

hơn (OR=2,5, 95%CI: 1,1 – 6,0). Kết quả tương tự được tác giả Vũ Thị Dung báo cáo năm 2021 với tỉ lệ loãng xương ở nhóm sinh từ 3 con trở lên là 71% và nhóm sinh dưới 3 con là 56,1% [4]. Nhiều tác giả cho rằng hoạt động thể lực là yếu tố bảo vệ để duy trì khối lượng xương. Trong nghiên cứu, những người không hoạt động thể lực có nguy cơ loãng xương tại cột sống thắt lưng nhiều gấp 3,7 lần so với những người có hoạt động thể lực (OR=3,7, 95%CI: 1,3 – 10,4). Theo nghiên cứu của Feskanich D năm 2002 tại Mỹ trên 61.000 phụ nữ mãn kinh, kết quả cũng cho thấy nhóm phụ nữ đi bộ ít nhất 4 giờ/tuần giảm được 40% nguy cơ gãy cổ xương đùi so với nhóm đi bộ dưới 1 giờ/tuần [7][9]. Kết quả của một số nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa mật độ xương và đường máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những phụ nữ bị đái tháo đường có tỉ lệ loãng xương là 73,9%, cao hơn so với tỷ lệ loãng xương của nhóm phụ nữ không bị đái tháo đường (37,5%). Mặc dù có rất nhiều nghiên cứu về cơ chế đái tháo đường gây loãng xương nhưng cho đến nay vấn đề này vẫn còn gây nhiều tranh cãi. Theo kết quả nghiên cứu, những bệnh nhân có rối loạn lipid máu có tỉ lệ loãng xương cao hơn so với người có chỉ số này ở mức bình thường (60% so với 28,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn phụ nữ sau mãn kinh tới khám tại Khoa khám bệnh bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh hóa bị loãng xương hoặc giảm mật độ xương. Tỉ lệ loãng xương tại cổ xương đùi là 23,4%, loãng

xương tại cột sống thắt lưng là 52,1% và 55,3% số bệnh nhân có loãng xương ít nhất tại một trong hai vị trí. Các yếu tố làm tăng nguy cơ loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh bao gồm: độ tuổi từ 60 trở lên, mãn kinh trên 10 năm, sinh nhiều hơn 2 con, hoạt động thể lực dưới 4 giờ mỗi tuần và rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2018), Bệnh học nội khoa - Loãng xương, Nhà xuất bản Y học.
2. Nader Salari, Hooman Ghasemi, Loghman Mohammadi và các cộng sự. (2021), "The global prevalence of osteoporosis in the world: a comprehensive systematic review and meta-analysis", Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 16(1), tr. 609.
3. Nguyễn Văn Tuấn (2019), "Loãng xương thâm lạng nguy hiểm ở Việt Nam chỉ có 1%-5% bệnh nhân loãng xương được điều trị".
4. Vũ Phương Dung (2021), Thực trạng loãng xương và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi đến khám bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, Chuyên ngành Nội - Lão khoa, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. M. M. Pinheiro, E. T. Reis Neto, F. S. Machado và các cộng sự. (2010), "Risk factors for osteoporotic fractures and low bone density in pre and postmenopausal women", Rev Saude Publica, 44(3), tr. 479-85.
6. Hoàng Văn Dũng (2017), Nghiên cứu mật độ xương, các yếu tố nguy cơ loãng xương, sự thay đổi một số dấu ấn chu chuyển xương ở phụ nữ sau mãn kinh được bổ sung sữa đậu nành có tăng cường vitamin D và Canxi tại cộng đồng, Học viện Quân Y.
7. D. Feskanich, W. Willett và G. Colditz (2002), "Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women", Jama, 288(18), tr. 2300-6.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA PHỔ BỆNH VIÊM TỦY THỊ THẦN KINH

Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}, Nguyễn Văn Sỹ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh (NMOSD). **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu 42 bệnh nhân được điều trị tại trung tâm Thần kinh bệnh viện Bạch Mai và được chẩn đoán xác định NMOSD. **Kết quả:** Bệnh chủ yếu gặp nữ giới (80,1%), tỉ lệ nữ/ nam \approx 4:1. Tuổi

khởi phát trung bình: $36,3 \pm 12,1$. Bệnh kèm thêm các bệnh tự miễn khác 15,2%. Có 90,5% bệnh nhân tái phát bệnh. Triệu chứng thường gặp: giảm thị lực 2 bên 45,2 %, liệt vận động và rối loạn cảm giác gặp 90,5%, rối loạn tiểu tiện 66,7%, ngoài ra triệu chứng gặp tỷ lệ thấp hơn như cơn co cứng tăng trương lực cơ 19%, tổn thương tiểu não 14,2%, liệt dây thần kinh sọ não 19%, nôn, nấc 23.8%. Bệnh nhân được chẩn đoán NMOSD dựa trên xét nghiệm kháng thể kháng aquaporin 4 với có tổn thương viêm tủy cấp và viêm thị thần kinh 83,3%, tổn thương khu vực gây nôn 11,9%, hội chứng thân não/tiểu não 14,3%, viêm thị thần kinh đơn thuần 4,8%, hội chứng khu vực gian não 4,8%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng tương ứng với những tổn thương tủy sống cấp tính, viêm thị thần kinh, ngoài ra còn gặp tổn thương ở thân não, gian não và não bán cầu.

¹Bệnh viện Bạch Mai

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

³Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2022

Ngày duyệt bài: 21.10.2022

Từ khóa: Viêm tủy thị thần kinh, Phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh, Cộng hưởng từ.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF THE NEUROMYELITIS OPTICA SPECTRUM DISORDER

Objective: To describe the clinical features of neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD). **Subjects and methods:** We studied 42 patients who were treated at the Neurology Center of Bach Mai hospital and were diagnosed with NMOSD. **Results:** The disease mainly affects women (80.1%), female/male ratio of 4:1. Mean age of onset was 36.3 ± 12.1 . The comorbidities with other autoimmune diseases are 15.2%. There were 90.5% of patients relapsed. Common symptoms are a loss of bilateral visual acuity 45.2%, motor paralysis and sensory disturbances 90.5%, urination disorder 66.7%, in addition, other symptoms are less common such as involuntary muscle contractions 19%, cerebellar damage 14.2%, cranial nerve palsy 19%, vomiting, hiccups 23.8%. Patients were diagnosed with NMOSD based on anti-aquaporin 4 antibody test with acute myelitis and optic neuritis 83.3%, Postrema area 11.9%, brain stem/cerebellar syndrome 14.3%, simple optic neuritis 4.8%, diencephalic lesions 4.8%. **Conclusion:** Clinical symptoms correspond to acute spinal cord injury, and optic neuritis, in addition, there are lesions in the brainstem, diencephalic and cerebral hemispheres.

Keywords: Neuromyelitis Optica, Neuromyelitis Optica spectrum disorder, Magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tủy thị thần kinh là một rối loạn viêm tự miễn của hệ thần kinh trung ương, được đặc trưng bởi tổn thương mất myelin và sợi trục, đáp ứng qua trung gian miễn dịch, tác động chủ yếu đến dây thần kinh thị giác và cột tủy, ngoài ra còn có thể tổn thương ở vùng gian não, thân não và cả bán cầu não[3]. Trong viêm tủy thị thần kinh và phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh được thống nhất gọi chung năm 2015 là phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh (NMOSD), có kháng thể đặc hiệu với kháng nguyên đích (aquaporin 4, kênh ưa nước ở chỗ tận cùng chân của tế bào hình sao) có độ đặc hiệu cao quanh màng não thất, cấu trúc liên quan đến hàng rào máu não [3]. Đặc biệt theo thời gian bệnh gây nên tích lũy tàn phế về thần kinh và gây tổn thất rất lớn về kinh tế.

Ở Việt Nam viêm tủy thị thần kinh (thường gọi bệnh Devic) được biết chỉ tổn thương thị giác và tủy sống nhưng những năm gần đây người ta mới biết rõ bệnh NMOSD nhờ dựa vào cộng hưởng từ và xét nghiệm IgG AQP4 (aquaporin4), nhưng rất hiếm có công trình nào đi sâu nghiên cứu lâm sàng bệnh này. Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu:

+ Tất cả bệnh nhân (BN) người lớn từ 18 tuổi trở lên, đều được chụp cộng hưởng từ (MRI) não và tủy sống và được làm xét nghiệm kháng thể kháng aquaporin 4.

+ Tất cả bệnh nhân đều đáp ứng đủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán quốc tế NMOSD năm 2015 dựa trên lâm sàng, tổn thương trên cộng hưởng từ và có hoặc chưa có kháng thể kháng aquaporin 4 dương tính[8]:

* Đối với bệnh nhân có IgG AQP4 dương tính:

Chẩn đoán xác định NMOSD nếu có ít nhất 1/6 đặc điểm lâm sàng chính sau:

1. Viêm thị thần kinh hoặc 2.Viêm tủy cấp hoặc 3.Hội chứng khu vực gây nôn (area postrema syndrome) với những giai đoạn nấc hoặc buồn nôn và nôn không giải thích được hoặc 4.Hội chứng thân não cấp hoặc 5.Triệu chứng ngủ rũ hoặc hội chứng lâm sàng vùng gian não cấp tính với tổn thương điển hình NMOSD ở vùng gian não trên cộng hưởng từ hoặc 6.Hội chứng có các triệu chứng tương ứng với tổn thương não điển hình của NMOSD.

* Đối với bệnh nhân có IgG AQP4 âm tính: phải $\geq 2/6$ đặc điểm lâm sàng cốt lõi trên (trong đó phải có ≥ 1 đặc điểm sau: viêm dây thần kinh thị giác hoặc viêm tủy cấp tính có độ dài của tổn thương ≥ 3 đốt sống hoặc khu vực gây nôn (area postrema syndrome).

- Phương pháp nghiên cứu:

+ Cỡ mẫu lấy theo mẫu thuận tiện từ 1/2020-8/2021.

+ Mức độ tàn tật theo thang điểm EDSS (an expanded disability status scale), chia 2 mức độ chính < 6 điểm và ≥ 6 điểm (bệnh nhân này cần sự giúp đỡ của người xung quanh, và phải hạn chế vận động trên xe lăn, trên giường) [5].

+ Cộng hưởng từ (MRI) não hoặc tủy sống hoặc dây thần kinh thị giác hoặc phổi hợp phải có bất thường và bất thường thường ở vị trí tương xứng với hội chứng lâm sàng chính như tổn thương tủy sống, mặt lưng hành tủy, quanh màng não thất ở thân não/ tiểu não, vùng dưới đồi, chất trắng sát sừng chẩm não thất bên, dây thần kinh thị giác.

+ Chụp cộng hưởng từ bằng máy có độ phân giải 1,5 Tesla. Chúng tôi chia 2 nhóm: độ dài tổn thương tủy dài dưới 3 đốt sống và từ 3 đốt sống trở lên.

+ Xét nghiệm kháng thể kháng AQP4: Tất cả bệnh nhân đều được xét nghiệm AQP4 – IgG tại Laboratory: Green Cross Laboratories. Address 107, Ihyeonro 30beon-gil, Giheng-gu, Yongin-Si,

Gyeonggi-do, Korea. Tell +82-31-280-9908 Bệnh phẩm: Huyết thanh. Phương pháp: Indirect immunofluorescence. Thuốc thử: Anti-Aquaporin-4 IIFT (Euroimmun). Thông qua Labo xét nghiệm Kỹ thuật cao tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tuổi và giới của bệnh nhân phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới

Nhóm tuổi	Giới		Tổng số	Tỷ lệ %
	Nữ	Nam		
<20	0	1	1	76,2
20 – 29	7	0	7	
30 – 39	6	3	9	
40 – 49	12	3	15	
50 – 59	8	1	9	23,8
≥ 60	1	0	1	
Tổng	34	8	42	100

Nhận xét: Tỷ lệ BN ở lứa tuổi dưới 50 gặp nhiều (76,2%) và có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với nhóm ≥ 50 tuổi (P=0,000). Nữ gặp 34 BN (81,0%) và có sự khác nhau rõ rệt giữa nữ giới và nam giới (p=0,000). Tỷ lệ nữ/nam=34/8≈ 4:1.

3.1.2. Các bệnh kèm theo

Bảng 2. Các bệnh kèm theo

Yếu tố kèm theo	Giới		Tổng	Tỷ lệ %
	Nữ	Nam		
ANA dương tính	3	0	3	7,1
Dị ứng nhiều loại kháng sinh	1	0	1	2,4
Cường giáp	1	1	2	4,8
Thalassemia	1	0	1	2,4
Tiền sử Lao phổi	0	1	1	2,4
Cổ Thai	1	0	1	2,4
Tổng số	6	2	8	15,2

Nhận xét: Có 3 bệnh nhân ghi nhận có kháng thể kháng nhân dương tính và 2 bệnh nhân có bệnh cường giáp kèm theo.

3.1.4. Tính chất khởi phát

Bảng 3: Tính chất khởi phát

Tính chất khởi phát	Số BN	Tỷ lệ %
Cấp tính (dưới 1 tuần)	27	64,3
Bán cấp (1 tuần đến 1 tháng)	15	35,7
Mạn tính từ 1 tháng trở lên	0	0
Tổng số	42	100

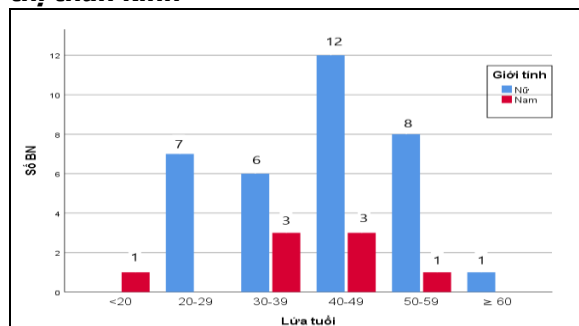
3.1.6. Mức độ tàn tật của bệnh nhân lúc nhập viện

Bảng 5. Mức độ tàn tật của bệnh nhân theo thang điểm Kurtzke

	Điểm EDSS									Điểm trung bình
	3,0	3,5	4	5	6	6,5	7	8	9	
Số BN	6	8	8	5	5	3	3	3	1	

Nhận xét: Tất cả BN khởi phát trong vòng 1 tháng (100%)

3.1.3. Tuổi khởi phát phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh



Biểu đồ 1. Tuổi khởi phát bệnh

Nhận xét: Tuổi khởi phát trung bình: 36,3 ± 12,1; chủ yếu < 50 tuổi (84,1%) (P=0,000). Bệnh nhân khởi phát muộn nhất 63 tuổi.

3.1.5. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng của NMOSD

Triệu chứng	Tổng (N=42)	Tỷ lệ %
Tổn thương thị giác	29	69,0
Giảm thị lực 1 bên	10	23,8
Giảm thị lực 2 bên	19	45,2
Liệt vận động	38	90,5
Rối loạn cảm giác	38	90,5
Rối loạn cơ tròn	28	66,7
Liệt dây thần kinh sọ não	8	19,0
Nôn, nấc	10	23,8
Tổn thương tiểu não	6	14,2
Cơ co cứng cơ	8	19,0
Cơn động kinh	0	0,0
Dấu hiệu L’Hermitte	2	4,8

Tổn thương thị giác giai đoạn toàn phát 29 BN (69%). Tổn thương thị giác gặp giảm thị lực 2 bên chiếm 45,2 %. Liệt vận động và rối loạn cảm giác gặp nhiều 90,5%. Tổn thương ở trung tâm nôn, nấc 23,8%.

- Tất cả bệnh nhân có thời gian bị bệnh từ năm thứ 2 (24/42) trong đó ≥2 đợt chiếm 24/38 BN (p= 0,015, risk estimate = 0,0778) (OR 0,608-0,996), đều là những bệnh nhân có ít nhất một đợt tái phát, và có 4 bệnh nhân bị đợt đầu tiên. Trong số 38 (90,5%) bệnh nhân có đợt tái phát, 23 (54,8%) bệnh nhân tái phát trong năm đầu tiên bị bệnh, 31 (73,8%) tái phát trong 2 năm đầu bị bệnh.

Tỉ lệ %	14,3	19	19	11,9	11,9	7,1	7,1	7,1	2,4	
Điểm EDSS	27 (64,3%)				15 (35,7%)				4,9±1,7	
P	= 0,000 (95%CI: 1,21-1,51)									

Nhận xét: Mức độ tàn tật theo thang điểm EDSS ≥ 6 điểm chiếm 35,7% tổng số bệnh nhân ($p < 0,05$), nhưng những bệnh nhân này cần sự giúp đỡ của người xung quanh, trong đó có 4 BN không tự vận động mà phải hạn chế vận động trên xe lăn, trên giường (9,1%). Điểm EDSS trung bình $4,9 \pm 1,7$.

3.2. Chẩn đoán bệnh nhân phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh

3.2.1. Chẩn đoán phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh ở bệnh nhân có kháng thể kháng Aquaporin 4 dương tính. Bệnh nhân NMOSD xét nghiệm kháng thể kháng Aquaporin 4 dương tính (88,1%): 37/42BN ($p = 0,000$)

Bảng 6: Chẩn đoán phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh dựa vào kháng thể kháng aquaporin 4 dương tính (37 BN)

Hội chứng lâm sàng	Tổn thương trên MRI và hội chứng lâm sàng kèm theo	Số BN	Tỷ lệ %
Viêm tủy cấp	MRI tủy ≥ 3 đốt sống	25	59,5
	MRI tủy < 3 đốt sống kèm:	6	14,3
	- Viêm thị thần kinh cấp	5	11,9
	- Hội chứng lâm sàng khu vực gáy nôn (Hành tủy)	3	7,1
	- Hội chứng thân não/tiểu não	2	4,8
Viêm thị thần kinh cấp	MRI tổn thương thị giác cấp tính	2	4,8
Tổn thương não	- Hội chứng lâm sàng khu vực gáy nôn (Hành tủy)	2	4,8
	- Hội chứng thân não/tiểu não	2	4,8
Tổng số		37	88,1

Nhận xét: Bệnh nhân xét nghiệm AQP4-IgG dương tính có 25 BN (59,5%) tổn thương tủy từ 3 đốt sống trở lên, nhưng nếu chỉ tổn thương tủy thì chiếm 25/36 BN = 69,4%. Có 2 BN viêm thị thần kinh cấp tính có tổn thương dây thần kinh thị giác trên cộng hưởng từ (4,8%).

3.2.2. Chẩn đoán phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh ở bệnh nhân có kháng thể kháng Aquaporin 4 âm tính

Bảng 7: Chẩn đoán phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh ở bệnh nhân có kháng thể kháng Aquaporin 4 âm tính (5 BN)

Hội chứng lâm sàng	Tổn thương trên MRI và tổn thương lâm sàng kèm theo	Số BN	Tỷ lệ %
Viêm tủy cấp (5 BN)	MRI tủy ≥ 3 đốt sống kèm:	5	11,9
	- Viêm thị thần kinh cấp	5	11,9
	- Hội chứng lâm sàng tổn thương thân não/tiểu não	2	4,8
	- Hội chứng lâm sàng tổn thương khu vực gian não	2	4,8

Nhận xét: Chúng tôi gặp 5 BN có AQP4-IgG âm tính nhưng cả 5 BN này đều tổn thương dây thần kinh thị giác trên lâm sàng và có viêm tủy cấp (độ dài tổn thương tủy đều từ ≥ 3 đốt sống).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh. Tỷ lệ bệnh nhân nữ là 81% và nam là 19%, nữ/nam = 34/8 \approx 4:1. Bệnh nhân nữ nhiều hơn nam. So với các nghiên cứu trên thế giới với tỷ lệ nữ/nam dao động từ 5,4 đến 9/1 tùy từng vùng địa lý, có thể thấy tỷ mắc bệnh NMOSD nữ cao hơn rất nhiều so với nam [3].

Tuổi trung bình của BN NMOSD gặp $40,6 \pm 12,1$. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 18 tuổi,

nhiều tuổi nhất 64 tuổi, và đa số bệnh nhân đều có độ tuổi dưới 50 gặp 76,2%. Tuổi khởi phát trung bình của bệnh nhân NMOSD $36,3 \pm 12,1$ với nhiều nhất ở nhóm tuổi 30 - 60 (78,5%) và độ tuổi lớn nhất là 63 tuổi, kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt so với tuổi khởi phát trung bình tại Mỹ là 41,1 theo Maureen A. Mealy và cộng sự trong một nghiên cứu đa trung tâm ($p = 0,015$) [7] và thấp hơn tuổi khởi phát trung bình tại đảo Hokkaido miền bắc nước Nhật 45,2 ($p = 0,000$) theo Hideki Houzen và cộng sự [3].

Đặc điểm tiến triển của bệnh: Kết quả nghiên cứu thu được có 4 bệnh nhân (9,5%) là khởi phát lần đầu, còn lại 38 bệnh nhân đều có ít nhất 1 đợt tái phát bệnh. Tần suất tái phát trung bình là 1,7 (95% CI: 1,3-2,1) đợt/năm. Tần suất

tái phát của phổ bệnh viêm tuỷ thị thần kinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ tại một số nơi, so với kết quả của Maureen A. Mealy và cộng sự tại Hoa Kỳ, tỉ lệ tái phát của phổ bệnh viêm tuỷ thị thần kinh là 0,5 (CI:0,3-0,8; p=0,000) [7].

Bệnh NMOSD là một bệnh tự miễn nên chúng có thể có liên quan đến các bệnh lý tự miễn khác. Theo Cree [3] có khoảng 40% bệnh nhân NMO bị rối loạn tự miễn dịch toàn thân, chẳng hạn như lupus ban đỏ hệ thống, Hội chứng Sjögren, kháng thể tương bào kháng bạch cầu quanh mạch (p-ANCA: perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibody): viêm mạch, bệnh nhược cơ, viêm tuyến giáp Hashimoto hoặc bệnh mô liên kết hỗn hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 7 bệnh nhân được làm kháng thể kháng nhân đánh giá các bệnh tự miễn khác kèm theo và có 3 BN (42,8% của tổng số bệnh nhân được làm) dương tính. Vì bệnh NMOSD là bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới và khởi phát trong độ tuổi sinh đẻ nên việc đánh giá ảnh hưởng giữa NMOSD và quá trình mang thai là rất cần thiết.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Chúng tôi ghi nhận có 29 bệnh nhân (69%) vào viện có triệu chứng tổn thương thị giác, tổn thương hai bên chiếm nhiều nhất 19 bệnh nhân (45,2%); có 5 (11,9%) bệnh nhân có triệu chứng đau vùng mắt. Tỷ lệ viêm thị thần kinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tại đảo Hokkaido phía bắc của Nhật là 36%[4], tương tự với tỷ lệ viêm dây thần kinh thị giác tại Mỹ theo Maureen A. Mealy và cộng sự 73,7%[7].

Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương bó tháp 38/42 (90,5%) đây là triệu chứng gặp nhiều nhất trong phổ bệnh viêm tuỷ thị thần kinh. Các tổn thương vùng bó tháp thường là các tổn thương tại tuỷ sống và thân não đây là hai vùng hay gặp trong phổ bệnh viêm tuỷ thị thần kinh. So với tỷ lệ tại các nghiên cứu khác thì tỷ lệ này tương tự tại Mỹ theo Maureen A. Mealy và cộng sự 95,7% [7]. Có 8 (19%) bệnh nhân có các cơn co cứng cơ gây đau do di chứng tổn thương tuỷ; 2 bệnh nhân có dấu hiệu L'Hermitte do tổn thương cột sau; 1 bệnh nhân lúc vào rối loạn ý thức suy hô hấp phải đặt ống nội khí quản thở máy do tổn thương tại hành - cầu não. Dấu hiệu rối loạn kích phát do các sợi trục bị khử myelin một phần tạo điều kiện cho việc tạo ra các xung thần kinh tự phát lạc chỗ, lan truyền theo chiều ngang đến các sợi trục khác trong các vùng sợi, cuối cùng biểu hiện thành các rối loạn kích phát: như dấu hiệu L'Hermitte, rối loạn cảm giác, loạn trương lực cơ, các cơn co cứng, cơn đau nửa mặt... Các

dấu hiệu này gặp trong cả bệnh xơ cứng rải rác và phổ bệnh viêm tuỷ thị thần kinh[6]. Theo Itay Lotan (2020) [6] nghiên cứu nhóm bệnh nhân NMOSD (n=219) ngẫu nhiên, 156 bệnh nhân có rối loạn kích phát, trong đó nhiều nhất là cảm giác bóng rật 106 (67,9%) bệnh nhân, cơn co rút cơ và tư thế bất thường 95 (60,9%), triệu chứng L'Hermitte 77 (49,4%).

Từ lúc khởi phát đến giai đoạn toàn phát có 17 bệnh nhân (40,5%) từng ghi nhận một đợt nôn, nấc kéo dài, có 8 (19,0%) bệnh nhân xuất hiện đợt này. Các trường hợp này chúng tôi ghi nhận triệu chứng nôn nấc kéo dài theo tiêu chí: kéo dài > 1 tuần và điều trị thuốc chống nôn không cải thiện hoặc cải thiện ít. Tỷ lệ triệu chứng nôn, nấc lúc vào viện 19% tương đương tỷ lệ triệu chứng nôn nấc kéo dài theo nghiên cứu tại Hokkaido (Nhật Bản) 3/14 (21%) [4].

Thang điểm đánh giá mức độ tàn tật của bệnh nhân EDSS lúc vào viện: điểm trung bình là $4,9 \pm 1,7$, cao hơn so với kết quả ở miền bắc Nhật Bản EDSS = 3,2 [4], Có tới 36,4% bệnh nhân có điểm EDSS ≥ 6 tương tự với kết quả của Lê Văn Thủy 25% (2020)[1], trong đó 4 bệnh nhân (EDSS từ 8 - 9) hạn chế vận động phải nằm trên giường hoặc nằm trên xe lăn, do tổn thương tại thân não hoặc đoạn tuỷ cổ cao kéo dài đến hành tuỷ, với mức độ tổn thương chiếm gần hết mặt ngang của hành tuỷ, trong đó có một bệnh nhân phải đặt ống nội khí quản và thở máy xâm nhập do tổn thương thân não.

Theo tiêu chuẩn quốc tế năm 2015, chúng tôi áp dụng chặt chẽ và nghiêm ngặt chẩn đoán NMOSD để tránh chẩn đoán nhầm và chẩn đoán dựa trên hội chứng lâm sàng chính và xét nghiệm AQP4-IgG dương tính (37 bệnh nhân) hoặc âm tính (5 bệnh nhân). Với bệnh nhân kháng thể AQP4-IgG âm tính, chúng tôi phải chẩn đoán phân biệt thêm các bệnh lý khác và đặc biệt là cần làm thêm kháng thể kháng MOG để loại trừ NMOSD do kháng thể kháng MOG gây ra. Tuy nhiên, một số trường hợp không phát hiện kháng thể AQP4-IgG trong lần đầu nhưng phát hiện kháng thể AQP4-IgG trong lần tái phát sau, do đó chúng ta có thể theo dõi bệnh nhân và làm xét nghiệm kháng thể khi xuất hiện lần tái phát tiếp theo[2],[8].

V. KẾT LUẬN

- Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới (80,1%), tỉ lệ nữ/ nam $\approx 4:1$. Tuổi khởi phát trung bình: $36,3 \pm 12,1$. 90,5% bệnh nhân có đợt tái phát.
- Triệu chứng thường gặp: giảm thị lực 2 bên 45,2 %, liệt vận động và rối loạn cảm giác gặp

hiều 90,5%, rối loạn tiểu tiện 66,7%, ngoài ra triệu chứng gập tỷ lệ thấp hơn như cơn cứng tăng trương lực cơ, tổn thương tiểu não, liệt dây thần kinh sọ não, nôn nấc. Điểm EDSS trung bình $4,9 \pm 1,7$.

- Bệnh được chẩn đoán NMOSD có tổn thương viêm tủy cấp và viêm thị thần kinh 83,3%, tổn thương khu vực gáy nôn (hành tủy) 11,9%. Hội chứng thân não/tiểu não 14,3%, viêm thị thần kinh đơn thuần 4,8%. Hội chứng khu vực gian não 4,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Thủy, Vũ Hồng Vân, Nguyễn Thị Hiền, Đỗ Thị Hà, Nguyễn Văn Hường. 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. Nghiên Cứu Y Học (Đại Học Y Hà Nội). 2020;134(10):248-256.
2. Bukhari W, Clarke L, O’Gorman C, et al. The clinical profile of NMOSD in Australia and New Zealand. Journal of Neurology. 2020/01/31 2020;doi:10.1007/s00415-020-09716-4
3. Cree BA, Hauser SL. Neuromyelitis Optica. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th Ed.: Mc Graw Hill Education; 2018, chapter 437.
4. Houzen H, Kondo K, Niino M, et al. Prevalence and clinical features of neuromyelitis optica spectrum disorders in northern Japan. Neurology. 2017;89(19):1995-2001. doi:10.1212/wnl.0000000000004611
5. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983;33:1444-1452.
6. Lotan I, Bacon T, Kister I, Levy M. Paroxysmal symptoms in neuromyelitis optica spectrum disorder: Results from an online patient survey. Mult Scler Relat Disord. Nov 2020;46:102578. doi:10.1016/j.msard.2020.102578
7. Mealy MA, Wingerchuk DM, Greenberg BM, Levy M. Epidemiology of neuromyelitis optica in the United States: a multicenter analysis. Archives of neurology. Sep 2012;69(9):1176-80. doi:10.1001/archneurol.2012.314
8. Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, et al. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. Neurology. 2015;85(2):177-189. doi:10.1212/WNL.0000000000001729

CẮT XƯƠNG CHỈNH TRỤC ĐẦU TRÊN XƯƠNG CHÀY ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA VEỎ TRONG KHỚP GỐI

Nguyễn Thành Chơn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hóa khớp gối thường khởi đầu ngắn trong khớp gối, tức mòn lớp sụn khớp lồi cầu trong và mâm chày trong. Thoái hóa ngắn trong nặng sẽ dẫn đến biến dạng veỏ trong khớp gối. Việc thay khớp gối toàn phần hiện nay còn nhiều điều hạn chế và phải hy sinh ngắn ngoài là điều không cần thiết. Chính vì vậy phẫu thuật cắt xương chỉnh trục là phương pháp phẫu thuật bảo tồn khớp thích hợp nhất cho những người trung niên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả dọc với các bệnh nhân thoái hóa veỏ trong khớp gối được mổ phương pháp cắt xương chỉnh trục. **Đối tượng nghiên cứu:** Từ 01/2006 đến 01/2016, tại BV SAI GON – ITO chúng tôi đã phẫu thuật cắt xương chỉnh trục cho 45 trường hợp thoái hóa veỏ trong, tuổi từ 45 đến 60. Theo dõi trung bình 7 năm (từ 6 tháng đến 10 năm). Đánh giá triệu chứng lâm sàng và hình ảnh thoái hóa trên Xquang. **Kết quả:** 38 trường hợp đến thời gian theo dõi vẫn còn tốt về mặt lâm sàng, đi đứng không đau. 7 trường hợp còn lại thỉnh thoảng đau mặt trước

khớp gối. Chưa có trường hợp nào phải thay khớp gối nhân tạo. Liên xương 100%. Gập duỗi gối hoàn toàn. Không xảy ra các biến chứng như nhiễm trùng, cứng khớp... **Kết luận:** Phương pháp cắt xương chỉnh trục đầu trên xương chày ít xảy ra biến chứng, kết quả liên xương tốt. Phục hồi chức năng khớp gối tốt, tầm vận động khớp tối đa. Phương pháp này thích hợp cho những người thoái hóa veỏ trong khớp gối mà tuổi chưa cao, nhu cầu đi lại nhiều

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, cắt xương chỉnh trục

SUMMARY

HIGH TIBIA OSTEOTOMY FOR VARUS OSTEOARTHRITIS KNEE

Introduction: Osteoarthritis knee is often occurred in medial compartment means erosion of cartilage in medial femoral condyle and tibia plateau. Total knee replacement still has many disadvantages and sacrificing of lateral femoral condyle is not necessary. High tibia osteotomy is a surgical technique that preserves of real knee joint, as a result it's better for young patients who have osteoarthritis in medial compartment knee. **Methods:** from 01/2006 to 01/2016, in SAI GON – ITO Hospital, we performed total 45 cases of varus osteoarthritis knee with high tibia osteotomy technique. Mean follow up 7 years (from 6 months to 10 years). Assessment on clinical and Xray features. **Result:** 38 cases are still good in clinical result, no pain – walking. 7 cases feel anterior

¹Bệnh viện Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Chơn

Email: drchonnguyen0079@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022