

## KHẢO SÁT TÌNH HÌNH HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY Ở BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO ĐỊNH KỲ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Trung Hiếu\*, Đỗ Phước Hùng\*

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Khảo sát tình hình hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ tại bệnh viện Chợ Rẫy.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là 197 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo định kỳ tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 2/2008 đến 4/2009. Tất cả bệnh nhân này được thăm khám lâm sàng để tìm các rối loạn về cảm giác hoặc / và vận động ở bàn tay. Khi có rối loạn bệnh nhân được đo điện cơ. Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay khi có biểu hiện lâm sàng và đạt tiêu chuẩn chẩn đoán điện cơ hội chứng ống cổ tay của Stevens (2002).

**Kết quả:** 35/197(17,8%) bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay. Tuổi: <40 : 1BN (2,9%), 40-60 : 19BN (54,3%), >60 : 15BN (42,8%) trẻ nhất là 29tuổi, già nhất là 83 tuổi, tuổi trung bình là:  $60 \pm 13,81$  tuổi. Nam: 10BN (28,6%), Nữ: 25BN (71,4%). Tỷ lệ nam : nữ là 1:2,5. 13 BN bị HC OCT ở 1 tay (8 tay nhẹ, 3 tay trung bình, 2 tay nặng), 22 BN bị cả 2 tay (9 tay nhẹ, 20 tay trung bình, 15 tay nặng). Như vậy có tổng số là 57 (57/394tay=14,47%) HC OCT được phát hiện trong đó có 17 (29,8%) tay nặng, 23 (40,4%) tay trung bình, 17 (29,8%) tay nhẹ.

**Kết luận:** Hội chứng ống cổ tay trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ là một bệnh lý có thật mang những màu sắc riêng khác với hội chứng ống cổ tay vô căn. Tỷ lệ mắc cao và tăng dần theo thời gian. Phát hiện thường muộn. Các triệu chứng tăng lên trong lúc chạy thận là một gợi ý rất quý báu. Bệnh nhân chưa được cung cấp thông tin đầy đủ để cùng nhân viên y tế phát hiện bệnh sớm.

**Từ khóa:** Hội chứng ống cổ tay

### SUMMARY

#### CARPAL TUNNEL SYNDROME IN PATIENTS ON HEMODIALYSIS IN CHO RAY HOSPITAL

Nguyen Trung Hieu, Do Phuoc Hung

\* Y Hoc TP. Ho Chi Minh \* Vol.14-Supplement of No 1-2010: 185- 193

**Purpose :** To investigate carpal tunnel syndrome(CTS) in patients on heamo- dialysis in Cho Ray hospital.

**Method and Materials:** 197 patients on heamodialysis were involved in the study from February 2008 to April 2009. They were clinically examined to find any sensory or/and motor disorder of their hands. If they had the disorders , EMG of the hand would be carried on. Diagnosis of carpal tunnel syndrome would be established when both clinical disorders and EMG (according to Stevens's criteria) were be found.

**Results:** 35/197 (17.8%) patients suffered from (CTS), including 10 male, 25 female. The average age was  $60 \pm 13.81$  years old (youngest 29, oldest 83). There were 13 patients with one hand involved (8 mild, 3 moderate, 2 severe ) and 22 with both hands (9 mild, 20 moderate, 15 severe). Totally, 57/394 hands were detected CTS in which there were 17 mild , 23 moderate and 17 severe.

**Conclusions:** CTS in patients dialysis is a real pathology with distinct characteristics different from idiopathic one. The incidence ratio is high and increases timely. The detection is rather late. Symptoms worse

\* Bộ môn CTCH-PHCN Đại học Y Dược TP. HCM

Địa chỉ liên hệ: BS. Nguyễn Trung Hiếu

ĐT: 090927497

Email: hieunguyen1982@yahoo.com

during dialysis are valuable to diagnose. Less knowledge and co-operation with physicians is one of the causes of retarded diagnosis.

**Keywords:** carpal tunnel syndrome

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Trải qua nhiều thập kỷ, Thận Nhân Tạo (TNT) đã giúp kéo dài cuộc sống cho những bệnh nhân Suy Thận Mạn (STM) giai đoạn cuối, giúp họ gần như trở về với sinh hoạt và lao động bình thường, sống lâu hơn và hữu ích hơn. Tuy nhiên cũng chính vì kéo dài tuổi thọ nên người ta phát hiện thêm ngày càng nhiều các biến chứng đi kèm như bệnh tim mạch, nhiễm trùng, viêm gan, đau khớp<sup>(5)</sup>... các biến chứng về thần kinh ngoại biên mà điển hình là hội chứng ống cổ tay (HCOCT) không nằm ngoài danh sách các bệnh này. Hội chứng ống cổ tay khi xuất hiện có thể ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng sống của những bệnh nhân chạy TNT kéo dài từ ngày này sang ngày khác<sup>(1,3,4,7)</sup>. Không những thế kết quả điều trị lại phụ thuộc nhiều vào giai đoạn tiến triển của bệnh. Tại Việt Nam đã áp dụng thành công TNT để điều trị và cứu sống hàng ngàn bệnh nhân suy thận mãn giai đoạn cuối. Thế nhưng cho đến nay vẫn chưa có một công trình nghiên cứu trong nước nào ghi nhận các vấn đề bàn tay nói chung cũng như HC OCT nói riêng trên nhóm bệnh nhân này. Chính vì lẽ đó, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài này nhằm bước đầu khảo sát các đặc điểm lâm sàng và điện cơ trên bệnh nhân chạy TNT định kỳ.

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Bước đầu khảo sát tình hình hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ tại Bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR).

## ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Tất cả những bệnh nhân chạy TNT định kỳ vì STM giai đoạn cuối tại Bệnh Viện Chợ Rẫy từ tháng 2/2008-4/2009.

Bệnh nhân HC OCT được phát hiện qua triệu chứng lâm sàng và điện cơ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là HCOCT khi có triệu chứng lâm sàng ( rối loạn cảm giác hoặc vận

động bàn tay) và đạt tiêu chuẩn chẩn đoán điện cơ HCOCT của Stevens (2002) Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có triệu chứng rối loạn cảm giác /vận động trước khi bắt đầu chạy TNT.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu: mô tả cắt ngang, kết quả được phân tích bằng cách so sánh với một số kết quả trong y văn và với HC OCT vô căn.

Số liệu được xử lý bằng toán thống kê Stata 10.0, Microsoft Office Excel 2003

## Bước một

Thăm khám tất cả các BN đến chạy TNT định kỳ tại khoa TNT BVCR về triệu chứng cơ năng và thực thể:

Rối loạn cảm giác (trong tiền sử sau khi chạy TNT hoặc ở thời điểm thăm khám bệnh nhân có rối loạn cảm giác.)

Cảm giác đau, sưng, tê, châm chích, nặng, ngứa, nóng bỏng ở các ngón tay và cổ tay, đặc biệt ở mặt lòng ngón tay

- Tăng lên vào buổi tối
- Tăng lên lúc chạy thận nhân tạo
- Lan lên cẳng tay, cánh tay, khuỷu và vai
- Giảm khi gập duỗi cổ tay liên tục hay “vẩy” cổ tay

Đánh giá mức độ biểu hiện của các triệu chứng bằng cách cho điểm từ 0 đến 10 dựa theo cách cho điểm của thước đo VAS mức độ đau như sau:

Sau khi giải thích ý nghĩa các hình trên thước, cho BN tự kéo nút di chuyển đến mức độ đau của mình. Ta ghi lại điểm số ở sau thước tương ứng với vị trí nút di chuyển, cho phép nút nằm trung gian giữa các hình tùy mức độ đau của BN.

Phân vùng rối loạn cảm giác bàn tay theo Katz

- Điển hình
- Không điển hình

- Không phải hội chứng ống cổ tay

Giảm cảm giác đau, sờ nông, phân biệt 2 điểm ( $\geq 6\text{mm}$ ) ở vùng da bàn tay do thần kinh giữa chi phối

#### **Rối loạn vận động**

- Yếu vận động các cơ dạng và đối ngón cái
- Bàn tay trở nên vụng về, hay làm rơi đồ vật
- Teo cơ mô cái

#### **Các xét**

- Dấu Hoffmann-Tinel
- Tét Phalen
- Tét nắm tay

**Bước hai:** cho BN có triệu chứng lâm sàng đo điện cơ

#### **Bước ba**

Xác định tỉ lệ các đặc điểm lâm sàng biểu hiện bệnh.

Xác định giá trị nhỏ nhất, lớn nhất, trung bình các thông số điện cơ đo được về:

- Thời gian tiềm cảm giác ngoại vi thần kinh giữa (DSLm)
- Hiệu số thời gian tiềm cảm giác ngoại vi thần kinh giữa và trụ (DSLd)
- Thời gian tiềm vận động ngoại vi thần kinh giữa (DMLm)
- Hiệu số thời gian tiềm vận động ngoại vi thần kinh giữa và trụ (DMLd)

Phân loại mức độ bệnh dựa trên điện cơ theo tiêu chuẩn chẩn đoán điện cơ HCOCT của Stevens (2)

**Bước bốn:** Tổng hợp và phân tích các số liệu

- Xác định tỉ lệ HC OCT trên BN chạy TNT
- Xác định mối liên quan giữa HC OCT với thời gian chạy thận, tay chạy thận, tay thuận và các bệnh nội khoa phối hợp (nếu có)
- Nhận xét các đặc điểm lâm sàng và điện cơ
- Nhận xét những ảnh hưởng của HC OCT lên sinh hoạt của BN
- Nhận xét mối quan tâm của BN về HC OCT

## **KẾT QUẢ**

Chúng tôi tiến hành khảo sát trên 197 bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ tại BVCR về các triệu chứng của HC OCT theo mẫu bệnh án.

Kết quả có 63 (32%) bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng của HC OCT

Chúng tôi lần lượt cho các bệnh nhân có triệu chứng đo điện cơ đồ. Kết quả cho thấy: 35 (35/63=55,6%, 35/197=17,8%) bệnh nhân EMG chẩn đoán HC OCT, 23 bệnh nhân EMG âm tính, 5 bệnh nhân EMG viêm đa dây thần kinh ngoại biên thể hủy myelin và sợi trục. Như vậy có tổng cộng 35 bệnh nhân với 57 tay bị HC OCT (13 bệnh nhân bị một tay, 22 bệnh nhân bị 2 tay)

#### **Nhân Khẩu Học (Demography)**

**Tuổi:** <40 : 1BN (2,9%), 40-60 : 19BN (54,3%), >60 : 15BN (42,8%). Trẻ nhất là 29tuổi, già nhất là 83 tuổi, tuổi trung bình là:  $60 \pm 13,81$  tuổi

**Giới:** Nam : 10BN (28,6%), Nữ : 25BN (71,4%). Tỉ lệ nam : nữ là 1:2,5

#### **Nghề nghiệp:**

Đa số BN là ở nhà nghỉ ngơi hay làm ít việc nội trợ chiếm 22 BN (62,5%). Tuy nhiên một số khác (37,5%) vẫn tiếp tục lao động: thu thuế (2,9%), làm ruộng (5,8%), giáo viên (11,6%), dược sĩ (2,9%), buôn bán (14,3%).

#### **Tay thuận và tay chạy thận:**

Thuận tay trái: 3BN (8,6%), tay phải : 32BN (91,4%). Số HC OCT xảy ra ở tay thuận là 31 tay (88,6%), ở tay không thuận là 26 tay (74,3%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (KTC 95%).

Có 4 BN (11,4%) chạy TNT ở tay phải, 4 BN (11,4%) chạy TNT ở cả hai tay, 27 BN (77,2%) chạy TNT ở tay trái. Số HC OCT xảy ra ở tay chạy thận là 31/39 tay (79,5%), ở tay không chạy thận là 26/31 tay (83,9%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (KTC 95%).

**Thời gian chạy thận nhân tạo** ngắn nhất: 21 tháng, dài nhất: 156 tháng, trung bình: 53 tháng.

**Bệnh kèm theo**

100% BN bị tăng huyết áp và thiếu máu mạn, 15 BN (42,6%) có kèm theo bệnh tim thiếu máu cục bộ, 12 BN (34,3%) có kèm theo đái tháo đường, 10 BN (28,6%) kèm theo viêm gan siêu vi (B và/hoặc C), 6 BN (17,2%) kèm theo suy tim mạn, 5 BN (14,3%) kèm theo viêm dạ dày, 3 BN bị bướu giáp (8,6%), 1 BN (2,9%) bị giảm tiểu cầu.

**Triệu Chứng Lâm Sàng**

**Thời gian khởi bệnh HCOCT**

Thời gian từ lúc có triệu chứng dị cảm ở bàn tay đến lúc khám ngắn nhất là: 6 tháng, dài nhất là: 84 tháng, trung bình là: 22,4 tháng.

Thời gian từ lúc đặt thông động tĩnh mạch để chạy TNT đến khi có triệu chứng lâm sàng ngắn nhất là: 2 tháng, dài nhất là: 99 tháng, trung bình là: 33 tháng.

**Thời gian chạy thận**

Số BN chạy TNT dưới 2 năm bị HC OCT là 6/69 BN (8,7%), trên 2 năm bị HC OCT là 29/128 BN (22,7%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (KTC 95%).

**Rối loạn cảm giác:**

*Triệu chứng thường gặp của HC OCT*

Tê: 46 tay (80,7%), đau: 8 tay (8/57=14%), châm chích: 4 tay (7%)

Giảm cảm giác đau: 4 tay (7%)

Sờ nông : 8 tay (14%)

Phân biệt 2 điểm: 2 tay (3,5%)

*Phân loại theo Katz:*

Điện hình : 23 tay (40,4%)

Không điện hình : 28 tay (49,1)

Không nghĩ đến: 0 tay

Nặng tay: 2 tay (3,5%)

Khởi đầu có tê bàn tay nhưng sau một thời gian không còn cảm giác tê dù vẫn tồn tại các triệu chứng rối loạn cảm giác/vận động khác: 11 tay (19,3%)

Triệu chứng lan lên cẳng tay: 5 tay (8,8%)

*Triệu chứng cơ năng đặc biệt*

Đau tăng lên lúc chạy thận: 4 tay (7%), tay không chạy TNT: 0 tay

Ngứa: 6 tay (10,5%) tay không chạy TNT: 0 tay

Ngứa tăng lên lúc chạy thận: 3 tay (5,3%), tay không chạy TNT: 0 tay

Tê tăng lên lúc chạy thận: 20 tay (35,1%), tay không chạy TNT: 0 tay

**Rối loạn vận động**

Bàn tay vụng về, làm rơi đồ vật: 7 tay (12,3%)

Teo cơ ô mô cái: 23 tay (40,4%)

Sức cơ đối ngón cái giảm: 15 tay (26,3%)

**Các xét**

*Dấu Hoffmann-Tinel: Có 7 tay (12,3%) dương tính*

**Bảng 1: Kết quả dấu Hoffmann-Tinel**

	HC OCT +	HC OCT -	Tổng
Tinel +	7	10	17
Tinel -	50	327	377
Tổng	57	337	394 tay

– Độ nhạy =  $(7/394)/(57/394) = 12,3\%$

– Độ chuyên =  $(327/394)/(337/394) = 97\%$

*Tét Phalen: Có 12 tay (21%) dương tính*

**Bảng 2: Kết quả xét Phalen**

	HC OCT +	HC OCT -	Tổng
Phalen +	12	5	17
Phalen -	45	332	377
Tổng	57	337	394 tay

– Độ nhạy =  $12/57 = 21\%$

– Độ chuyên =  $332/337 = 98,5\%$

*Tét nắm tay: Có 14 tay (24,6%) dương tính*

**Bảng 3: Kết quả xét nắm tay**

	HC OCT +	HC OCT -	Tổng
Tét nắm tay +	14	10	24
Tét nắm tay -	43	327	370
Tổng	57	337	394 tay

– Độ nhạy =  $14/57 = 24,6\%$

– Độ chuyên =  $327/337 = 97\%$

**Điện Cơ**

*Kết quả điện cơ các thông số DMLm, DMLd, DSLm, DSLd*

Chúng tôi cho 63 BN có triệu chứng lâm sàng đo điện cơ ở cả hai tay. Kết quả có 57 tay thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán HC OCT với kết quả các thông như sau:

**Bảng:** Giá trị các thông số DMLm, DMLd, DSLm, DSLd

Thông số	HC OCT theo EMG	Phối hợp lâm sàng và EMG	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình	Ghi chú
DMLm	61 tay	57 tay	3,5 ms	8,7 ms	4,74±1,12ms	Mất đáp ứng vận động: 1tay
DMLd	61 tay	57 tay	0,9 ms	6,2 ms	2,39±1,08ms	
DSLm	61 tay	57 tay	2,8 ms	6,8 ms	3,78±0,75ms	Mất đáp ứng cảm giác: 5tay
DSLd	61 tay	57 tay	0,2 ms	4,4 ms	1,48±0,71ms	

- Đối chiếu lâm sàng và điện cơ có 4 tay (3tay trung bình, 1 tay nhẹ) chẩn đoán điện cơ dương tính với HC OCT nhưng không có triệu chứng lâm sàng nên không đưa vào nghiên cứu này.

**Độ nặng theo điện cơ**

Tất cả các BN của chúng tôi đều được đo điện cơ tại phòng điện cơ BVCR và được các bác sĩ điện cơ phân độ theo tiêu chuẩn của Steven. Kết quả như sau:

- Nhẹ: 17/57 tay (29,8%)
- Trung bình: 23/57 tay (40,4%)
- Nặng: 17/57 tay (29,8%)

**BÀN LUẬN**

**Có hay không có nguy cơ cao HCOCT trên bệnh nhân chạy TNT?**

HC OCT là tình trạng chèn ép đơn dây TK ngoại biên thường gặp nhất. Nó chiếm tỉ lệ khoảng 125/100000 dân số<sup>(12)</sup>. Trong một cuộc khảo sát sức khỏe tổng quát ở miền Nam Thụy Điển, Atroshi (1999) phát hiện có 354 trường hợp (tỉ suất hiện mắc là 14,4%) bị đau, tê, châm chích ở vùng bàn tay do TK giữa chi phối. Thử nghiệm dẫn truyền TK cho thấy bệnh TK giữa tại OCT có 120 người với các triệu chứng nêu trên (tỉ suất hiện mắc là 4,9%). Về thăm khám lâm sàng, có 94 người có các triệu chứng trên

được chẩn đoán HC OCT (tỉ suất hiện mắc là 3,8%). Kết hợp cả lâm sàng và điện cơ xác định HC OCT chỉ có 66 người có các triệu chứng trên (tỉ suất hiện mắc là 2,7%)<sup>(2)</sup>.

Một nghiên cứu khác của Nordstrom (1998) ở Wisconsin trong suốt 2 năm nhằm ước tính tỉ suất mới mắc HC OCT trong dân số chung. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ suất mới mắc là 3,46 trường hợp/1000 người-năm<sup>(12)</sup>.

Kể từ những phát hiện đầu tiên của Bussell (1971) trong bài báo về hội chứng “ăn trộm máu” qua thông động tĩnh mạch trên BN chạy TNT<sup>(1)</sup> đã mở đường cho hàng loạt những phát hiện mới về các vấn đề bàn tay trên nhóm bệnh nhân này.

Bốn năm sau, nhóm nghiên cứu của bác sĩ Kumar đã phát hiện hai trường hợp HCOCT trên bệnh nhân chạy TNT và đưa ra nhận xét<sup>(8)</sup>: những thay đổi về mặt giải phẫu ở vùng cổ tay do thông động tĩnh mạch có lẽ là yếu tố quan trọng trong sự hình thành HCOCT và bệnh đa dây thần kinh ngoại biên do hội chứng urê huyết cao vốn có ở bệnh nhân STM giai đoạn cuối cũng góp phần quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của HCOCT. Từ đó, nhiều báo cáo khác liên quan đến vấn đề này đã được công bố trên nhiều tạp chí từ nhiều quốc gia khác nhau. Gần đây nhất là nghiên cứu của tác giả Hamid Namazi và Zahra Majd (2007) trên cổ tay của 558 bệnh nhân chạy TNT kết luận: những bệnh nhân chạy TNT có nguy cơ đáng kể bị HC OCT ở tay đặt thông động tĩnh mạch với tỷ lệ là 30,5%<sup>(10)</sup>.

Tỉ lệ HCOCT trên bệnh nhân TNT được báo cáo rất khác nhau, nó thay đổi từ 3,8% đến 63,7% tùy thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán và thời gian chạy TNT<sup>(6)</sup>. Theo nghiên cứu của Gilbert và Robinson (1988)<sup>(3)</sup> trên 485 bệnh nhân chạy TNT định kỳ, có 46 BN (9%) bị HCOCT ở ít nhất 1 tay. Trong nghiên cứu của Hirasawa (2000)<sup>(6)</sup> trên 671 BN chạy TNT phát hiện có 110 BN (16,4%) bị HC OCT. Một báo cáo khác thật ấn tượng khi cho biết có đến 100% các BN chạy TNT hơn 16 năm bị HC OCT (Susan 1998)<sup>(5)</sup>.

Chúng tôi đã kết hợp cả lâm sàng và điện cơ để chẩn đoán HC OCT và phát hiện có đến 17,26% BN chạy TNT có HC OCT, cao hơn rất nhiều lần so với tỉ lệ HCOCT trong cộng đồng theo Y văn. Như vậy rõ ràng STM giai đoạn cuối chạy TNT làm tăng tỉ lệ HCOCT hay nói cách khác nó là yếu tố nguy cơ cao.

### **Nguy cơ này có tăng lên theo thời gian chạy thận ?**

Báo cáo của Pascual và Cs (1991) cho thấy có đến 30% BN chạy TNT hơn 9 năm bị HCOCT (up to date 2007). Một tài liệu khác ghi nhận tỷ lệ này lên đến 50% ở nhóm bệnh nhân chạy TNT từ 10 năm trở lên<sup>(5)</sup>.

Đến năm 2000, tác giả Hirasawa và Ogura<sup>(6)</sup> đã nghiên cứu và chia 110 BN chạy TNT có HC OCT thành 4 nhóm theo thời gian chạy thận cho thấy tỉ suất mới mắc HC OCT tăng vọt theo thời gian ở các BN chạy TNT từ 10 đến dưới 15 năm và đạt đến 71% (17 BN) ở các BN chạy TNT từ 20 năm trở lên.

Chúng tôi nhận thấy sau 2 năm chạy TNT tỉ lệ HCOCT tăng đáng kể từ 8,7% lên 22,7% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ ). Như vậy có mối liên quan giữa thời gian chạy TNT và tỉ lệ mắc HC OCT: tỉ lệ này tăng lên theo thời gian.

### **Tay thuận hay tay chạy TNT có nguy cơ cao bị HC OCT?**

Trong HC OCT vô căn có rất nhiều nghiên cứu và y văn cho thấy nó xảy ra nhiều hơn ở tay thuận và nếu bị hai tay thì tay thuận sẽ nặng hơn tay không thuận<sup>(11,12)</sup>. Điều này được cho là ngược lại ở các BN chạy TNT do bởi thông động tĩnh mạch cần thiết để chạy thận.

Nghiên cứu của Gilbert (1988)<sup>(3)</sup> cho thấy có 25/46 BN chạy TNT (54%) bị HC OCT ở một tay, trong đó có 24/39 (61,5%) là tay chạy thận và 1/11 (9,1%) là tay nguyên vẹn ( $P < 0,01$ ). Còn 21/46 (46%) BN bị HC OCT ở hai tay thì có 33 (78,6%) tay là tay chạy thận và 9 (21,4%) tay là tay nguyên vẹn.

Thống nhất với Gilbert, tác giả Gousheh

(2004)<sup>(4)</sup> nghiên cứu trên 279 BN chạy TNT với thông động tĩnh mạch chỉ đặt ở 1 tay cho thấy: có 85 (30,5%) tay đặt thông bị HC OCT so với 34 (12,2%) tay nguyên vẹn bị HC OCT với  $P < 0,0001$ . Tuy nhiên kết quả không như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi trên 35 BN chạy TNT cho thấy có 31 tay thuận (88,6%) bị HC OCT so với 26 tay không thuận (74,3%) bị HC OCT. Bên cạnh đó thì số HC OCT xảy ra ở tay chạy thận (tay đặt thông) là 31/39 tay (79,5%), ở tay nguyên vẹn là 26/31 tay (83,9%) và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (KTC 95%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Kimura (1986)<sup>(7)</sup>, Wilson (2007)<sup>(14)</sup>.

Như vậy không giống như HC OCT vô căn, trên BN chạy TNT có khuynh hướng bị HC OCT ở cả 2 tay (62,9%) với tay thuận và tay không thuận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (KTC 95%). Sự gia tăng tỉ lệ HC OCT ở tay không thuận trên BN chạy TNT có thể có sự góp phần của thông động tĩnh mạch ở tay này. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, Kimura và Wilson vai trò của nó vẫn chưa được sáng tỏ, tỉ lệ HC OCT ở tay chạy thận so với tay nguyên vẹn khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Do đó mà vai trò của yếu tố tại chỗ như thông động tĩnh mạch và các hệ quả của nó có thể không phải là yếu tố chính gây ra HC OCT trên BN chạy TNT, mà chủ yếu là do các yếu tố toàn thân gây ảnh hưởng lên tại chỗ OCT. Trong đó giữ vai trò chính là sự lắng đọng amyloid trong OCT theo nhiều nghiên cứu và y văn đã báo cáo<sup>(3,4,6,9)</sup>.

### **Rối loạn cảm giác có gì khác hơn so với bệnh nhân có HCOCT vô căn**

Bên cạnh các rối loạn cảm giác thường gặp như trong HC OCT vô căn: tê, đau, châm chích, giảm cảm giác...chúng tôi ghi nhận trong HC OCT ở BN chạy TNT có một số điểm đặc biệt sau: có 10,5% trường hợp ngứa ở bàn tay, và triệu chứng này tăng lên trong lúc chạy thận là 3 tay (5,3%). Có 20 tay chạy thận

(35,1%) triệu chứng tê tăng lên trong lúc chạy thận. Ngoài ra có 4 BN có triệu chứng đau tăng lên trong lúc chạy thận trong đó có 2 BN đau nặng đến nỗi không thể hoàn tất buổi chạy thận. Ở tay không chạy thận các triệu chứng này không tăng.

Các triệu chứng đặc biệt này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của nhiều tác giả khác mà phải kể đến trước tiên là nghiên cứu của Warren và Otieno (1975)<sup>(13)</sup>, tác giả ghi nhận: có 22 BN (61%) tê hay dị cảm, 11 BN (31%) đau và 9 BN (25%) sưng ở tay đặt thông trong lúc chạy thận. Tiếp theo là nghiên cứu của Gilbert (1988)<sup>(9)</sup>: có hơn 50% các trường hợp các triệu chứng gia tăng trong suốt thời gian chạy thận. Mặc dù chiếm tỉ lệ không cao trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng các triệu chứng này rất có giá trị và là nét đặc trưng riêng của HC OCT ở BN chạy TNT với độ chuyên biệt lên đến 100%.

**Độ nhạy và độ đặc hiệu của các xét**

Cũng giống như trong HCOCT vô căn, các xét Tinel, Phalen và xét nắm tay có độ đặc hiệu cao (trên 95%), nhưng độ nhạy lại thấp (dưới 25%). Do vậy các xét này dùng để chẩn đoán loại trừ HCOCT.

**Rối loạn trên EMG có gì khác hơn so với bệnh nhân có HCOCT vô căn**

Nhìn chung giá trị trung bình của các thông số DMLm, DMLd, DSLm, DSLd trong lô nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (KTC 95%) khi so với các tác giả khác nghiên cứu về HC OCT vô. Nhận định này cũng phù hợp với nhiều tác giả khác khi nghiên cứu về HC OCT trên BN chạy TNT như: Kimura (1986), Gilbert (1988), Okutsu (1996), Hirasawa (2000)...

*Bảng: So sánh giá trị trung bình của các thông số DMLm, DMLd, DSLm, DSLd với các tác giả khác*

Tác giả Thông số	N.N.Bích (2004)	N.L.T.Hiếu (2007)	Chúng tôi
DMLm (ms)	4,86±0,34	5,17±2,74	4,74±1,12
DMLd (ms)	2,5±0,7	2,63±2,78	2,39±1,08
DSLm (ms)	3,1±0,6	3,61±1,38	3,78±0,75

DSLd (ms)	1,57±0,3	1,59±1,4	1,48±0,41
-----------	----------	----------	-----------

Tuy nhiên trong lô nghiên cứu của chúng tôi có đến 1 trường hợp mất đáp ứng vận động và 5 trường hợp mất đáp ứng cảm giác. Tình trạng này ít gặp trong HC OCT vô căn. Như vậy về mặt điện cơ thì không có gì khác biệt với HC OCT vô căn ở các thông số DMLm, DMLd, DSLm, DSLd.

**HCOCT/TNT có nặng hơn HCOCT vô căn không?**

HCOCT trên BN chạy TNT thường nặng nề hơn HCOCT vô căn chưa tính đến những khó khăn và kết quả trong điều trị. Sự nặng nề thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi ở chỗ tỉ lệ mắc khá cao 17,26% (so với Y văn về HC OCT vô căn từ 3-5%), số BN bị cả hai tay đến 64,7% và sự ảnh hưởng của nó đến BN là không nhỏ. Có 2 BN trong lô nghiên cứu của chúng tôi bị đau ở bàn tay trong lúc chạy thận đến mức không chịu đựng nổi phải bỏ dở buổi chạy thận. Không những vậy mà HC OCT còn nằm chõng lấp trong cơ địa suy thận mạn giai đoạn cuối, nên các rối loạn cảm giác và vận động ở bàn tay thường bị nhầm lẫn, dễ quy cho bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối mà bỏ qua chẩn đoán. Kết quả là bệnh thường phát hiện muộn, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phải mất trung bình 2 năm từ lúc khởi đầu triệu chứng BN mới được chẩn đoán HC OCT<sup>(4,9,14)</sup>. Chính vì vậy mà có đến 29,8% trường hợp nặng, cao hơn rất nhiều so với lô nghiên cứu của tác giả Ngọc Bích chỉ có 19% các trường hợp nặng đến rất nặng trên điện cơ

**Ảnh hưởng HCOCT lên bệnh nhân như thế nào?**

13/35 (37,5%) bệnh nhân chạy TNT vẫn tiếp tục cống hiến cho xã hội bằng nghề nghiệp phù hợp với tình trạng sức khỏe của họ. 22/35 (62,5%) bệnh nhân ở nhà vẫn có thể làm những công việc nội trợ. Như vậy bệnh nhân chạy TNT không có nghĩa là không có những hoạt động lao động. Tuy nhiên các hoạt động này vốn bị hạn chế do tình trạng bệnh chung lại càng bị hạn chế

hơn nửa do HCOCT. Ngoài những rối loạn đáng kể về cảm giác gây không ít phiền toái bệnh nhân còn phải chịu đựng những rối loạn vận động. Bàn tay vụng về, làm rơi đồ vật: 7 tay (12,3%), teo cơ ô mô cái: 23 tay (40,4%), sức cơ đối ngón cái giảm: 15 tay (26,3%) là những con số nói lên những rối loạn về vận động là đáng kể và cần thiết phải được điều trị. Đối với 13 /35 bệnh nhân còn lao động phải sử dụng bàn tay nhiều những rối loạn đó càng nặng nề hơn và hạn chế không nhỏ năng suất lao động.

### Mối quan tâm của bệnh nhân về HCOCT ra sao?

Dù tỉ lệ nặng và trung bình trên EMG chiếm khá lớn trong lô nghiên cứu 17 (29,8%) tay nặng, 23 (40,4%) tay trung bình) và ảnh hưởng không nhỏ đến sinh hoạt đời thường nhưng hầu hết bệnh nhân ít than phiền bằng lời. Các bệnh nhân đều quy các triệu chứng cho bệnh lý suy thận mạn giai đoạn cuối và họ dễ dàng chấp nhận chịu đựng. Do vậy không có gì ngạc nhiên khi phát hiện bệnh thường muộn và tất yếu dẫn đến điều trị sẽ khó khăn hơn và kết quả sẽ khiêm tốn hơn. Rõ ràng bệnh nhân cần cung cấp nhiều thông tin hơn về các bệnh lý thần kinh ngoại biên nói chung và hội chứng ống cổ tay nói riêng để cùng nhân viên y tế phát hiện sớm và điều trị hiệu quả hơn so với tình hình hiện nay.

### KẾT LUẬN

Dù cơ chế bệnh sinh còn nhiều bàn cãi và chưa được chứng minh rõ ràng Hội chứng ống cổ tay trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ là một bệnh lý có thật với những màu sắc riêng khác với hội chứng ống cổ tay vô căn:

- Tỉ lệ mắc cao và tăng dần theo thời gian
- Tính trầm trọng hơn
- Phát hiện thường muộn
- Các triệu chứng có thể tăng lên trong lúc chạy thận và là một gợi ý rất quý báu.
- Bệnh nhân chưa được cung cấp thông tin đầy đủ để cùng nhân viên y tế phát hiện bệnh sớm.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bussell JA, Lim RC (1971). "A radial steal syndrome with arteriovenous fistula for hemodialysis". *Ann Int Med*, 75, pp.387-394.
2. Dumitru Daniel (2002). *Electrodiagnostic medicine*. Hanley and Belfus Inc, tập 2 (4), pp.1070.
3. Gilbert Marvin S, Robinson A (1988). "Carpal tunnel syndrome in patients who are receiving long-term renal hemodialysis". *J Bone Joint Surg*, tập 70A (8), pp.1145-1153.
4. Gousheh Jamal, Iranpour Afshin (2005). "Association between carpal tunnel syndrome and arteriovenous fistula in hemodialysis patients". *Plastic and Reconstructive Surgery*, tập 116 (2), pp.508-513.
5. Harris Susan AC, Brown Edwina A (1998). "Patients surviving more than 10 years on haemodialysis. The natural history of complications of treatment". *Nephrol Dial Transplant*, 13, pp.1226-1233.
6. Hirasawa Y, Ogura T (2000). "Carpal tunnel syndrome in patients on long-term haemodialysis". *Scand J Plast Reconstr Hand Surg*, 34, pp.373-381.
7. Kimura Itaru, Sekino Hiroshi (1985). "Carpal tunnel syndrome in patients on long-term hemodialysis". *Tohoku J. exp. Med*, 148, pp.257-266.
8. Kumar S, Strived HL, Smith EKM (1975). "Carpal tunnel syndrome: a complication of arteriovenous fistula in hemodialysis patients". *CMA Journ*, 113, pp.1070-1072.
9. Lash EG, Engber WD (1989). "Carpal tunnel syndrome in hemodialysis patients". *J. Bone Joint Surg*, tập 70B (8), pp.1145-1153.
10. Namazi Hamid, Majd Zahra (2007). "Carpal tunnel syndrome in patients who are receiving long-term renal hemodialysis". *Arch Orthop Trauma Surg*. Springer-Verlag, 127, pp.725-728.
11. Nguyễn Ngọc Bích (2004). Hội chứng ống cổ tay: tiêu chuẩn chẩn đoán điện-nhận xét 74 trường hợp đo điện cơ. Hội nghị thường niên lần thứ XI, Hội Chấn Thương Chính Hình TP. HCM, tr.277-288.
12. Nguyễn Lê Trung Hiếu (2007). Phân độ lâm sàng và điện sinh lí thần kinh trong hội chứng ống cổ tay. Luận văn Thạc sĩ chuyên ngành Thần Kinh. Đại học Y Dược TP.HCM, tr.6-73.
13. Warren DJ, Otieno LS (1975). "Carpal tunnel syndrome in patients on intermittent haemodialysis". *Postgrad. Med. J*, 51, pp.450-452.
14. Wilson SW, Pollard RE (2007). "Management of carpal tunnel syndrome in renal dialysis patients using an extended carpal tunnel release procedure". *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 20, pp.1-5.

