

4.3. Phân loại chẩn đoán: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiều khả năng nhiễm nấm là phổ biến nhất với hơn 29/41 bệnh nhân (70,7%). Điều này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều đa phần đều là các bệnh nhân COPD và hoặc hen phế quản sử dụng corticoid kéo dài, đái tháo đường, khi có các triệu chứng hô hấp không cải thiện với điều trị thông thường hoặc các triệu chứng dai dẳng, tái phát nhiều lần cần lấy các chất tiết đường hô hấp làm các xét nghiệm tìm nấm.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 41 bệnh nhân nhiễm nấm xâm lấn chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Triệu chứng lâm sàng của nhiễm nấm xâm lấn phổi rất đa dạng, nhưng phổ biến là ho đờm (63,4%), khó thở (51,2%), đau ngực (31,7%) và nấm *Aspergillus* là tác nhân gây bệnh ở đại đa số bệnh nhân (dựa trên xét nghiệm vi sinh (75,7%), trong đó *Aspergillus fumigatus* (65,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brown G.D., Denning D.W., Gow N.A.R. và cộng sự. (2012).** Hidden Killers: Human Fungal Infections. *Sci Transl Med*, 4(165), 165rv13-165rv13.

2. **Denning D.W. (2015).** The ambitious "95-95 by 2025" roadmap for the diagnosis and management of fungal diseases. *Thorax*, 70(7), 613-614.

3. **Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn, hội hô hấp Việt Nam và Hội Hô sức cấp cứu và chống độc Việt Nam.**

4. **Trần Duy Hiến (2014).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nấm phổi. Luận văn bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội

5. **Philippe B., Ibrahim-Granet O., Prévost M.C. và cộng sự. (2003).** Killing of *Aspergillus fumigatus* by alveolar macrophages is mediated by reactive oxidant intermediates. *Infect Immun*, 71(6), 3034-3042.

6. **Roilides E., Uhlig K., Venzon D. và cộng sự. (1993).** Enhancement of oxidative response and damage caused by human neutrophils to *Aspergillus fumigatus* hyphae by granulocyte colony-stimulating factor and gamma interferon. *Infect Immun*, 61(4), 1185-1193.

7. **Nguyễn Thị Như Quỳnh, Chu Thị Hạnh (2018).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nấm phổi xâm lấn. Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.

8. **Phạm Khắc Trung, Bùi Văn Lệnh (2010).** Nghiên cứu đặc điểm Xquang thường quy và cắt lớp vi tính bệnh nhân nấm phổi. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.

9. **Bùi Xuân Đồng (1984).** Nhóm nấm *Hypomyces* ở Việt Nam. Nhà xuất bản khoa học kĩ thuật.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỆN SINH LÝ THẦN KINH CƠ TRONG TỔN THƯƠNG THẦN KINH HÔNG TO VÀ CÁC NHÁNH DO CHẤN THƯƠNG

Ngô Văn Duy¹, Nguyễn Anh Tuấn^{2,3}

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý thần kinh cơ, đánh giá tỷ lệ, mức độ tổn thương của bệnh nhân tổn thương thần kinh hông to do chấn thương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 62 trường hợp có tổn thương thần kinh hông to và các nhánh do chấn thương đến khám và làm điện sinh lý thần kinh cơ tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 7/2020 đến tháng 7/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ tổn thương tại khớp gối chiếm 45,2%, 54,8% số ca có tổn thương dây thần kinh mác chung, 64,5% số ca có tổn thương hoàn toàn. Tỷ lệ có hoạt động điện tự phát là 95,2%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng và điện sinh lý thần kinh cơ trong tổn thương dây thần kinh hông to và các nhánh do chấn thương là rất đa dạng phụ

thuộc vào vị trí, thời gian và hình thái tổn thương.

Từ khóa: Điện sinh lý thần kinh cơ, thần kinh hông to, chấn thương.

SUMMARY

INJURY TO THE SCIATIC NERVE AND ITS BRANCHES DUE TO TRAUMA: CLINICAL, NEUROMUSCULAR ELECTROPHYSIOLOGY

Objectives: analyzing clinical, neuromuscular electrophysiology, assessment rate, vulnerability of patients with sciatic nerve injury due to trauma. **Methods:** Cross-sectional descriptive study of 64 case of injury to the sciatic nerve and its branches due to trauma went to Viet Duc hospital for examination and electrophysiology from 7/2020 to 7/2021. **Results:** Knee injury accounts for 45,2%, 54,8% of case have common peroneal nerve damage, 64,5 % of case have complete injury. The rate of spontaneous electrical activity is 95,2%. **Conclusions:** The clinical and electrodiagnostic symptoms of the sciatic nerve and its branches due injury are variety, depending on the location, duration and morphology of the lesion.

Keywords: neuromuscular electrophysiology, sciatic nerve, trauma

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Duy

Email: drduy238@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biên khoa học: 17.8.2021

Ngày duyệt bài: 26.8.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương thần kinh ngoại biên là bệnh lý tương đối phổ biến trong thực hành lâm sàng và xảy ra khoảng 3% trong tất cả các bệnh lý liên quan tới chấn thương. Chấn thương thần kinh ngoại biên ở chi dưới thì tương đối hiếm gặp và chiếm khoảng 20% tổng số các ca chấn thương của hệ thần kinh nhưng thường có tiên lượng xấu hơn so với những tổn thương thần kinh ngoại biên ở chi trên. Những chấn thương thần kinh ngoại biên ở chi dưới là một trong những nguyên nhân quan trọng gây nên tình trạng tàn tật ở những người trẻ tuổi từ các mức độ khác nhau như mất cảm giác, mất chức năng vận động, đau và cuối cùng làm suy giảm chức năng của chi ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu toàn diện về đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý thần kinh cơ cũng như thiết lập mối liên quan giữa định khu tổn thương, mức độ nặng của tổn thương, tiến triển theo thời gian với khả năng hồi phục của người bệnh sẽ giúp cho việc chẩn đoán sớm, tiên lượng và hướng dẫn lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho người bệnh theo từng giai đoạn tổn thương. Mục tiêu của chúng tôi là mô tả đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý thần kinh cơ, tỷ lệ, mức độ tổn thương ở bệnh nhân tổn thương thần kinh hông to và các nhánh do chấn thương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 62 bệnh nhân bị tổn thương dây thần kinh hông to và các nhánh do chấn thương đến khám và làm điện sinh lý thần kinh cơ tại bệnh viện Việt Đức từ 7/2020 đến 7/2021.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu. Trực tiếp thăm khám và ghi chép theo mẫu bệnh án nghiên cứu, khai thác đầy đủ tiền sử, bệnh sử, thăm dò điện sinh lý thần kinh cơ bằng máy Điện sinh lý thần kinh Nihon Kohden Model: MEB-9400K.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn.

- Bệnh nhân được chẩn đoán là tổn thương dây thần kinh hông to và các nhánh vào khám và làm điện sinh lý thần kinh cơ tại Bệnh viện Việt Đức
- Bệnh nhân có thời gian bị bệnh ít nhất là 3 tuần.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý toàn thân nặng (Đái tháo đường, cường giáp, suy giáp, suy tim nặng và các bệnh mạn tính kéo dài khác)
- Bệnh nhân không thu thập đầy đủ dữ liệu về lâm sàng hoặc điện sinh lý thần kinh cơ.

- Bệnh nhân có các rối loạn toàn thân nặng khác không cho phép tiến hành đầy đủ thăm dò điện sinh lý thần kinh cơ (CTSN nặng, hôn mê sau chấn thương, chấn thương hàm mặt...)

3. Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu được nhập và phân tích theo phần mềm thống kê SPSS 22.0. Sử dụng thuật toán Chi – square và so sánh các trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

1.1. Giới: Có 49 nam (79%) và 13 nữ (21%)

1.2. Độ tuổi:

Độ tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 18 tuổi	12	19,4
18 – 60 tuổi	43	69,4
> 60 tuổi	7	11,3

1.3. Thời gian tổn thương:

Thời gian tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 6 tuần	10	16,1
6 – 12 tuần	14	22,6
> 12 tuần	38	61,3

1.4. Nguyên nhân chấn thương:

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ngã	13	20,9
Tai nạn giao thông	30	48,4
Vết thương	12	19,4
Nguyên nhân khác	7	11,3

2. Đặc điểm lâm sàng

2.1. Bên tổn thương: Bên trái có 45 (72,6%), bên phải có 17 (27,4%)

2.2. Vị trí tổn thương:

Vị trí tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vùng mông	5	8,1
Đùi	11	17,7
Khớp gối	28	45,2
Khoeo chân	2	3,2
Cẳng chân	13	21,0
Bàn chân	3	4,8

2.3. Dây thần kinh tổn thương:

Dây thần kinh tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dây thần kinh hông to	20	32,3
Dây thần kinh mác chung	34	54,8
Dây thần kinh chày sau	2	3,2
Dây thần kinh mác nông	1	1,6
Dây thần kinh mác sâu	5	8,1
Các dây thần kinh khác	0	0

2.4. Phán xạ gân xương:

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mất	12	19,4
Giảm	11	17,7
Bình thường	39	62,9

2.5. Teo cơ: có 57 bệnh nhân chiếm : 91,9%

2.6. Triệu chứng cảm giác:

Triệu chứng cảm giác	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau	2	3,2
Giảm cảm giác	26	41,9
Mất cảm giác	26	41,9
Bình thường	8	12,9

3. Đặc điểm điện sinh lý.

3.1. Mức độ tổn thương: Tổn thương hoàn toàn có 40 bệnh nhân (64,5%), tổn thương không hoàn toàn có 22 bệnh nhân (35,5%)

3.2. Vận tốc dẫn truyền, thời gian tiềm và biên độ vận động của dây thần kinh mạc

	TB ± SD
Vận tốc dẫn truyền vận động bên lành	54.5 ± 3.1 (m/s)
Vận tốc dẫn truyền vận động bên bệnh	12.1 ± 20.3 (m/s)
Thời gian tiềm vận động bên lành	4.6 ± 0.3(ms)
Thời gian tiềm vận động bên bệnh	5.3 ± 1.9(ms)
Biên độ vận động bên lành	2.7 ± 1.2 (mV)
Biên độ vận động bên bệnh	0.5 ± 0.9 (mV)

3.3. Vận tốc dẫn truyền, thời gian tiềm và biên độ vận động của dây thần kinh chày

	TB ± SD
Vận tốc dẫn truyền vận động bên lành	52.5 ± 3.7 (m/s)
Vận tốc dẫn truyền vận động bên bệnh	16.1 ± 25.3 (m/s)
Thời gian tiềm vận động bên lành	4,1 ± 0.7 (ms)
Thời gian tiềm vận động bên bệnh	4,7 ± 2.9 (ms)
Biên độ vận động bên lành	5.2 ± 0.8 (mV)
Biên độ vận động bên bệnh	0.6 ± 0.9 (mV)

3.4. Vận tốc dẫn truyền, thời gian tiềm và biên độ cảm giác của dây thần kinh mạc nông

	TB ± SD(m/s)
Vận tốc dẫn truyền cảm giác bên lành	49.7 ± 6.6
Vận tốc dẫn truyền cảm giác bên bệnh	6.9 ± 20.7
Thời gian tiềm cảm giác bên lành	2.9 ± 0.6
Thời gian tiềm cảm giác bên bệnh	2,1 ± 0.5
Biên độ cảm giác bên lành	18,1 ± 5.3
Biên độ cảm giác bên bệnh	5.9 ± 3.5

3.5. Vận tốc dẫn truyền và biên độ cảm giác của dây thần kinh gan chân ngoài

	TB ± SD(m/s)
Vận tốc dẫn truyền cảm giác bên lành	41.8 ± 6.6
Vận tốc dẫn truyền cảm giác bên bệnh	3.9 ± 18.7
Biên độ cảm giác bên lành	5,8 ± 2.3
Biên độ cảm giác bên bệnh	1,4 ± 1.5

3.6. Dấu hiệu điện sinh lý bất thường

của dây hông to và các nhánh qua làm điện cơ kim

Điện cơ kim	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Hoạt động điện tự phát MUAP	59	95,2%
Hiện tượng kết tập và giao thoa	7	11,3%
	38	61,3%

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 62 bệnh nhân có tổn thương dây thần kinh hông to và các nhánh do chấn thương đến khám và làm điện sinh lý tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong đó tỷ lệ bệnh nhân nam gấp 4 lần bệnh nhân nữ (79%-21%) với độ tuổi phổ biến nhất là từ 18 – 60tuổi (69,4%), tương đồng với nghiên cứu của Arash Babaei-Ghazani và cộng sự tỷ lệ nam là 83,8%, nữ là 16,2%, độ tuổi: 38,39 ± 14,42. [1]

Trong nghiên cứu này, chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông (48,4%) tiếp sau là do ngã do tai nạn lao động (20,9%), còn lại đứng hàng thứ 3 là do vết thương sắc nhọn (19,4%) kết quả này gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của Arash Babaei-Ghazani và cộng sự tỷ lệ tai nạn giao thông là 55,4%, tai nạn lao động là 27%, vết thương sắc nhọn là 17,6%. [1]

2. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi chấn thương thần kinh hông to và các nhánh của nó thường xuất hiện nhiều ở bên trái (72,6%), vị trí tổn thương hay gặp nhất là khớp gối (45,2%) tiếp sau là cẳng chân (21%) và đùi (17,7%), tương tự như các báo cáo trước đó trên một quần thể lớn bệnh nhân của Igor Immerman và cộng sự thì tỷ lệ gặp chấn thương ở khớp gối còn lớn hơn nhiều (75%) [2].

Trong số các bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì tổn thương dây thần kinh mạc chung là hay gặp nhất (54,8%) sau đó là dây thần kinh hông to (32,3%), tổn thương dây thần kinh chày ít gặp (3,2%). Kết quả này gần tương đồng với kết quả nghiên cứu trước đó của Jerzy Gosk và cộng sự tổn thương dây thần kinh mạc chung hay gặp nhất (54%) và thứ 2 là dây thần kinh hông to (34,4%) [3].

Về phản xạ gân xương, tỷ lệ phản xạ gân bình thường gặp nhiều nhất (62,9%) tiếp đó là mất (19,4%) và giảm phản xạ gân xương (17,7%), trong khi đó tỷ lệ teo cơ gặp rất lớn (91,9%). Về cảm giác, giảm và mất cảm giác chiếm đa số và có tỷ lệ tương đương (41,9%), bệnh nhân có cảm giác đau chỉ chiếm 3,2% gặp ở 2 bệnh nhân có thời gian tổn thương dưới 6 tuần.

3. Đặc điểm điện sinh lý. Chấn thương gây

tổn thương dây thần kinh chi dưới để lại hậu quả nặng nề, tỷ lệ tổn thương hoàn toàn chiếm 64,5%, tổn thương không hoàn toàn chỉ chiếm 35,5%. Vận tốc dẫn truyền, biên độ của các dây thần kinh bên tổn thương có chỉ số giảm đáng kể so bên lành. Trong khi đó thời gian tiềm của các dây thần kinh bên tổn thương không có sự thay đổi lớn so với bên lành, các kết quả trên tương đồng với kết quả của nghiên cứu trước đây của Paige C. Roy và cộng sự [4].

Hoạt động điện tự phát gặp ở hầu hết các bệnh nhân (95,2%) và có 61,3% các trường hợp là có hiện tượng kết tập và giao thoa. Tuy nhiên chỉ gặp 7% có hình ảnh đơn vị vận động tại trạng thái cơ cơ.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng và điện sinh lý thần kinh cơ trong tổn thương dây thần kinh hông to

và các nhánh do tổn thương là rất đa dạng: bên tổn thương thường gặp là bên trái (72,6%), vị trí hay gặp nhất là khớp gối (45,2%), thần kinh mác chung là dây thần kinh dễ bị tổn thương nhất (54,8%), tổn thương hoàn toàn chiếm đa số (64,5%)... phụ thuộc vào vị trí, thời gian và hình thái tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babaei-Ghazani A., Eftekharsadat B., Samadirad B. và cộng sự. (2017). Traumatic lower extremity and lumbosacral peripheral nerve injuries in adults: Electrodiagnostic studies and patients symptoms. J Forensic Leg Med, 52, 89–92.
2. Immerman I. và Grossman J.A.I. Lower Extremity Nerve Trauma. Bull Hosp Joint Dis, 10.
3. Gosk J., Rutowski R., và Rabczyński J. The lower extremity nerve injuries – own experience in surgical treatment. Folia Neuropathol, 5.
4. Roy P.C. (2011). Electrodiagnostic Evaluation of Lower Extremity Neurogenic Problems. Foot Ankle Clin, 16(2), 225–242.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LIỆU PHÁP TIÊM COLLAGEN MD-SHOULDER DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM GÂN TRÊN GAI

Đặng Chí Hiếu¹, Nguyễn Vĩnh Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm gân trên gai bằng liệu pháp tiêm Collagen MD-Guna dưới hướng dẫn siêu âm và đánh giá tác dụng không mong muốn trong 12 tuần theo dõi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, có so sánh với nhóm chứng và so sánh nội nhóm, theo dõi dọc trong 12 tuần điều trị trên 61 bệnh nhân được chẩn đoán viêm gân trên gai khớp vai và chia thành 2 nhóm. Nhóm 1: gồm 30 bệnh nhân được tiêm Collagen MD-Shoulder 2 ml (1 ống)/lần/tuần vào túi thanh dịch dưới mỏm cùng vai dưới hướng dẫn của siêu âm trong 5 tuần liên tiếp. Nhóm 2: gồm 31 bệnh nhân được tiêm Depo-Medrol 1 lần duy nhất vào túi thanh dịch dưới mỏm cùng vai dưới hướng dẫn siêu âm. **Kết quả:** Sau 12 tuần từ thời điểm bắt đầu điều trị: điểm đau VAS trung bình giảm từ 6,8 xuống 2,5 điểm (tỷ lệ giảm so với thời điểm trước điều trị là 63,9%). Điểm đánh giá chức năng vận động khớp vai OSS tăng từ 23,5 ± 4,9 lên 39,7 ± 6,9 điểm (tỷ lệ tăng so với thời điểm trước tiêm là 39,4%), cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; góc vận động khớp vai tăng từ 122,0 ± 11,3 lên 154,0 ± 15,5 độ (tỷ lệ tăng so với thời điểm trước tiêm là

20,6%). Tỷ lệ đau tăng sau tiêm là 13,3%. **Kết luận:** Liệu pháp tiêm Collagen MD-Shoulder dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị viêm gân trên gai có tác dụng giảm đau, cải thiện chức năng vận động và góc vận động sau 12 tuần. Liệu pháp tiêm Collagen MD-Shoulder dưới hướng dẫn siêu âm có hiệu quả giảm đau tương tự, nhưng cải thiện chức năng vận động khớp vai tốt hơn so với liệu pháp tiêm Depo-Medrol ngay từ tuần thứ 5, kéo dài đến sau 12 tuần điều trị ($p < 0,05$)

Từ khóa: Collagen MD-Shoulder, viêm gân trên gai, tiêm túi thanh dịch dưới mỏm cùng vai dưới hướng dẫn siêu âm. Depo- Medrol.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF MD-COLLAGEN INJECTION THERAPY UNDER ULTRASOUND GUIDANCE IN THE TREATMENT OF SUPRASPINATUS TENDONITIS

Aims: Evaluate the results of MD-collagen injection therapy in the treatment of supraspinatus tendonitis under ultrasound guidance and evaluate adverse effects of this therapy after 12 weeks of follow-up. **Methods:** Controlled clinical trial were followed up to 12 weeks in 61 patients with supraspinatus tendonitis, divided into two groups: 30 patients received 5 times in 5 consecutive weeks' ultrasound-guided injection of Collagen MD-Shoulder into the subacromial bursa, 31 patients were given a single ultrasound-guided injection of Depo-Medrol into the subacromial bursa. **Results:** After 12 weeks of treatment, there was an improvement in VAS, OSS scores, shoulder range of motion in the

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc

Email: drngocbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2021

Ngày duyệt bài: 25.8.2021