung ương

** Học viện Quân y

*** Bệnh viện Chỉnh hình-Phục hồi chức năng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Bắc

Email: nguyenduybac76@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

SUMMARY**THE RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT FOR TRAUMATIC BRACHIAL PLEXUS INJURIES**

Objectives: To evaluate the results conservative treatment for traumatic brachial plexus injuries at 108 Military Central Hospital. **Objects and methods:** 30 patients examined and diagnosed traumatic brachial plexus injury by clinical doctor and MRI. The patients were treated at 108 Military Central Hospital from August, 2013 to November, 2015. The study method was cross-sectional, prospective. **Results:** 100% of the patients underwent conservative treatment, 43.3% of the patients underwent physical therapy, 3.0% of the patients underwent acupuncture. In 11 complete paralysis patient group, there were 3 patients with extension, adduction, supination function change from M0 level to M1 level. In 19 incomplete paralysis patient group, most muscle strength according to the dominant function of each muscle was improved, especial infraspinatus. Motor and sensory function of muscles are improved. Conclusion: Conservative treatment for traumatic brachial plexus injuries helped patients improving motor and sensory function. This method should be chosen in cases which are not eligible surgery or should be chosen before and after surgery.

Key words: Traumatic brachial plexus injury, conservative treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) xảy ra khi một hay nhiều rễ thần kinh bị bứt ra khỏi tủy sống ở phần gốc, hay các thân, bó thần kinh bị giãn, đứt ở phía ngoài lỗ ghép. Đây là loại tổn thương trầm trọng, khó điều trị, không tự phục hồi, có thể gây liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn và mất cảm giác phân chi mà nó chi phối, làm ảnh hưởng tới sinh hoạt và tâm sinh lý của người bệnh. Có nhiều phương pháp điều trị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay như điều trị bảo tồn, điều trị phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật đem lại nhiều hiệu quả trọng điều trị do phục hồi được hình thể giải phẫu tạo điều kiện thuận lợi cho phục hồi chức năng của ĐRTKCT. Tuy nhiên phương pháp này không được chỉ định trong giai đoạn còn phù nề ngay sau chấn thương và trong những trường hợp chưa đủ điều kiện phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị bảo tồn tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương tại bệnh viện Trung ương quân đội 108, làm cơ sở cho các bác sĩ trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 30 bệnh nhân được khám và chẩn đoán có tổn thương ĐRTKCT do chấn thương bởi

các bác sĩ lâm sàng kết hợp chẩn đoán hình ảnh và được điều trị ở Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08 năm 2013 đến tháng 11 năm 2015.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Các bệnh nhân có tiền sử chấn thương.
- Nghi có tổn thương ĐRTKCT trên lâm sàng.
- Được chụp cộng hưởng từ cột sống cổ.
- Hồ sơ ghi chép rõ ràng, đầy đủ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Những trường hợp tổn thương do bệnh lý: viêm, lao, u...

- Những bệnh nhân có tổn thương phối hợp là chấn thương sọ não, tuỷ có giảm hoặc mất cảm giác làm sai lệch biểu hiện lâm sàng của tổn thương ĐRTKCT.

- Không được bác sĩ lâm sàng chẩn đoán tổn thương ĐRTKCT.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:* mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiền cứu.

**Phương pháp điều trị bảo tồn:* Bệnh nhân được điều trị nội khoa, kết hợp với vật lý trị liệu, châm cứu. Điều trị nội khoa dùng các thuốc giảm đau chống viêm, kết hợp với thuốc giãn cơ và tăng dẫn truyền thần kinh.

**Phương pháp đánh giá sức cơ:*

M0: cơ liệt hoàn toàn, không thấy có dấu hiệu của sự co cơ

M1: cơ rất yếu, có thể sờ thấy nhưng không tạo ra cử động của khớp

M2: cơ thực hiện được hết tầm vận động của khớp với điều kiện loại bỏ trọng lực của chi thể.

M3: cơ thực hiện hết tầm vận động của khớp và thắng được trọng lực chi thể

M4: cơ thực hiện được hết tầm vận động của khớp, thắng được trọng lực chi thể và sức cản từ bên ngoài.

**Phương pháp ghi điện cơ đồ bằng điện cực kim:*

- Máy điện cơ: Hãng sản xuất: Natus, Mỹ;

Model: VikingQuest
- Người bệnh nằm ở tư thế giãn cơ.
- Nhân viên y tế tiến hành sát trùng vùng da cần khảo sát.

- Tiến hành chích điện cực kim xuyên qua da vào cơ, rồi đâm kim từng nấc một nhằm khảo sát các hoạt động điện do kim đâm gây ra. Để kim nằm im trong khi bắp cơ đang thư giãn hoàn toàn (không co cơ), nhằm tìm các hoạt động điện tự phát của cơ đó nếu có.

**Đo tốc độ dẫn truyền của dây thần kinh vận động và cảm giác*

- Đặt điện cực bề mặt đặt tại vị trí khối cơ có dây thần kinh thăm dò chi phối.

- Kích thích vào các điểm dọc theo đường đi của dây thần kinh.
- Tính tốc độ dẫn truyền của dây thần kinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

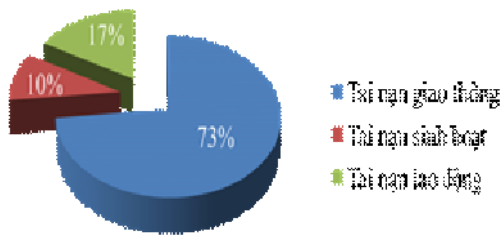
3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

3.1.1. Tuổi, giới, nguyên nhân tổn thương

- Đặc điểm về tuổi: Nhóm từ 20 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), nhóm từ 40 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,7%). Tuổi trung bình: $27,63 \pm 7,97$. Tuổi thấp nhất: 18 tuổi. Tuổi cao nhất: 49 tuổi.

- Đặc điểm về giới: Tỷ lệ nam giới lớn hơn nhiều lần so với nữ giới (nam chiếm 93,3%, nữ chiếm 6,7%). Tỷ lệ nam/nữ = 13,9/1.

- Nguyên nhân tổn thương:



Tổn thương do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%).

3.1.2. Các phương pháp điều trị bảo tồn

Bảng 1. Các phương pháp điều trị bảo tồn tổn thương ĐRTKCT

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ
Nội khoa	30	100
Vật lý trị liệu	13	43,3
Châm cứu	1	3,3

Tất cả các trường hợp đều được điều trị nội khoa, trong đó có 43,3% điều trị kết hợp với vật lý trị liệu - phục hồi chức năng và 3,3% kết hợp với châm cứu.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

3.2.1. Đánh giá chức năng cơ theo các nhóm động tác.

Có 11 trường hợp bị liệt hoàn toàn ĐRTKCT: Trước điều trị, đánh giá chức năng cơ theo các nhóm động tác gấp, sấp, duỗi, khép, ngửa có 11/11 BN đều ở mức M0, riêng chức năng giang có 10/11 bệnh nhân ở mức M0, 1/11 bệnh nhân ở mức M1. Sau điều trị, có 3 bệnh nhân có chức năng duỗi, khép, ngửa được chuyển từ mức M0 sang mức M1. Có 19 bệnh nhân bị liệt không hoàn toàn ĐRTKCT, kết quả đánh giá sức cơ theo chức năng chi phối của từng cơ như sau:

Bảng 2. Kết quả đánh giá sức cơ theo chức năng chi phối của từng cơ

Tên cơ	Động tác	M0		M1		M2		M3		M4	
		T	S	T	S	T	S	T	S	T	S
Thang	Nâng vai	0	0	0	0	0	0	0	0	19	19
Dưới gai	Xoay cánh tay ra ngoài	15	10	2	6	1	1	0	1	1	1
Trên gai	Nâng cánh tay	15	13	1	3	2	1	0	1	1	1
Nhị đầu	Gấp khuỷu	12	9	0	2	5	2	1	5	1	1
Tam đầu	Duỗi khuỷu	4	3	5	3	3	6	6	6	1	1
Delta	Giang nách	11	10	3	2	3	3	1	3	1	1
Sấp tròn	Sấp cẳng tay	6	6	3	1	4	6	0	0	6	6
Duỗi ngón trỏ	Duỗi ngón trỏ	2	1	2	1	6	6	2	3	7	8
Đối chiếu ngón cái	Đối chiếu ngón cái	0	0	1	1	2	0	7	8	9	10
Gấp cổ tay trụ	Gấp bàn tay	0	0	2	1	4	5	4	3	9	10
Gian cốt I	Giang các ngón	0	0	2	1	5	5	3	3	9	10

*T: Trước điều trị; S: Sau điều trị.

Trong 19 trường hợp bị liệt không hoàn toàn: sau điều trị, đa số sức cơ theo chức năng chi phối của từng cơ được cải thiện. Trong đó, có 5 trường hợp cơ dưới gai có sức cơ được cải thiện rõ.

3.2.2. Kết quả khảo sát vận động cảm giác trước và sau điều trị

Bảng 3. Kết quả khảo sát vận động - cảm giác trước điều trị

Dây TK		Cảm giác (SANP)			Vận động (CMAP)			SÔNG F				
		BT	Giảm	Mất	BT	Giảm	Mất	L (thời gian tiềm tàng)		% (tần số)		
								BT	Kéo dài	BT	Giảm	Mất
TK giữa	T	21	6	3	10	10	10	21	0	14	7	9
	S	20	6	4	11	9	9	21	0	14	7	9
TK trụ	T	18	8	4	11	9	10	21	0	14	7	9
	S	19	8	3	12	8	9	21	0	14	7	9
TK quay	T	2	0	0	11	8	10	-	-	-	-	-
	S	5	0	0	11	7	9	-	-	-	-	-

TK bì cứng tay ngoài	T	19	8	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	19	7	4	-	-	-	-	-	-	-	-
TK bì cứng tay trong	T	21	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	21	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-

* T: Trước điều trị; S: Sau điều trị; BT: bình thường

Trước điều trị: Số trường hợp giảm và mất cảm giác ở TK trụ là cao nhất (12 trường hợp), tiếp đến là TK bì cứng tay ngoài (11 trường hợp) và TK giữa, TK bì cứng tay trong (cùng là 9 trường hợp), thấp nhất là TK quay (0 trường hợp). Số trường hợp giảm và mất vận động ở TK giữa là cao nhất (20 trường hợp), tiếp đến là TK trụ (19 trường hợp), TK quay (18 trường hợp). Tần số sóng F giảm và mất đối với TK giữa là 16 trường hợp, TK trụ là 16 trường hợp.

3.2.3. Kết quả khảo sát vị trí cơ tổn thương

Bảng 4. Kết quả khảo sát vị trí cơ tổn thương (điện cơ đồ) trước và sau điều trị

Cơ		Điện thế tự phát (5 độ)					Hình thái (ĐV vận động)			Tuyển nạp		
		0	1	2	3	4	Bình thường	Bất thường	Không ghi được	Bình thường	Bất thường	Không ghi được
Dưới gai	T	1	0	3	3	23	1	4	25	1	4	25
	S	1	1	3	6	19	1	10	19	1	10	19
Trên gai	T	1	2	5	17	5	1	4	25	1	4	25
	S	1	1	3	17	8	1	7	22	1	7	22
Nhị đầu	T	1	2	5	3	19	1	7	22	1	7	22
	S	1	4	2	4	19	1	10	19	1	10	19
Delta	T	1	0	7	1	21	1	7	22	1	7	22
	S	1	2	4	4	19	1	9	20	1	9	20
Sấp tròn	T	4	4	7	6	9	7	5	18	5	7	18
	S	6	1	6	4	13	7	5	18	5	7	18
Duỗi ngón trở	T	8	4	4	2	12	10	6	14	10	6	14
	S	10	0	5	4	11	11	6	13	10	7	13
Đổi chiều ngón cái	T	9	3	5	3	10	12	7	11	12	7	11
	S	11	2	3	4	10	13	6	11	12	7	11
Gian cốt I	T	9	6	3	2	10	12	8	10	13	7	10
	S	11	1	5	2	11	13	7	10	12	8	10

Trước điều trị: Điện thế tự phát chủ yếu là độ 4 đối với cơ dưới gai (23 trường hợp), cơ nhị đầu (19 trường hợp), cơ delta (21 trường hợp), cơ sấp tròn (9 trường hợp), cơ duỗi ngón trở (12 trường hợp), cơ đổi chiều ngón cái (10 trường hợp), cơ gian cốt ngón I (10 trường hợp); chủ yếu là độ 3 đối với cơ trên gai (17 trường hợp). Hình thái bất thường nhiều nhất ở cơ gian cốt I, cơ nhị đầu và cơ delta. Tuyển nạp bất thường nhiều nhất ở cơ nhị đầu, cơ delta, cơ sấp tròn, cơ duỗi ngón trở, cơ đổi chiều ngón cái và cơ gian cốt I.

Sau điều trị: Điện thế tự phát chủ yếu là độ 4 đối với cơ dưới gai (19 trường hợp), cơ nhị đầu (19 trường hợp), cơ delta (29 trường hợp), cơ sấp tròn (13 trường hợp), cơ duỗi ngón trở (11 trường hợp), cơ đổi chiều ngón cái (10 trường hợp), cơ gian cốt ngón I (11 trường hợp); chủ yếu là độ 3 đối với cơ trên gai (17 trường hợp). Hình thái bất thường nhiều nhất ở cơ dưới gai, cơ nhị đầu và cơ delta. Tuyển nạp bất thường nhiều nhất ở cơ dưới gai, cơ nhị đầu và cơ delta. Có sự cải thiện về điện thế tự phát, hình thái và tuyển nạp trước và sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu. Tuổi thấp nhất mà nhóm nghiên cứu gặp là 18 tuổi, cao nhất là 49 tuổi, tuổi trung bình là 27,63. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 20-39 (50%), đây là tuổi lao động lao động chính của xã hội và tham gia các hoạt động. Kết quả của chúng tôi tương tự như của Võ Văn Châu (2005)[1], Nguyễn Việt Tiến (2010)[2], Songcharoen (2008)[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nam chiếm tỷ lệ 93,3%, nữ chiếm 6,7%, tỷ lệ nam/nữ là 13,9/1. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Võ Văn Châu (2005) là 13,2/1 [1], Nguyễn Việt Tiến (2010) là 5,4/1 [2]. Điều này có lẽ là do nam giới thường là lao động chính trong gia đình, hay làm những công việc nặng nhọc liên quan đến các yếu tố nguy cơ gây tai nạn như: lao động nặng, lái xe, leo cao, trèo cây, chơi thể thao... Mặc dù nam giới bị nhiều hơn nữ giới nhưng yếu tố này không có giá trị để chẩn đoán phân biệt giữa có hay không có tổn thương ĐRTKCT mà chỉ là vấn đề cần quan tâm trong chẩn đoán.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm phần lớn 73,3%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Võ Văn Châu (2005), trong đó tỷ lệ tổn thương ĐRTKCT do tai nạn giao thông là 95%, nguyên nhân do xe máy chiếm 92,9% [1], [8]. Do đó có thể nhận xét, tai nạn giao thông mà chủ yếu là tai nạn do xe máy vẫn là nguyên nhân chính trong chấn thương nói chung và trong chấn thương cột sống cổ gây tổn thương ĐRTKCT nói riêng, ở nước ta cũng như các nước khác. Tất cả các trường hợp đều được điều trị nội khoa, trong đó có 43,3% điều trị kết hợp với vật lý trị liệu - phục hồi chức năng và 3,3% kết hợp với châm cứu.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

Đánh giá chức năng cơ theo các nhóm động tác: trong 11 trường hợp bị liệt hoàn toàn sau điều trị, đa số các trường hợp có chức năng cơ theo các nhóm động tác gập, giang, sấp, duỗi, khép, ngửa đều ở mức M0 (từ 10/11 đến 11/11 trường hợp). Sau điều trị, 3 bệnh nhân có chức năng duỗi, khép, ngửa được chuyển từ mức M0 sang mức M1. Trong 19 trường hợp bị liệt không hoàn toàn: sau điều trị, đa số sức cơ theo chức năng chi phối của từng cơ được cải thiện. Trong đó, có 5 trường hợp cơ dưới gai có sức cơ được cải thiện rõ.

Kết quả khảo sát vận động cảm giác trước và sau điều trị: trước điều trị, số trường hợp giảm và mất cảm giác ở TK trụ là cao nhất (12 trường hợp), tiếp đến là TK bì cẳng tay ngoài (11 trường hợp) và TK giữa, TK bì cẳng tay trong (cùng là 9 trường hợp), thấp nhất là TK quay (0 trường hợp). Số trường hợp giảm và mất vận động ở TK giữa là cao nhất (20 trường hợp), tiếp đến là TK trụ (19 trường hợp), TK quay (18 trường hợp). Tần số sóng F giảm và mất với TK giữa là 16 trường hợp, TK trụ là 16 trường hợp. Sau điều trị, kết quả khảo sát vận động, cảm giác được cải thiện hơn so với trước điều trị.

So với các phương pháp phẫu thuật tiên tiến và hiện đại, điều trị bảo tồn đám rối thần kinh cánh tay cho các kết quả hạn chế hơn về việc hồi phục chức năng vận động và cảm giác [9]. Sự khác nhau về kết quả điều trị giữa các phương pháp phẫu thuật và bảo tồn là do trong phẫu thuật, các phẫu thuật viên có thể chủ động phục hồi các tổn thương ĐRTKCT về mặt giải phẫu, nên việc cải thiện các chức năng được thuận lợi hơn. Tuy nhiên, những bệnh nhân bị chấn thương đám rối thần kinh cánh tay trong giai đoạn đầu, tổn thương phù nề làm khó khăn trong chẩn đoán và điều trị, nên phẫu thuật thường được chỉ định khi bệnh nhân đã giảm

phù nề. Do vậy, điều trị bảo tồn vẫn là phương pháp nên lựa chọn cho các bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật hoặc kết hợp trước và sau phẫu thuật.

Kết quả khảo sát vị trí cơ tổn thương: trước điều trị, hình thái bất thường nhiều nhất ở cơ gian cốt I, cơ nhị đầu và cơ delta. Tuyến nạp bất thường nhiều nhất ở cơ nhị đầu, cơ delta, cơ sấp tròn, cơ duỗi ngón trỏ, cơ đối chiếu ngón cái và cơ gian cốt I. Sau điều trị: hình thái bất thường nhiều nhất ở cơ dưới gai, cơ nhị đầu và cơ delta. Tuyến nạp bất thường nhiều nhất ở cơ nhị đầu và cơ delta. Có sự cải thiện về điện thế tự phát, hình thái và tuyến nạp sau điều trị. Như vậy, điều trị bảo tồn tổn thương ĐRTKCT cũng đem lại những cải thiện về vận động và cảm giác, là phương pháp hiệu quả trong điều trị ĐRTKCT.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương đem lại những cải thiện về vận động và cảm giác cho bệnh nhân, là phương pháp nên được lựa chọn trong các trường hợp chưa đủ điều kiện phẫu thuật hoặc kết hợp trước và sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Châu** (2005), "Chuyển ghép thần kinh XI vào thần kinh cơ bì để phục hồi gập khuỷu trong liệt đám rối thần kinh cánh tay", *Thời sự Y Dược học*, tr.195-202.
2. **Nguyễn Việt Tiến** (2010), "Chuyên rẽ thần kinh C7 chéo ngực qua thần kinh ghép có mạch nuôi trong điều trị tổn thương nhờ các rễ đám rối thần kinh cánh tay - Kết quả 32 trường hợp", *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, tập 5 - Số 4, tr.92-98.
3. **Dubuisson A.S., David K.G.** (2002), Brachial plexus injury: a survey of 100 consecutive cases from a single service, *Neurosurgery*. 51(3), pp. 673-683.
4. **Wilson F.J. et al.** (2014), The epidemiology of adult traumatic brachial plexus lesions in a large metropolis, *Acta neurochirurgica*. 156(5), pp. 1025-1028.
5. **Kumar J.D. et al.** (2012), An epidemiological study of traumatic brachial plexus injury patients treated at an Indian centre, *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*. 45(3), p. 498.
6. **Nakamura T., Yabe Y., Horiuchi Y., Takayama S., Yamanaka K.** (1996). Diagnostic value of MR myelography for brachial plexus injury. *J Jap Soc Surg Hand*; 13: pp 483-489.
7. **Nakamura T., Yabe Y., Horiuchi Y., Takayama S.** (1997). Magnetic resonance myelography in brachial plexus. *The Journal of bone and joint surgery.*; 79(5): pp 764-769.
8. **Songcharoen P.** (2008). Management of brachial plexus injury in adults. *Scand J Surg*, 97(4): pp 317-323.
9. **Gu Y.D., Ma M.K.** (1996), Use of the phrenic nerve for brachial plexus reconstruction, *Clinical orthopaedics and related research*, (323), trang 119-121.