

- Vegt M, de Priester K, de Boer MR, van Tulder MW, Weinstein HC, Ostelo RWJG** (2017). Treatment of acute sciatica with transforaminal epidural corticosteroids and local anesthetic: design of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 May 25.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2015). Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr 152-162.
3. **Bộ Y tế** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, tr 72 – 78.
4. **Catherine B Johannes, T Kim Le, Xiaolei Zhou, Joseph A Johnston, Robert H %J.** The Journal of Pain Dworkin. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. 2010;11(11):1230-1239.
5. **K. Sato, S. Kikuchi, T. Yonezawa.** In vivo intradiscal pressure measurement in healthy individuals and in patients with ongoing back problems. *Spine*. Dec 1 1999;24(23):2468-74. doi:10.1097/00007632-199912010-00008.

RỐI LOẠN PHỔ VIÊM TỦY THỊ THẦN KINH: HỒI CỨU 74 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM

Đinh Huỳnh Tố Hương^{1,2}, Phạm Thành Trung^{1,2}, Nguyễn Vĩnh Khang², Nguyễn Lê Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh (NMOSD) là bệnh viêm hủy myelin của hệ thần kinh trung ương hiếm gặp đặc trưng bởi viêm thần kinh thị hai bên và viêm tủy cắt ngang. Đây là bệnh lý thần kinh có các đợt tái phát với sự hồi phục không hoàn toàn. Tuy nhiên, dữ liệu liên quan đến lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của NMOSD tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của NMOSD. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu 74 bệnh nhân NMOSD tại Bệnh viện Đại học Y Dược (BV ĐHYD) TP.HCM từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 10 năm 2022 thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán NMOSD được công bố bởi Hội đồng quốc tế về chẩn đoán NMO năm 2015. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ: nam 10:1; tuổi khởi phát có trung vị 37,5 tuổi [30,2;46,8] nhỏ nhất 15, cao nhất 78. Biểu hiện lâm sàng thường gặp ở đợt tấn công đầu tiên là viêm tủy cấp (46,6%), viêm thần kinh thị (25,9%). Thời gian từ khi có triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi được chẩn đoán NMOSD có trung vị [tứ phân vị]: 18 tháng [2;39]. Thời gian ngắn nhất là 0 tháng (tức là chẩn đoán ngay lập tức), dài nhất là 252 tháng. Ba chẩn đoán ban đầu trước khi chẩn đoán NMOSD thường gặp là MS 20,7%, viêm tủy 31%, viêm thần kinh thị 15,5%. **Kết luận:** Hai biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất của đợt tấn công đầu tiên là viêm tủy cấp và viêm thần kinh thị. Nhiều bệnh nhân NMOSD đã bị chẩn đoán nhầm với MS, do đó việc bắt đầu điều trị ức chế miễn dịch phòng ngừa tái phát bị trì hoãn sau đó.

Từ viết tắt: NMO - Neuromyelitis Optica, NMOSD - Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders, MS - Multiple sclerosis, AQP4- IgG - Aquaporin-4-immunoglobulin G

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Huỳnh Tố Hương

Email: huong.dht@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024

SUMMARY

NEUROMYELITIS SPECTRUM DISORDERS: RETROSPECTIVE OF 74 CASES AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER IN HO CHI MINH CITY

Introduction: Neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD) is a rare inflammatory demyelinating disease of the central nervous system characterized by bilateral optic neuritis and transverse myelitis. This is a neurological disease that has recurrent attacks with incomplete recovery. However, research on clinical, paraclinical and treatment of NMOSD in Vietnam is still limited. **Objective:** Describe the clinical characteristics of NMOSD. **Research subjects and methods:** Retrospective cross-sectional descriptive study of 74 NMOSD patients admitted at University Medical Center in Ho Chi Minh City from January 2018 to October 2022 who met the 2015 International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. **Results:** Female: male ratio is 10:1. Median age of onset is 37.5 years [30.2; 46.8] with the minimum of 15 and the maximum of 78. The most common clinical manifestation as the first attack is acute myelitis (46.6%), optic neuritis (25.9%). Median of duration from the first clinical symptoms to NMOSD diagnosis is 18 months [2;39], with 0 months (i.e. immediate diagnosis) at the minimum and 252 months at the maximum. Three common misdiagnoses before NMOSD diagnosis are MS 20.7%, myelitis 31%, and optic neuritis 15.5%. **Conclusion:** The most common clinical manifestations of the first attack are acute myelitis and optic neuritis. Many NMOSD patients have been misdiagnosed with MS causing delayed preventive treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tủy thị thần kinh (Neuromyelitis optica - NMO) hay bệnh Devic là một bệnh viêm hủy myelin nặng của hệ thần kinh trung ương đặc trưng bởi viêm thần kinh thị hai bên và viêm tủy cắt ngang. Trong hơn một thế kỷ, nhiều người đã xem bệnh Devic như là một biến thể nặng

của xơ cứng rải rác (Multiple sclerosis - MS) giới hạn ở dây thần kinh thị và tủy sống. Năm 2004, việc xác định kháng thể AQP4 (Aquaporin-4-immunoglobulin G - AQP4-IgG), một kháng thể tác động trực tiếp vào kênh nước (water-channel) chính của hệ thần kinh trung ương với độ đặc hiệu cao đối với NMO đã cho căn bệnh này một danh tính xác định khác biệt so với MS và mở ra một con đường mới trong lĩnh vực bệnh tự miễn thần kinh. Hình ảnh lâm sàng và hình ảnh học liên quan đến kháng thể AQP4 rộng hơn nhiều so với suy nghĩ trước đây và khái niệm rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh (Neuromyelitis optica spectrum disorders - NMOSD) đã được giới thiệu. Năm 2015 tiêu chuẩn chẩn đoán NMOSD được đề xuất bởi một hội đồng chuyên gia quốc tế.¹

Trên thực tế, rất ít bệnh nhân NMOSD (4%) có diễn tiến đơn pha. Thay vào đó, đại đa số trải qua các đợt tái phát. 92% bệnh nhân NMOSD có kháng thể AQP4 huyết thanh dương tính bị tái phát, và 93% bệnh nhân có kháng thể AQP4 dương tính bị tái phát trung bình 1,3 lần mỗi năm. So với MS các đợt tấn công của NMOSD có xu hướng nghiêm trọng hơn với sự phục hồi ít hơn.² Nếu không được điều trị thuốc ức chế miễn dịch thích hợp, 50% người bệnh sẽ phụ thuộc vào xe lăn và mù chức năng trong vòng 5 năm kể từ lần tấn công đầu tiên và một phần ba sẽ tử vong. Sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị phòng ngừa dẫn đến tình trạng gia tăng khuyết tật. Đây được coi là yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được. Tại Việt Nam vài năm gần đây người ta biết đến bệnh NMOSD nhiều hơn nhờ dựa vào cộng hưởng tử và xét nghiệm kháng thể AQP4. Tuy nhiên, dữ liệu liên quan đến lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của NMOSD tại Việt Nam còn hạn chế. Chính vì lý do vừa nêu chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu hàng loạt trường hợp.

2.2. Dân số chọn mẫu. Bệnh nhân NMOSD đến khám tại phòng khám chuyên gia Thần kinh, phòng khám Thần kinh hoặc nhập viện điều trị tại khoa Thần kinh BV ĐHYD TP.HCM thỏa các tiêu chuẩn thu nhận và không có tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 10 năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân nhập viện khoa Thần kinh hoặc khám tại phòng khám chuyên gia Thần kinh, phòng khám Thần kinh BV ĐHYD TP.HCM từ 1/2018 đến 10/2022 chẩn đoán rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh theo tiêu chuẩn chẩn đoán NMOSD đã được công bố bởi

Hội đồng quốc tế về chẩn đoán NMO năm 2015.

- Có chụp MRI sọ não và/ hoặc MRI cột sống.
 - Chưa được điều trị các thuốc ức chế miễn dịch phòng ngừa tái phát trước khi được chẩn đoán chính xác NMOSD.
 - Có tái khám và theo dõi ngoại trú tại bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM ít nhất 06 tháng.
- Tiêu chuẩn loại trừ
- Có bệnh đồng mắc như suy giảm miễn dịch mắc phải, ung thư đang điều trị.
 - Không tìm được phim MRI.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: khoa Thần kinh, phòng khám chuyên gia Thần kinh, phòng khám Thần kinh BV ĐHYD TP.HCM.

- Thời gian nghiên cứu: từ 7/2022 đến 10/2023.

- Thời gian lấy mẫu: từ 11/2022 đến 10/2023.

2.4. Cỡ mẫu của nghiên cứu: lấy trọn

2.5. Phương pháp phân tích dữ liệu. Các số liệu thu thập được sẽ được xử lý trên phần mềm RStudio.

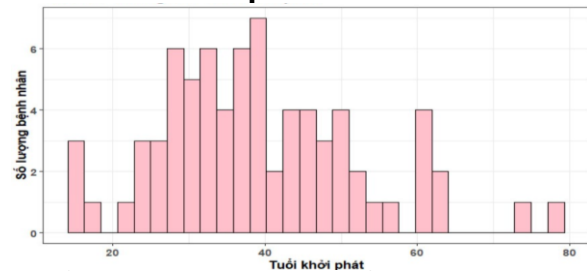
Các thông tin của người bệnh sẽ được thu thập dựa trên biểu mẫu nghiên cứu soạn sẵn. Các thông tin sau đó sẽ được nhập vào phần mềm SPSS 25 để chuẩn bị phân tích số liệu bằng phần mềm RStudio 2023.12.0. Các biến số định tính được miêu tả bằng phần trăm, kiểm định bằng Chi-square hoặc Fisher, các biến số định lượng được miêu tả trung bình (độ lệch chuẩn), trung vị (tứ phân vị) và kiểm định bằng t test, Man Whitney tùy phân phối. Chúng tôi kiểm định phân phối bằng biểu đồ QQ Plot và phép kiểm Shapiro-Wilk. Các phiếu thu thập thông tin được kiểm tra trước khi nhập liệu, phiếu không rõ ràng hay không phù hợp phải được hoàn thiện lại hoặc loại bỏ.

Quản lý tài liệu tham khảo bằng phần mềm EndNote 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giới tính. Trong số 74 bệnh nhân rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh thỏa tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu có 72 nữ (97,3%) và 2 nam (2,70%). Tỷ lệ nữ: nam là 10:1.

3.2. Tuổi khởi phát



Biểu đồ 1: Phân bố độ tuổi khởi phát bệnh

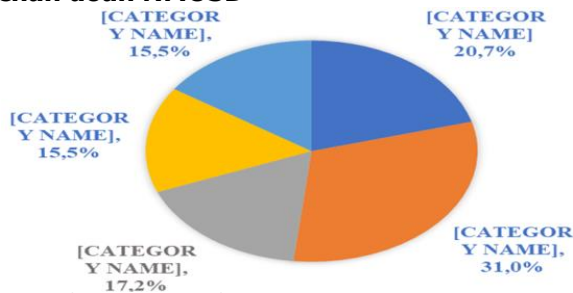
trong nghiên cứu

Trong nghiên cứu này tuổi khởi phát nhỏ nhất là 15 tuổi, cao nhất: 78 tuổi, trung vị là 37,5 tuổi [30,2;46,8].

3.3 Đặc điểm lâm sàng của đợt tấn công đầu tiên trước khi chẩn đoán chính xác NMOSD

Hai đặc điểm lâm sàng thường gặp nhất của đợt tấn công đầu tiên trước khi chẩn đoán NMOSD là viêm tủy cấp (46,6%) và viêm thần kinh thị (25,9%). Trong khi hội chứng vùng postrema là 12,1%, hội chứng thân não cấp 12,1%.

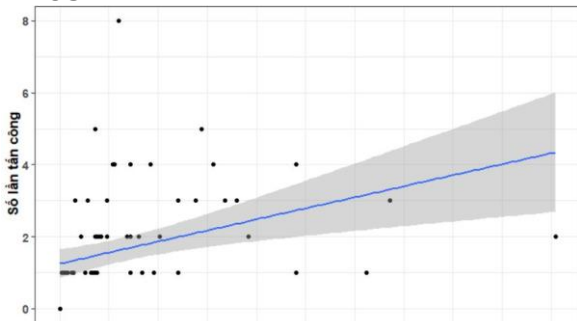
3.4. Chẩn đoán ban đầu trước khi được chẩn đoán NMOSD



Biểu đồ 2. Chẩn đoán lâm sàng ban đầu trước khi được chẩn đoán NMOSD

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 78,4% (58/74) bệnh nhân có chẩn đoán ban đầu không phải là NMOSD. Ba chẩn đoán thường gặp nhất là viêm tủy 31% (18/58), xơ cứng rải rác 20,7% (12/58) và viêm thần kinh thị 15,5% (9/58).

3.5. Thời gian từ lúc có triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi được chẩn đoán NMOSD



Biểu đồ 3: Thời gian từ lúc có triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi được chẩn đoán NMOSD

Thời gian từ khi có biểu hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi được chẩn đoán chính xác NMOSD có trung vị: 18 tháng [2;39]. Thời gian ngắn nhất là 0 tháng (tức là chẩn đoán NMOSD ngay lập tức), dài nhất là 252 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay đã có nhiều tài liệu chứng minh rằng nhiều bệnh tự miễn, bao gồm cả bệnh rối

loạn phổ viêm tủy thị thần kinh, phổ biến ở nữ giới hơn nam giới. Trong một số tài liệu NMOSD phổ biến ở nữ gấp từ năm đến mười lần so với nam. Trong số những bệnh nhân có kháng thể AQP4 huyết thanh dương tính tỉ lệ nữ: nam lên đến 10:1 và lên đến 3:1 ở bệnh nhân huyết thanh âm tính.¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ giới chiếm 97,7% với tỉ lệ nữ: nam là khoảng 10:1.

Tuổi khởi phát có trung vị 37,5 tuổi [30,2;46,8] kết quả này khá tương đồng với các tác giả khác. Chúng tôi cũng ghi nhận được tuổi khởi phát nhỏ nhất trong nghiên cứu là 15 tuổi, lớn nhất là 78 tuổi. Trong hầu hết các nghiên cứu tỉ lệ mới mắc cho thấy đỉnh điểm ở người trung niên (ví dụ: khoảng 40 tuổi ở bệnh nhân kháng thể AQP4 dương tính và 38,5 tuổi ở bệnh nhân kháng thể AQP4 âm tính trong một nghiên cứu lớn ở châu Âu³). Tuy nhiên, chẩn đoán NMOSD cũng phải được xem xét nghiêm túc ở người già và trẻ em. NMOSD khởi phát muộn (Late-onset NMOSD - LO-NMOSD) (> 60 tuổi) chiếm 20-28% tổng số trường hợp NMOSD trong một số nghiên cứu đoàn hệ (hỗn hợp kháng thể AQP4 dương tính và kháng thể AQP4 âm tính), và bệnh thậm chí có thể chỉ bắt đầu ở tuổi rất già (> 75 tuổi). LO-NMOSD có liên quan đến tiên lượng kém thuận lợi hơn.⁴

Hai biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất ở đợt tấn công đầu tiên trước khi chẩn đoán chính xác NMOSD trong nghiên cứu là viêm tủy cấp (46,6%) và viêm thần kinh thị (25,9%). Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận viêm dây thần kinh thị và viêm tủy cắt ngang là những đặc điểm nổi bật của NMOSD; 85% người bệnh bị viêm tủy ngang (50%) hoặc viêm dây thần kinh thị (35%) (10% với cả hai) là biến cố ban đầu, với một số ít (4%) bệnh nhân có biểu hiện các hội chứng lâm sàng khác khi khởi phát bệnh.^{2,5}

Có 78,4% (58/74) bệnh nhân có chẩn đoán ban đầu không phải NMOSD. Trong đó MS (20,7%, 12/58), viêm tủy (31%, 18/58), viêm thần kinh thị (15,5%, 9/58), viêm não (17,2%, 10/58), còn lại không rõ chẩn đoán (15,5%, 9/58). Trong nghiên cứu của tác giả Huang W⁶ tỉ lệ chẩn đoán ban đầu không phải NMOSD là 71,4% (150/210). Một tỉ lệ lớn người tham gia ban đầu được chẩn đoán bị bệnh viêm dây thần kinh thị giác vô căn (43,3%, 65/150), MS (19,3%, 29/150) và trầm cảm (10%, 15/150). Đáng chú ý, ban đầu có 23 bệnh nhân (15,3%) bị chẩn đoán nhầm rối loạn tiêu hóa do hội chứng vùng postrema.⁶ Trong nghiên cứu của Beekman J gần hai phần ba người tham gia (N = 125; 64,8%) báo cáo chẩn đoán ban đầu khác với NMOSD. Thường gặp nhất là MS (N = 80;

41,4%) hoặc viêm dây thần kinh thị giác không đặc hiệu (N = 44; 22,7%), viêm tủy cắt ngang chiếm 29,6% (N= 37).⁷ Điều này cũng tương tự với kết quả của Jarius S một số lượng đáng kể bệnh nhân (42,5%) ban đầu được chẩn đoán sai với MS và 52,6% trong số những bệnh nhân này đã được điều trị ít nhất một lần bằng interferon beta, một loại thuốc an toàn và hiệu quả trong MS nhưng được coi là có hại trong NMO.³ Các phân tích đa trung tâm trước đây cho thấy 29–42,5% bệnh nhân được chẩn đoán NMOSD đã bị chẩn đoán nhầm với MS và việc bắt đầu điều trị ức chế miễn dịch phòng ngừa đã bị trì hoãn sau đó.³ Sự chậm trễ trong chẩn đoán hoặc điều trị phòng ngừa liên quan đến tình trạng gia tăng khuyết tật và có thể được coi là yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được.

Chúng tôi ghi nhận thời gian từ khi có biểu hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi được chẩn đoán chính xác NMOSD trong nghiên cứu có trung vị là 18 tháng [2;39], thời gian ngắn nhất là 0 tháng (tức là chẩn đoán NMOSD ngay lập tức), dài nhất là 252 tháng. Bệnh nhân có thời gian chẩn đoán bệnh dài nhất là một bệnh nhân nữ khởi phát bệnh lúc 48 tuổi. Năm 2001 người bệnh có biểu hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên là tê yếu hai chân. Năm 2004 người bệnh bị một đợt tái phát tê yếu hai chân được chẩn đoán xơ cứng rải rác. 6/2022 bị tê yếu hai chân tái phát được làm xét nghiệm AQP4 kết quả dương tính (3+) và được chẩn đoán NMOSD. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thủy bệnh nhân mất trung bình 2,6 năm để có được chẩn đoán xác định bệnh.⁸ Trong nghiên cứu của Huang W⁶ thời gian từ khi có các triệu chứng đầu tiên đến lúc chẩn đoán chính xác NMOSD là $2,4 \pm 4,9$ năm, dao động từ 0 (tức là chẩn đoán NMOSD ngay lập tức) đến 37 năm.⁶ Nghiên cứu của Jarius S cho thấy sự chậm trễ rõ rệt trong chẩn đoán NMO (16 tháng kể từ khi khởi phát nếu bệnh bắt đầu với viêm tủy và thậm chí 55 tháng nếu bệnh bắt đầu bằng viêm thần kinh thị; $p < 0,013$).³ Tương tự, thời gian từ khi có các triệu chứng ban đầu đến chẩn đoán chính xác dao động từ 0 (tức là chẩn đoán NMO ngay lập tức) đến 40 năm (trung bình = $3,3 \pm 6,3$ năm) trong nghiên cứu của Beekman.⁷ May mắn thay, chẩn đoán trễ đã giảm trong những năm gần đây phần lớn là do tính đặc hiệu của dấu ấn sinh học kháng thể AQP4. Ngoài ra, do sự quan tâm của mọi người về bệnh NMOSD cùng sự phát triển của việc vận chuyển mẫu bệnh phẩm và phương pháp phát hiện kháng thể đã tăng khả năng tiếp cận xét nghiệm kháng thể và giúp

chẩn đoán sớm NMOSD ở Việt Nam trong những năm gần đây.

V. KẾT LUẬN

NMOSD là bệnh lý hủy myelin nặng của hệ thần kinh trung ương hiếm gặp. Thực tế có rất ít bệnh nhân có diễn tiến đơn pha, đại đa số trải qua các đợt tái phát và để lại khiếm khuyết thần kinh lâu dài. Hai biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất của đợt tấn công đầu tiên là viêm tủy cấp và viêm thần kinh thị. Nhiều bệnh nhân có chẩn đoán ban đầu không phải NMOSD và do đó việc bắt đầu điều trị ức chế miễn dịch phòng ngừa tái phát bị trì hoãn làm tăng nguy cơ tái phát và gia tăng tình trạng khuyết tật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jarius S, Aktas O, Ayzenberg I, et al.** Update on the diagnosis and treatment of neuromyelitis optica spectrum disorders (NMOSD) - revised recommendations of the Neuromyelitis Optica Study Group (NEMOS). Part I: Diagnosis and differential diagnosis. *J Neurol.* Jul 2023;270(7): 3341-3368. doi:10.1007/s00415-023-11634-0
2. **Mealy MA, Mossburg SE, Kim SH, et al.** Long-term disability in neuromyelitis optica spectrum disorder with a history of myelitis is associated with age at onset, delay in diagnosis/preventive treatment, MRI lesion length and presence of symptomatic brain lesions. *Mult Scler Relat Disord.* Feb 2019;28:64-68. doi: 10.1016/j.msard.2018.12.011
3. **Jarius S, Ruprecht K, Wildemann B, et al.** Contrasting disease patterns in seropositive and seronegative neuromyelitis optica: A multicentre study of 175 patients. *J Neuroinflammation.* Jan 19 2012;9:14. doi:10.1186/1742-2094-9-14
4. **Sepulveda M, Delgado-García G, Blanco Y, et al.** Late-onset neuromyelitis optica spectrum disorder: The importance of autoantibody serostatus. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.* Nov 2019; 6(6)doi: 10.1212/nni.0000000000000607
5. **Brod SA.** Review of approved NMO therapies based on mechanism of action, efficacy and long-term effects. *Mult Scler Relat Disord.* Nov 2020; 46: 102538. doi: 10.1016/j.msard.2020. 102538
6. **Huang W, Zhang Bao J, Chang X, et al.** Neuromyelitis optica spectrum disorder in China: Quality of life and medical care experience. *Mult Scler Relat Disord.* Nov 2020;46:102542. doi: 10.1016/j.msard.2020.102542
7. **Beekman J, Keisler A, Pedraza O, et al.** Neuromyelitis optica spectrum disorder: Patient experience and quality of life. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.* Jul 2019; 6(4):e580. doi:10.1212/nni.0000000000000580
8. **Lê Văn T, Vũ Hồng V, Nguyễn Thị H, Đỗ Thị H, Nguyễn Văn H.** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học cộng hưởng từ và tính an toàn của rituximab liều thấp trên các trường hợp mắc phổ bệnh lý viêm tủy thị thần kinh. *TẠP CHÍ NGHIÊN CỨU Y HỌC.* 2020;134 (10)

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI QUANG NIỆU ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2023

Nguyễn Minh An¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị và chăm sóc người bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật nội soi qua ngả niệu đạo tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Nam Định năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 83 bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật nội soi. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 62,3 ± 4,3 tuổi; Lý do vào viện chính là đi khó (chiếm 81,9%); Thời gian mắc bệnh trung bình 20,6 ± 5,2 tháng; Trọng lượng u tuyến tiền liệt trung bình là 62,7 ± 6,5 gram; Điểm IPSS trung bình trước phẫu thuật là 20,6 ± 5,4 điểm; Thời gian phẫu thuật trung bình là 69,5 ± 5,7 phút; Thời gian rửa bàng quang trung bình sau phẫu thuật 3,6 ± 0,9 ngày; Biến chứng sau phẫu thuật chiếm 7,2%; Điểm IPSS trung bình sau phẫu thuật là 6,8 ± 1,3 điểm; Thời gian điều trị trung bình sau phẫu thuật là 8,4 ± 1,2 ngày; Kết quả chung sau phẫu thuật: tốt chiếm 92,8%, trung bình chiếm 7,2%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi qua ngả niệu đạo điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là phương pháp an toàn và hiệu quả với kết quả tốt chiếm 92,8% và trung bình là 7,2%.

Từ khóa: tăng sản lành tính tuyến tiền liệt; phẫu thuật nội soi qua ngả niệu đạo.

SUMMARY

EVALUATING THE POST-OPERATIVE RESULT AND NURSING OF TRANSURETHRAL LAPAROSCOPY FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA PATIENTS AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluating the post-operative result and nursing of transurethral laparoscopy for benign prostatic hyperplasia patients at Nam Dinh General Hospital in 2023. **Methods:** Cross-sectional description of 83 patients with benign prostatic hyperplasia undergone laparoscopy. **Results:** The mean age was 62.3 ± 4.3 years; The main reason for hospitalization was difficulty urinating (81.9%); the mean duration of illness was 20.6 ± 5.2 months; The mean prostate tumor weight was 62.7 ± 6.5 grams; The mean preoperative IPSS score was 20.6 ± 5.4 points; The mean surgical time was 69.5 ± 5.7 minutes; The mean bladder irrigation time post operation was 3.6 ± 0.9 days; Postoperative complications was 7.2%; The mean IPSS score post operation was 6.8 ± 1.3 points; The mean treatment

time post operation was 8.4 ± 1.2 days; Overall results post operation: good was 92.8%, average was 7.2%. **Conclusion:** laparoscopic treatment of benign prostatic hyperplasia is a safe and effective method with good results was 92.8% and an average was 7.2%. **Keywords:** benign prostatic hyperplasia; laparoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là một bệnh phổ biến ở Nam giới, tuổi càng cao tỉ lệ bệnh càng tăng. Khi bệnh phát triển sẽ dẫn đến các rối loạn tiểu tiện như tiểu khó, tiểu rắt, tiểu nhiều lần về đêm... ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nặng nề hơn nữa có thể dẫn đến suy thận, nhiễm khuẩn niệu, bí tiểu hoàn toàn... đòi hỏi phải can thiệp ngoại khoa [1], [2], [3].

Phẫu thuật nội soi điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được thực hiện trên thế giới từ những năm 1910. Để thực hiện phương pháp này, cần phải có thiết bị chuyên dụng đưa qua đường niệu đạo vào tới khối u, cắt và đưa ra ngoài mà không cần mổ mở. Tại Việt Nam, phương pháp này được triển khai từ những năm 1981, đến nay được áp dụng hầu hết các bệnh viện trên toàn quốc [6], [7], [8].

Các nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt bằng cắt đốt nội soi đã được thực hiện ở nhiều bệnh viện. Tuy nhiên để đánh giá toàn diện về kết quả điều trị và chăm sóc sau phẫu thuật, sự cải thiện triệu chứng chủ quan cũng như đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật u phì đại lành tính tuyến tiền liệt thì chưa có nhiều đề tài nào tại Việt Nam nghiên cứu về vấn đề này. Với các lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả điều trị và chăm sóc người bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua ngả niệu đạo tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 83 bệnh nhân được chẩn đoán tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Người bệnh được chẩn đoán tăng sản lành

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024