

TÓM TẮT HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY

(Obstetrical brachial plexus injury: Canada's national clinical practice guideline, 2017)

HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNNG TAY (Obstetrical brachial plexus injury: Canada's national clinical practice guideline, 2017)

ThS Lê Tường Giao

Tổng thư ký Hội Vật lý trị liệu Việt Nam

Chủ tịch Liên chi hội Vật lý trị liệu Nhi khoa Việt Nam

Khuyến cáo 1

Lượng giá trẻ sơ sinh để tầm soát TTĐRTKCT nếu có cử động không đối xứng hai tay hoặc có tiền sử sinh phức tạp như kẹt vai, gãy xương cánh tay hoặc gãy xương đòn

- Phát hiện TTĐRTKCT được thực hiện ban đầu với NVYT địa phương có kinh nghiệm trong lĩnh vực sơ sinh, đánh giá vận động trên các trẻ có các yếu tố nguy cơ hoặc có khiếm khuyết đã được phát hiện.
- Các yếu tố nguy cơ bao gồm kẹt vai: OR = 59,8; gãy xương đòn: OR = 31,0 và tổn thương xương cánh tay chu sinh: OR = 115,0.
- Lượng giá các trẻ có sự vận động hai tay không đối xứng để phát hiện TTĐRTKCT, các bệnh lý đồng mắc để có chẩn đoán và xử trí thích hợp bao gồm cả việc chuyển khám chuyên khoa.

Khuyến cáo 2

Chuyển tất cả trẻ sơ sinh có TTĐRTKCT đến khám tại các BV đa chuyên khoa trước 1 tháng tuổi

- Đồng thuận: khám và lượng giá đầu tiên **thực hiện trước 1 tháng tuổi** bởi nhóm đa chuyên khoa.
- Không chậm trễ trong việc chuyển trẻ đến khám lần đầu tiên tại các BV đa chuyên khoa.
- Chuyển khám sớm tạo thuận lợi cho việc giáo dục cha mẹ, điều trị sớm, lượng giá định kỳ sự phục hồi và lập kế hoạch phẫu thuật đúng thời điểm.
- NVYT địa phương có thể đánh giá chưa đúng tình trạng khuyết tật hiện tại của trẻ, chủ yếu là đánh giá chủ quan thông qua mô tả. Có ít nhất 19% - 36% trẻ em TTĐRTKCT không được lượng giá, phát hiện những khiếm khuyết tồn tại.

Khuyến cáo 3

Khi chuyển khám tại các BV đa chuyên ngành, NVYT cung cấp đầy đủ tiền sử khi mang thai, khi sanh và các dấu hiệu lâm sàng đã đánh giá ngay sau sanh (bao gồm hội chứng Horner)

- Hiện chưa có các công cụ tiêu chuẩn vàng đánh giá tình trạng ban đầu nên việc lượng giá theo định kỳ được yêu cầu thực hiện để đánh giá mức độ nặng của bệnh.
- Hồ sơ theo dõi có thể cung cấp một sự ước đoán về mức độ nặng ban đầu và diễn tiến của sự phục hồi.
- Trên lâm sàng, sử dụng **phân loại của Narakas** để đánh giá ban đầu của tổn thương ở mức độ rễ thần kinh (ví dụ liệt bàn tay) và hội chứng Horner.
- HSBA ghi nhận các yếu tố nguy cơ, mức độ nặng của tổn thương theo Narakas, không chậm trễ trong việc chuyển đến khám chuyên khoa tại các BV đa chuyên ngành với HSBA đã thu thập các dữ kiện trên.

Phân loại Narakas (2009)

Nhóm	Tên	Rễ thần kinh tổn thương	Vị trí yếu/liệt	Tiên lượng
1	Liệt Erb's cao	C5, C6	Dạng vai/xoay ngoài vai, gập khuỷu, quay ngửa cẳng tay	Hồi phục tự nhiên tốt 80% trường hợp
2	Liệt Erb's mở rộng	C5, C6, C7	Như trên kèm theo cổ tay rũ, yếu duỗi khuỷu, duỗi cổ tay và các ngón	Hồi phục tự nhiên tốt 60% trường hợp
3	Liệt toàn bộ không có hội chứng Horner	C5, C6, C7, C8, T1	Liệt mềm hoàn toàn	Hồi phục tự nhiên tốt của vai và khuỷu tay 30–50% trường hợp. Nhiều bệnh nhân có thể đạt được chức năng nhất định của bàn tay
4	Liệt toàn bộ có hội chứng Horner	C5, C6, C7, C8, T1	Liệt mềm hoàn toàn với hội chứng Horner	Tiên lượng xấu nhất. Nếu không phẫu thuật, thường có khuyết tật nặng trên toàn bộ chi

Al-Qattan, M.M., El-Sayed, A.A., Al-Zahrani, A., AL-Mutairi, S.A., Al-Harbi, M.S., Al-Mutairi, A.M., & Al-Kahtani, F. (2009). Narakas classification of obstetric brachial plexus palsy revisited. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*, 34, 788 - 791.

Khuyến cáo 4

Nhóm đa chuyên ngành tại BV

1. **Bác sĩ phẫu thuật thần kinh ngoại biên được đào tạo và có kinh nghiệm về vi phẫu thần kinh trong lĩnh vực TTĐRTKCT: BS vi phẫu tạo hình thần kinh, BS chỉnh hình**
 2. **Nhà VLTL hoặc HĐTL có kinh nghiệm trong việc đánh giá và trị liệu cho trẻ em TTĐRTKCT**
- Thực hiện lượng giá, điều trị, phục hồi, giáo dục cha mẹ.

- Vai trò quan trọng của nhà VLTL trong điều trị bảo tồn và đề nghị tất cả trẻ đều được đánh giá bởi nhà VLTL.
- Hiện chưa có các công cụ tiêu chuẩn vàng đánh giá tình trạng ban đầu nên việc lượng giá theo định kỳ được yêu cầu thực hiện để đánh giá mức độ nặng của bệnh.
- Chưa có phác đồ điều trị chuẩn được mô tả chi tiết.
- Chưa có NC xác định và phân tích tác động của nhóm chuyên ngành liên quan đến kết quả điều trị.

Khuyến cáo 5

Các trường hợp không phẫu thuật, VLTL thực hiện tại nhà hoặc ngoài BV chuyên khoa phải được tư vấn bởi nhóm đa chuyên khoa

- NVYT địa phương chưa có kinh nghiệm trong việc nhận diện và đánh giá các khiếm khuyết tồn tại của trẻ.
- Nên cần có sự liên lạc giữa NVYT và nhóm đa chuyên khoa của BV trong việc nhận diện những vấn đề của trẻ thông qua quá trình theo dõi sự phát triển và tăng trưởng, lượng giá tình trạng khiếm khuyết của trẻ do các nhà chuyên môn thực hiện.
- Chưa có NC xác định và phân tích tác động của việc theo dõi và tập luyện VLTL được thực hiện tại BV và tại cộng đồng.

Khuyến cáo 6

Chuyển phẫu thuật vì phẫu thần kinh

1. **Tổn thương không phục hồi trên lâm sàng do sự nhỏ rỗng thần kinh**
2. **Tất cả các tổn thương khác thỏa các tiêu chí phẫu thuật, bắt đầu thực hiện từ 3 tháng tuổi**
 - Tổn thương hoàn toàn không phục hồi với sự nhỏ rỗng của T1 (hội chứng Horner) phải được chuyển ghép thần kinh càng sớm càng tốt khi tổn thương đã rõ ràng và đúng chỉ định phẫu thuật.
 - Nhỏ rỗng TK là tổn thương nặng nề nhất, rễ TK bị tách rời khỏi thân của nơron vận động sừng trước tủy sống nên không có sự phục hồi tự nhiên về vận động.
 - Phẫu thuật thần kinh làm giảm các khiếm khuyết : RR = 0,58, ARR = 19%, NNT = 6.

- Không có sự phục hồi chức năng cơ hai đầu và cử động gấp khuỷu được dự đoán là một tiên lượng cho sự không hồi phục hoàn toàn và do đó là một ứng viên tốt cho phẫu thuật (Gilbert, 1995).

Khuyến cáo 7

Thu thập kết quả điều trị, bộ dữ liệu bao gồm

1. **Phân loại Narakas:** đánh giá lâm sàng tại buổi khám đầu tiên phân loại tổn thương của nhóm đa chuyên khoa.
2. Đánh giá tại các thời điểm khi trẻ được **1, 3, 6, 12 và 24 tháng**
 - Chiều dài và chu vi chi
 - **AMS** (Active Movement Scale): Thang đo vận động chủ động
 - **BPOM** (Brachial Plexus Outcome Measure): Đo lường kết quả của TTĐRTKCT
3. Thời gian đánh giá kết quả
 - Không phẫu thuật: từ khi điều trị bảo tồn đến **ít nhất 2 tuổi**.
 - Phẫu thuật: **trong 2 năm sau đó** kể từ ngày phẫu thuật.

Active Movement Scale (AMS)

Quan sát	Bậc cơ
Không trọng lực	
Không có sự co cơ	0
Có sự co cơ, không tạo ra cử động	1
Cử động $\leq \frac{1}{2}$ tầm hoạt động	2
Cử động $> \frac{1}{2}$ tầm hoạt động	3
Cử động xuyên suốt hết tầm hoạt động	4
Đối trọng lực	
Cử động $\leq \frac{1}{2}$ tầm hoạt động	5
Cử động $> \frac{1}{2}$ tầm hoạt động	6
Cử động xuyên suốt hết tầm hoạt động	7
Bậc cơ 4 là cử động chủ động với tình trạng không trọng lực phải được hoàn tất trước khi thử cơ trong tình trạng đối trọng lực từ 5 đến 7	

Clark, HM, & Curtis, GC. An approach to obstetrical brachial plexus injuries. *Hand Clinics*, 11(4): 567, November 1995.

Brachial Plexus Outcome Measure (BPOM)

- Thang đo chuyên biệt được sử dụng trong đánh giá chức năng chi trên của bệnh nhân bị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, đặc biệt cho trẻ em.
- Mục đích: đánh giá khách quan chức năng vận động thực tế của chi trên bị ảnh hưởng trong sinh hoạt hằng ngày, và chuẩn hóa việc theo dõi kết quả phục hồi ở trẻ em hoặc người lớn bị tổn thương đám rối cánh tay.

Ghi điểm & diễn giải

- Mỗi hoạt động chấm từ 1–5 điểm, tổng điểm càng cao thì chức năng càng tốt.
- Có thể tính điểm trung bình hoặc tổng điểm từng vùng (vai, khuỷu, cổ tay...).
- BPOM Outcome Score được ghi ở phần cuối bảng.
- Sử dụng kết hợp với AMS & Narakas để có đánh giá toàn diện

SCOTTISH NATIONAL BRACHIAL PLEXUS INJURY SERVICE
RNDSD Clinicians
New Appointment: 0141 347 8016
Urgent: 0141 347 8016

Tel: 0141 347 8016
Fax: 0141 347 8016
Web: www.scotnbi.scot.nhs.uk

Clinic Name:
RNDSD Centre for Children
RNDSD, G8 4PQ

NHS
SCOTLAND

Patient's Name: _____ Clinic Date: _____
OR: _____ Clinician: _____

BRACHIAL PLEXUS OUTCOME MEASURE (BPOM)

ACTIVITY SCALE	Functional Movement Scale
SHOULDER	
Combs Back of Head Uses affected hand to comb the back of the head to comb hair.	
Places Container Above Head Uses both hands to reach forward to place a container directly above their head.	
Undoes Button at Midline Undoes button or strap at upper level with both hands.	
Hand to Back Pant (Trousers) Pocket Puts affected fingers into posterior back pant pocket.	
ELBOW AND FOREARM	
Pretends to Eat Candy (Sweets) Holds plate with unaffected hand, picks up bead with affected hand from plate and brings it up to mouth.	
Uses Computer Mouse Uses affected hand with isolated finger flexion to click on mouse.	
Plays Drums Hits drumsticks on container with both hands.	
Holds Plate with Palm Up Holds plate with affected hand palm up.	
WASH FACE AND THUMB	
Opens Large Container Uses both hands to open 6" diameter container with snap-on lid, abducts thumb with affected hand.	
Pulls Apart Therapyputty Uses power grasp to pull apart Therapyputty with active wrist extension with both hands.	
Strings Bead Uses both hands to string bead; uses precision grasp (pincer) with unaffected hand.	

FUNCTIONAL MOVEMENT SCALE

1. Cannot complete task.
2. Completes task using only unaffected arm.
3. Completes task. Absent isolated movement in primary mover(s). May use passive range of motion to complete movement pattern.
4. Completes task. Initiates all movement actively or position of primary mover(s) is sufficient for function. Compensatory techniques used to complete movement pattern.
5. Completes task with normal movement pattern.

BP Outcome Score: _____

SELF-EVALUATION SCALE

My arm works...

Very POORLY ←————→ Very WELL

My hand works...

Very POORLY ←————→ Very WELL

My arm and hand looks...

Very BAD ←————→ Very GOOD

BPOM Form © 2025 SNIPS for NHS UK

Tham khảo

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5278272/>



Chi hội Vật lý trị liệu Nhi khoa Việt Nam

✉ chihoivtlnhivnpta@gmail.com

f <https://www.facebook.com/VSPP.VN/>