

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH MRI VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐỨT DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Thị Ngọc¹, Đặng Quốc Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh MRI của bệnh nhân (BN) bị đứt dây chằng chéo trước được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. 2. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị đứt dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Phương pháp: Những BN được khám, chẩn đoán và PTNS đứt dây chằng chéo trước do chấn thương tại Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 06/2022 tháng 06/2023.

Kết quả: Độ tuổi 20 - 39 chiếm 82,9%. Nam giới bị tổn thương chiếm 80,5%. Triệu chứng cơ năng: 100% đau gối, 97,6% hạn chế vận động trong sinh hoạt. Dấu hiệu thực thể: Teo cơ chiếm 7,3%; Mất vững gối chiếm 87,8%; Nghiệm pháp (NP) ngăn kéo trước (+) chiếm 80,5%; NP lachman (+) chiếm 87,8%. Các dấu hiệu trực tiếp đứt dây chằng chéo trước trên MRI: 100% có tăng tín hiệu và mất liên tục; 4,9% có tăng kích thước, bờ không đều; 2,4% có dấu hiệu chùng; 2,4% không quan sát thấy. Số BN đạt kết quả tốt sau mổ là 97,6%.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, MRI, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

RESEARCH FOR CLINICAL FEATURES, MRI IMAGES AND EARLY RESULTS OF AN ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RUPTURE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: 1. Describe the clinical characteristics and MRI images of patients with anterior cruciate ligament rupture treated at Can Tho Central General Hospital. 2. Evaluation of early results of laparoscopic surgery in patients with anterior cruciate ligament rupture treated at Can Tho Central General Hospital.

Methods: The patients were examined, diagnosed and operated laparoscopically for anterior cruciate ligament rupture due to trauma at Can Tho Central General Hospital from June 2022 to June 2023.

Results: Ages 20 - 39 account for 82.9%. Men were injured and accounted for 80.5%. Functional symptoms: 100% knee pain, 97.6% limited movement in daily life. Physical signs: Muscle atrophy accounted for 7.3%; Instability accounts for 87.8%; Front drawer test (+) accounted for 80.5%; Lachman test (+) accounts for 87.8%. Direct signs of anterior cruciate ligament rupture on MRI: 100% have hyperintensity and discontinuity; 4.9% have increased size,

irregular edges; 2.4% showed signs of sagging; 2.4% were not observed. The number of patients with good results after surgery was 97.6%.

Keywords: Anterior cruciate ligament, MRI, endoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây chằng chéo trước có chức năng chống lại sự trượt ra trước và xoay trong của mâm chày với lồi cầu đùi [9]. Đứt dây chằng chéo trước là một tổn thương ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng của khớp gối nếu không chẩn đoán và điều trị sớm [1]. Tại Cần Thơ có nhiều bệnh viện thực hiện được PTNS tái tạo dây chằng chéo trước, trong đó Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ là đơn vị thực hiện phẫu thuật này khá nhiều. Chính vì vậy, để đánh giá lại kết quả của phương pháp điều trị này, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh MRI và kết quả sớm phẫu thuật nội soi đứt dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ". Với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh MRI của BN bị đứt dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2. Đánh giá kết quả sớm PTNS điều trị đứt dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những BN được khám, chẩn đoán và PTNS điều trị đứt dây chằng chéo trước do chấn thương tại Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Chọn hồ sơ bệnh án BN được chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước trên lâm sàng, được chụp MRI khớp gối và được PTNS tái tạo dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Có tiền sử can thiệp khớp gối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu 41 BN, chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật, đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc

Email: 8586315984@stu.vttu.edu.vn

Mã bài: D070

Ngày nhận bài: 2/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 1/2/2026

Ngày duyệt bài: 2/4/2026

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình là $27,41 \pm 6,7$ tuổi. Nhóm tuổi 20-39 tuổi chiếm 82,9 %. BN nam chiếm 80,5% và BN nữ chiếm 19,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh MRI

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Kẹt khớp gối	5	12,2
	Hạn chế vận động	40	97,6
	Lồng gối	29	70,7
	Sưng khớp gối	21	51,2
	Đau khớp gối	41	100,0
Triệu chứng thực thể	Ấn đau	40	97,6
	Hạn chế gấp duỗi	40	97,6
	Teo cơ	3	7,3
	Mất vững	36	87,8
	NP ngăn kéo trước (+)	33	80,5

Nhận xét: Đau khớp gối chiếm 100%, hạn chế vận động chiếm 97,6%, lồng gối, sưng khớp gối, kẹt khớp gối chiếm tỷ lệ lần lượt là 70,7%, 51,2%, 12,2%. Triệu chứng ấn đau và hạn chế gấp duỗi gối chiếm 97,6%, mất vững chiếm 87,8%, nghiệm pháp Lachman (+) chiếm 87,8%, NP ngăn kéo trước (+) chiếm 80,5%, teo cơ chiếm 7,3%.

Thể tổn thương đứt dây chằng chéo trước trên MRI chúng tôi có 82,9% đứt hoàn toàn, 14,7% đứt không hoàn toàn và 2,4% không thấy dây chằng chéo trước. Hình ảnh trực tiếp đứt dây chằng chéo trước trên MRI ghi nhận 97,6% có dấu hiệu tăng tín hiệu và mất liên tục, 4,9% có dấu hiệu tăng kích thước, bờ không đều, 2,4% có dấu hiệu chùng, 2,4% không nhìn thấy dây chằng chéo trước.

3.3. Đánh giá kết quả sớm

Bảng 2. So sánh các nghiệm pháp trước và sau phẫu thuật

Thời điểm Nghiệm pháp	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	n	%	n	%
Lachman (+)	36	87,8	0	0
Ngăn kéo trước (+)	33	80,5	0	0

Nhận xét: NP Lachman và NP ngăn kéo trước trước phẫu thuật (+) lần lượt là 87,8% và 80,5%, sau phẫu thuật tất cả BN đều âm tính.

Bảng 3. Biến chứng sớm

Dấu hiệu	Có		Không	
Tự dịch	0	0,0%	41	100,0%
Nhiễm trùng	1	2,4%	40	97,6%
Chèn ép khoang	0	0,0%	41	100,0%
Dị cảm da do lấy ghép	0	0,0%	41	100,0%

Nhận xét: Không có trường hợp nào có tự dịch, chèn ép khoang hay dị cảm da do lấy ghép. Có 1 trường hợp nhiễm trùng chiếm 2,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Chúng tôi có nhóm tuổi đứt dây chằng chéo trước nhiều nhất là từ 20 - 39 tuổi với 82,9%, tuổi trung bình là $27,41 \pm 6,7$ tuổi, thấp nhất là 17 và cao nhất là 53 tuổi. Kết quả này tương đồng các tác giả khác. Lê Nghi Thành Nhân có tuổi trung bình là $30,6 \pm 1,79$ tuổi (18 – 51 tuổi) [7]. Vũ Trung Hiếu có tuổi trung bình BN là $29,87 \pm 7,9$ tuổi (16 – 40 tuổi), độ tuổi hay gặp là 21 - 30 tuổi chiếm 48,4% [3]. Phạm Quang Vinh có tuổi trung bình là $29,26 \pm 6,21$ (19 – 40 tuổi) [10]. Qua kết quả trên ta thấy nhóm tuổi hay gặp chấn thương khớp gối tập trung chủ yếu nhóm BN trẻ, trong độ tuổi lao động do có hoạt động thể lực nhiều, gia tăng nguy cơ chấn thương khớp gối.

Chúng tôi có tỉ lệ nam bị đứt dây chằng chéo trước nhiều hơn nữ với 80,5% nam, kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu khác. Tạ Văn Thành có nam giới chiếm 83% [6]. Nguyễn Tuấn Cảnh có nam giới chiếm 77,8% [1]. Phạm Quang Vinh ghi nhận nam giới chiếm rất cao với 96,8% [10]. Kết quả cho thấy nam giới thường làm công việc nặng nhọc hơn nữ giới, chơi thể thao mang tính chất vận động mạnh hơn nên tổn thương cũng gặp nhiều hơn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh MRI

Các dấu hiệu mất vững của khớp gối như lên xuống cầu thang khó, khó trụ chân tổn thương hoặc lỏng lẻo khớp khi đi lại là các triệu chứng chính làm BN đi khám. Triệu chứng sưng khớp không đặc hiệu cho tổn thương dây chằng chéo trước bởi vì những triệu chứng này có thể gặp ở nhiều bệnh lý khác nhau của khớp gối. Chúng tôi ghi nhận các triệu chứng cơ năng với đau khớp gối chiếm 100%, hạn chế vận động chiếm 97,6%, lồng gối, sưng khớp gối, kẹt khớp gối chiếm tỷ lệ lần lượt là 70,7%, 51,2%, 12,2%. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Tác giả Đỗ Quốc Cường có đau gối chiếm 95,6% [2]. Theo Lê Nghi Thành Nhân thì đau khớp gối và hạn chế vận động gối chiếm 96% [7]. Nguyễn Tuấn Cảnh ghi nhận lồng gối là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 100%, hạn chế vận động cũng chiếm tỷ lệ cao là 58,7%. Sưng, đau khớp gối và kẹt khớp chiếm tỉ lệ

thấy hơn là 50,8%, 47,61% và 22,2% [1]. Khi BN có dấu hiệu kẹt khớp gối nên nghĩ đến có tổn thương sụn chêm kèm theo. Trong 5 BN có kẹt khớp gối của chúng tôi, thìg có 3 BN có tổn thương sụn chêm kèm theo.

Giai đoạn sớm sau chấn thương, việc thăm khám các nghiệm pháp lâm sàng gặp nhiều khó khăn do khớp gối sưng nề nhiều, đau và hạn chế vận động. Theo Trương Trí Hữu test Lachman có độ nhạy và độ chính xác 100%, dấu ngăn kéo trước có độ nhạy và độ chính xác là 97% [5]. So với nghiệm pháp ngăn kéo trước, nghiệm pháp Lachman có độ nhạy cao ở giai đoạn cấp tính nhưng việc đánh giá kết quả còn phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của thầy thuốc. Nguyễn Tuấn Cảnh ghi nhận nghiệm pháp ngăn kéo trước (+) với 90,47%. Lê Nghi Thành Nhân ghi nhận 100% BN có test Lachman (+), trong khi test ngăn kéo trước chiếm 86,67%, cũng theo tác giả thì dấu hiệu test ngăn kéo trước rõ ở giai đoạn muộn [7]. Phạm Quang Vinh ghi nhận kết quả nghiệm pháp Lachman trước phẫu thuật với 9,7% độ 2, 90,3% độ 3 [10]. Tạ Văn Thành Nam có kết quả nghiệm pháp Lachman (+) trước mổ độ II và III tương ứng là 55,56% và 44,44% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi có nghiệm pháp ngăn kéo trước (+) với tỷ lệ 80,5%, nghiệm pháp Lachman (+) là 87,8%. Kết quả này có phần thấp hơn so với tác giả trên, có thể do BN của chúng tôi đến sớm, nổi trội với triệu chứng đau gối nên phần nào hạn chế việc khám các nghiệm pháp lỏng gối.

Chúng tôi có dấu hiệu trực tiếp hay gặp nhất trong tổn thương dây chằng chéo trước là hình ảnh dây chằng mất liên tục và tăng tín hiệu với 97,6%, đây là những dấu hiệu chính quan trọng trong chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước. Hình ảnh dây chằng chéo trước tăng kích thước và bờ không đều là những dấu hiệu thường được mô tả trong đứt dây chằng chéo trước không hoàn toàn, các hình ảnh này có giá trị chẩn đoán khác nhau tùy từng tác giả. Chúng tôi có 1 BN không thấy dây chằng chéo trước, hình ảnh này thường gặp trong đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước, phần còn lại của dây chằng phù nề và nằm lẫn trong khối máu tụ. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác.

Nguyễn Tuấn Cảnh ghi nhận hình ảnh mất liên tục dây chằng chéo trước chiếm 88,9% và 1,6% không nhìn thấy dây chằng chéo trước [1]. Đỗ Quốc Cường và Vũ Trung Hiếu đều ghi nhận 100% hình ảnh đứt dây chằng chéo trước trên phim MRI khớp gối [2],[3].

4.3. Kết quả điều trị

Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước là phẫu thuật khó, đòi hỏi trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Đánh giá kết quả dựa trên nhiều tiêu chí như đau sau mổ, số ngày nằm viện, chức năng khớp gối, tai biến - biến chứng. Các biến chứng do phẫu thuật nội soi khớp có thể như: nhiễm trùng khớp,

tụ máu vùng lấy gân, tổn thương mạch khoeo, dị cảm hoặc mất cảm giác vùng da trước gối. Đỗ Đăng Hoàn nghiên cứu 25 BN ghi nhận có 1 BN nhiễm trùng khớp gối phải mổ cắt lọc dọn dẹp khớp bằng arthorcare, dùng kháng sinh phổ rộng sau 1 tuần BN hết sốt, tiến triển tốt, bảo tồn được dây chằng mới tái tạo [4]. Nguyễn Văn Sơn nghiên cứu trên 41 BN đứt dây chằng chéo trước có 1 BN (2,4%) có biến chứng tê bì, rất mất sau của đùi [8]. Trần Hoàng Tùng nghiên cứu trên 36 BN, ghi nhận vết mổ khô, liền sẹo thì đầu chiếm 97,2%; 1 BN (2,8%) vết mổ tẩy đỏ, chảy dịch, điều trị kháng sinh thì khỏi, không có BN nào phải mổ lại, nạo viêm [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả trên. Trong 41 BN chúng tôi có 1 BN (2,4%) có dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ, sau đó được điều trị nội khoa ổn định.

Trước mổ chúng tôi có 87,8% BN có nghiệm pháp Lachman (+) và 80,5% BN có nghiệm pháp ngăn kéo trước (+), sau phẫu thuật tất cả BN đều có 2 nghiệm pháp (-). Điều này cho thấy khả năng phục hồi độ vững chắc của khớp gối sau phẫu thuật là rất tốt, kết quả này cũng tương tự các tác giả khác. Tạ Văn Thành Nam ghi nhận trước mổ, nghiệm pháp Lachman (+) độ II và III tương ứng là 55,56% và 44,44%; sau mổ có 83,33% có nghiệm pháp Lachman (-), 13,89% (+) độ I và 2,78% (+) độ II [6]. Trần Hoàng Tùng ghi nhận 91,67% có nghiệm pháp Lachman âm tính sau mổ [9]. Phạm Quang Vinh có nghiệm pháp Lachman trước phẫu thuật là 9,7% (+) độ 2, 90,3% (+) độ 3; sau phẫu thuật là 12,9% (+) độ 1 và 87,1% (-) [10].

V. KẾT LUẬN

PT p gối, an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tuấn Cảnh và các cộng sự. (2024), "Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của đứt dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2019-2020.", *Tạp chí Y học Cộng Đồng*. 64(Special Issue 9), tr. 273-278.
2. Đỗ Quốc Cường và các cộng sự. (2022), "Kết quả điều trị nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng phương pháp tất cả bên trong tại Bệnh viện Quân Y 175", *Tạp chí y học Việt Nam*. 513(1), tr. 1-4.
3. Vũ Trung Hiếu và Đào Xuân Thành (2021), "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị đứt dây chằng chéo trước có sử dụng vật liệu hỗ trợ bên trong", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 508(2), tr. 267-270.
4. Đỗ Đăng Hoàn, Hoàng Văn Dũng và Vũ Văn Hương (2013), "Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi tái tạo lại dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép gân Hamstring tự thân tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển - Ungers B", *Sổ đặc biệt*, tr. 106 - 108.
5. Trương Trí Hữu và Nguyễn Việt Nam (2014), "Đối chiếu chẩn đoán giữa lâm sàng với cộng hưởng từ với nội soi về tổn thương sụn chêm và dây chằng chéo khớp gối, " *Hội chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí*

Minh, hội nghị thường niên lần thứ XXI, tr. 109 - 116.

6. **Tạ Văn Thành Nam, Vũ Trường Thịnh và Trần Trung Dũng** (2024), “Đánh giá kết quả điều trị nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật Allinside tại bệnh viện đại học Y Hà Nội”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 539(1), tr. 1-4.
7. **Lê Nghi Thành Nhân và Bùi Hữu Toàn** (2011), “Đánh giá kết quả tái tạo dây chằng chéo trước gối gối bằng mảnh ghép gân xương bánh chè tự thân qua nội soi tại trường Đại học Y Dược Huế”, *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 5, tr. 105-115.
8. **Nguyễn Văn Sơn và Phạm Thị Minh Ngọc** (2022), “Đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ và kết quả điều trị đứt dây chằng chéo trước khớp gối”, *Tạp chí Khoa học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội*. 38(2), tr. 109-117.
9. **Trần Hoàng Tùng** (2018), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo hai bó dây chằng chéo trước sử dụng gân bánh chè đồng loại*, Đại học Y Hà Nội.
10. **Phạm Quang Vinh, Đỗ Quang Sang và Nguyễn Phương Nam** (2022), “Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối với mảnh ghép nửa trước gân cơ mào dài tự thân kỹ thuật tất cả bên trong”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 519(2), tr. 386-391.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM TỦY TRONG XƠ CỨNG RÃI RÁC VÀ TRONG PHỔ VIÊM TỦY THỊ THẦN KINH

Lê Thảo My¹, Phan Công Chiến², Phạm Thành Trung^{1,2}, Nguyễn Bá Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Viêm tủy thường liên quan đến các bệnh lý tự miễn mất myelin của hệ thần kinh trung ương như xơ cứng rải rác (MS) và phổ viêm tủy thị thần kinh (NMOSD). Biểu hiện lâm sàng của MS và NMOSD rất đa dạng, chồng lấp nhiều và khó phân biệt với nhau. Sự nhầm lẫn trong chẩn đoán và điều trị có thể làm gia tăng tình trạng tàn phế. Vì vậy, chẩn đoán phân biệt sớm hai nhóm bệnh này là quan trọng để cải thiện kết cục và tiên lượng. Tuy nhiên, dữ liệu về sự khác biệt về đặc điểm viêm tủy giữa MS và NMOSD tại Việt Nam còn hạn chế.

Mục tiêu: So sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tủy trong MS và trong NMOSD.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu 67 trường hợp viêm tủy (19 bệnh nhân MS và 48 bệnh nhân NMOSD) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023.

Kết quả: Nhóm NMOSD có tỉ lệ nữ giới cao hơn MS (lần lượt là 95,8% so với 52,6%). Bệnh nhân NMOSD thường khởi phát bệnh ở độ tuổi trung niên (trung vị 39 tuổi), trong khi MS thường khởi phát lúc trẻ (trung vị 23 tuổi). Về biểu hiện lâm sàng, nhóm NMOSD có tổng sức cơ tứ chi thấp hơn (trung vị 16 so với 20), tỉ lệ có băng cảm giác nhiều hơn (64,4% so với 21,1%) và tỉ lệ cần đặt thông tiểu cũng cao hơn nhóm MS (31,9% so với 0%). Về đặc điểm dịch não tủy, nhóm NMOSD có số lượng tế bào cao hơn (trung vị 11 so với 4,5 tế bào/mm³), nồng độ protein cao hơn (trung vị 43,5 so với 32,5 mg/dL) và tỉ lệ oligoclonal bands (OCB) dịch não tủy dương tính thấp hơn MS (lần lượt là 2,7% và 36,8%). Tổn thương tủy trên MRI của nhóm NMOSD thường ở tủy ngực và vùng trung tâm, ngược lại tổn thương trong nhóm

MS chủ yếu nằm ở tủy cổ và vùng ngoại biên. Nhóm NMOSD có số lượng tổn thương ít hơn (trung vị 1 so với 2 tổn thương) nhưng độ dài tổn thương dài hơn đáng kể so với MS (trung vị 6 so với 2 đốt sống). Dấu “đốm sáng” xuất hiện ở 58,3% trường hợp NMOSD, trong khi không có ở bất kỳ bệnh nhân MS nào. Trong đợt tấn công đầu tiên, các đặc điểm khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm bao gồm: tổn thương tủy của nhóm NMOSD dài hơn (trung vị 6,5 so với 2 đốt sống) và có tỉ lệ bất thuốc cao hơn nhóm MS (90% so với 28,6%), dấu “đốm sáng” chỉ gặp ở nhóm NMOSD.

Kết luận: Độ nặng của các triệu chứng lâm sàng và tổn thương tủy trên hình ảnh học trong NMOSD thường nghiêm trọng hơn MS. Sự kết hợp các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cụ thể có hiệu quả trong việc phân biệt viêm tủy do NMOSD và MS để có chiến lược điều trị phù hợp sớm.

Từ viết tắt: MS - Multiple sclerosis, NMOSD - Neuromyelitis optica spectrum disorder, OCB - Oligoclonal bands, MRI - Magnetic resonance imaging, AQP4 - aquaporin-4, CSF - cerebrospinal fluid.

Từ khóa: viêm tủy, NMOSD, xơ cứng rải rác

SUMMARY

MYELITIS FEATURES IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS AND WITH NEUROMYELITIS OPTICA SPECTRUM DISORDER

Introduction: Myelitis is often associated with autoimmune demyelinating disorders of the central nervous system such as multiple sclerosis (MS) and neuromyelitis optica spectrum (NMOSD). The clinical manifestations of MS and NMOSD are diverse, overlapping and difficult to distinguish from each other. Misdiagnosis and inappropriate treatment can increase disability. Therefore, early differential diagnosis of these two diseases is important to improve outcomes and prognosis. However, data on the differences in myelitis characteristics between MS and NMOSD in Vietnam are limited.

Objective: Comparing myelitis characteristics including clinical, cerebrospinal fluid (CSF) and MRI features between MS and NMOSD.

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thành Trung

Email: phamthanhtung@ump.edu.vn

Mã bài: N357

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 14/2/2026

Ngày duyệt bài: 27/5/2026