

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỦY CẮT NGANG CẤP Ở TRẺ EM

Đỗ Thanh Hương^{1,2}, Đào Thị Nguyệt^{1,2}, Hà Thị Liễu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 47 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bệnh viêm tủy cắt ngang tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian 5 năm, từ 6/2018 đến 05/2023. **Kết quả:** Tuổi trung vị khi khởi phát bệnh là 8,7 tuổi (IQR: 3,8 - 12,6 tuổi), tỷ lệ nữ/ nam là 1/1,6. Các triệu chứng thường gặp trong giai đoạn cấp là liệt vận động (97,9%), rối loạn cơ tròn (76,6%), rối loạn cảm giác (61,7%) và suy hô hấp (19,1%). Tất cả bệnh nhân đều được điều trị corticoid liều cao, 11 bệnh nhân điều trị kết hợp trao đổi huyết tương. Ở thời điểm ra viện, các triệu chứng cải thiện đáng kể: 48,9% bệnh nhân đi lại cần sự hỗ trợ/không có khả năng đi lại (trước điều trị 83%); 44,7% bệnh nhân có rối loạn cơ tròn (trước điều trị 76,6%); theo phân loại Paine và Byers, 53,2% bệnh nhân hồi phục kém giảm so với trước điều trị là 83%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. **Kết luận:** Triệu chứng thường gặp trong viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em là liệt vận động, rối loạn cơ tròn và rối loạn cảm giác. Hầu hết bệnh nhân đáp ứng với liệu pháp miễn dịch và cải thiện đáng kể ở thời điểm ra viện.

Từ khóa: Viêm tủy cắt ngang cấp, đặc điểm lâm sàng, điều trị, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE TRANSVERSE MYELITIS IN CHILDREN

Objective: This study aims to describe the clinical characteristics and treatment outcomes of acute transverse myelitis in children. **Subjects and methods:** We conducted a cross-sectional descriptive study involving 47 patients diagnosed and treated for transverse myelitis at the National Children's Hospital over 5 years, from June 2018 to May 2023. **Results:** The median age was 8.7 years (interquartile range: 3.8 - 12.6 years), with a female-to-male ratio of 1:1.6. Common symptoms during the acute phase included motor paralysis (97.9%), sphincter dysfunction (76.6%), sensory disturbances (61.7%), and respiratory failure (19.1%). All patients received high-dose corticosteroids, and 11 patients were combined plasma exchange. At the time of discharge, symptoms were significantly improved: 48.9% of patients

required ambulatory support or had no ambulatory ability (83% before treatment), and 44.7% had sphincter dysfunction (76.6% before treatment); according to the Paine and Byers classification, 53.2% of patients had poor outcomes (83% before treatment), a statistically significant difference with $p < 0.01$. **Conclusions:** The common symptoms of acute transverse myelitis in children include motor paralysis, sphincter dysfunction, and sensory disturbances. Most patients responded positively to immunotherapy and showed significant improvement at the time of discharge.

Keywords: Acute transverse myelitis, clinical characteristics, outcomes, children.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tủy cắt ngang cấp là một rối loạn thần kinh do tình trạng viêm ở một đoạn tủy sống. Quá trình viêm gây phá hủy hoặc tổn thương myelin dẫn đến các rối loạn thần kinh bao gồm liệt vận động, rối loạn cảm giác dưới vị trí tổn thương và rối loạn cơ tròn. Đây là một bệnh lý hiếm gặp, khoảng 20% các trường hợp viêm tủy cắt ngang cấp xảy ra ở trẻ em.¹

Chẩn đoán bệnh dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Viêm tủy cắt ngang (năm 2002): rối loạn chức năng cảm giác, liệt vận động chi 2 bên đối xứng hoặc không đối xứng, hoặc rối loạn cơ tròn; có bằng chứng viêm trong dịch não tủy hoặc trên cộng hưởng từ tủy sống; diễn biến từ 4 giờ đến 21 ngày và loại trừ tổn thương tủy do chèn ép.²

Viêm tủy cắt ngang ở trẻ em được điều trị bằng thuốc chống viêm liều cao và các liệu pháp điều hòa miễn dịch, trong đó corticosteroid là lựa chọn đầu tay. Trao đổi huyết tương (PLEX - plasma exchange) được sử dụng với những trường hợp tổn thương nặng ngay thời điểm khởi phát hoặc không đáp ứng với corticosteroid sau 24 - 48 giờ điều trị. Có 79% các trường hợp cải thiện đáng kể các triệu chứng sau một đợt PLEX từ 4 - 7 lần.³ Bằng chứng cho thấy đa số trẻ em mắc viêm tủy ngang cấp có kết quả tốt, với 50% hồi phục hoàn toàn trong vòng 2 năm.⁴

Hiện nay tại Việt Nam có rất ít các nghiên cứu về bệnh viêm tủy cắt ngang, đặc biệt trên đối tượng trẻ em. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em" với mục đích hỗ trợ chẩn đoán sớm, nhằm nâng cao kết quả điều trị, góp phần cải thiện tiên lượng lâu dài của bệnh nhân.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Hương

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025

Ngày duyệt bài: 24.2.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân dưới 17 tuổi được chẩn đoán và điều trị viêm tủy cắt ngang cấp tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm tủy cắt ngang cấp theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Viêm tủy cắt ngang cấp năm 2002, bao gồm:²

- Rối loạn chức năng vận động, cảm giác hoặc thần kinh tự chủ;
- Triệu chứng xuất hiện hai bên cơ thể (đối xứng hoặc không đối xứng);
- Có thể có ranh giới rối loạn cảm giác;
- Các triệu chứng tiến triển đạt mức độ nặng tối đa từ 4 giờ đến 21 ngày;
- Loại trừ nguyên nhân do chèn ép tủy sống.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin, gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trong thời gian 5 năm, từ 6/2018 đến 05/2023. Nghiên cứu thu thập được 47 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

- Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các test thống kê thích hợp.

❖ **Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu**

- Đánh giá mức độ hồi phục tại thời điểm nhập viện và xuất viện dựa vào thang điểm Paine và Byers phân loại thành 4 nhóm:⁵

- + Tốt: phục hồi hoàn toàn
- + Khá: di chứng nhẹ (dáng đi bình thường hoặc gần bình thường nhưng có triệu chứng tiết niệu nhẹ và/hoặc các rối loạn cảm giác, vận động chi trên bị ảnh hưởng tối thiểu).
- + Trung bình: di chứng trung bình (co cứng nhẹ, còn đi lại độc lập được, tiểu gấp và/hoặc táo bón với một số bất thường về cảm giác).
- + Kém: di chứng nặng cản trở các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (không có khả năng đi lại hoặc rối loạn dáng đi nghiêm trọng, đại tiểu tiện không tự chủ, mất cảm giác).

Bệnh nhân được phân loại là tốt và khá được xếp vào nhóm kết quả tốt, phân loại là trung bình và kém được xếp vào nhóm kết quả kém.

- Liệt chi: giảm/mất vận động chủ động một hoặc nhiều cơ đánh giá dựa vào cơ lực, trương lực cơ, phản xạ gân xương. Cơ lực đánh giá dựa vào phân loại sức cơ, điểm MRC (Medical Research Council) của Hội đồng nghiên cứu y học Anh phân loại thành 6 mức độ: 0: liệt hoàn toàn, không co cơ; 1: rung cơ hoặc dấu hiệu co cơ nhưng không có cử động khớp; 2: một vài cử

động khớp nhưng không thẳng được trong lực; 3: cử động thẳng được trong lực nhưng không thẳng được sức cản; 4: cử động chống lại sức cản nhẹ; 5: sức mạnh cơ bình thường.⁶

❖ **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được phê duyệt của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương số 290/BVNTW-HĐĐĐ. Các bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, được sự đồng ý của cha mẹ bệnh nhân hoặc người giám hộ sau khi được thông báo rõ ràng và đầy đủ về mục đích và phương thức nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 47 bệnh nhân với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Tuổi khởi phát bệnh trung vị là 8,7 tuổi (IQR 3,8 - 12,6 tuổi), tuổi nhỏ nhất là 9 tháng, lớn nhất là 15 tuổi, trong đó có 38,3% trẻ nữ, 61,7% trẻ nam, tỷ lệ nữ/nam là 1/1,6. Trong vòng một tháng trước khi khởi phát bệnh có 21/47 bệnh nhân (44,7%) có biểu hiện nhiễm vi rút (sốt/ho/đau họng/tiêu chảy). Chỉ có 1 bệnh nhân (2,1%) được tiêm chủng (vắc xin COVID-19) trước khởi bệnh 3 tuần.

3.2. Triệu chứng lâm sàng. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian toàn phát trung vị là 2 ngày (IQR: 1 - 3 ngày). Tất cả bệnh nhân đều tiến triển toàn phát trong vòng 2 tuần, trong đó có 25,5% bệnh nhân tiến triển toàn phát trong vòng 1 ngày.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng		Bệnh nhân (n)		Tỉ lệ (%)
Sốt khi khởi phát bệnh		13		27,7
Đau khi khởi phát (cổ, lưng, ngực, bụng, chi)		27		57,4
Liệt vận động	Liệt 1 chi	1	46	97,9
	Liệt 2 chi dưới	20		
	Liệt tứ chi	25		
	2 chi dưới có điểm MRC ≤1	25		53,2
Rối loạn cảm giác	Tê bì, dị cảm	14	29	61,7
	Giảm/mất cảm giác	15		
	Không rõ rối loạn cảm giác	9		8,5
Rối loạn cơ tròn	Có đặt thông tiểu	33	36	76,6
	Tiểu gấp/bí tiểu không đặt thông tiểu	3		
	Táo bón	11		
Tổn thương thị giác		1		2,1
Suy hô hấp	Thở oxy	1	9	19,1
	Thở máy xâm nhập	8		

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất trong

giai đoạn cấp là liệt vận động (97,9%), rối loạn cảm giác (61,7%), rối loạn cơ tròn (76,6%). 2,1% bệnh nhân biểu hiện tổn thương thị giác kèm theo.

3.3. Kết quả điều trị của bệnh nhân viêm tủy cắt ngang cấp

Bảng 2: Các phương pháp điều trị trong giai đoạn cấp

Phương pháp điều trị	Bệnh	Tỉ lệ
----------------------	------	-------

Bảng 3: Kết quả điều trị thời điểm ra viện

Đặc điểm		Nhập viện		Xuất viện		p
		n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %	
Khả năng vận động	Đi lại cần sự hỗ trợ/không có khả năng đi lại	39	83,0	23	48,9	<0,01
	Đi lại bình thường/gần bình thường không cần sự hỗ trợ	8	17,0	24	51,1	
Rối loạn cơ tròn	Có	36	76,6	21	44,7	<0,01
	Không	11	23,4	26	55,3	
Khả năng hồi phục	Kết quả kém	39	83,0	25	53,2	<0,01
	Kết quả tốt	8	17,0	22	46,8	

Nhận xét: Tại thời điểm xuất viện, bệnh nhân đi lại cần sự hỗ trợ/không có khả năng đi lại, bệnh nhân có rối loạn cơ tròn giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị, với $p < 0,01$. Theo phân loại Paine và Byers, 83% bệnh nhân có mức độ hồi phục kém khi nhập viện giảm xuống còn 53,2% khi xuất viện, sự khác biệt cũng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi khởi phát bệnh của 47 bệnh nhân trong nghiên cứu có trung vị là 8,7 tuổi (IQR 3,8 - 12,6 tuổi). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Deiva và cộng sự trên 95 bệnh nhân với tuổi trung vị là 9 tuổi (IQR 0,7 - 16 tuổi).⁷ Hầu hết các nghiên cứu cho thấy tuổi khởi phát dao động trong khoảng 5,3 đến 11,2 tuổi.⁸ Như vậy, khởi phát bệnh có thể gặp ở các lứa tuổi khác nhau. Chúng tôi ghi nhận có 44,7% bệnh nhân có triệu chứng nhiễm vi rút không điển hình trong vòng 1 tháng trước khi khởi phát bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Pidcock và cộng sự với tỉ lệ là 47% và thấp hơn so với nghiên cứu của Ganelin-Cohen và cộng sự là 60%.^{9,10} Viêm tủy cắt ngang cấp khởi phát sau nhiễm trùng đã được biết rõ cơ chế bệnh sinh của bệnh qua trung gian miễn dịch do đáp ứng viêm quá mức của cơ thể.

Bệnh nhân viêm tủy cắt ngang cấp có triệu chứng lâm sàng đa dạng, hay gặp nhất là liệt vận động (97,9%), rối loạn cảm giác (61,7%), rối loạn cơ tròn (76,6%). Nghiên cứu chúng tôi tương tự nghiên cứu của Ganelin-Cohen và cộng sự với kết quả liệt chi ở 87% bệnh nhân, rối loạn cảm giác ở 70% bệnh nhân và rối loạn cơ tròn ở 65% bệnh nhân.¹⁰ Trong số 46 bệnh nhân nhập viện với triệu chứng liệt vận động có 53,2% liệt

	nhân (n)	(%)
Corticosteroid	36	76,6
Kết hợp corticosteroid + PLEX	11	23,4
Tổng	47	100%

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân được điều trị bằng corticosteroid liều cao, 11 bệnh nhân (23,4%) được điều trị kết hợp corticosteroid và trao đổi huyết tương (PLEX).

tứ chi và liệt nặng hai chi dưới với sức cơ ≤ 1 (đánh giá bằng thang điểm MRC). Có 9 bệnh nhân (19,1%) biểu hiện suy hô hấp, trong đó 8 bệnh nhân phải thở máy xâm nhập. Điều này cho thấy viêm tủy cắt ngang gây tổn thương nặng trong giai đoạn cấp tính. Suy hô hấp ở bệnh nhân viêm tủy liên quan đến tổn thương tủy cổ trên mức C5 và thân não, có tương quan với tình trạng giảm vận động chi sau này.⁴

Tất cả bệnh nhân được điều trị khởi đầu bằng corticosteroid liều cao tiêm tĩnh mạch, 11 bệnh nhân được điều trị kết hợp corticosteroid và PLEX. Các bệnh nhân được điều trị bằng methylprednisolon tiêm tĩnh mạch liều 20 - 30 mg/kg/ngày (tối đa 1g/ngày) trong 5 ngày, sau đó uống prednisolon giảm dần trong 4 - 6 tuần. Có 11 bệnh nhân được điều trị PLEX 5 lần cách ngày, những bệnh nhân này đều có biểu hiện liệt hoàn toàn 2 chi dưới với tổn thương lan rộng dọc rộng (tổn thương liên tiếp từ 3 đốt tủy trở lên) và không cải thiện cơ lực trong và sau điều trị methylprednisolon.

Bảng 3 cho thấy các bệnh nhân có rối loạn nặng về khả năng vận động cũng như rối loạn cơ tròn nặng đều có sự hồi phục đáng kể ở thời điểm ra viện so với khi nhập viện. Chúng tôi cũng so sánh thang điểm Paine và Byers thời điểm nhập viện và ra viện cho kết quả tỉ lệ bệnh nhân có khả năng hồi phục kém giảm sau điều trị. Điều này cho thấy phương pháp điều trị đã có những cải thiện rất có ý nghĩa về kết quả chung cũng như các rối loạn chức năng của bệnh nhân. Tuy nhiên, 11 bệnh nhân được điều trị PLEX đều hồi phục kém trước và sau điều trị. Trong nghiên cứu của Ganelin-Cohen trên 23 bệnh nhân, có 8 bệnh nhân được điều trị bổ

sung PLEX, tại thời điểm theo dõi cuối cùng có 2 bệnh nhân có hồi phục tốt, 6 bệnh nhân còn lại hồi phục kém.¹⁰ Nghiên cứu của Noland và Greenberg về tính an toàn và hiệu quả của PLEX trong bệnh viêm tủy cắt ngang trên 19 trẻ cho thấy 79% trường hợp đã có sự cải thiện đáng kể về các triệu chứng sau một đợt PLEX từ 4 - 7 lần, 21% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn và hơn 75% bệnh nhân có khả năng tự đi lại kể từ lần theo dõi cuối cùng, tác giả kết luận PLEX là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em.³ Mười một bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị PLEX có tiên lượng hồi phục kém hơn có thể do tình trạng bệnh nhân nặng ngay từ thời điểm khởi phát, số lượng bệnh nhân được PLEX còn ít, đồng thời chúng tôi chỉ đánh giá tại thời điểm ra viện nên chưa kết luận được hiệu quả điều trị lâu dài của phương pháp này. Vì vậy, cần thiết có nghiên cứu dài hạn trong tương lai để đánh giá mức độ hồi phục của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em là một bệnh lý hiếm gặp, biểu hiện lâm sàng đa dạng của tình trạng thiếu hụt thần kinh do tổn thương tủy sống, các triệu chứng hay gặp trong giai đoạn cấp là liệt vận động, rối loạn cảm giác và rối loạn cơ tròn, suy hô hấp. Điều trị bằng liệu pháp miễn dịch cho thấy có sự cải thiện đáng kể về kết quả chung cũng như chức năng vận động và rối loạn cơ tròn cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scott TF, Frohman EM, De Seze J, Gronseth GS, Weinshenker BG. Therapeutics and technology assessment subcommittee of American Academy of Neurology. Evidence-based guideline: clinical evaluation and treatment of

transverse myelitis: report of the therapeutics and technology assessment subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2011;77(24): 2128-2134. doi:10.1212/WNL.0b013e31823dc535.

2. Transverse myelitis consortium working group. Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis. *Neurology*. 2002;59(4):499-505. doi:10.1212/wnl.59.4.499.
3. Noland DK, Greenberg BM. Safety and efficacy of plasma exchange in pediatric transverse myelitis. *Neurol Clin Pract*. 2018;8(4):327-330. doi:10.1212/CPJ.0000000000000480.
4. Pidcock FS, Krishnan C, Crawford TO, Salorio CF, Trovato M, Kerr DA. Acute transverse myelitis in childhood: center-based analysis of 47 cases. *Neurology*. 2007;68(18): 1474-1480. doi:10.1212/01.wnl.0000260609.11357.6f.
5. Paine RS, Byers RK. Transverse myelopathy in childhood. *AMA Am J Dis Child*. 1953;85(2):151-163. doi:10.1001/archpedi.1953.02050070160004.
6. Updated DLP examination-Last. Muscle Power Assessment (MRC Scale) | Geeky Medics. May 31, 2019. Accessed July 16, 2022. <https://geekymedics.com/muscle-power-assessment-mrc-scale>.
7. Deiva K, Absoud M, Hemingway C, et al. Acute idiopathic transverse myelitis in children: early predictors of relapse and disability. *Neurology*. 2015;84(4): 341-349.doi:10.1212/WNL.0000000000001179.
8. Helfferich J, Bruijstens AL, Wong YYM, et al. Prognostic factors for relapse and outcome in pediatric acute transverse myelitis. *Brain and Development*. 2021;43(5):626-636. doi:10.1016/j.braindev.2020.12.019.
9. Thomas T, Branson HM, Verhey LH, et al. The demographic, clinical, and magnetic resonance imaging (MRI) features of transverse myelitis in Children. *J Child Neurol*. 2012; 27(1):11-21. doi: 10.1177/0883073811420495.
10. Gelin-Cohen E, Konen O, Nevo Y, et al. Prognostic parameters of acute transverse myelitis in children. *J Child Neurol*. 2020; 35(14): 999-1003. doi:10.1177/ 0883073820947512.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG – CÙNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hoàng Long^{1,2}, Bùi Minh Hoàng^{1,2}

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: longptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng-cùng bằng phẫu thuật lấy thoát vị nội soi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, theo dõi dọc trên nhóm bệnh nhân thoát vị đĩa đệm được phẫu thuật nội soi lấy thoát vị đĩa đệm năm 2023 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 49 bệnh nhân với tỷ lệ nam/nữ là 0,89/1. Tình trạng đau kiểu rễ giảm dần qua các thời điểm trước mổ, sau mổ 24 giờ và tại thời điểm theo dõi cuối với điểm VAS