

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

Subjects and methods: Retrospective cross-sectional descriptive study of 67 cases of myelitis (19 MS and 48 NMOSD) at the University Medical Center of Ho Chi Minh City from January 2021 to December 2023.

Results: The NMOSD group had a higher proportion of women than MS (95.8% vs. 52.6%, respectively). The age at onset of NMOSD patients was often in middle age (median 39 years old), while MS patients often had the onset at young age (median 23 years old). In terms of clinical manifestations, the NMOSD group had lower total limb muscle strength (median 16 vs. 20), a higher rate of trunk sensory level (64.4% vs. 21.1%), and a higher rate of requirement for urinary catheterization than the MS group (31.9% vs. 0%). Regarding CSF features, the NMOSD group had a higher white blood cell count (median 11 vs. 4.5 cells/mm³), higher protein concentration (median 43.5 vs. 32.5 mg/dL), and a lower rate of positive CSF OCB than the MS group (2.7% vs. 36.8%). MRI lesions in the NMOSD group were more common in the thoracic and central regions, whereas lesions in the MS group were mainly located in the cervical and peripheral regions. NMOSD had fewer lesions (median 1 vs. 2 lesions) but these lesions were significantly longer than those of MS (median 6 vs. 2 vertebrae). The “bright spotty” sign was found in 58.3% of NMOSD cases, while it was absent in MS. During the first attack, significant differences between the two groups included: the NMOSD group had longer spinal cord lesions (median 6.5 vs. 2 vertebrae) and a higher rate of enhancement than the MS group (90% vs. 28.6%), the “bright spotty” sign was only seen in the NMOSD group.

Conclusion: The severity of clinical symptoms and spinal cord lesions on imaging in NMOSD is often more severe than in MS. The combination of specific clinical, CSF and spinal cord MRI characteristics are effective in distinguishing myelitis due to NMOSD and MS in order to have early appropriate treatment strategies.

Keyword: *myelitis, NMOSD, multiple sclerosis*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tủy là một trong những nguyên nhân phổ biến của tổn thương tủy sống, được gây ra bởi nhiều căn nguyên khác nhau như tự miễn, nhiễm trùng, xạ trị, hay vô căn. Trong những nguyên nhân đó, các bệnh lý tự miễn mất myelin của hệ thần kinh trung ương như MS và NMOSD chiếm ưu thế với tỉ lệ lên tới 63% bệnh nhân viêm tủy^{1,2} và có thể gây ra tổn thương tủy sống không hồi phục.

Biểu hiện lâm sàng của MS và NMOSD rất đa dạng, chồng lấp nhiều và khó phân biệt với nhau. Các phân tích đa trung tâm trước đây cho thấy 29% đến 42,5% bệnh nhân mắc NMOSD đã bị chẩn đoán nhầm thành MS,^{3,4} điều này có thể dẫn đến việc điều trị liệu pháp miễn dịch không phù hợp và góp phần gia tăng tình trạng tàn phế. Chính vì vậy, chẩn đoán xác định nguyên nhân đặc hiệu của viêm tủy mất myelin là quan trọng trong cải thiện kết cục.

Tại Việt Nam, dữ liệu về sự khác biệt về đặc điểm

viêm tủy giữa MS và NMOSD còn hạn chế. Do đó chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Dân số chọn mẫu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tủy do MS hoặc NMOSD nhập viện từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2023 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Những bệnh nhân được chẩn đoán viêm tủy do MS thỏa tiêu chuẩn McDonald 2017 hoặc NMOSD thỏa tiêu chuẩn của Hội đồng quốc tế về chẩn đoán NMO năm 2015.

Có triệu chứng lâm sàng phù hợp với tổn thương tủy sống.

Được chụp MRI tủy sống trong khoảng thời gian nghiên cứu (bao gồm cả MRI liên quan đến đợt tấn công và MRI trong giai đoạn thuyên giảm).

Tiêu chuẩn loại trừ:

Những bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa nặng.

Kèm các tình trạng ảnh hưởng tủy sống có thể gây nhiễu trong việc đánh giá tổn thương tủy như thoát vị đĩa đệm nặng, chấn thương cột sống, bất thường về cấu trúc giải phẫu cột sống hay tủy sống,...

Hình ảnh MRI tủy sống không đạt chất lượng hoặc không ghi nhận được hình ảnh.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ 01/2024 đến 08/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.

2.4. Cỡ mẫu của nghiên cứu: Lấy trọn

2.5. Phương pháp phân tích dữ liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Excel. Xử lý số liệu bằng ngôn ngữ lập trình R phiên bản 4.4.0. Biến số định tính được trình bày theo tần số và tỉ lệ phần trăm, phân tích bằng kiểm định Chi bình phương hoặc kiểm định chính xác Fisher. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (phân phối lệch), phân tích bằng kiểm định T độc lập (phân phối chuẩn) hoặc kiểm định phi tham số Mann-Whitney (phân phối lệch). Các biến định lượng được kiểm định phân phối bằng phép kiểm Shapiro Wilk. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

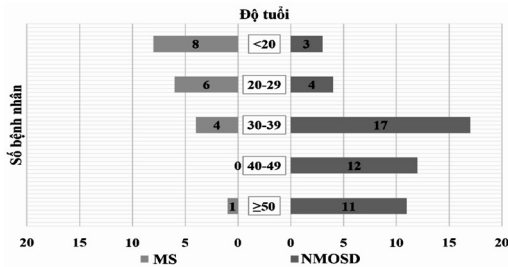
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giới tính

Bệnh nhân ở hai nhóm đa số đều là giới nữ, tuy nhiên tỉ lệ giới nữ ở nhóm NMOSD cao hơn nhóm MS có ý nghĩa thống kê (95,8% so với 52,6%, $p < 0,001$).

3.2. Tuổi khởi phát

Tuổi khởi phát bệnh ở bệnh nhân NMOSD cao hơn MS ($p < 0,001$): nhóm MS thường khởi phát sớm lúc trẻ (trung vị 23 tuổi) trong khi nhóm NMOSD thường mắc bệnh trễ hơn ở độ tuổi trung niên (trung vị 39 tuổi).



3.3. Đặc điểm lâm sàng

	MS	NMOSD	Giá trị p
Kiểu hình lúc khởi phát - n (%)			
Viêm dây thần kinh thị một bên	2 (10,5)	10 (23,3)	0,156
Viêm dây thần kinh thị hai bên	0	1 (2,33)	
Viêm tủy	8 (42,1)	21 (48,8)	
Viêm dây thần kinh thị và viêm tủy	1 (5,26)	5 (11,6)	
Khác	8 (42,1)	6 (14)	
Viêm dây thần kinh thị - n (%)			
Không có	12 (63,2)	24 (50)	0,055
Một bên	7 (36,8)	13 (27,1)	
Hai bên	0	11 (22,9)	
Tổng sức cơ tứ chi - trung vị [khoảng tứ vị]	20 [17;20]	16 [13;18]	0,002
Rối loạn cảm giác - n (%)			
Không có	5 (26,3)	4 (8,9)	0,004
Có nhưng không xuất hiện bằng cảm giác	10 (52,6)	12 (26,7)	
Có bằng cảm giác	4 (21,1)	29 (64,4)	
Rối loạn đi tiểu - n (%)			
Không có	12 (63,2)	20 (42,6)	0,009
Có nhưng không cần đặt thông tiểu	7 (36,8)	12 (25,5)	
Cần đặt thông tiểu	0	15 (31,9)	
Phân xạ gân cơ (PXGC) - n (%)			
Giảm PXGC	0	6 (14)	0,27
PXGC 2+	4 (21,1)	8 (18,6)	
Tăng PXGC	15 (78,9)	29 (67,4)	

Các bệnh nhân MS có tổng sức cơ tứ chi cao hơn NMOSD có ý nghĩa thống kê (trung vị 20 so với 16). Bên cạnh đó, hai nhóm còn có sự khác biệt về rối loạn cảm giác: nhóm MS thường có bất thường cảm giác nhưng không xuất hiện bằng cảm giác, ngược lại, nhóm NMOSD thường xuất hiện bằng cảm giác hơn. Nhóm MS thường không có rối loạn đi tiểu, nếu có thì không cần đặt thông tiểu, trong khi nhóm NMOSD thường cần đặt thông tiểu.

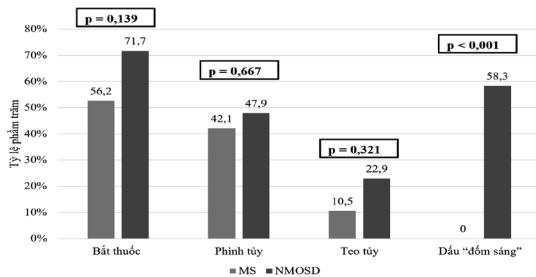
3.4. Dịch não tủy

	MS	NMOSD	Giá trị p
Số lượng tế bào (tế bào/mm ³)	4,5 [4;7,5]	11 [6;25]	0,009
Protein (mg/dL)	32,5 [27,6;35,0]	43,5 [36,8;56,8]	< 0,001
Tỉ số đường dịch não tủy/máu	0,68 [0,66;0,76]	0,56 [0,5;0,64]	< 0,001
OCB dương tính (n/N; %)	7/19; 36,8	1/37; 2,7	0,002

Số lượng tế bào của bệnh nhân NMOSD cao hơn MS có ý nghĩa thống kê. Tất cả trường hợp trong nhóm MS đều có số lượng dưới 50 tế bào/mm³, trong khi 10,8% trường hợp trong nhóm NMOSD có nhiều hơn 50 tế bào/mm³. Protein trong dịch não tủy của các ca NMOSD cũng cao hơn MS, trong đó 5,6% các ca MS có tăng protein dịch não tủy, nhưng tỉ lệ này trong nhóm NMOSD lên tới 45,9%. OCB trong dịch não tủy của nhóm MS có tỉ lệ dương tính cao hơn đáng kể so với nhóm NMOSD.

3.5. MRI tủy sống

	MS	NMOSD	Giá trị p
Vị trí theo chiều ngang - n (%)			
Trung tâm	0	11 (22,9)	< 0,001
Ngoại biên	8 (42,1)	3 (6,25)	
Cả hai	11 (57,9)	34 (70,8)	
Vị trí theo chiều dọc - n (%)			
Tủy cổ	7 (36,8)	10 (20,8)	0,049
Tủy ngực	4 (21,1)	20 (41,7)	
Tủy cổ + ngực	6 (31,6)	18 (37,5)	
Tủy cổ + ngực + thắt lưng	2 (10,5)	0	
Độ dài tổn thương (số đốt sống)	2 [1,5;2]	6 [3,75;8]	< 0,001
Số lượng tổn thương	2 [1;4,5]	1 [1;1]	< 0,001



Các tổn thương tủy trong nhóm MS chủ yếu nằm ở vùng ngoại biên và tủy cổ. Ngược lại, tổn thương trong nhóm NMOSD thường thấy ở vùng trung tâm tủy và tủy ngực. Những bệnh nhân MS thường có nhiều hơn một tổn thương với độ dài ngắn hơn 3 đốt sống, trong khi bệnh nhân NMOSD phần lớn chỉ có một tổn thương và có độ dài hơn 3 đốt sống. Cuối cùng, dấu "đốm sáng" xuất hiện ở hơn 50% trường hợp NMOSD, trong khi không có ở bất kỳ trường hợp nào của nhóm MS.

3.6. Đợt tấn công đầu tiên

Với mục tiêu chẩn đoán phân biệt sớm tình trạng viêm tủy do MS hay do NMOSD, chúng tôi tiến hành phân tích riêng các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong đợt tấn công đầu tiên của hai nhóm, trong đó có 7 ca MS và 12 ca NMOSD. Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt nào có ý nghĩa thống kê về triệu chứng lâm sàng và dịch não tủy giữa hai nhóm trong đợt tấn công đầu tiên. Về MRI tủy sống, có sự khác biệt có ý nghĩa ở 3 đặc điểm: độ dài tổn thương tủy trong nhóm NMOSD dài hơn MS (trung vị 6,5 so với 2 đốt sống, $p = 0,005$) và có tỉ lệ bất thuốc cao hơn (90% so với 28,6%, $p = 0,035$), dấu "đốm sáng" chỉ gặp ở nhóm NMOSD ($p = 0,017$).

IV. BÀN LUẬN

Nhóm NMOSD có tỉ lệ nữ giới cao hơn kèm với tuổi khởi phát bệnh lớn hơn đáng kể so với nhóm MS. Điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu từ nhiều quốc gia khác nhau. Trong một bài phân tích tổng hợp của Mohammed Alqwaify và cộng sự⁵ bao gồm 23 nghiên cứu từ 10 quốc gia (Trung Quốc, Hàn Quốc, Nhật Bản, Ấn Độ, Pháp, Mỹ La-tinh, Malaysia, Đài Loan, Anh và Mỹ), các tác giả đều thấy rằng bệnh nhân NMOSD có nhiều xu hướng là nữ giới hơn và lớn tuổi hơn so với bệnh nhân MS. Nguyên nhân của sự khác biệt này chưa được hiểu rõ, có lẽ liên quan đến cơ chế bệnh sinh khác nhau. NMOSD chủ yếu là bệnh lý của tế bào hình sao chứ không chỉ đơn thuần là bệnh lý mất myelin, trong khi MS đặc trưng bởi sự tổn thương của tế bào ít nhánh và mất myelin. Ngoài ra, các rối loạn tự miễn khác như lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng kháng phospholipid hay hội chứng Sjögren đã được báo cáo ở 25-40% bệnh nhân NMOSD huyết thanh dương tính.⁶ Những rối

loạn đi kèm này góp phần làm phức tạp thêm tình trạng lâm sàng dẫn đến sự trì hoãn trong quá trình chẩn đoán. Điều này có thể liên quan đến độ tuổi lớn hơn ghi nhận được trong nhóm NMOSD vì bệnh nhân ban đầu có thể biểu hiện các triệu chứng do các rối loạn tự miễn khác trước khi được chẩn đoán chính xác là NMOSD.

Những bệnh nhân NMOSD có triệu chứng bất thường nặng hơn so với MS: mức độ yếu chi nặng hơn, tỉ lệ có băng cảm giác cao hơn và tỉ lệ rối loạn đi tiểu cần đặt thông tiểu nhiều hơn. Có thể thấy quá trình viêm trong NMOSD xảy ra mạnh mẽ hơn và có xu hướng lan tỏa rộng hơn MS, gây ra nhiều khiếm khuyết thần kinh cũng như nguy cơ tàn phế lâu dài cao hơn và tăng gánh nặng đáng kể cho bệnh nhân và người chăm sóc. Tác giả Xiaoyu Ma và cộng sự⁷ ghi nhận rằng sau thời gian bệnh 60 tháng, gần 40% bệnh nhân sẽ mù một mắt và 10% sẽ mù cả hai mắt. Đến khi thời gian bệnh 75 tháng, 18% bệnh nhân sẽ mù hai bên vĩnh viễn, 34% sẽ khiếm khuyết vận động vĩnh viễn, 23% sẽ phải ngồi xe lăn và 9% sẽ tử vong.⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số tế bào dịch não tủy của hai nhóm có thể bình thường hoặc tăng nhẹ, nhưng nhìn chung tế bào ở nhóm NMOSD tăng cao hơn so với nhóm MS. Bên cạnh đó, protein của nhóm NMOSD cũng cao hơn MS đáng kể. Những sự chênh lệch này cũng được quan sát thấy trong nghiên cứu của Laura Clarke và cộng sự.⁸ Sự tăng tế bào và protein dịch não tủy trong NMOSD cao hơn MS có ý nghĩa thống kê với các tỉ lệ lần lượt là 51% so với 11% và 45% so với 8% ($p < 0,001$).⁸ Thông qua hai chỉ số trên, một lần nữa chứng minh phản ứng viêm trong NMOSD xảy ra mạnh mẽ hơn MS. Tỉ lệ OCB dương tính trong nhóm MS của chúng tôi cao hơn đáng kể so với nhóm NMOSD. Sự khác biệt này cũng được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của Laura Clarke và cộng sự⁸ (73% so với 19%; $p < 0,001$). Nguyên nhân là do sự khác nhau về cơ chế bệnh sinh của hai bệnh. MS là bệnh lý viêm mất myelin của hệ thần kinh trung ương nguyên phát, trong đó các kháng thể IgG tìm thấy trong dịch não tủy được sản xuất từ tế bào B tại nội tủy. Ngược lại, NMOSD là bệnh lý mất myelin thứ phát sau phá hủy trực tiếp tế bào hình sao bởi kháng thể kháng AQP4, các IgG trong dịch não tủy có nguồn gốc chủ yếu từ tuần hoàn hệ thống.

Chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về vị trí tổn thương, độ dài và số lượng tổn thương giữa hai nhóm. Tuy nhiên, trong bài phân tích của Mohammed Alqwaify và cộng sự,⁵ giữa hai nhóm không có sự khác biệt đáng kể về các tổn thương ở trung tâm ($p = 0,17$), tuy nhiên nhóm NMOSD có nguy cơ tổn thương ngoại biên thấp hơn MS ($p = 0,04$). Về vị trí theo chiều dọc, các tác giả thấy rằng không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về tổn thương tủy cổ ($p = 0,59$) và tủy ngực ($p = 0,71$). Bên cạnh đó, cũng không có sự

khác biệt về số lượng tổn thương trên mỗi bệnh nhân ($0 = 0,87$), tuy nhiên độ dài của các tổn thương tủy cao hơn đáng kể ở nhóm NMOSD so với nhóm MS ($p < 0,00001$).⁵ Như vậy, không thể dựa vào vị trí và số lượng tổn thương để làm tiêu chí phân biệt hai bệnh vì các kết quả không đồng nhất giữa các nghiên cứu. Chỉ có độ dài tổn thương là yếu tố tin cậy để phân biệt hai bệnh.

V. KẾT LUẬN

Viêm tủy do MS và NMOSD là bệnh lý tự miễn có thể gây tổn thương tủy vĩnh viễn dẫn đến sự tàn phế nghiêm trọng, đặc biệt là khi không được điều trị sớm và thích hợp. Phản ứng viêm và mức độ tổn thương của bệnh nhân NMOSD thường nặng hơn MS. Ngoài kháng thể AQP4-IgG đặc hiệu cho NMOSD, các đặc điểm tổn thương trên MRI tủy sống như độ dài tổn thương và dấu “đốm sáng” có thể giúp chẩn đoán phân biệt hai bệnh. Sự kết hợp các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có hiệu quả trong việc chẩn đoán để có chiến lược điều trị phù hợp sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Presas-Rodríguez S, Grau-López L, Hervás-García JV, et al. Myelitis: Differences between multiple sclerosis and other aetiologies. *Neurologia*. 2016;31(2):71-75. doi:10.1016/j.nrl.2015.07.006.
2. Bourre B, Zéphir H, Ongagna JC, et al. Long-term follow-up of acute partial transverse myelitis. *Arch Neurol*. 2012;69(3):357-362. doi:10.1001/archneurol.2011.949.
3. Mealy MA, Wingerchuk DM, Greenberg BM, et al. Epidemiology of neuromyelitis optica in the United States: a multicenter analysis. *Arch Neurol*. 2012; 69(9): 1176-1180. doi:10.1001/archneurol.2012.314.
4. 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*. 2012;9:14. doi:10.1186/1742-2094-9-14.
5. Alqwaify M, Althobaiti AH, AlAibani NS, et al. Patterns of Adult Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder Patients Compared to Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 2023;15(10):e47565. doi:10.7759/cureus.47565.
6. 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*. 2023; 270(7): 3341-3368. doi:10.1007/s00415-023-11634-0.
7. Ma X, Kermode AG, Hu X, et al. Risk of relapse in patients with neuromyelitis optica spectrum disorder: Recognition and preventive strategy. *Mult Scler Relat Disord*. 2020;46doi:10.1016/j.msard.2020.102522.
8. Clarke L, Arnett S, Bukhari W, et al. MRI Patterns Distinguish AQP4 Antibody Positive Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder From Multiple Sclerosis. *Front Neurol*. 2021;12doi:10.3389/fneur.2021.722237.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ĐỊNH

Bùi Chí Anh Minh¹,

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng tại các khoa ngoại Bệnh viện Đa khoa Nam Định.

Phương pháp: Nghiên cứu định tính mô tả được thực hiện thông qua phỏng vấn bán cấu trúc với các điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh phẫu thuật tại các khoa ngoại. Đối tượng được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích. Dữ liệu được ghi âm, phiên mã và phân tích theo phương pháp phân tích nội dung nhằm xác định các chủ đề liên quan đến sự tuân thủ phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Các rào cản chính bao gồm khối lượng công việc lớn, thiếu nhân lực và hạn chế về cơ sở vật chất. Bên cạnh đó, nhận thức của điều dưỡng, các chương trình đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn, sự hỗ trợ của lãnh đạo khoa và sự phối hợp trong nhóm chăm sóc là những yếu tố thúc đẩy sự tuân thủ.

Kết luận: Sự tuân thủ phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố liên quan đến cá nhân, điều kiện làm việc và môi trường tổ chức. Việc nhận diện các yếu tố này giúp đề xuất các giải pháp nâng cao hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn và chất lượng chăm sóc người bệnh phẫu thuật.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ; tuân thủ của điều dưỡng; phòng ngừa nhiễm khuẩn; hướng dẫn thực hành lâm sàng; Khoa ngoại.

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Anh Minh
Email: minhbmnoihdd@gmail.com

Mã bài: D077

Ngày nhận bài: 15/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/3/2026

Ngày duyệt bài: 15/4/2026