

Nghiên cứu so sánh ứng dụng thang điểm DASH và QuickDASH trong đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay

Trần Nhật Tiến^{1,2}

(1) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Lồng ngực, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Hội chứng ống cổ tay (HCOCT) là tình trạng bệnh lý chèn ép dây thần kinh ngoại biên hay gặp nhất với phương pháp điều trị triệt để nhất là phẫu thuật cắt dây chằng ngang cổ tay, giải phóng ống cổ tay. Nghiên cứu nhằm ứng dụng và so sánh 2 thang điểm DASH và QuickDASH trong đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 03/2023 đến 03/2024. Khám đánh giá các triệu chứng cơ năng, thực thể, đánh giá điểm DASH, QuickDASH trước và sau phẫu thuật ≥ 3 tháng. **Kết quả:** Qua đánh giá 33 bệnh nhân HCOCT được phẫu thuật giải phóng ống cổ tay có điểm trung bình DASH trước và sau mổ lần lượt là 52,88 và 8,94 ($p < 0,05$); điểm QuickDASH trước và sau mổ lần lượt là 51,39 và 8,32 ($p < 0,05$). So sánh giữa 2 thang điểm DASH, QuickDASH tại mỗi thời điểm thăm khám không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Thang điểm DASH và QuickDASH ứng dụng hiệu quả trong đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị HCOCT và không có sự khác biệt về kết quả giữa 2 thang điểm.

Từ khóa: Thang điểm DASH, QuickDASH, hội chứng ống cổ tay, phẫu thuật giải phóng ống cổ tay, đánh giá kết quả phẫu thuật.

A comparative study of the DASH and QuickDASH scores in evaluating surgical outcomes for carpal tunnel syndrome treatment

Tran Nhat Tien^{1,2}

(1) Department of Surgery, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Department of Trauma-Orthopedic and Thoracic Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Abstract

Background: Carpal tunnel syndrome (CTS) is the most common peripheral nerve compression disorder, with the most definitive treatment being the surgical procedure of the transverse carpal ligament release. This study aims to apply and compare the DASH and QuickDASH scores in evaluating the surgical outcomes for carpal tunnel syndrome. **Methods:** This prospective, longitudinal study followed 33 patients diagnosed with and surgically treated for carpal tunnel syndrome at the Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from March 2023 to March 2024. The patients were evaluated based on clinical symptoms, physical examination, and the DASH and QuickDASH scores before and at least three months after surgery. **Results:** The evaluation of 33 CTS patients who underwent carpal tunnel release surgery showed that the mean DASH scores before and after surgery were 52.88 and 8.94, respectively ($p < 0.05$); the mean QuickDASH scores before and after surgery were 51.39 and 8.32, respectively ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference between the DASH and QuickDASH scores at each follow-up time point ($p > 0.05$). **Conclusion:** The DASH and QuickDASH scores are effectively applied in evaluating the surgical outcomes for CTS, with no significant difference in the results between the two scoring systems.

Keywords: DASH score, QuickDASH score, carpal tunnel syndrome, carpal tunnel release surgery, surgical outcome evaluation.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (HCOCT) hay còn gọi là hội chứng đường hầm cổ tay được mô tả lần đầu bởi James Paget vào năm 1854, đây là bệnh lý của dây

thần kinh giữa bị chèn ép trong ống cổ tay, đây là hội chứng hay gặp nhất trong các bệnh lý chèn ép dây thần kinh ngoại vi [1]. Ở Việt Nam, tuy chưa có số liệu thống kê cụ thể, nhưng số lượng bệnh nhân đến

*Tác giả liên hệ: Trần Nhật Tiến - Email: nttien@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/9/2024; Ngày đồng ý đăng: 20/2/2025; Ngày xuất bản: 23/5/2025

DOI: 10.34071/jmp.2025.1.14

thăm khám tại các cơ sở y tế điều trị bệnh này ngày càng tăng cao.

Hậu quả của việc chèn ép dây thần kinh giữa là gây ra đau, giảm hoặc mất cảm giác vùng da bàn tay thuộc chi phối của dây thần kinh này, nặng hơn nữa có thể dẫn đến teo cơ, làm giảm chức năng vận động của bàn tay.

Điều trị HCOCT bao gồm hai phương pháp chính: điều trị nội khoa và phẫu thuật giải phóng chèn ép dây thần kinh giữa. Việc lựa chọn phương pháp điều trị nào phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh trên lâm sàng cũng như mức độ tổn thương của dây thần kinh giữa trên điện cơ. Vì vậy, việc chẩn đoán mức độ nặng của bệnh là cần thiết trên thực hành lâm sàng để đưa ra hướng điều trị thích hợp.

Có nhiều cách phân loại được đưa ra để đánh giá mức độ nặng của bệnh trên lâm sàng như thang điểm Boston, phân độ nặng theo Rosenbaum và Ochoa, Foucault et al, Katz và Stirrat,... Trong đó thang điểm DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) được công bố bởi Hudak và cộng sự vào năm 1996 dùng để đánh giá các triệu chứng và chức năng vận động của bệnh nhân mắc bệnh lý của chi trên và đã được chứng minh là đáng tin cậy trong việc đánh giá mức độ nặng HCOCT [2]. Bên cạnh đó, thang điểm QuickDASH (The Quick Disabilities of Arm, Shoulder and Hand) là một thang điểm rút gọn và cải tiến của thang điểm DASH (từ 30 mục rút gọn thành 11 mục) được giới thiệu năm 2005, đồng thời độ chuẩn xác và độ tin cậy đã được chứng minh trong đánh giá chức năng bệnh nhân mắc HCOCT [3]. Ở Việt Nam, nghiên cứu có tính hệ thống về ứng dụng thang điểm DASH và QuickDASH trong đánh giá kết quả điều trị HCOCT không nhiều. Do đó, với mục đích bổ sung thêm dữ liệu về các giá trị nghiên cứu để có thể áp dụng thang điểm trên thực hành lâm sàng, nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và theo dõi đáp ứng điều trị phẫu thuật của bệnh nhân, qua đó góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh, chúng tôi tiến hành triển khai đề tài với 2 mục tiêu sau:

- Sử dụng thang điểm DASH, QuickDASH đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay.

- So sánh 2 thang điểm DASH, Quick DASH trong đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: gồm 33 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay với đường mổ kinh điển giải phóng ống cổ tay tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng

3/2023 đến tháng 3/2024

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Hội chứng ống cổ tay (Chẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn của Hiệp hội Điện thần kinh cơ Hoa Kỳ AANEM).

- Bệnh nhân mắc Hội chứng ống cổ tay có chỉ định phẫu thuật.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định hội chứng ống cổ tay.

- Đau cổ hoặc đau vai trước khi có dị cảm ở ngón tay (bệnh lý rễ TK hoặc bệnh lý đám rối).

- Tê và/hoặc ngứa ran ở bàn chân trước hoặc kèm theo các triệu chứng cảm giác ở bàn tay (bệnh lý đa dây thần kinh).

- Phát hiện tiền sử và thăm khám lâm sàng hướng đến bệnh lý về rối loạn cảm giác khác hơn là HCOCT.

- Có biểu hiện của tổn thương dây thần kinh trụ.

- Có tiền sử phẫu thuật điều trị Hội chứng ống cổ tay.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 3/2023 - 7/2024. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu và theo dõi dọc.

Các bước nghiên cứu: hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng các bệnh nhân nghi ngờ mắc HCOCT, đo điện cơ để chẩn đoán xác định, đánh giá thang điểm DASH và QuickDASH trước và sau phẫu thuật (≥3 tháng).

*** Các đặc điểm nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề, thời gian mắc bệnh

- Đặc điểm lâm sàng: phân bố tay bị bệnh, tiền sử điều trị HCOCT, tiền sử bệnh lý liên quan, lý do vào viện, triệu chứng cơ năng đau cổ bàn tay, dị cảm theo chi phối của dây thần kinh giữa (tê bì, châm chích, bỏng rát, kiến bò) và mất ngủ, Cường độ đau (Thang điểm VAS), các triệu chứng thực thể: giảm hoặc mất cảm giác, teo cơ ô mô cái, yếu hay liệt cơ ô mô cái, Các nghiệm pháp lâm sàng, dấu hiệu Tinel, nghiệm pháp Phalen, nghiệm pháp Durkan, phân mức độ nặng của HCOCT dựa vào lâm sàng theo Mauro Mondelli.

- Thang điểm DASH gồm 30 câu hỏi đánh giá mức độ ảnh hưởng khi thực hiện chức năng bàn tay ở hai nhóm tiêu chí gồm: nhóm các tiêu chí đánh giá sinh hoạt hằng ngày (câu 1 đến câu 23) và nhóm các tiêu chí đánh giá triệu chứng cơ năng (câu 24 đến câu 30). Mỗi câu được tính từ 1-5 điểm tùy theo mức

độ. Phải hoàn thành ít nhất 27/30 câu hỏi thì mới được tính điểm DASH. Điểm càng cao thì mức độ ảnh hưởng càng nặng. Công thức tính điểm: $DASH = (\text{tổng điểm của } n \text{ câu trả lời} / n \text{ câu trả lời} - 1) \times 25$. Thang điểm QuickDASH gồm 11 câu hỏi được rút ngắn từ thang điểm DASH: nhóm các tiêu chí đánh giá sinh hoạt hằng ngày (câu 1 đến câu 8) và nhóm các tiêu chí đánh giá triệu chứng cơ năng (câu 9 đến câu 11). Mỗi câu hỏi được tính từ 1-5 điểm tùy theo mức độ. Phải hoàn thành ít nhất 10/11 câu hỏi thì mới được tính điểm QuickDASH. Điểm càng cao thì mức độ ảnh hưởng càng nặng. Công thức tính điểm: $QuickDASH = (\text{tổng điểm của } n \text{ câu trả lời} / n \text{ câu trả lời} - 1) \times 25$.

- Đặc điểm cận lâm sàng: đặc điểm điện cơ sinh lý thần kinh giữa và phân độ nặng theo AAEM, siêu âm phần mềm ống cổ tay.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 26.0 (IBM, Armonk, NY, USA) và Microsoft Excel 2016

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng Kiểm định Kolmogorov-Smirnov được sử dụng để xác định xem dữ liệu có phân phối chuẩn hay không. So sánh giữa hai nhóm được đánh giá bằng kiểm định t độc lập (kiểm định t của Student) đối với các biến liên tục có phân phối chuẩn. Đối với dữ liệu không phân phối chuẩn, kiểm định Mann-Whitney U được sử dụng để phân tích sự khác biệt. Kiểm định chi-square hoặc Fisher exact được sử dụng cho các biến nhị phân để phân tích sự khác biệt. Chúng tôi sử dụng kiểm định Kruskal-Wallis để so sánh giữa nhiều nhóm (hơn hai nhóm). Phân tích tương quan được thực hiện bằng kiểm định tương quan hạng Spearman. Những sự khác biệt với giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (Sổ quyết định H2024/228).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh lý

Trong thời gian từ tháng 3/2023 đến tháng 3/2024 có 33 bệnh nhân (nam: 21,2%, nữ: 78,8%) được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay với độ tuổi 40-60 tuổi chiếm đa số với 66,7%, độ tuổi trung bình là $50,09 \pm 9,93$, nghề nghiệp chủ yếu nhóm nông dân và công nhân/thợ thủ công chiếm tỷ lệ nhiều nhất 21,2%, thời gian mắc bệnh trước khi đến khám từ 1 tháng đến 36 tháng,

trung bình mắc là 12,15 tháng.

*Các đặc điểm lâm sàng:

Có 20 bệnh nhân mắc HCOCT trên cả hai bàn tay chiếm tỷ lệ 60,6% trong đó có 8 bệnh nhân tay trái nặng hơn chiếm 24,2%, 12 bệnh nhân tay phải nặng hơn chiếm 36,4%, 13 bệnh nhân chỉ mắc một tay đơn độc, trong đó 8 bệnh nhân có bàn tay bệnh là tay phải chiếm 24,2% và 5 bệnh nhân mắc bệnh ở bàn tay trái chiếm tỷ lệ 15,2%. Phần lớn bệnh nhân HCOCT không có tiền sử các bệnh lý liên quan với tỷ lệ cao nhất là 93,9%. Trong đó có 12,1% trường hợp tiền sử chấn thương vùng cổ tay, cẳng tay, 6,1% trường hợp đái tháo đường và 3% có tiền sử Gout. Các BN HCOCT trong nghiên cứu của chúng tôi vào viện vì đau cổ bàn tay chiếm 61%, tiếp đó là tê bì bàn tay với 30% trường hợp và sau cùng là hạn chế vận động bàn tay chiếm 9%. Trong số 33 bệnh nhân HCOCT có 13 bệnh nhân không có triệu chứng đau, 15 bệnh nhân đau nhẹ và 5 bệnh nhân đau mức độ trung bình tính theo thang điểm VAS. Triệu chứng giảm cảm giác xuất hiện nhiều nhất với 84,9% trường hợp, yếu hay liệt cơ ô mô cái xuất hiện ở 60,6% tay bệnh và teo cơ ô mô cái xuất hiện ở 39,4% tay bệnh.

Tỷ lệ nghiệm pháp Phalen dương tính cao nhất với 81,8% trường hợp, tiếp đến là dấu hiệu Tinel chiếm % trường hợp và thấp nhất là Durkan với 52,8% trường hợp.

*Các đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm điện cơ đồ có kéo dài thời gian tiềm vận động ngoại vi chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,9%. Rối loạn dẫn truyền cảm giác của dây TK giữa hay gặp hơn với kéo dài thời gian tiềm cảm giác ngoại vi chiếm 72,7%, tiếp đó giảm biên độ cảm giác chiếm 63,6% và giảm tốc độ cảm giác 54,5%. Rối loạn dẫn truyền vận động của dây thần kinh giữa ít gặp hơn với giảm tốc độ dẫn truyền vận động chiếm 6,1%, giảm biên độ vận động là 45,5% và cao nhất là kéo dài thời gian tiềm vận động ngoại vi với 87,9%.

Theo phân độ của AANEM, phân độ nặng là chủ yếu chiếm 57,6%, tiếp đến là phân độ trung bình với 36,4%, sau cùng là phân độ nhẹ với 6,1%.

3.2. So sánh điểm DASH và QuickDASH trước phẫu thuật

Khi so sánh thang điểm DASH và QuickDASH giữa các nhóm tiêu chí hoạt động hằng ngày, triệu chứng cơ năng và chung cả 2 nhóm trước phẫu thuật nhận thấy không có sự khác biệt điểm trung bình có ý nghĩa thống kê giữa 2 thang điểm ($p > 0,05$).

Bảng 1. Điểm DASH và QuickDASH trước phẫu thuật (n=33)

	DASH	QuickDASH	p
Điểm trung bình của nhóm các tiêu chí đánh giá sinh hoạt hằng ngày	54,12 ± 19,43	53,61 ± 17,99	0,18
Điểm trung bình của nhóm các tiêu chí đánh giá triệu chứng cơ năng	45,69 ± 18,52	47,33 ± 18,71	0,13
Điểm trung bình chung tất cả tiêu chí	52,88 ± 17,78	51,39 ± 19,45	0,25

*** Liên quan giữa điểm DASH, QuickDASH và các đặc điểm bệnh lý HCOCT:** Thang điểm DASH và QuickDASH cho kết quả giống nhau khi phân tích sự khác biệt giữa các nhóm. Trong đó các triệu chứng đau cổ bàn tay, giảm hoặc mất cảm giác, nghiệm pháp phalen, phân độ Mauro Mondelli và cường độ đau (VAS), thì sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngược lại điểm DASH (QuickDASH) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi, thời gian mắc bệnh, yếu liệt hay teo ô mô cái, nghiệm pháp Tinel, Durkan và mức độ nặng theo phân độ điện cơ AANEM.

Bảng 2. Liên quan giữa điểm DASH, QuickDASH và đặc điểm bệnh lý HCOCT

Đặc điểm lâm sàng		DASH				QuickDASH			
		n	Tỷ lệ (%)	X ± SD	p	n	Tỷ lệ (%)	X ± SD	p
Nhóm tuổi	<40	6	18,2	43,33 ± 7,34	0,55	6	18,2	44,33 ± 7,82	0,25
	40 - 60	22	66,7	51,86 ± 3,63		22	66,7	53,18 ± 3,78	
	>60	5	15,1	67,21 ± 5,28		5	15,1	66,64 ± 5,26	
Thời gian mắc bệnh	<6 tháng	7	21,2	42,14 ± 6,98	0,07	7	21,2	41,86 ± 6,96	0,17
	6 - <12 tháng	9	27,3	50,44 ± 6,71		9	27,3	50,56 ± 6,62	
	12 - <24 tháng	7	21,2	51,43 ± 3,33		7	21,2	54,14 ± 3,49	
	≥ 24 tháng	10	30,3	62,82 ± 4,99		10	30,3	64,20 ± 5,25	
Cường độ đau (VAS)	Nhẹ	13	39,4	40,13 ± 5,10	<0,05	13	39,4	41,00 ± 5,32	<0,05
	Trung bình	15	45,5	60,07 ± 2,58		15	45,5	61,13 ± 2,82	
	Nặng	5	15,2	60,85 ± 2,50		5	15,2	63,80 ± 6,51	
Đau cổ bàn tay	Có	20	60,6	60,00 ± 5,10	<0,05	20	60,6	61,80 ± 2,59	<0,05
	Không	13	39,4	41,00 ± 5,31		13	39,4	41,00 ± 5,32	
Giảm hoặc mất cảm giác	Có	31	93,9	54,58 ± 2,91	<0,05	31	93,9	55,61 ± 2,97	<0,05
	Không	2	6,1	22,53 ± 5,50		2	6,1	22,50 ± 5,50	
Yếu hay liệt cơ ô mô cái	Có	20	60,6	54,62 ± 4,08	0,54	20	60,6	55,45 ± 4,17	0,47
	Không	13	39,4	49,62 ± 4,64		13	39,4	50,77 ± 4,77	
Teo cơ ô mô cái	Có	13	39,4	57,85 ± 5,23	0,31	13	39,4	59,69 ± 5,32	0,17
	Không	20	60,6	49,25 ± 3,64		20	60,6	49,65 ± 3,68	
Dấu hiệu Tinel	(+)	26	78,8	54,15 ± 3,42	0,31	26	78,8	55,31 ± 3,49	0,25
	(-)	7	21,2	47,25 ± 6,84		7	21,2	47,29 ± 6,98	
Phalen test	(+)	27	81,8	56,11 ± 2,79	<0,05	27	81,8	57,41 ± 2,87	<0,05
	(-)	6	18,2	37,10 ± 9,32		6	18,2	36,50 ± 8,98	
Durkan test	(+)	23	69,7	56,00 ± 3,39	0,13	23	69,7	57,35 ± 3,47	0,13
	(-)	10	30,3	44,90 ± 5,94		10	30,3	45,00 ± 5,98	

Phân độ lâm sàng theo Mauro Mondelli	Nhẹ	4	12,1	31,50 ± 4,55		4	12,1	32,75 ± 5,79	
	Trung bình	11	33,3	49,91 ± 6,26	<0,05	11	33,3	50,82 ± 6,31	<0,05
	Nặng	18	54,5	59,05 ± 2,97		18	54,5	59,94 ± 3,14	
Phân độ chẩn đoán điện theo điện cơ AANEM	Nhẹ	2	6,1	28,50 ± 11,00		2	6,1	29,00 ± 12,00	
	Trung bình	12	36,4	54,33 ± 5,36	0,17	12	36,4	54,83 ± 5,43	0,16
	Nặng	19	57,6	54,16 ± 3,64		19	57,6	55,42 ± 3,78	

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị HCOCT theo thang điểm DASH, QuickDASH

* *Thay đổi các triệu chứng cơ năng*: Kết quả tái khám sau mổ đánh giá tại thời điểm tái khám trên 3 tháng sau phẫu thuật (từ 3 đến 7 tháng). Trước phẫu thuật, 100% BN có HCOCT có triệu chứng tê bì, sau phẫu thuật hầu hết BN đỡ một phần với 24 BN chiếm 72,7%, 9 BN khỏi hẳn chiếm 27,3%. Có 30 bệnh nhân bị đau trước phẫu thuật chiếm 60,6% ở các mức độ: đau khi hoạt động gấp duỗi cổ tay lặp đi lặp lại, đau về đêm hoặc đau cả ngày, sau phẫu thuật không còn bệnh nhân đau. Có 30 bệnh nhân bị rối loạn giấc ngủ trước phẫu thuật chiếm 90,9%, sau phẫu thuật còn 10 bệnh nhân với tỷ lệ 30,3%.

* *Thay đổi điểm DASH tại thời điểm tái khám sau phẫu thuật (≥ 3 tháng)*: Khi so sánh điểm DASH trước

và sau phẫu thuật giữa các nhóm tiêu chí hoạt động hàng ngày, triệu chứng cơ năng và chung cả 2 nhóm thì điểm DASH cải thiện rõ với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

* *Thay đổi điểm QuickDASH tại thời điểm tái khám sau phẫu thuật (≥ 3 tháng)*: Khi so sánh điểm QuickDASH trước và sau phẫu thuật giữa các nhóm tiêu chí hoạt động hàng ngày, triệu chứng cơ năng và chung cả 2 nhóm thì điểm QuickDASH cải thiện rõ với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

* *So sánh thang Điểm DASH và QuickDASH sau phẫu thuật (≥ 3 tháng)*: giữa các nhóm tiêu chí hoạt động hàng ngày, triệu chứng cơ năng và điểm chung, kết quả không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. So sánh điểm DASH và QuickDASH sau phẫu thuật (n = 33)

	DASH	QuickDASH	p
Điểm trung bình của nhóm các tiêu chí đánh giá sinh hoạt hằng ngày	9,26 ± 6,53	8,45 ± 5,40	0,17
Điểm trung bình của nhóm các tiêu chí đánh giá triệu chứng cơ năng	7,61 ± 5,21	6,73 ± 7,18	0,17
Điểm trung bình chung tất cả tiêu chí	8,94 ± 5,79	8,32 ± 5,81	0,12

4. BÀN LUẬN

4.1. Sử dụng thang điểm DASH, QuickDASH đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị HCOCT

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu có tính hệ thống đầu tiên nhằm sử dụng thang điểm DASH, QuickDASH đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị HCOCT. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ là: 78,8% trong số bệnh nhân HCOCT, cao gấp 3,72 lần so với nam giới. Tỷ lệ nữ giới cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây các tác giả Lê Thị Liễu (2018): 93% [4], Phan Xuân Nam (2013): 79,1% [5], và Shahram Nazerani (2014): 91,5% [6]. Nguyên nhân HCOCT hay gặp ở nữ cũng được nhiều tác giả đề cập, một số tác giả cho rằng có sự liên quan đến đặc thù công việc của phụ nữ hay làm những công việc dùng bàn tay làm các động tác lặp đi lặp lại, tỉ mỉ

và cầm nắm nhiều như nội trợ. Các nghiên cứu khác cũng cho rằng đặc điểm giải phẫu của cổ tay và ống cổ tay ở phụ nữ nhỏ hơn nam giới có thể là yếu tố ảnh hưởng đến [7].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 20 bệnh nhân bị cả hai tay chiếm tỷ lệ 60,6%, chỉ bị tay phải chiếm 24,2% với 8 bệnh nhân, chỉ bị tay trái có 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 15,2%. Tác giả Nguyễn Lê Trung Hiếu năm 2008 khi nghiên cứu 70 bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng hội chứng ống cổ tay có tỷ lệ mắc bệnh cả 2 bên là 82,8% [8]. Tác giả Mallick (2007) báo cáo 388 bệnh nhân được phẫu thuật tỷ lệ tay phải và trái không có sự khác biệt nhiều (tay phải/trái là 55/45%) [9]. Khi so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng khi phần lớn các bệnh nhân xuất hiện HCOCT hai bên.

Tê bì, dị cảm là triệu chứng gặp ở tất cả các trường hợp và là dấu hiệu đặc trưng của hội chứng này. Bên cạnh triệu chứng đau thì đây cũng là lí do đi khám của đa số bệnh nhân. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, 93,9% bệnh nhân vào viện có triệu chứng dị cảm, giảm hoặc mất cảm giác bàn tay theo phân bố của thần kinh giữa. Đau cổ bàn tay cũng là triệu chứng thường gặp (60,6%) và đa số là mức độ nhẹ (39,4%). Khi đánh giá điểm DASH và cả QuickDASH đều cho kết quả giống nhau là điểm tệ hơn ở các nhóm đau nặng hơn, nhóm có đau cổ bàn tay và có giảm/mất cảm giác với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ (Bảng 2).

Có 13 bệnh nhân teo cơ ô mô cái chiếm tỷ lệ 39,4%. Triệu chứng teo cơ ô mô cái là triệu chứng biểu hiện giai đoạn muộn, tỷ lệ teo cơ tỷ lệ thuận với thời gian bị bệnh, thời gian mắc bệnh càng lâu thì tỷ lệ teo cơ càng lớn. Theo Agnes Beng Hoi Tan và cộng sự, trong một nghiên cứu tại Singapore năm 2012 với 74 bệnh nhân phẫu thuật giải phóng OCT, có tỷ lệ teo cơ trước mổ là 24,3% [10].

Tỷ lệ dương tính của các nghiệm pháp lâm sàng Tinel, Phalen, Durkan trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 78,8%, 81,8% và 69,7%. Khi so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước có sự tương đồng về tỷ lệ nghiệm pháp lâm sàng Tinel và Phalen tuy nhiên tỷ lệ Durkan trong nghiên cứu chúng tôi hơi thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Tác giả Nguyễn Lê Trung Hiếu năm 2008 với 70 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay có nghiệm pháp Tinel dương tính là 54%, Phalen dương tính là 82% [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm DASH và QuickDASH giảm rõ rệt sau phẫu thuật vào thời điểm đánh giá sau ít nhất 3 tháng. Điểm trung bình DASH cải thiện rõ khi so sánh 2 thời điểm với thời điểm trước phẫu thuật là $52,88 \pm 17,78$, sau phẫu thuật còn $8,94 \pm 5,79$ với mức cải thiện triệu chứng là $43,32 \pm 18,53$ ($p < 0,05$). Tác giả S.Uchiyama (2007) nghiên cứu trên 55 bệnh nhân HCOCT so sánh kết quả điều trị của các thang điểm cho kết quả trước phẫu thuật là 33,3, sau phẫu thuật là 23,8 với mức cải thiện triệu chứng 9,14 ($p < 0,05$) [11]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt, một phần ở nhóm bệnh nhân của chúng tôi có triệu chứng trước phẫu thuật nặng hơn và thấy được mức độ cải thiện sau phẫu thuật rất rõ.

Về thang điểm QuickDASH, điểm trung bình QuickDASH trước phẫu thuật là $51,39 \pm 19,45$, tại thời điểm đánh giá sau phẫu thuật là $8,32 \pm 5,81$ với mức cải thiện trung bình là $42,61 \pm 17,95$. Tương tự như DASH, thang điểm QuickDASH cho kết quả cải thiện rõ sau phẫu thuật với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tác giả ND Clement (2016) sử

dụng thang điểm QuickDASH khi nghiên cứu trên 937 bệnh nhân HCOCT được phẫu thuật cho kết quả với sự cải thiện từ 54 tại thời điểm trước khi phẫu thuật đến 22 sau khi phẫu thuật 1 năm với mức độ cải thiện trung bình 32 [3].

4.2. So sánh thang điểm DASH và QuickDASH

Khi so sánh thang điểm DASH và QuickDASH tại cùng 1 thời điểm trước mổ hay thời điểm tái khám sau mổ không cho thấy sự khác biệt ($p > 0,05$) giữa hai thang điểm và cả ở từng nhóm tiêu chí triệu chứng cơ năng hay các hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Niekel và cs nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa điểm DASH và QuickDASH với điểm QuickDASH cao hơn đáng kể khi đánh giá trên cùng 1 bệnh nhân khi phân tích tương quan với các thang điểm về các yếu tố tâm lý, lo âu, cơn đau [12]. Tuy nhiên nghiên cứu này được thực hiện trên 839 bệnh nhân với nhiều bệnh lý khác nhau: hội chứng ống cổ tay, De Quervain, ngón tay cò súng, bệnh lý thoái hóa khớp, gãy đầu dưới xương quay... nên cũng chưa kết luận được chính xác có sự khác biệt khi đánh giá về HCOCT hay không. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên sử dụng đánh giá và so sánh 2 thang điểm trong bệnh lý HCOCT. Kết quả cho thấy thang điểm DASH gồm 30 câu hỏi và thang điểm QuickDASH gồm 11 câu hỏi đều có thể ứng dụng tốt và hiệu quả trong đánh giá kết quả điều trị HCOCT. Từ đó có thể xem xét sử dụng thang điểm QuickDASH ngắn hơn, nhưng vẫn đảm bảo đánh giá được mức độ cũng như sự cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật điều trị HCOCT.

Nghiên cứu cũng có một số hạn chế như cỡ mẫu còn nhỏ, chưa có nhóm chứng và thời gian đánh giá kết quả tái khám chỉ sau 3 tháng chưa đủ dài để đánh giá hiệu quả phẫu thuật trong dài hạn. Tuy nhiên, nghiên cứu đã cung cấp những kết quả ban đầu có ý nghĩa, gợi mở hướng đi cho các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi kéo dài hơn. Đồng thời, các thang điểm này có thể được áp dụng trong đánh giá kết quả điều trị các bệnh lý và chấn thương ở chi trên.

5. KẾT LUẬN

Thang điểm DASH và QuickDASH được sử dụng tốt để đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị HCOCT. Khi so sánh điểm DASH hay QuickDASH giữa hai thời điểm sau và trước phẫu thuật thấy rõ được mức độ cải thiện triệu chứng của bệnh lý HCOCT. So sánh giữa 2 thang điểm DASH và QuickDASH tại mỗi thời điểm đều cho kết quả không có sự khác biệt có ý nghĩa. Do đó có thể áp dụng chỉ một trong hai thang điểm để đánh giá với lưu ý thang điểm QuickDASH ít tiêu chí hơn, giúp rút ngắn thời gian đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cazares-Manríquez MA, Wilson CC, Vardasca R et al. A Review of Carpal Tunnel Syndrome and Its Association with Age, Body Mass Index, Cardiovascular Risk Factors, Hand Dominance, and Sex. *Appl. Sci.* 2020; 10(10), 3488.
2. Hudak P, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: The DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand). The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). *Am J Ind Med.* 1996; 29(6):602-608.
3. Clement ND, Duckworth AD, Jenkins PJ et al. Interpretation of the QuickDASH score after open carpal tunnel decompression: threshold values associated with patient satisfaction. *J Hand Surg Eur.* 2016; 41(6):624-631.
4. Lê Thị Liễu. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện cơ và siêu âm doppler năng lượng trong hội chứng ống cổ tay. Luận văn tiến sĩ y học, Đại Học Y Hà Nội. 2018.
5. Phan Xuân Nam. Đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý của Hội chứng ống cổ tay”, Tạp chí nghiên cứu y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2020; 17(3):80-84.
6. Shahram N. Endoscopic Carpal Tunnel Release: A 5-Year Experience. *Trauma Mon.* 2014; 19(4):15-19.
7. Moghtaderi A, Izadi S, Sharafadinzadeh N. An evaluation of gender, body mass index, wrist circumference, and wrist ratio as independent risk factors for carpal tunnel syndrome. *Acta Neurol Scand.* 2005; 112:375-379.
8. Nguyễn Lê Trung Hiếu, Vũ Anh Nhị. Phân độ lâm sàng và điện sinh lý thần kinh cơ trong hội chứng ống cổ tay. *Tạp chí Y học thành phố Hồ chí Minh.* 2008; 12(1):267-277.
9. Mallick A. Comparing the Outcome of a Carpal Tunnel Decompression at 2 Weeks and 6 Months. *J Hand surg.* 2007; 32(A):1154-1158.
10. Tan JS, Tan AB. Outcomes of open carpal tunnel releases and its predictors: a prospective study. *Hand Surg.* 2012;17(3):341-345.
11. Uchiyama S, Imaeda T, Toh S, et al. Comparison of responsiveness of the Japanese Society for Surgery of the Hand version of the carpal tunnel syndrome instrument to surgical treatment with DASH, SF-36, and physical findings. *J Orthop Sci.* 2007;12(3):249-253.
12. Nickel MC, Lindenhovius AL, Watson JB, et al. Correlation of DASH and QuickDASH with measures of psychological distress. *J Hand Surg Am.* 2009;34(8):1499-1505.