

Nang hoạt dịch bao dây thần kinh gây hội chứng đường hầm xương trụ: báo cáo một trường hợp và tổng quan y văn

Intraneural ganglion cyst causing cubital tunnel syndrome: A case report and literature review

Đặng Phương Nam¹ và Thái Duy Quang^{1,2,*}

*1Trường Đại học Y Hà Nội
2Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

Tóm tắt

Nang hoạt dịch bao dây thần kinh là một khối nang lành tính, hiếm gặp nằm trong bao dây thần kinh ngoại vi và thường phát hiện muộn khi có các triệu chứng thần kinh. Cơ chế bệnh sinh cũng như nguồn gốc của khối nang chưa rõ ràng, tuy nhiên có sự kết nối giữa khối nang và khớp lân cận thông qua nhánh khớp của thần kinh. Siêu âm và cộng hưởng từ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán trước mổ. Điều trị cụ thể đối với các khối nang này khi có triệu chứng còn nhiều tranh cãi, một số tác giả đề xuất phương pháp giải ép thần kinh kết hợp với loại bỏ mối liên kết giữa khối nang và khớp lân cận, hoặc thắt nhánh thần kinh đến khớp khuỷu nhằm hạn chế nguy cơ tái phát. Trong nghiên cứu này chúng tôi báo cáo một trường hợp có hội chứng đường hầm xương trụ do nang hoạt dịch bao dây thần kinh được điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội với phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối nang và thắt mối liên kết giữa khớp khuỷu với tổn thương. Theo dõi sau ba tháng bệnh nhân cải thiện tốt các triệu chứng thần kinh và không có biểu hiện tái phát.

Từ khóa: Nang hoạt dịch bao dây thần kinh, thần kinh trụ, hội chứng đường hầm xương trụ.

Summary

Intraneural ganglion cysts are rare, benign tumors within the sheath of peripheral nerve, typically diagnosed at a late stage due to progressive neurological symptoms. Articular (synovial) theory, a connection between the cyst and adjacent joints via the articular branch of the nerve. Diagnosis and preoperative planning is able to be assisted with imaging modalities such as ultrasound and MRI. Although the best method of addressing these cysts is controversial, decompression of nerve and disconnection of the cyst from the joint or articular branch ligation to reduce recurrence risk are widely accepted. This report presents a case of cubital tunnel syndrome caused by an intraneural ulnar ganglion cyst, successfully treated at Hanoi Medical University Hospital through complete cyst excision and ligation of the connecting elbow joint. A follow-up examination three months postoperatively demonstrated significant neurological improvement and no recurrence.

Keywords: Intraneural ganglion cyst, ulnar nerve, cubital tunnel syndrome.

Ngày nhận bài: 25/03/2025, ngày chấp nhận đăng: 15/10/2025

* Tác giả liên hệ: thaiduyquang@hmu.edu.vn - Trường Đại học Y Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang hoạt dịch bao dây thần kinh là một khối nang lành tính, hiếm gặp tại các dây thần kinh ngoại vi và thường được phát hiện muộn khi gây ra các triệu chứng chèn ép dây thần kinh¹. Vị trí thường gặp nhất là thần kinh mác chung (60,06%), trong khi đó thần kinh trụ chiếm tỉ lệ ít hơn (9,0%)². Có rất nhiều giả thuyết đưa ra về nguồn gốc của khối nang này, trong đó có giả thuyết về khối nang xuất phát từ các khớp lân cận thông qua nhánh đến khớp của thần kinh được nhiều tác giả chấp nhận. Do có các nhánh chia phối cho khớp từ dây thần kinh mà từ đó khối nang phát triển dọc theo trục của dây thần kinh và gây hội chứng chèn ép trên lâm sàng³.

Can thiệp điều trị đối với các khối nang vùng khuỷu tay có triệu chứng thần kinh bao gồm giải ép thần kinh bằng cách cắt bỏ khối nang này và chuyển giường thần kinh nếu cần. Tuy nhiên việc can thiệp cụ thể đối với nhóm tổn thương dạng nang hoạt dịch bao dây thần kinh trụ chưa được thống nhất.^{2,4-}

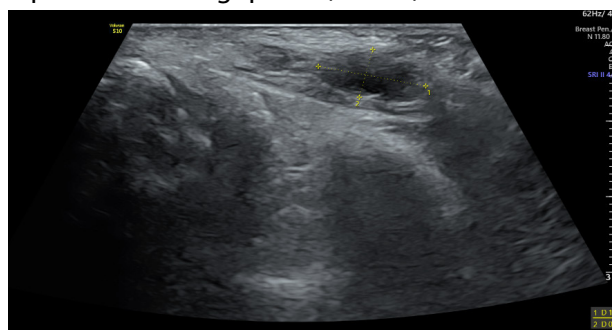
⁶ Hiện nay chưa có báo cáo nào trước đó mô tả đặc điểm khối nang hoạt dịch bao dây thần kinh này tại Việt Nam cũng như đưa ra phương án can thiệp điều trị phù hợp. Bài báo này nhằm mô tả một trường hợp có hội chứng đường hầm xương trụ do nang hoạt dịch bao dây thần kinh trụ trên bệnh nhân không có tiền sử viêm khớp hay chấn thương trước đó được điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

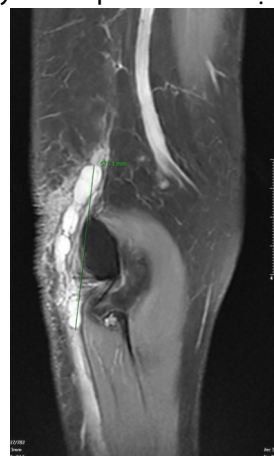
Bệnh nhân nữ 58 tuổi không có tiền sử viêm khớp hay chấn thương vùng khuỷu tay trước đó vào viện vì tê bì dọc mặt trong cẳng tay trái lan đến ngón V trái, kèm theo sờ thấy khối vùng mặt trong khuỷu tay trái. Các triệu chứng xuất hiện trong 6 tháng trở lại đây và tăng dần.

Thăm khám lâm sàng: Khối vùng mặt trong khuỷu tay trái kích thước 60x10mm mật độ mềm, ranh giới tương đối rõ, di động hạn chế. Triệu chứng tê bì từ vùng khuỷu tay trái lan theo mặt trong cẳng tay đến ngón V cùng bên, triệu chứng rõ hơn khi gấp khuỷu tay trái. Không kèm theo yếu liệt vận động. Nghiệm pháp Froment và Wartenberg âm tính. Khoảng cách phân biệt cảm giác hai điểm trên bàn tay trái với vị trí ngón V là 10mm, ngón IV là 8mm.

Kết quả điện thần kinh cơ cho thấy hình ảnh block dẫn truyền vận động thần kinh trụ trái đoạn khuỷu tay. Giảm đáp ứng cảm giác thần kinh trụ trái. Siêu âm phần mềm vùng khuỷu tay quan sát thấy nằm trên đường đi của dây thần kinh trụ đoạn trên rãnh khuỷu và qua rãnh khuỷu có các cấu trúc dạng nang kích thước lớn nhất 14x6mm, thành mỏng, dịch trong, không thâm nhiễm xung quanh, gây chèn ép thần kinh trụ. Thần kinh trụ tại vị trí này không to, còn cấu trúc bó sợi, bao thần kinh mỏng (Hình 1). Trên phim chụp cộng hưởng từ cho thấy nằm trong bao dây thần kinh trụ (epineurium) đoạn khuỷu có cấu trúc dạng nang kích thước 8x8x57mm, thùy múi, ranh giới rõ, tăng tín hiệu trên PDFS, giảm trên T1W, sau tiêm không thấy phần ngấm thuốc, còn quan sát thấy phần còn lại của dây thần kinh trụ bị chèn ép bởi cấu trúc nang này, tổn thương có phần nằm sát khớp khuỷu, thâm nhiễm mỡ kèm phù nề phần mềm xung quanh (Hình 2).



Hình 1. Siêu âm cho thấy hình ảnh cấu trúc dạng nang nằm sát và gây chèn ép thần kinh trụ đoạn khuỷu tay



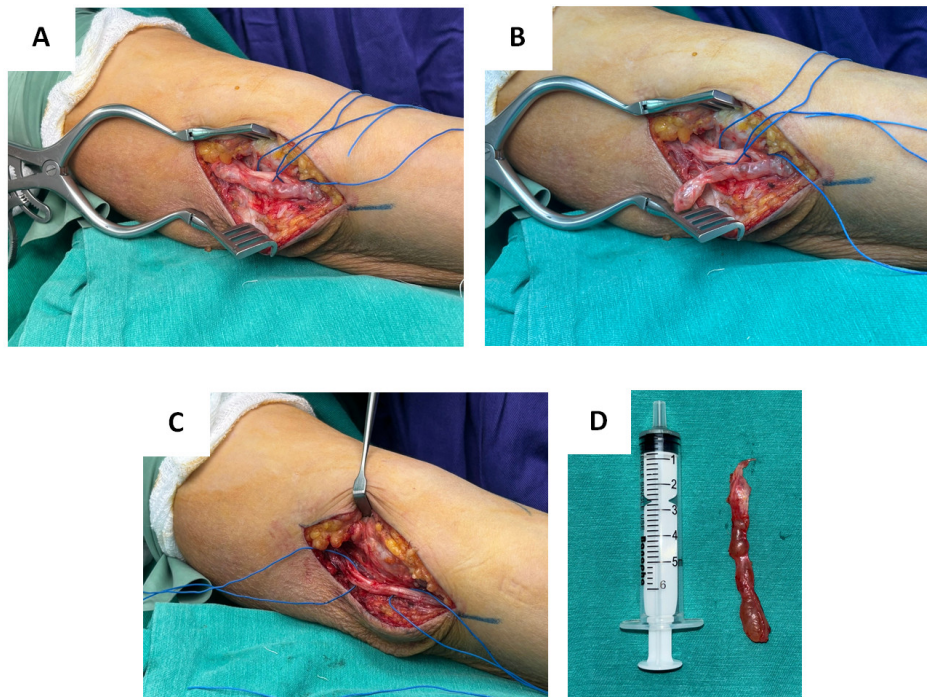
Hình 2. Trên phim chụp cộng hưởng từ có hình ảnh cấu trúc dạng chuỗi nang nằm trong bao dây thần kinh trụ gây chèn ép thần kinh đoạn khuỷu tay

Sau khi được chẩn đoán có hội chứng đường hầm xương trụ. Bệnh nhân được phẫu thuật giải ép thần kinh. Phẫu thuật với đường rạch khoảng 8cm vị trí mặt trong khuỷu trái. Phẫu tích bóc lộ qua tổ chức dưới da thấy cấu trúc dạng chuỗi nang nằm trong bao dây thần kinh trụ đoạn khuỷu tay. Tiến hành phẫu tích bóc tách khối nang từ đầu trung tâm ra ngoại vi thấy khối nang hoàn toàn nằm trong bao dây thần kinh trụ, không tổn tại nhánh nào của thần kinh trụ tách riêng từ thân chính (Hình 3A). Tuy nhiên khi phẫu tích khối nang chúng tôi thấy có sự hiện diện mối liên kết giữa khối nang và khớp khuỷu. Sau khi phẫu tích nang đến sát khớp khuỷu tiến hành thắt và đốt đầu nguyên ủy khối nang tại vị

trí khớp khuỷu (hình 3B). Đặt một dẫn lưu và khâu đóng vết mổ.

Kết quả nhuộm Hematoxyline-Eosin bệnh phẩm: tại vách nang cho thấy tăng sinh tổ chức xơ kèm xâm nhập các tế bào viêm mạn tính, đại thực bào. Không thấy tế bào ác tính.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được điều trị giảm phù nề tích cực với băng ép nhẹ kèm thuốc corticoid tiêm tĩnh mạch trong hai ngày. Theo dõi sau 3 tháng: tình trạng tê bì giảm dần, cải thiện khoảng cách phân biệt cảm giác hai điểm (ngón V: 7mm, ngón IV: 5mm).



Hình 3. Khối dạng chuỗi nang nằm trong bao dây thần kinh trụ đoạn khuỷu tay và nằm ở phía bờ trụ so với dây thần kinh (A); Phẫu tích bóc tách dần khối nang từ phía trung tâm cho đến khớp khuỷu (B); Khối nang đã được lấy bỏ hoàn toàn (C); Hình ảnh khối nang kích thước 10x60 mm được lấy ra (D)

III. BÀN LUẬN

Nang hoạt dịch bao dây thần kinh ngoại vi là một tổn thương lành tính và hiếm gặp², đã được ghi nhận trong y văn quốc tế, tuy nhiên số lượng báo cáo về nang hoạt dịch bao dây thần kinh trụ còn hạn chế và cho đến nay chưa có trường hợp nào được

báo cáo tại Việt Nam. Ba giả thuyết chính về nguồn gốc của khối nang này được đưa ra trước đó, bao gồm: thuyết giáng hóa, thuyết khối u, và thuyết khớp hoạt dịch³. Trong đó, thuyết khớp hoạt dịch được nhiều tác giả đồng tình và có nhiều bằng chứng lâm sàng ủng hộ khi quan sát thấy mối liên quan giữa khối nang và các khớp lân cận⁵⁻¹⁰. Spinner

và cộng sự cho rằng sự kết nối giữa khớp và thần kinh thông qua nhánh tới khớp của thần kinh là nguyên nhân chính dẫn tới sự hình thành khối nang dọc theo bao dây thần kinh³. Trong các nghiên cứu báo cáo về nang hoạt dịch bao dây thần kinh trụ, hầu hết các tác giả nhận thấy có sự liên quan giữa khối nang với khớp khuỷu (Bảng 1). Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ được ghi nhận bao gồm tiền sử chấn thương hoặc viêm khớp tại khớp lân cận².

Theo các báo cáo trước đó, triệu chứng lâm sàng của nang hoạt dịch bao dây thần kinh trụ tại khuỷu tay rất đa dạng, phụ thuộc vào mức độ chèn ép thần kinh, bao gồm: tê bì, đau, giảm cảm giác, teo cơ ô mô út, giảm cơ lực cơ gian cốt, cơ gấp ngón IV, V, và cơ gấp cổ tay trụ⁶⁻¹¹. Các nghiệm pháp đánh giá chức năng vận động của các cơ do thần kinh trụ chi phối như Froment và Wartenberg cũng có thể dương tính, giúp ích trong chẩn đoán hội chứng đường hầm xương trụ^{4,7,10}. Trong trường hợp của chúng tôi, mặc dù kích thước khối nang khá lớn, bệnh nhân chỉ biểu hiện các triệu chứng thần kinh cảm giác mà không có triệu chứng thần kinh vận động rõ rệt.

Thông thường các khối nang hoạt dịch bao dây thần kinh thường được chẩn đoán xác định trong phẫu thuật. Tuy nhiên với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như cộng hưởng từ hay siêu âm được khuyến cáo để chuẩn bị tốt cho cuộc phẫu thuật cũng như giúp chẩn đoán phân biệt với các u nội và ngoại bao dây thần kinh khác. Trên phim cộng hưởng từ với hình ảnh đặc trưng là cấu trúc dạng chuỗi, ống và nhiều nang nằm trong bao thần kinh, cấu trúc này giảm tín hiệu trên xung T1 và tăng tín hiệu trên xung T2W. Ngoài ra, trong một số trường hợp trên phim chụp cộng hưởng từ có thể thấy nhánh khớp xuất phát từ thần kinh^{12,13}.

Việc điều trị hiệu quả đối với các khối nang hoạt dịch bao dây thần kinh tại vị trí khớp khuỷu còn nhiều tranh cãi và nhiều phương pháp đã được báo cáo lại. Các phương pháp điều trị không phẫu thuật bao gồm: chọc hút dịch có hoặc không kèm theo tiêm steroid tại chỗ, băng ép. Các phương pháp điều trị phẫu thuật bao gồm: cắt nang một phần hoặc toàn bộ, chuyển giường thần kinh, cắt bỏ nhánh

thần kinh cho khớp². Đối với các trường hợp khối nang khó bóc tách, một số tác giả đề xuất phương pháp rạch nhỏ trên nang để loại bỏ dịch nhầy thay vì cắt bỏ hoàn toàn khối nang^{2,7,9,14}. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào so sánh giữa hai phương pháp lấy bỏ dịch lòng nang đơn thuần và cắt bỏ hoàn toàn khối nang về hiệu quả phục hồi thần kinh. Trong các nghiên cứu được tổng hợp, có bốn tác giả có phối hợp thêm phương pháp chuyển giường thần kinh sau khi giải ép thần kinh. Tuy nhiên, kết quả theo dõi các nghiên cứu này cho thấy không có sự khác biệt về hiệu quả điều trị so với các nghiên cứu còn lại (Bảng 1). Trong nghiên cứu của tác giả Tong và cộng sự về nang thần kinh đoạn khuỷu tay với 6/59 trường hợp là nang hoạt dịch bao dây thần kinh trụ có tỉ lệ tái phát nói chung là 13.6% tuy nhiên không có trường hợp nào có triệu chứng thần kinh tái phát trên lâm sàng. Các bệnh nhân được chẩn đoán tái phát này đều sờ thấy khối vùng khuỷu tay sau phẫu thuật và được xác nhận bằng siêu âm.⁷ Có thể thấy việc phối hợp chuyển giường thần kinh có ý nghĩa trong việc giảm bớt các triệu chứng do giảm chèn ép thần kinh trong trường hợp các khối nang này tái phát. Việc phối hợp chuyển giường thần kinh có thể góp phần cải thiện triệu chứng do giảm chèn ép trong các trường hợp khối nang tái phát. Tuy nhiên, phương pháp này không những kéo dài thời gian phẫu thuật và tăng nguy cơ tổn thương thứ phát cho dây thần kinh, mà còn có thể gây khó khăn trong việc theo dõi và phát hiện sớm các trường hợp tái phát sau mổ.

Trong ca lâm sàng này, chúng tôi lựa chọn phương pháp giải ép thần kinh dựa trên khả năng phẫu tích khối nang. Khối nang nằm ở một phía của thần kinh trụ, tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình bóc tách mà ít gây tổn thương dây thần kinh. Do đó, chúng tôi đã tiến hành phẫu tích tỉ mỉ và cắt bỏ hoàn toàn khối nang. Nhiều tác giả trước đó khuyến cáo phẫu tích, loại bỏ kết nối giữa nhánh khớp của thần kinh và thần kinh để tránh tái phát^{7,10,15}. Tuy nhiên chúng tôi không phẫu tích thấy nhánh đến khớp khuỷu của thần kinh trụ mặc dù đã bóc tách khối nang đến sát khớp khuỷu. Điều này tương đồng với một số tác giả khi chỉ có hai nghiên cứu báo cáo

thấy sự tồn tại của nhánh này lúc phẫu tích khối nang (Bảng 1). Để giảm nguy cơ tái phát, chúng tôi đã tiến hành thắt và đốt nguyên ủy của khối nang tại sát khớp khuỷu. Phương pháp này cũng được một số tác giả áp dụng và không ghi nhận tái phát tổn thương khi theo dõi xa trên hai năm^{8,14}. Mức độ

chèn ép trên lâm sàng không nhiều mặc dù khối nang có kích thước tương đối lớn, phối hợp với việc cắt bỏ được hoàn toàn khối nang là những lý do mà chúng tôi quyết định giữ nguyên vị trí thần kinh trụ mà không chuyển giường thần kinh ra trước vì đã giải quyết được nguyên nhân chèn ép thần kinh.

Bảng 1. Tổng hợp các nghiên cứu về nang hoạt dịch bao dây thần kinh trụ gây hội chứng đường hầm xương trụ

Tác giả	Số lượng ca	Liên quan đến khớp	Phương pháp can thiệp	Kết quả sau can thiệp, theo dõi xa
Li P và CS ⁶	1	Có	Chọc hút chất nhầy bằng xi lanh.	Tái phát sau 3 tháng → phẫu thuật cắt nang và chuyển giường thần kinh. Theo dõi sau 2 năm không tái phát.
Tong J và CS ⁷	6	Có	Rạch nang lấy chất nhầy, cắt và thắt nhánh tới khớp khuỷu, chuyển giường thần kinh.	Cải thiện tốt các triệu chứng thần kinh 13.6% tỉ lệ tái phát nói chung đối với nang thần kinh đoạn khuỷu tay.
Zacharia B và CS ¹⁶	1	Không đánh giá	Cắt toàn bộ nang, chuyển giường thần kinh.	Cải thiện các triệu chứng thần kinh. Không tái phát khi theo dõi xa sau 2 năm.
Yalikun A và CS ¹⁴	5	Có	Rạch nang lấy chất nhầy, cắt bỏ một phần vách nang, thắt gốc của nang, chuyển giường thần kinh.	Cải thiện được các triệu chứng thần kinh, thang điểm Bishop và McGowan. Không tái phát khi theo dõi xa trên 2 năm.
Ahmed SBM và CS ⁸	1	Có	Cắt bỏ một phần nang, thắt liên kết giữa nang và khớp khuỷu.	Chụp cộng hưởng từ sau 7 tháng không thấy tái phát tổn thương. Không tái phát triệu chứng sau 2 năm.
Sinha S và CS ¹¹	1	Không	Cắt toàn bộ nang.	Cải thiện tốt các triệu chứng thần kinh. Không tái phát sau 2 năm.
Papadopoulos DV và CS ⁹	1	Có	Rạch nang lấy dịch lòng nang, cắt bỏ vách nang.	Cải thiện tốt các triệu chứng thần kinh. Không tái phát sau 3 tháng.
Son B và CS ¹⁰	1	Có	Giải ép thần kinh, thắt và cắt nhánh cho khớp khuỷu của thần kinh trụ.	Cải thiện tốt các triệu chứng thần kinh. Không tái phát khi theo dõi sau 12 tháng.

IV. KẾT LUẬN

Nang hoạt dịch bao dây thần kinh trụ là một khối lành tính và hiếm gặp, có thể gây ra hội chứng đường hầm xương trụ. Việc chẩn đoán nên có sự

phối hợp của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và cộng hưởng từ. Để điều trị các khối nang đã có triệu chứng, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhằm giải ép thần kinh bao gồm việc cắt bỏ nang hoặc lấy bỏ dịch nhầy đơn thuần, chuyển

giường thần kinh. Ngoài ra để tránh tái phát khối nang việc cắt bỏ mối liên kết giữa khối nang với khớp lân cận hoặc thắt nhánh đến khớp khuỷu của thần kinh được đặt ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Panwar J, Mathew A, Thomas BP (2017) *Cystic lesions of peripheral nerves: Are we missing the diagnosis of the intraneural ganglion cyst?* World Journal of Radiology 9(5): 230.
2. Desy NM, Wang H, Elshiekh MA et al (2016) *Intraneural ganglion cysts: A systematic review and reinterpretation of the world's literature.* Journal of Neurosurgery 125(3): 615-630.
3. Spinner RJ, Scheithauer BW, Amrami KK (2009) *The unifying articular (synovial) origin of intraneural ganglia: Evolution-revelation-revolution.* Neurosurgery 65(4Suppl): 115-124.
4. Alsaygh EF, Abduh WK, Alshahir AA (2023) *Cubital Tunnel Syndrome Due to Multiple Intraneural Cysts at Elbow: A Case Report and Review of Literature.* Cureus 15(3): e36449.
5. Lisovski V, Minderis M (2019) *Intraneural ganglion cyst: A case report and a review of the literature.* Acta Medica Lituanica 26(2): 147-151.
6. Li P, Lou D, Lu H (2018) *The cubital tunnel syndrome caused by intraneural ganglion cyst of the ulnar nerve at the elbow: A case report.* BMC Neurology 18(1): 217.
7. Tong J, Xu B, Dong Z et al (2017) *Cubital tunnel syndrome caused by ganglion cysts: A review of 59 cases.* Acta Neurochirurgica 159(7): 1265-1271.
8. Ahmed SBM, Lai HYK, You MS et al (2020) *The cubital tunnel syndrome caused by multiple ganglion cysts-a case report.* JUMMEC 23(2): 1-4.
9. Papadopoulos DV, Kostas-Agnantis I, Kosmas D et al (2019) *Ulnar intraneural cysts as a cause of cubital tunnel syndrome: Presentation of a case and review of the literature.* European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology 29(7): 1559-1563.
10. Son B, Choi J, Ko H (2018) *Ulnar Neuropathy due to Intraneural Ganglion Cyst of the Ulnar Nerve at the Elbow.* Indian Journal of Neurosurgery 07(03): 260-264.
11. Sinha S, Pinder RM, Majumder S (2013) *The largest reported epineural ganglion of the ulnar nerve causing cubital tunnel syndrome: Case report and review of the literature.* Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 66(1): 23-25.
12. Shahid KR, Spinner RJ, Skinner JA et al (2010) *Evaluation of intraneural ganglion cysts using three-dimensional fast spin echo-cube.* J Magn Reson Imaging 32(3): 714-718.
13. Shirodkar K, Hussein M, Reddy PS et al (2025) *Imaging of Peripheral Intraneural Tumors: A Comprehensive Review for Radiologists.* Cancers 17(2): 246.
14. Yalikun A, Yushan M, Hamiti Y et al (2022) *Intraneural or extraneural ganglion cysts as a cause of cubital tunnel syndrome: A retrospective observational study.* Frontiers in Neurology 13: 921811.
15. Wang GH, Mao T, Chen YL et al (2021) *An intraneural ganglion cyst of the ulnar nerve at the wrist: A case report and literature review.* Journal of International Medical Research, 49(1): 1-7.
16. Zacharia B, Poulose SP, Madhu M (2022) *Intraneural ganglion cyst of the ulnar nerve causing cubital tunnel syndrome masquerading a peripheral nerve abscess of a neuritic leprosy.* Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma, 24: 101692.