ĐIỀU TRỊ LIỆT THẦN KINH QUAY KHÔNG HỒI PHỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHUYỂN GÂN MERLE D'AUBIGNE CẢI BIÊN

Nguyễn Quang Vinh[1], Mai Trọng Tường[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Liệt thần kinh quay (TKQ) không hồi phục, bên cạnh việc không duỗi được cổ tay và các ngón tay, lực cầm nắm của bàn tay còn bị giảm đi đáng kể.*

Mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị liệt vận động TKQ không hồi phục bằng phương pháp chuyển gân Merle d'Aubigne cải biên.*

Đối tượng và phương pháp: *Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt dọc 33 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ 01/2017 đến 03/2019.*

Kết quả: *Nam giới chiếm đa số 32/33 trường hợp (97%). Tỷ lệ giữa tổn thương thần kinh quay và thần kinh liên cốt sau là gần tương đương nhau (16/17). Biên độ gấp cổ tay trung bình 48,6° ± 14,9° khi duỗi ngón và 30,9° ± 14,4° khi gấp ngón. Biên độ duỗi cổ tay trung bình là 34,8° ± 15,8° khi duỗi ngón và 42,6° ± 14,8° khi gấp ngón. 93,9% bệnh nhân duỗi được hết các ngón khi khớp cổ tay duỗi trên 10°. Biên độ giạng ngón I trung bình là 55,3°±7,4°. Điểm Kapanji đạt được trung bình là 8,4 ± 1,2. Lực nắm đạt được bằng 65,4% so với bên lành. Phẫu thuật không gây biến dạng nghiêng quay của khớp cổ tay. 32/33 BN hài lòng với kết quả phẫu thuật. 31/33 BN trở lại với nghề nghiệp cũ. 93,9% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và tốt, 6,1% bệnh nhân đạt kết quả trung bình.*

Kết luận: *Điều trị liệt thần kinh quay không hồi phục bằng phương pháp chuyển gân Merle d'Aubigne cải biên cho kết quả rất tốt. Việc sử dụng cơ sấp tròn chuyển cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn để phục hồi động tác duỗi cổ tay và sử dụng cơ gấp cổ tay quay để phục hồi động tác duỗi các ngón là hoàn toàn phù hợp và góp phần hạn chế biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay. Cải biên này đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu và khuyến cáo.*

Từ khóa: *liệt thần kinh quay, liệt thần kinh liên cốt sau, chuyển gân*

ABSTRACT

MODIFIED MERLE D'AUBIGNE TENDON TRANSFER IN IRREVERSIBLE RADIAL NERVE PALSY

Nguyen Quang Vinh, Mai Trong Tuong

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 2 - 2021: 80 - 86

Objective: *Evaluate the result of modified Merle d' Aubigne tendon transfer in irreversible radial nerve palsy.*

Methods: *A prospective study of 33 patients with radial nerve palsy and posterior interosseous nerve palsy from 01/2017 to 03/2019. The average follow-up was 13.2 ± 7.3 months. Functional evaluation base on Tajima criteria.*

Results: *Average wrist flexion is 48.6° ± 14.9° with finger extended and 30.9° ± 14.4° with clenched fist. Average wrist extension is 34.8° ± 15.8° with finger extended and 42.6° ± 14.8° with clenched fist. 93.9% of patients could extend full MCP joint with 10° extended wrist. Average thumb abduction is 55.3° ± 7.4°. Average Kapanjii Score is 8.4° ± 1.2°. Average postoperative power grip is 65.4% of the contralateral normal side. The surgery didn't cause any radial deviation. 32/33 patients were satisfied with the result. 31/33 patients resumed their previous jobs. 93.9% of patients had excellent and good result, 6.1% of patients had fair result.*

[1]Bệnh Viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP. HCM

Tác giả liên lạc: BSCKII. Nguyễn Quang Vinh *ĐT*: 0908552355 *Email*: ngquvinh2000@gmail.com

Conclusions: *The result of modified Merle d' Aubigne tendon transfer in irreversible radial nerve palsy was very good. Using pronator teres (PT) to transfer to extensor carpi radialis brevis (ECRB) and flexor carpi radialis (FCR) to transfer to extensor digitorum communis (EDC) and extensor pollicis longus (EPL) were completely suitable and contribute to eliminate radial deviation.*

Keywords: *radial nerve palsy, posterior interosseous nerve palsy, tendon transfer*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân bị liệt thần kinh quay (TKQ), bên cạnh việc không duỗi được cổ tay và các ngón tay thì lực cầm nắm bàn tay cũng bị giảm đi 77%[1]. Với những trường hợp liệt TKQ không hồi phục thì chuyển gân được xem là phương pháp tối ưu nhất.

Tác giả Merle D'Aubigne[2] lựa chọn chuyển cơ sấp tròn vào cơ duỗi cổ tay quay ngắn và dài, cơ gấp cổ tay trụ vào cơ duỗi các ngón dài và duỗi ngón cái dài, cơ gan tay dài vào cơ dạng dài, duỗi ngắn ngón I.

Tuy nhiên, nhiều tác giả[3,4,5,6] cho rằng cơ gấp cổ tay trụ là cơ gấp cổ tay mạnh nhất và quan trọng hơn so với cơ gấp cổ tay quay. Việc lấy cơ gấp cổ tay trụ để chuyển cho cơ duỗi chung các ngón sẽ làm biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay và làm giảm lực cầm nắm của bàn tay. Để khắc phục nhược điểm trên, các tác giả chủ trương sử dụng cơ gấp cổ tay quay làm cơ động lực duỗi ngón do có độ dài co cơ lớn hơn và không ảnh hưởng đến trục cơ năng của khớp cổ tay.

Bên cạnh đó, việc chuyển cơ sấp tròn cho cả hai cơ duỗi cổ tay quay dài và ngắn là không cần thiết vì sẽ làm biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay càng trầm trọng hơn. Vì vậy, các tác giả chủ trương chỉ chuyển cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn, nhằm góp phần hạn chế nghiêng quay khớp cổ tay[3,7,8,9,10].

Xuất phát từ các quan điểm trên và qua tham khảo y văn, tôi lựa chọn phương pháp chuyển gân Merle D'Aubigne cải biên: chuyển cơ sấp tròn vào cơ duỗi cổ tay quay ngắn, cơ gấp cổ tay quay vào cơ duỗi các ngón dài, cơ duỗi ngón cái dài, cơ gan tay dài vào cơ dạng dài, duỗi ngắn ngón I.

Phương pháp này chưa có tác giả nào nghiên cứu trong thực tế điều trị tại Việt Nam. Đó là lý do tiến hành thực hiện đề tài: "Điều trị liệt thần kinh quay không hồi phục bằng phương pháp chuyển gân Merle D'Aubigne cải biên" với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị liệt vận động TKQ không hồi phục bằng phương pháp chuyển gân Merle D'Aubigne cải biên.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân >16 tuổi, không phân biệt giới tính, nhập viện trong khoảng thời gian từ 01/2017 đến 12/2018 tại khoa Vi phẫu tạo hình, bệnh Viện Chấn Thương Chỉnh Hình Thành Phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tổn thương liệt TKQ không hồi phục hoặc tiên lượng không thể hồi phục, có chỉ định chuyển gân khi:

+ Tổn thương TKQ trên 6 tháng nhưng không có dấu hiệu phục hồi.

+ Tổn thương TK ở người trên 55 tuổi không được khâu nối kỳ đầu.

+ Tổn thương TK kèm tổn thương phần mềm rộng và bụng cơ, sẹo xấu trên đường đi của dây TKQ mà tiên lượng không thể nối ghép phục hồi TK.

+ BN có nguyện vọng được phẫu thuật chuyển gân, tình trạng sức khoẻ cho phép tiến hành phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không có cơ gan tay dài.

Bệnh nhân có tổn thương thần kinh trụ và thần kinh giữa kết hợp.

Tổn thương các cơ được lựa chọn làm cơ động lực.

Các cơ được chọn làm động lực có sức cơ từ 3 điểm trở xuống theo thang điểm đánh giá sức

cơ của Hội đồng nghiên cứu Y học Anh BMRC (British Medical Research Council).

Cứng các khớp vùng cổ tay và bàn tay, vận động thụ động không hết biên độ trước khi tiến hành phẫu thuật chuyển gân.

Các tổn thương xương chưa liền tốt.

Màng liên cốt bị vôi hoá, khe liên cốt bị hẹp.

Các khuyết hổng phần mềm hoặc sẹo xấu trên đường đi của gân và khớp chưa được được sửa chữa.

Nơi thực hiện nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu tiến cứu, mô tả cắt dọc.

Chỉ tiêu đánh giá kết quả

Căn cứ vào 5 chỉ tiêu sau (đánh giá theo phân loại của Tajima T)[7]:

Chỉ tiêu 1: mức độ phục hồi biên độ vận động các khớp.

Chỉ tiêu 2: mức độ biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay.

Chỉ tiêu 3: sự phục hồi lực nắm, so sánh với bên lành.

Chỉ tiêu 4: đánh giá sự phục hồi chức năng chung.

Chỉ tiêu 5: mức độ hài lòng của BN về kết quả phẫu thuật.

Thu thập và xử lý số liệu

Số liệu được thu thập bằng bảng thu thập thông tin và được phân tích kết quả, kiểm định thống kê bằng test t, sử dụng phần mềm Stata 14.0.

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/2017 đến 03/2019, chúng tôi có tổng cộng 33 bệnh nhân (BN) đã được phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Merle D'Aubigne cải biên.

Thời gian theo dõi trung bình 13,2 ± 7,3 tháng. Tỷ lệ giữa nam/nữ là 32/33, tức nam chiếm đa số 97%.

Tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ cao nhất (45,46%), kế đến là tai nạn giao thông (33,33%). Tay T/ tay P có xuất độ tương đương nhau: 16/17. Tỷ lệ giữa tổn thương liệt TKQ và liệt thần kinh liên cốt sau (TKLCS) là gần tương đương nhau (16/17). Thời gian trung bình từ lúc tổn thương đến lúc được phẫu thuật là 7,8 ± 10,8 tháng, trong đó ngắn nhất là 4 tháng và dài nhất là 60 tháng.

Biên độ gấp cổ tay trung bình 48,6° ± 14,9° khi duỗi ngón và 30,9° ± 14,4° khi gấp ngón. Biên độ duỗi cổ tay trung bình là 34,8° ± 15,8° khi duỗi ngón và 42,6° ± 14,8° khi gấp ngón. 93,9% bệnh nhân duỗi được hết các ngón khi khớp cổ tay duỗi trên 10°. Biên độ giạng ngón I trung bình là 55,3° ± 7.4. Điểm Kapanji đạt được trung bình là 8,4 ± 1,2.

Phẫu thuật không gây biến dạng nghiêng quay của khớp cổ tay. 32/33 BN hài lòng với kết quả phẫu thuật. 31/33 BN trở lại với nghề nghiệp cũ.

***Bảng 1**. Phân bố tuổi bệnh nhân (n = 33)*

	Số lượng	Tỷ lệ %
<20	8	24,2
20 - 39	20	60,6
40 - 60	5	15,2
>60	0	0

Độ tuổi trung bình là: 29,1 ± 10,8. Trong đó thấp nhất là 17 và cao nhất là 59 *(Bảng 1)*.

***Bảng 2**. Xử trí kỳ đầu sau tổn thương (n = 33)*

Xử trí kỳ đầu	Số lượng	Tỷ lệ
Cắt lọc, khâu vết thương đơn thuần	12	36,36%
Kết hợp xương đơn thuần	11	33,33%
Cắt lọc vết thương và xử trí thần kinh	6	18,18%
Kết hợp xương và xử trí thần kinh	3	9,1%
Điều trị bảo tồn	1	3,03%

Hầu hết các trường hợp, việc xử trí ban đầu các tổn thương chỉ là phẫu thuật cắt lọc và khâu vết thương đơn thuần hoặc kết hợp xương (KHX) đơn thuần (23/33=69,69%). Có 9/33 trường hợp (27,28%) là được kiểm tra và xử trí tổn thương thần kinh ban đầu *(Bảng 2)*.

Có 25/33 BN (75,76%) có khả năng duỗi cổ tay chủ động hơn 30° khi khớp bàn ngón gấp. Trong đó có 8 BN (24,24%) duỗi cổ tay trên 50°. Biên độ duỗi cổ tay trung bình khi khớp bàn ngón gấp là 42,6° ± 14,8 *(Bảng 3)*.

***Bảng 3**. Biên độ duỗi cổ tay khi khớp bàn ngón gấp (n=33)*

Biên độ duỗi	Liệt TKQ	Liệt TKLCS	Tổng hợp	Tỷ lệ
< 10°	0	0	0	0
10° - 29°	5	3	8	24,24%
30° - 50°	9	8	17	51,52%
> 50°	2	6	8	24,24%
Cộng	16	17	33	100%
Biên độ trung bình	$\bar{X}$ = 37,9°, SD = 14,1	$\bar{X}$ = 46,9°, SD = 14,4	$\bar{X}$ = 42,6°, SD = 14,8	

***Bảng 4**. Lực nắm bàn tay so với bên lành (n=33)*

Lực nắm so với bên lành	Liệt TKQ	Liệt TKLCS	Tổng hợp	Tỷ lệ
< 40%	0	0	0	0%
40% - 49%	1	1	2	6,1%
50 % - 59%	6	5	11	33,3%
≥ 60%	9	11	20	60,6%
Cộng	16	17	33	100%
Lực nắm trung bình	$\bar{X}$ = 60,6%, SD = 16,7	$\bar{X}$ = 69,9%, SD = 15,2	$\bar{X}$ = 65,4%, SD = 16,4	

Có 20/33 trường hợp (chiếm 60,61%) lực nắm đạt được trên 60% so với bên tay lành. Lực nắm trung bình là 65,4% so với tay lành *(Bảng 4)*.

***Bảng 5**. Kết quả tổng hợp (n=33)*

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ
Rất tốt	29	87,8%
Tốt	2	6,1%
Vừa	2	6,1 %
Xấu	0	0%

Kết quả *Bảng 5* cho thấy có 31/33 trường hợp (chiếm 93,9%) đạt kết quả tốt trở lên, có 2/33 trường hợp (6,1%) đạt kết quả vừa và không có kết quả xấu.

BÀN LUẬN

Phục hồi duỗi cổ tay

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng cơ sấp tròn làm cơ động lực và chuyển vào cơ duỗi cổ tay quay ngắn. Biên độ duỗi cổ tay trung bình khi khớp bàn ngón gấp là 42,6° ± 14,8^0. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của Phạm Hoàng Lai[7] là 39,4^0 ± 17,6^0. Theo Altintas AA[10], biên độ duỗi cổ tay trung bình là 44^0 ± 6^0. Theo Ropars M[12], biên độ duỗi cổ tay trung bình là 38^0. Theo Al-Qattan MM[9], biên độ duỗi cổ tay trung bình là 45^0.

Biên độ duỗi khớp cổ tay trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả nước ngoài và các tác giả này đều phục hồi động tác duỗi cổ tay bằng cách chuyển cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn. Timothy D[6] cũng cho rằng việc chuyển cơ sấp tròn vào cơ duỗi cổ tay quay dài sẽ góp phần làm biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay. Theo Douglas MS[5] hiện nay mặc dù có nhiều phương pháp chuyển gân nhưng việc chuyển cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn gần như là một phương pháp hoàn hảo và phổ biến nhất.

Phục hồi duỗi các ngón

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cơ gấp cổ tay quay được sử dụng để phục hồi động tác duỗi các ngón. Kết quả có 93,9% số BN có khả năng duỗi tối đa các ngón khi khớp cổ tay duỗi trên 10°, kết quả này cũng tương tự với kết quả của tác giả Phạm Hoàng Lai[7] là 91,8%.

Biên độ duỗi khớp bàn ngón trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,1° ± 7,1°. Kết quả này cao hơn của Phạm Hoàng Lai[7] là 9,7° ± 2°. Điều này là do chúng tôi điều chỉnh lực căng nhiều hơn khi chuyển cơ duỗi cổ tay quay vào cơ duỗi các ngón. Cách tính biên độ duỗi khớp bàn ngón của các tác giả nước ngoài hầu như không có sự thống nhất. Al-Qattan MM[9] ghi nhận biên độ duỗi khớp bàn ngón thiếu hụt trung bình là 4°. Ishida O[14] thì ghi nhận biên độ duỗi khớp bàn ngón của ngón III (cổ tay ở tư thế duỗi 30°) trung bình là 5°.

Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy các tác giả có sử dụng cơ gấp cổ tay trụ để phục hồi động tác duỗi các ngón thì lại ghi nhận có biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay. Nghiên cứu của Altintas AA[10] sử dụng cả 2 phương pháp gấp cổ tay quay và gấp cổ tay trụ để phục hồi duỗi các ngón. Tác giả ghi nhận độ nghiêng quay cổ tay trung bình là $19^0 \pm 6^0$. Tác giả cũng cho rằng phương pháp chuyển gân của Merle D'Aubigne nên được cải biên vì với những bệnh nhân bị liệt TKLCS, động tác duỗi cổ tay vẫn còn là do cơ duỗi cổ tay quay dài. Trong những trường hợp này, nên chọn cơ gập cổ tay quay để chuyển gân. Nếu lấy cơ gấp cổ tay trụ thì tình trạng nghiêng quay khớp cổ tay sẽ càng nặng hơn. Shamar YK[13] sử dụng gân gấp cổ tay trụ để phục hồi duỗi các ngón. Tác giả ghi nhận tất cả bệnh nhân liệt TKLCS (13 BN) trong lô nghiên cứu đều có biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay với độ nghiêng trung bình là 14^0. Tác giả cho rằng biến dạng này là do cơ gấp cổ tay trụ đã bị lấy làm cơ động lực nhưng nó vẫn có thể được chỉnh sửa một cách thụ động. Theo Timothy D[6] việc lấy cơ gấp cổ tay trụ để phục hồi duỗi ngón có thể làm biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay. Tình trạng này có thể còn trầm trọng hơn nếu chuyển cơ sấp tròn vào cơ duỗi cổ tay quay dài để phục hồi duỗi cổ tay. Vì vậy tác giả đề nghị xem xét chống chỉ định sử dụng cơ gấp cổ tay trụ đối với bệnh nhân đã có biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay trước phẫu thuật và những bệnh nhân liệt TKLCS. Theo Douglas MS[5], mặc dù phương pháp sử dụng cơ gấp cổ tay trụ là một trong những phương pháp chuyển gân đầu tiên, nhưng ngày nay, các phẫu thuật viên lại thích sử dụng cơ gấp cổ tay quay và cơ gấp các ngón nông hơn. Vì việc lấy đi cơ gấp cổ tay trụ sẽ làm mất động tác gập cổ tay trụ, cộng với việc BN bị liệt cơ duỗi cổ tay trụ sẽ gây mất cân bằng khớp cổ tay và biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay.

Phục hồi vận động ngón I

Trong nghiên cứu của chúng tôi, gân duỗi dài ngón I được chuyển chung cùng với gân duỗi các ngón vào gân gấp cổ tay quay qua màng gian cốt. Để phục hồi động tác dạng ngón I, chúng tôi áp dụng phương pháp của Merle D'Aubigne, dùng gân gan tay dài luồn dưới da, chuyển vào gân dạng dài và duỗi ngắn ngón I. Lúc này, gân gan tay dài không chỉ có tác dụng dạng ngón I mà còn hỗ trợ cho động tác duỗi ngón I. Biên độ dạng ngón I trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 55,3° ± 7,4°, gần giống với kết quả của Phạm Hoàng Lai[7] (58,6° ± 8,4°) và cao hơn so với kết quả của các tác giả nước ngoài khác như Altintas AA[10] (46° ± 10°) và Shamar YK[13] (44°). Thực tế khám lâm sàng sau mổ nhiều tháng cho thấy, hầu hết bệnh nhân đều có thể duỗi độc lập ngón I so với các ngón dài do khi cơ gan tay dài co lại thì cả 2 cơ dạng dài và duỗi ngắn đều bị kéo cùng lúc. Theo Kruft S[15] thủ thuật này giúp giữ ngón cái ở tư thế trung tính, không bị hẹp kẻ ngón I – II dưới lực kéo của cơ khép ngón cái, nhờ đó động tác đối ngón của ngón I phục hồi tốt hơn. Điểm Kapanji trung bình đạt được trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,4 ± 1,2; cao hơn kết quả của Shamar YK[13] là 7,8.

Phục hồi lực cầm nắm

Lực nắm trung bình đạt được của chúng tôi là 65,4% so với bên lành, gần giống với kết quả của Phạm Hoàng Lai[7] là 70% và cao hơn kết quả của các tác giả nước ngoài sử dụng Trong liệt TKQ, do các cơ duỗi cổ tay bị liệt nên khớp cổ tay bị gấp thụ động khi gấp ngón. Vì vậy, lực nắm bị ảnh hưởng rất lớn. Theo Labosky DA[1], trong liệt TKQ, lực nắm giảm đi 77%. Sau khi được chuyển gân phục hồi động tác duỗi cổ tay, lực nắm của bàn tay sẽ được phục hồi đáng kể. Trong liệt thấp, cơ duỗi cổ tay trụ bị liệt và đôi khi cơ duỗi cổ tay quay ngắn cũng bị liệt, nên lực nắm cũng bị ảnh hưởng nhưng ít hơn. Al–Qattan MM[9] đã chuyển gân điều trị liệt TKQ và TKLCS cho 15 BN và lực nắm bàn tay sau mổ đạt 46% so với bên lành. Altintas AA[10] sử dụng

cả hai phương pháp chuyển gân của tác giả Brooks và Merle D'Aubigne cải biên để phẫu thuật cho 77 BN thì lực nắm bàn tay sau mổ trung bình là 51% so với bên lành. Nghiên cứu của Skoll M[16], điều trị chuyển gân cho 22 bệnh nhân, sử dụng cơ gấp cổ tay trụ làm động lực duỗi ngón, kết quả lực nắm đạt được là 52% so với bên lành ở nhóm liệt TKQ và 62% ở nhóm liệt TKLCS. Ishida O và Ikuta Y[14] ứng dụng phương pháp chuyển gân của Tsuge K và Smith RJ, điều trị cho 35 BN liệt TKQ không hồi phục, kết quả phục hồi lực nắm đạt được bằng 63% so với bên lành. Kết luận, việc sử dụng gân gấp cổ tay quay để chuyển gân, bảo tồn cơ gấp cổ tay trụ, giúp duy trì được trục cơ năng của khớp cổ tay. Vì vậy, lực nắm phục hồi tốt hơn so với phương pháp sử dụng cơ gấp cổ tay trụ làm động lực.

Kết quả chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 29/33 BN (87,8%) đạt kết quả rất tốt, 2/33 BN (6,1%) đạt kết quả tốt, 2/33 BN (6,1%) đạt kết quả trung bình và không có kết quả kém. Có 32/33 BN hài lòng với kết quả phẫu thuật và 31/33 BN có thể trở lại nghề cũ. Kết quả này cũng gần giống với nghiên cứu của Phạm Hoàng Lai[7] điều trị liệt thần kinh quay không hồi phục bằng phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Smith. Kết quả đạt được có 80,3% xếp loại rất tốt, 18,1% xếp loại tốt, 1,6% xếp loại trung bình, không có kết quả kém và 60/61 BN có thể tiếp tục theo nghề cũ. Al – Qattan MM[9] ghi nhận 80% BN có kết quả rất tốt và 20% BN có kết quả tốt. Altintas AA[10] cũng ghi nhận 89% BN có thể quay lại công việc cũ. Theo Shamar YK[13], 68% BN có kết quả từ tốt đến rất tốt, 32% BN có kết quả khá và không có BN nào có kết quả xấu.

KẾT LUẬN

Điều trị liệt thần kinh quay không hồi phục bằng phương pháp chuyển gân Merle D'Aubigne cải biên cho kết quả rất tốt.

Việc sử dụng cơ sấp tròn chuyển cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn là hoàn toàn phù hợp. Nhóm bệnh nhân liệt TKQ (n= 16) có biên độ duỗi cổ tay trung bình là 37,9° ± 14,1° khi gấp các ngón và 32,1° ± 17,8° khi duỗi các ngón. Cải biên này đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu và khuyến cáo.

Sử dụng cơ gấp cổ tay quay chuyển cho cơ duỗi chung các ngón và duỗi ngón cái dài là một cải biên hợp lý với 31/33 bệnh nhân (93,9 %) duỗi được hết biên độ các ngón khi khớp cổ tay duỗi trên 10° và không gây biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay. Biên độ vận động ngón I và các ngón tay dài đạt gần bình thường. Lực nắm trung bình đạt được bằng 65,4% so với bên lành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Labosky DA, Waggy CA (1986). Apparent weakness of median and ulnar motors in radial nerve palsy. *J Hand Surg*, 11:528-533.
2. Kapanji A (1986). Clinical test of opposition and counter – opposition of the thumb. URL: www.Pubmed.gov.
3. Cheah AEJ, et al (2016). Radial nerve tendon transfers. *Hand Clinic*, *32*:323-338.
4. Mauck BM (2017). Paralytic hand, 13th edition, pp.3597 – 3629. Campell's Operative Orthopaedics.
5. Douglas MS (2014). Principle of tendon transfers. *Grabb and Smith's Plastic surgery*, pp.1912- 937.
6. Timothy RC (2016). Principle of tendon transfers of median, radial and ulnar nerves". *Green's Operative Hand Surgery*, pp.1023-1079.
7. Phạm Hoàng Lai (2009). Nghiên cứu điều trị liệt thần kinh quay không hồi phục bằng phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Smith. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Viện Nghiên Cứu Khoa Học Y Dược Lâm Sàng 108.
8. Nguyễn Việt Tiến, Phạm Hoàng Lai (2010). Phẫu thuật chuyển gân điều trị tổn thương thần kinh ở chi trên. *Nhà xuất bản Đại Học Huế*.
9. Al – Qattan MM, et al (2012). Tendon transfer for radial nerve palsy: a single tendon to restore finger extension as well as thumb extension/ radial abduction. *Journal of Hand Surgery*, 37E (9): 855-862.
10. Altintas AA, et al (2009). Long-term result and the disabilities of the arm, shouder, and hand score analysis after modified Brooks and d'Aubigne tendon transfer for radial nerve palsy. *Journal of Hand Surgery*, 34A:474-478.
11. Tajima T (1987). Tendon transfers in radial nerve palsy: Recommended choices based on retrospective analysis of methods used and their follow up results. *Tendon Surgery of the Hand*, pp.432- 438.
12. Skoll PJ, Hudson DA, de Jager W (2000). Long term results of tendon transfers for radial nerve palsy in patients with limited rehabilitation. *Ann Plast Surg*, 45:122—126.
13. Sharma YK (2019). Tendon transfer for persistan radial nerve palsy using singe – split FCU technique and re – routing of extensor pollicis longus: a prospective study of 25 cases. *Indian J Orthopaedic*, 53(5):607–612.

14. Ishida O, Ikuta Y (2003). Analysis of Tsuge's procedure for the treatment of radial nerve paralysis. *Hand Surgery*, 8(1):17-20.
15. Kruft S, Von Heimburg D, Reill P (1997). Treatment of irreversible lesion of the radial nerve by tendon transfer: indication and long-term results of the Merle d'Aubigne procedure. *Plast Reconstr Surg*, 100: 610-616.
16. Ropars M (2006). Long term results of tendon transfers in radial and posterior interosseous nerve paralysis. *J Hand Surg*, 31B (5):502- 506.

Ngày nhận bài báo: *15/02/2021*
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: *31/03/2021*
Ngày bài báo được đăng: *10/04/2021*