

# HỘI CHỨNG KÊNH GUYON: THÔNG BÁO VỀ 10 TRƯỜNG HỢP BỆNH ĐẦU TIÊN

*TS Nguyễn Hữu Công  
(Bệnh viện 175 và Bệnh viện Chợ Rẫy)  
Điện thoại: 0903332034*

**Tóm tắt:** Hội chứng kênh Guyon là do chèn ép dây thần kinh trụ khi nó đi trong một đường hầm ở cổ tay, gọi là kênh Guyon. Các triệu chứng của hội chứng này được chia thành 3 kiểu, tùy thuộc vào chỗ chèn ép dây trụ ở trong kênh. Chẩn đoán điện giúp phân biệt tổn thương kiểu I với hội chứng đường hầm dây trụ ở khuỷu tay, và nhận diện từng kiểu trong 3 kiểu đó của hội chứng. Nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ dựa vào biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán điện, chưa được kiểm chứng bằng phẫu thuật. Chúng tôi có 10 bệnh nhân bị hội chứng kênh Guyon, gồm 4 bị kiểu I và 6 bị kiểu II (trong đó có 2 bị kiểu IIA). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nên chú ý nhiều hơn tới loại hội chứng tương đối đặc biệt này ở Việt Nam.

**Summary:** GUYON'S CANAL SYNDROME AND THE FIRST TEN CASES: Guyon's canal syndrome is a nerve compression affecting the ulnar nerve as it passes through a tunnel in the wrist called Guyon's canal. Symptoms associated with the syndrome fall into three types depending on the locations of ulnar compression in the canal. Electrodiagnostic studies are helpful, in distinguishing type I lesion from cubital tunnel syndrome and identifying each type between these three ones. Our study was based on only clinical and electrodiagnostic features, not confirmed by surgery. There were 10 patients with Guyon's canal syndrome, including 4 patients with types I and 6 with types II (among which there were 2 with types IIA). Our study shows that it is necessary to pay more attention to this somewhat special compression syndrome in Vietnam.

## **MỞ ĐẦU:**

Cách đây 7-8 năm, tại Việt Nam thực tế rất ít nhắc về hội chứng ống cổ tay (carpal tunnel syndrome). Tới nay hội chứng này đã được chẩn đoán và điều trị tương đối phổ biến. Nhưng vẫn còn một hội chứng chèn ép cục bộ dây thần kinh ở cổ tay nữa, chưa được lưu tâm nhiều. Đó là hội chứng kênh Guyon (Guyon's canal syndrome), gây chèn ép dây thần kinh trụ ở cổ tay. Thời gian vừa qua, chúng tôi lẻ tẻ phát hiện được 10 trường hợp bị hội chứng kênh Guyon. Trong tương lai, với mức sống và dân trí ngày càng cao, người dân sẽ càng quan tâm nhiều hơn tới những hội chứng “bé nhỏ”, kiểu như hội chứng ống cổ tay và hội chứng kênh Guyon, do vậy mặc dù số liệu thu thập được còn nhiều khiếm khuyết, chúng tôi cũng mạnh dạn trình bày về hội chứng này. Hy vọng về sau sẽ có nhiều bệnh nhân được phát hiện và điều trị kịp thời, không bị bỏ sót.

**GIẢI PHẪU - SINH LÝ:** Ở ngay phía trên cổ tay, dây thần kinh trụ đi giữa gân cơ gấp cổ tay trụ (flexor carpal ulnaris) và gân cơ gấp chung nông các ngón (flexor digitorum superficialis). Dây trụ khi đó nằm nông, ngay dưới da. Sau đó dây trụ đi vào cổ tay, nằm trong kênh Guyon: phía dưới là dây chằng ngang cổ tay (transverse carpal ligament) và dây chằng đậu móc (pisohamate ligament), phía trên là dây chằng gan cổ tay (volar

carpal ligament) và cơ gan tay ngắn (palmaris brevis). Thành bên bao gồm: bên ngoài (phía xương quay) là móc của xương móc (hook of hamate), bên trong (phía xương trụ) là xương đậu (pisiform). Gần sát kênh, hoặc ngay trong kênh, dây trụ tách ra 2 nhánh: *nhánh sâu vận động* (deep motor branch), và *nhánh nông* (superficial branch). Nhánh sâu tách ra 1 nhánh nữa chi phối các cơ ô mô út, rồi đi vòng ra phía ngoài, chi phối cho các cơ giun (lumbricals), cơ liên cốt mu tay và gan tay (palmar & dorsal interossei). Nhánh tận cùng của dây trụ chi phối cơ liên cốt mu tay I (first dorsal interosseous muscle). Nhánh nông của dây trụ, sau khi tách nhánh chi phối cho cơ gan tay ngắn (palmaris brevis), sẽ chi phối cảm giác ngón IV và V. Khi dây trụ bị chèn ép trong kênh Guyon, sẽ có những biểu hiện cảm giác và vận động tùy theo định khu bị chèn ép.

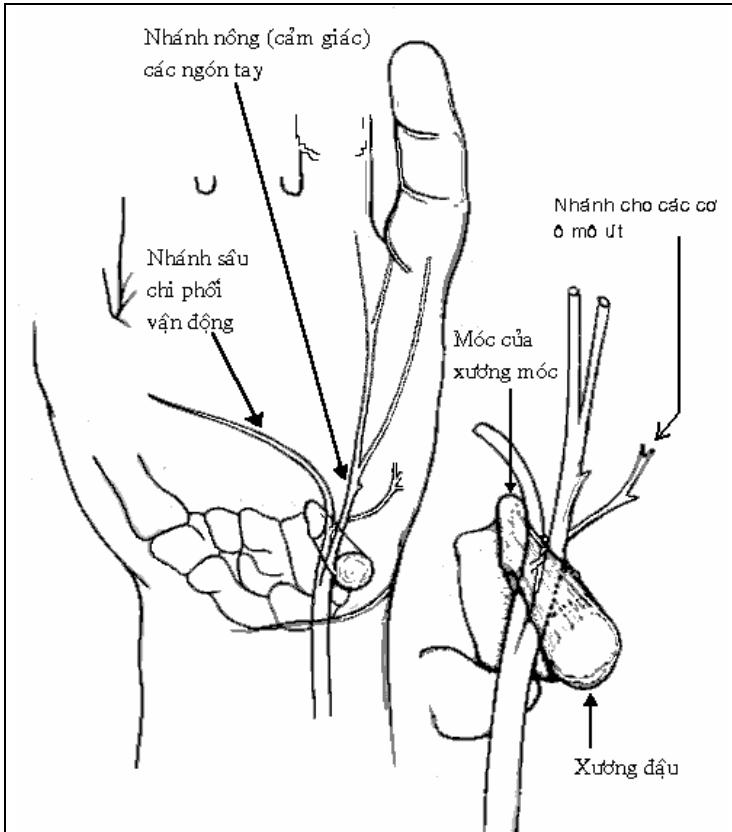
### **NGUYÊN NHÂN:**

1. Do chấn thương cấp tính hoặc mạn tính, gãy xương móc. Công việc dùng quá nhiều cổ tay với động tác ấn cổ tay xuống, thường xuyên đè ép lên gan tay. Một số trường hợp do gãy móc của xương móc (hook of hamate), khi người chơi golf hoặc tennis đánh mạnh xuống đất thay vì đánh trúng bóng, hay người chơi bóng chày khi đánh bóng bằng gậy.
2. Do khối choán chỗ chèn ép: cơ dị dạng, khối u, các nang hạch (ganglion cyst). Nguyên nhân không chấn thương hay gặp nhất là do hạch
3. Các biến đổi do viêm khớp của các xương cổ tay gây nên
4. Huyết khối (thrombosis) mạch máu, gây cục máu đông trong động mạch trụ.

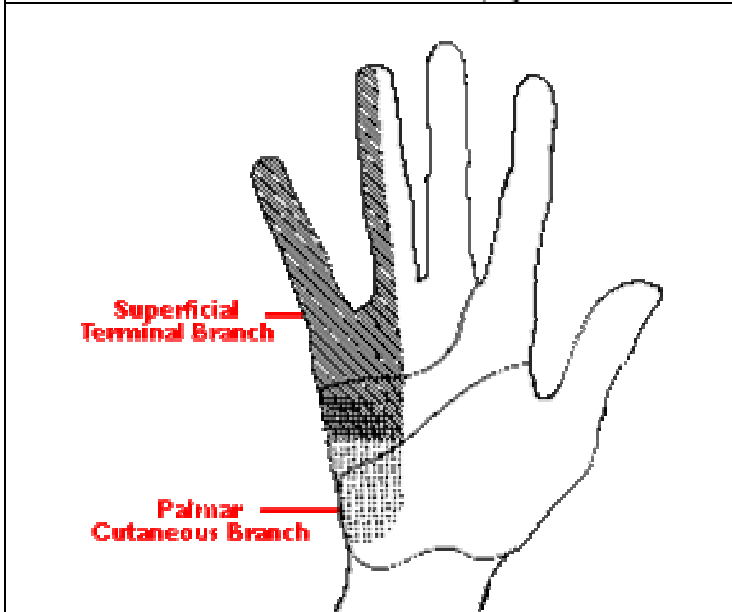
### **TRIỆU CHỨNG:**

Lâm sàng và định khu: chia làm 3 kiểu.

1. Kiểu I: chèn ép thân dây trụ, bệnh nhân bị giảm cảm giác ở ngón V và nửa ngón IV, yếu và teo các cơ ô mô út và liên cốt. Không giảm cảm giác mu tay vì nhánh da trụ mu tay (dorsal ulnar cutaneous nerve) tách khỏi dây trụ ở phía trên của kênh Guyon. Nếu tổn thương nặng, có triệu chứng bàn tay vuốt trụ (ulnar claw hand). Kiểu I là kiểu thường gặp của hội chứng kênh Guyon.
2. Kiểu II: Nhánh sâu của dây trụ bị chèn ép ở gần cuối kênh Guyon, sát với móc của xương móc. Cảm giác bình thường, cử động bàn tay giảm độ khéo léo và không thể dạng các ngón tay. Có thể có triệu chứng bàn tay vuốt trụ nếu bệnh nặng. Kiểu II là kiểu thường gặp nhất của hội chứng kênh Guyon. Kiểu IIA: nhánh sâu sau khi tách ra nhánh cho các cơ thuộc ô mô út, rồi mới bị tổn thương. Trong kiểu IIA các cơ ô mô út không bị yếu và teo.
3. Kiểu III: chỉ tổn thương nhánh nông của dây trụ, vị trí ở chỗ gần hết kênh Guyon. Giảm cảm giác các ngón 4 và 5. Các cơ nhỏ bàn tay không bị. Kiểu III là kiểu ít gặp nhất.



Hình 1: kênh Guyon và các nhánh của dây thần kinh trụ.

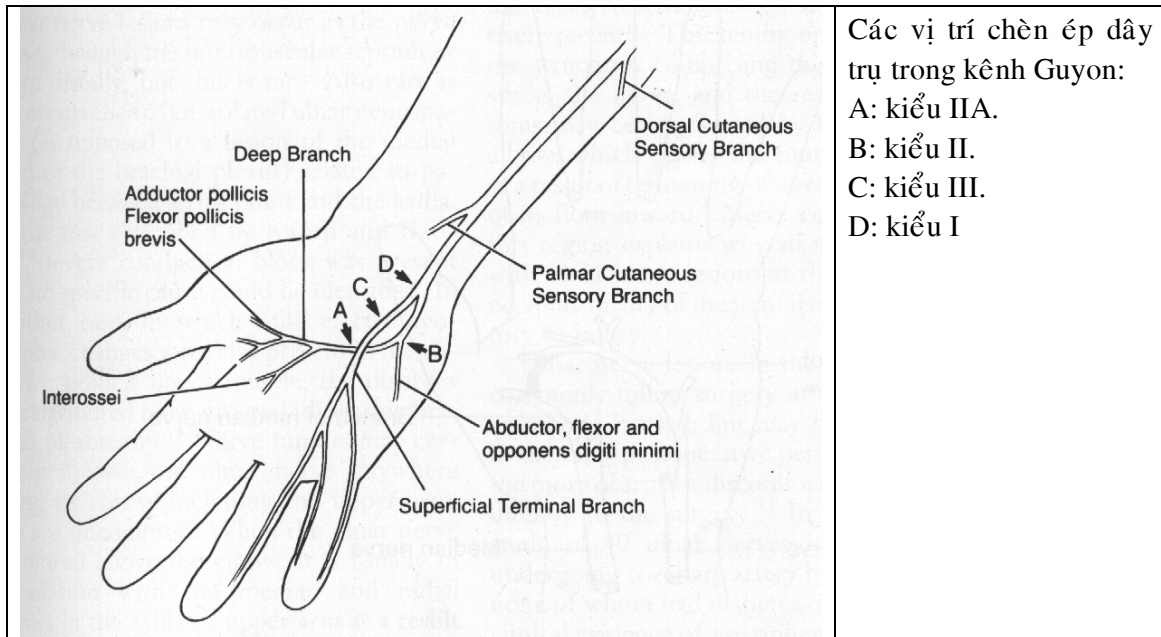


Hình 2: vùng phân bố cảm giác của dây trụ ở bàn tay.

*Bảng phân loại các kiểu của hội chứng kênh Guyon:*

	Kiểu I	Kiểu II	Kiểu III
Định khu	Trước hoặc ngay trong kênh	Trong kênh, chỗ móc của xương móc. Kiểu IIA: sau khi đã tách ra nhánh cho khối cơ ô mô út.	Trong kênh, chỗ móc của xương móc.
Nhánh bị tổn thương	Nhánh nông và nhánh sâu	Chỉ tổn thương nhánh sâu	Chỉ tổn thương nhánh nông
Lâm sàng	Giảm cả cảm giác lẫn vận động	Chỉ bị tổn thương vận động. Kiểu IIA: cơ ô mô út bình thường	Chỉ bị giảm cảm giác
Tỷ lệ mắc	30-48%	44-52%	8-18%

*(theo Shea, MacClain và Moneim)*



Các vị trí chèn ép dây trụ trong kênh Guyon:  
A: kiểu IIA.  
B: kiểu II.  
C: kiểu III.  
D: kiểu I

**Chẩn đoán điện:**

1. Phân biệt kiểu I với hội chứng đường hầm khuỷu tay (cubital tunnel syndrome): lâm sàng có thể rất giống nhau. Trong tổn thương dây trụ ở khuỷu tay, tốc độ dẫn truyền của dây ở khuỷu sẽ chậm lại, và EMG thấy có mất phân bố thần kinh ở cơ thuộc cẳng tay như gấp cổ tay trụ (flexor carpi ulnaris) và gấp chung sâu các ngón (flexor digitorum profundus – phần dành cho ngón 4 và 5). Nếu bệnh nhân có dẫn truyền cảm giác và vận động đoạn qua khuỷu bình thường, trong khi bất thường đáp ứng cảm giác ở ngón 5, thì cần nghĩ tới hội chứng kênh Guyon. EMG các cơ cẳng tay bình thường trong khi các cơ nhỏ bàn tay (nhất là cơ liên cốt I mu tay) bất thường, thì cũng nghĩ tới

hội chứng kênh Guyon. Tuy nhiên, nên nhớ cũng có một số người, dây trụ tổn thương đồng thời cả 2 nơi (khuỷu và cổ tay).

- Kiểu I: thời gian tiềm vận động ngoại vi (distal motor latency - DML) và cảm giác ngoại vi (distal sensory latency – DSL) kéo dài. Điện thế hoạt động cơ toàn phần (compound muscle action potential - CMAP) và cảm giác (sensory nerve action potential - SNAP) có biên độ giảm hoặc mất. EMG thấy mất phân bố thần kinh ở các cơ dạng ngón út (abductor digiti minimi – ADM) và cơ liên cốt I mu tay (first dorsal interosseous – FDI).
- Kiểu II: DML kéo dài với CMAP giảm hoặc mất, trong khi DSL và SNAP bình thường. EMG thấy mất phân bố thần kinh ở các cơ dạng ngón út và cơ liên cốt I mu tay. Riêng kiểu IIA: EMG thấy mất phân bố thần kinh ở cơ liên cốt I mu tay và bình thường ở cơ dạng ngón út.
- Kiểu III: DML và CMAP bình thường, trong khi DSL kéo dài và SNAP giảm hoặc mất. EMG ở các cơ dạng ngón út và cơ liên cốt I mu tay bình thường.

	Kiểu I	Kiểu II	Kiểu IIA	Kiểu III
DML dây trụ	Kéo dài	Kéo dài	Bình thường	Bình thường
DSL dây trụ	Kéo dài	Bình thường	Bình thường	Kéo dài
EMG cơ ADM	Bất thường	Bất thường	Bình thường	Bình thường
EMG cơ FDI	Bất thường	Bất thường	Bất thường	Bình thường

*ADM: abductor digiti minimi – cơ dạng ngón út.*

*FDI: first dorsal interosseous – cơ gian cốt mu tay I.*

#### Hình ảnh học:

- Chụp X quang thường: phát hiện gãy xương khu vực cổ tay gây chèn ép dây trụ.
- CT hoặc MRI: phát hiện các bất thường (hạch, cơ dị dạng, tổ chức phần mềm khác).

#### **ĐIỀU TRỊ:**

- Điều trị bảo tồn: khi làm những việc cần gấp và xoay ngoài của cổ tay, hoặc đè ép vào gan tay, nên có quãng nghỉ. Có thể đeo nẹp vào cổ tay vào ban đêm. Có thể dùng NSAIDs.
- Điều trị phẫu thuật khi điều trị bảo tồn thất bại. Rạch da ở nền của gan tay. Đánh dấu xương đậu và xương móc. Rạch một đường cong giữa 2 xương, vượt quá nếp gấp cổ tay, dọc theo bờ trong của cơ gấp cổ tay trụ. Dây trụ và động mạch nằm ở phía dưới cơ này. Kiểm tra kỹ dọc theo kênh Guyon để tìm hạch hoặc bất kỳ khối choán chỗ nào. Nếu không có, thì cắt các dây chằng chèn ép, và tháo bỏ trần của kênh Guyon. Sau mổ để tay cao ngang tầm tim, băng và giữ khô ráo vết mổ, cắt chỉ sau 10 ngày.

#### **10 BỆNH NHÂN VIỆT NAM BỊ HỘI CHỨNG KÊNH GUYON:**

Thời gian qua, chúng tôi lẻ tẻ phát hiện được 10 trường hợp bị hội chứng kênh Guyon.

- Tuổi và giới tính: tất cả đều là nam giới, tuổi 40-52.
- Nguyên nhân: 1 trường hợp là BS phẫu thuật chỉnh hình, 3 trường hợp chơi tennis mạnh tay, 1 trường hợp công nhân bốc vác (dùng cây sắt dài để câu móc các bao gạo), 1 là công nhân xây dựng (hay dùng khoan điện và búa máy), 1 bị chèn ép dây thần

kinh nhiều ổ (đồng thời có hội chứng ống cổ tay 2 bên và chèn ép rễ cổ do thoái hóa cột sống cổ). Còn 3 không rõ nguyên nhân.

3. Phân loại: 4 người bị kiểu I (tổn thương cả cảm giác lẫn vận động), 6 người kiểu II (chỉ tổn thương vận động) trong đó có 2 kiểu IIA (ô mô út không bị ảnh hưởng), không có ai kiểu III.
4. Tất cả các bệnh nhân đều được đồng nghiệp từ các nơi khác chuyển tới làm chẩn đoán tại các phòng điện cơ thuộc bệnh viện 175, nhân dân 115 và Chợ rẫy. Sau đó đều được chuyển trả điều trị phẫu thuật, và chúng tôi không có điều kiện theo dõi tiếp. Do vậy trong nghiên cứu này, chúng tôi không có được các biên bản phẫu thuật, để xem chẩn đoán trước mổ có phù hợp với chẩn đoán sau mổ hay không, và cũng không thể theo dõi tiến trình hồi phục sau phẫu thuật.

### **NHÂN XÉT:**

Hội chứng kênh Guyon là một hội chứng bệnh nhỏ bé, do chèn ép dây thần kinh cục bộ ở bàn tay, ít gặp hơn nhiều so với hội chứng ống cổ tay. Bệnh gây khó chịu và giảm khả năng sử dụng bàn tay trong lao động và sinh hoạt.

Đây có lẽ là báo cáo đầu tiên tại Việt Nam về hội chứng kênh Guyon. *Kiểm khuyết của báo cáo này là số lượng ít không đủ thống kê, và không có kết quả phẫu thuật kiểm chứng.* Chẩn đoán hội chứng kênh Guyon mới chỉ dựa vào lâm sàng và chẩn đoán điện. Tuy nhiên chúng tôi cũng mạnh dạn trình bày, vì thực tế chắc chắn có nhiều trường hợp bị bỏ sót, hy vọng về sau các đồng nghiệp lưu ý hơn tới hội chứng chèn ép cục bộ này, giống như mối quan tâm hiện nay đối với hội chứng ống cổ tay vậy.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Aminoff M.J. (1998). Electromyography in clinical practice, 3<sup>rd</sup> edition. Churchill Livingstone, 423-439.
2. David A. Elias, Mathew J.Lax, Dimitri J. Anastakis (2001). Musculoskeletal images. Ganglion cyst of Guyon's canal causing ulnar nerve compression. Canadian Journal of Surgery, Vol 44, No 5, October: 331-332.
3. Dumitru D., Amato A.A. & Zwarts M. (2002): Electrodiagnostic Medicine, 2<sup>nd</sup> edition, 1074-1086. Handley & Belfus Inc., Philadelphia.
4. Kimura J. (2001). Electrodiagnosis in diseases of Nerve and Muscle: principles and practice, 3<sup>rd</sup> edition. 726-727 Oxford University press.
5. Stewart J.D. (2000): Focal peripheral neuropathies, 3<sup>rd</sup> edition, 267-271. Lippincott Williams & Wilkins.