

- tại bệnh viện Chợ Rẫy", Y học thực hành, 723(6), pp. 4-7.
4. **Nguyễn Thanh Lương** (2019), "Triển khai thí điểm chương trình kháng sinh dự phòng tại khoa Phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện Bạch Mai", pp.
 5. **Phạm Thủy Trinh, Lê Thị Anh Đào** (2010), "Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 14(1), pp. 124-128.
 6. **Trần Thị Minh Đức** (2012), "Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2009 - 2011", Luận văn thạc sĩ Dược học, Đại học Dược Hà Nội, pp.
 7. **Organization World Health** (2018), "Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection", pp.
 8. **Bratzler D. W., Dellinger E. P., et al.** (2013), "Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery", Am J Health Syst Pharm, 70(3), pp. 195-283.

CHÈN ÉP THẦN KINH GIỮA DO LAO MÀNG GÂN GẤP VÙNG CỔ TAY - BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP

Lê Gia Ánh Thy¹, Lê Minh Khoa²,
Nguyễn Ngọc Hiếu³, Cao Kim Xoa⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lao màng gân gấp vùng cổ tay là thể bệnh rất hiếm của lao cơ xương khớp, dễ bị chẩn đoán nhầm với hội chứng ống cổ tay nguyên phát do triệu chứng không điển hình, dẫn đến chậm trễ điều trị và nguy cơ biến chứng không hồi phục. **Tóm tắt ca bệnh:** Nam bệnh nhân 33 tuổi với triệu chứng tê tay trái và đau cổ tay kéo dài 10 tháng, điều trị hội chứng ống cổ tay không hiệu quả. Hình ảnh học cho thấy viêm màng gân gấp mãn tính gây chèn ép thần kinh giữa. Bệnh nhân được phẫu thuật giải ép, kết quả mô bệnh học xác định lao màng gân. Sau mổ, bệnh nhân điều trị thuốc kháng lao và phục hồi hoàn toàn chức năng vận động. **Bàn luận:** Lao màng gân thường khởi phát âm thầm, dễ bị bỏ sót. MRI và mô bệnh học hỗ trợ chẩn đoán. Cần nghĩ đến bệnh lý này khi triệu chứng chèn ép thần kinh giữa kéo dài, không đáp ứng điều trị. Phẫu thuật giải ép phối hợp điều trị thuốc kháng lao là cần thiết ở giai đoạn bệnh tiến triển. **Kết luận:** Lao màng gân gấp cổ tay cần được lưu ý trong chẩn đoán phân biệt hội chứng ống cổ tay kéo dài. Chẩn đoán sớm và điều trị phối hợp giúp bảo tồn chức năng và ngăn ngừa tái phát.

Từ khóa: Lao màng gân gấp, hội chứng ống cổ tay thứ phát, chèn ép thần kinh giữa

SUMMARY

MEDIAN NERVE COMPRESSION DUE TO TUBERCULOUS TENOSYNOVITIS AT THE WRIST – A RARE CASE REPORT

Introduction: Tuberculous flexor tenosynovitis

of the wrist is a rare manifestation of musculoskeletal tuberculosis. Its nonspecific symptoms can mimic primary carpal tunnel syndrome, leading to delayed diagnosis and potential complications. **Case report:** A 33-year-old male presented with a 10-month history of left wrist pain and hand numbness. He was initially misdiagnosed with primary carpal tunnel syndrome and showed no improvement after surgery. MRI suggested chronic tenosynovitis causing median nerve compression. Surgical decompression was performed, and histopathology confirmed Mycobacterium tuberculosis infection. The patient was treated with anti-tuberculous therapy and fully recovered. **Discussion:** Tuberculous tenosynovitis often presents insidiously. MRI and histopathology are valuable for diagnosis. In patients with persistent median nerve compression symptoms unresponsive to conventional treatment, this condition should be considered, especially in endemic areas. Surgical debridement combined with medical therapy is essential in advanced stages. **Conclusion:** Wrist tuberculous tenosynovitis should be considered in chronic carpal tunnel-like cases. Early and accurate diagnosis with appropriate treatment is crucial for functional recovery and recurrence prevention. **Keywords:** Tuberculous flexor tenosynovitis, Secondary carpal tunnel syndrome, Median nerve compression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với khoảng gần hai triệu ca tử vong mỗi năm, bệnh lao (tuberculosis, TB) vẫn là một trong những bệnh truyền nhiễm gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu, đặc biệt phổ biến tại các quốc gia đang phát triển.¹ Lao ngoài phổi chiếm khoảng 15–20% tổng số ca bệnh, trong đó thể lao cơ xương khớp chỉ chiếm từ 1–3%. Trong nhóm này, gần 50% là các trường hợp lao cột sống, trong khi lao màng gân gấp vùng cổ tay là một bệnh lý cực kỳ hiếm gặp.² Các triệu chứng của bệnh lý này thường không đặc hiệu, hội chứng ống cổ tay đôi khi có thể là triệu chứng

¹Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Quân y 7A

⁴Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Gia Ánh Thy

Email: thymd2011@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025

đầu tiên, có thể kèm sưng, đau vùng cổ tay kéo dài dễ bị chẩn đoán nhầm với hội chứng ống cổ tay nguyên phát gây khó khăn trong việc chẩn đoán và điều trị kịp thời.²⁻⁴ Dưới đây, chúng tôi báo cáo về một ca bệnh chèn ép thần kinh giữa do lao màng gân gấp vùng cổ tay đã được tiếp nhận, chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 33 tuổi, công nhân, đến khám với triệu chứng tê bàn tay trái kèm đau khi gấp ngón IV kéo dài hơn 10 tháng. Bệnh nhân không có tiền sử mắc lao hay bệnh lý nội khoa mạn tính. Trước đó, bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay nguyên phát và đã được phẫu thuật giải phóng dây chằng ngang ống cổ tay tại một cơ sở y tế địa phương. Tuy nhiên, triệu chứng không cải thiện sau mổ, bệnh nhân được điều trị nội khoa (bao gồm corticoid) nhưng tình trạng lâm sàng tiếp tục tiến triển nặng hơn, xuất hiện khối sưng vùng cổ tay trái và hạn chế vận động các ngón III, IV.

Khám lâm sàng ghi nhận sẹo mổ cũ dài 4 cm vùng mặt trước cổ tay trái. Có khối sưng kích thước 3×4 cm, mềm, không đau, dính mô xung quanh. Cảm giác giảm tại ngón I, II, III và bờ quay ngón IV; hạn chế gấp chủ động ngón III, IV. Xét nghiệm công thức máu và X-quang ngực trong giới hạn bình thường. Siêu âm cổ tay ghi nhận tụ dịch và phù nề quanh bao gân gấp. Cộng hưởng từ (MRI) phát hiện tăng tín hiệu bất thường trên gân gấp ngón IV và khối dịch kích thước khoảng 25 × 61 × 14mm vùng ống cổ tay.

Bệnh nhân được chẩn đoán chèn ép thần kinh giữa thứ phát do viêm bao gân gấp và chỉ định phẫu thuật. Trong mổ ghi nhận bao gân dày, phù nề, bao quanh gân gấp II-IV và thần kinh giữa; có tụ dịch và nhiều “thể hạt gạo”. Thần kinh giữa và gân gấp không tổn thương. Mô viêm được lấy làm giải phẫu bệnh và cấy vi khuẩn lao.

Kết quả mô học xác định viêm lao đặc hiệu với hoại tử bã đậu ở trung tâm, bao quanh là các tế bào dạng biểu mô, đại bào Langhans và lympho bào. Sau mổ, bệnh nhân được điều trị thuốc kháng lao (Ethambutol, Rifampicin, Isoniazid), tập vật lý trị liệu và theo dõi định kỳ. Sau 1 năm, bệnh nhân hồi phục hoàn toàn chức năng vận động, không còn triệu chứng thần kinh và không ghi nhận tái phát.

III. BÀN LUẬN

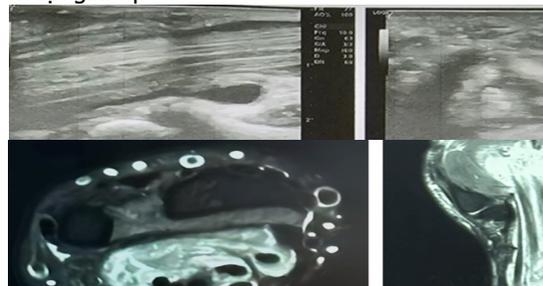
Lao cơ xương khớp là một thể lao ngoài phổi hiếm gặp, chiếm 1-3% tổng số bệnh lao, trong

đó chỉ 2% liên quan đến vùng cổ tay^{5,6}. Lao màng gân gấp gây chèn ép thần kinh giữa là bệnh lý rất hiếm và dễ bị nhầm với hội chứng ống cổ tay nguyên phát do triệu chứng khởi phát không điển hình. Diễn tiến bệnh có thể chia làm ba giai đoạn theo Kanavel: dày màng gân kèm dịch (giai đoạn 1), mô hạt và “thể hạt gạo” (giai đoạn 2), hoại tử gân (giai đoạn 3)⁷. Bệnh nhân trong báo cáo thuộc giai đoạn 2 – phổ biến nhất khi được chẩn đoán. Việc chẩn đoán muộn có thể kéo dài trung bình 16-19 tháng²; bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán sau 10 tháng.

Lâm sàng thường gặp sưng tiến triển, hạn chế vận động và dấu hiệu chèn ép thần kinh giữa⁸. Hình ảnh X-quang có thể thấy phù nề mô mềm; MRI giúp nhận biết dịch và bao hoạt dịch dày bất thường^{3,9}. Chẩn đoán xác định cần dựa vào mô bệnh học với hình ảnh hoại tử bã đậu trung tâm, tế bào dạng biểu mô, đại bào Langhans và lympho bào². “Thể hạt gạo” thường gặp nhưng không đặc hiệu, có thể thấy trong các bệnh lý viêm khác như viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống⁴.

Điều trị lao màng gân phụ thuộc vào giai đoạn bệnh. Giai đoạn sớm có thể dùng thuốc kháng lao đơn thuần, nhưng đa số trường hợp đến ở giai đoạn có chèn ép thần kinh giữa nên cần phối hợp phẫu thuật và thuốc kháng lao^{2,3}. Sau mổ, bệnh nhân của chúng tôi được điều trị thuốc kháng lao (Ethambutol, Rifampicin, Isoniazid) và không ghi nhận tái phát sau 6 tháng. Theo Hassanpour, điều trị kết hợp giúp không tái phát sau 6 năm theo dõi⁴, trong khi Hooker ghi nhận 50% tái phát trong 1 năm nếu điều trị không đầy đủ. Nguy cơ tái phát liên quan đến lao kháng thuốc hoặc tuân thủ điều trị kém.

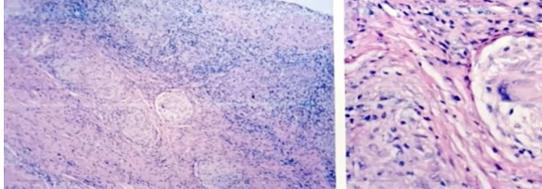
Tiền lượng hồi phục vận động tốt nếu được điều trị kịp thời trước khi gân bị hoại tử. Nếu giai đoạn muộn, cần phẫu thuật tái tạo gân với kết quả hạn chế hơn. May mắn là hầu hết trường hợp không ghi nhận tổn thương trực tiếp thần kinh giữa và có thể phục hồi hoàn toàn sau phẫu thuật giải ép^{4,8}.



Hình 1. Siêu âm và MRI cổ tay trái cho thấy viêm bao gân gấp



Hình 2. Hình ảnh trong mổ vùng cổ tay trái



Hình 3. Mô bệnh học màng gân gấp cổ tay



Hình 4. Diễn tiến phục hồi chức năng sau phẫu thuật

(A) Sau 4 tuần: sẹo mổ lành, tầm vận động cải thiện nhưng gấp ngón tay còn hạn chế nhẹ. (B) Sau 11 tháng: phục hồi hoàn toàn chức năng, không còn triệu chứng thần kinh, sẹo mổ thẩm mỹ tốt

IV. KẾT LUẬN

Lao màng gân gấp cổ tay gây chèn ép thần kinh giữa là thể bệnh hiếm, nhưng cần được lưu ý tại các vùng lưu hành lao như Việt Nam. Triệu chứng thường không điển hình, dễ gây chẩn đoán nhầm và trì hoãn điều trị. Gợi ý chẩn đoán

bao gồm: chèn ép thần kinh giữa kéo dài, kèm sưng nề mặt lòng cổ tay không đau; MRI hỗ trợ hình ảnh, còn mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng. Điều trị bao gồm phẫu thuật giải ép phối hợp thuốc kháng lao nhằm kiểm soát bệnh và ngừa tái phát. Điều trị kịp thời giúp bảo tồn chức năng vận động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marques, V. B., Vieira, H. P., Alcantara, A. C., Braga, F. N., Rocha, F. A., & Medeiros, M. C. (2010). Tenosynovitis and carpal tunnel syndrome from mycobacterium tuberculosis - a rare manifestation of extrapulmonary tuberculosis. *Acta reumatologica portuguesa*, 35(1), 82–84.
2. Kumar, R., Lakkireddy, M., Maley, D., Eppakayala, S., Sathu, S., & Kashyap, A. (2023). Flexor tenosynovitis of the wrist with carpal tunnel syndrome. *International journal of mycobacteriology*, 12(1), 100–102. https://doi.org/10.4103/ijmy.ijmy_201_22
3. Bayram, S., Erşen, A., Altan, M., & Durmaz, H. (2016). Tuberculosis tenosynovitis with multiple rice bodies of the flexor tendons in the wrist: A case report. *International journal of surgery case reports*, 27, 129–132. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.08.021>
4. Hassanpour, S. E., & Gousheh, J. (2006). Mycobacterium tuberculosis-induced carpal tunnel syndrome: management and follow-up evaluation. *The Journal of hand surgery*, 31(4), 575–579. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2005.01.018>
5. Ruhwald, M., Aabye, M. G., & Ravn, P. (2012). IP-10 release assays in the diagnosis of tuberculosis infection: current status and future directions. *Expert review of molecular diagnostics*, 12(2), 175–187. <https://doi.org/10.1586/erm.11.97>
6. Sanders, C. J., & Schucany, W. G. (2008). Tuberculous tenosynovitis. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 21(1), 71–72. <https://doi.org/10.1080/08998280.2008.11928362>
7. Kendirci, A.Ş., Akay, H., Toroman, M.S., Demirel, M., Kizilkurt, T., & Ergin, Ö.N. (2020). A rare presentation of musculoskeletal tuberculosis: tenosynovitis of the flexor tendons of the wrist and digits. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 83(4), 446–450. <https://doi.org/10.26650/IUITFD.2020.0048>
8. Lee K. E. (1985). Tuberculosis presenting as carpal tunnel syndrome. *The Journal of hand surgery*, 10(2), 242–245. [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(85\)80113-1](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(85)80113-1)
9. Hsu, C. Y., Lu, H. C., & Shih, T. T. (2004). Tuberculous infection of the wrist: MRI features. *AJR. American journal of roentgenology*, 183(3), 623–628. <https://doi.org/10.2214/ajr.183.3.1830623>
10. Pandey, V., Chawla, K., Acharya, K., Rao, S., & Rao, S. (2009). The role of polymerase chain reaction in the management of osteoarticular tuberculosis. *International orthopaedics*, 33(3), 801–805. <https://doi.org/10.1007/s00264-007-0485-8>