

các nghiên cứu trước đó.

Hạn chế của nghiên cứu: Việc tuyển chọn người tham gia trong độ tuổi từ đủ 18-30 không đại diện cho toàn bộ quần thể. Ngoài ra, các thông số sinh lý như BMI, nhịp tim, huyết áp đều được giới hạn ở mức bình thường. Vì các thông số này đều có ảnh hưởng đến nhiệt độ bề mặt da. Do đó, chúng tôi vẫn chưa có đủ cơ sở để kết luận những kết quả rút ra từ nghiên cứu có đúng ở các độ tuổi, mức BMI, nhịp tim, huyết áp và nhiệt độ trung tâm nằm ngoài giới hạn của nghiên cứu hay không.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện thể châm trên cả huyết bên trái và bên phải. Do đó, chúng tôi chưa so sánh được khác biệt về sự thay đổi nhiệt độ khi thể châm huyết bên trái so với huyết bên phải.

V. KẾT LUẬN

Thông qua việc ghi nhận sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da, nghiên cứu của chúng tôi gián tiếp cho thấy sự tồn tại của hệ thống kinh lạc và tác dụng "sơ thông kinh khí" của các Du huyết là có cơ sở khoa học nhất định. Tuy nhiên, cần nhiều nghiên cứu chuyên sâu hơn, sử dụng các phương tiện đo đạc tối tân hơn để cung cấp thêm bằng

chứng khoa học cho vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thanh Liêm, Trịnh Thị Diệu Thường.** Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ da vùng cổ gáy khi châm tả huyết Liệt khuyết thuộc nhóm lục tổng huyết. Y học thực hành. 2017; (6): tr.166-169.
2. **Vũ Thanh Liêm, Trịnh Thị Diệu Thường.** Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ da vùng thắt lưng khi châm tả huyết Uy trung thuộc nhóm lục tổng huyết. Y học thực hành. 2017; (7): tr.107-109.
3. **Trịnh Thị Diệu Thường.** Châm cứu học 1. NXB Y học. 2018: tr.23-32.
4. **Allen J, Mak SS, Begashaw M, et al.** Use of Acupuncture for Adult Health Conditions, 2013 to 2021: A Systematic Review. JAMA Network Open. 2022; 5(11): e2243665.
5. **Focks C.** Atlas of acupuncture. Elsevier. 2008: pp. 24, 369.
6. **Huang T, Huang X, Zhang W, et al.** The Influence of Different Acupuncture Manipulations on the Skin Temperature of an Acupoint. Evidence-Based CAM. 2013; 2013: 905852.
7. **Maciocia G.** The foundations of Chinese medicine: A comprehensive text. Elsevier. 2015: pp. 829-843.
8. **Whitehead Amy L., Julious Steven A., Cooper Cindy L., et al.** Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. J Stat Meth Med Res. 2016; 25(3): pp.1057-1073.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC TỤ KHÁNG THỂ CỦA VIÊM THỊ THẦN KINH

Đỗ Thị Hà¹, Nguyễn Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và các tụ kháng thể của bệnh viêm thị thần kinh ở người lớn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thị thần kinh theo tiêu chuẩn bộ y tế, 2015 tại Trung tâm thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai và khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học y Hà Nội từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,45 ± 15,28. Tỷ lệ nam/ nữ là 0,55. 100% bệnh nhân có triệu chứng giảm hoặc mất thị lực. 73,1% bệnh nhân có thị lực <5/10. Phù gai thị là đặc điểm tổn thương đáy mắt thường gặp nhất lúc nhập viện với 57,6% trường hợp. Thời gian tiềm sóng P100 kéo dài được ghi nhận ở 69,2% số mắt bệnh. AQP4-IgG có tỷ lệ dương tính cao nhất với 22,6%, tiếp

đến là MOG-IgG và Oligoclonal bands với tỷ lệ lần lượt là 11,3% và 8,1%. Bệnh nhân có OCBs dương tính có tỷ lệ tổn thương chất trắng cao hơn so với nhóm OCBs âm tính (23,8% so với 0%). **Kết luận:** Viêm thị thần kinh có thị lực giảm nặng khi khởi bệnh. Tỷ lệ OCBs dương tính cao hơn ở nhóm có tổn thương chất trắng trên CHT sọ não – hốc mắt so với nhóm không có tổn thương chất trắng.

Từ khóa: viêm thị thần kinh, CHT sọ não – hốc mắt, oligoclonal bands, xơ cứng rải rác.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND ANTIBODY PROFILES OF OPTIC NEURITIS

Objectives: To investigate the clinical features and antibody profiles in adults with optic neuritis. **Method:** In this cross-sectional study, 62 patients diagnosed with optic neuritis according to the standards of the Ministry of Health, 2015 at the Neurological Center - Bach Mai Hospital and the Department of General Internal Medicine - Hanoi Medical University Hospital from July, 2022 to August, 2023. **Results:** The mean age of the study population was 45,45 ± 15,28. The male to female ratio was

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hà

Email: dohabsdk@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

0,55. 100% of patients who have symptoms of a decrease or loss of vision. 73,1% patients at the time of admission had visual acuity < 5/10. Papillitis was the most prevalent fundus lesions at admission, at 57.6%. Prolongation of P100 latency was observed in 69.2% in the affected eye. Positivity rate of AQP4-IgG was the highest, at 22.6%, followed by MOG-IgG and Oligoclonal bands at 11.3% and 8.1%, respectively. Patients with OCBs (+) had a higher rate of white matter lesions than those with OCBs (-) (23.8% vs 0%). **Conclusion:** Optic neuritis with severe visual impairment at onset. The rate of OCBs (+) was higher in the group with white matter lesions on MRI brain – orbit compared with the group without white matter lesions. **Keywords:** optic neuritis, MRI brain – orbit, oligoclonal bands, multiple sclerosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thị thần kinh là bệnh lý không thường gặp, thuộc nhóm bệnh hủy myelin của hệ thần kinh trung ương, đặc trưng bởi mất thị lực cấp tính hoặc bán cấp, tổn thương thị trường và thị lực màu sắc, tổn thương phản xạ đồng tử hướng tâm, tăng tín hiệu dây thần kinh thị trên phim cộng hưởng từ và giảm tốc độ dẫn truyền trên điện thế gọi kích thích thị giác. Bệnh có thể biểu hiện như một bệnh đơn độc sau một đợt nhiễm vi rút hoặc tiêm vắc xin, hoặc có thể là biểu hiện của nhóm bệnh hủy myelin tiềm ẩn, như xơ cứng rải rác, phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh, bệnh lý liên quan tới kháng thể kháng MOG, hay viêm não tủy lan tỏa cấp tính.^{1,2} Hiện nay ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đầy đủ về viêm thị thần kinh ở người lớn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng và các tự kháng thể của viêm thị thần kinh” với mục đích mô tả các đặc điểm lâm sàng, các tự kháng thể tìm thấy trong máu và dịch não tủy của bệnh nhân. Từ các kết quả đó giúp hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân tự miễn của bệnh để có kế hoạch điều trị dự phòng tái phát, cải thiện tiên lượng lâu dài, giảm thiểu di chứng về thần kinh cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm thị thần kinh Bộ y tế, 2015 (Giảm thị lực, giảm phản xạ đồng tử hướng tâm; viêm phù gai thị; ám điểm trung tâm) điều trị tại Trung tâm thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai và khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học y Hà Nội từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023; có khả năng nghe hiểu và trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thiếu máu đầu thị thần kinh. Phù gai thị do tăng áp lực nội sọ. Cơ

tăng huyết áp kịch phát. Ngộ độc thị thần kinh (do rượu, thuốc chống lao...). Khối u nội nhãn chèn ép thị thần kinh. Các trường hợp viêm gai thị phối hợp như: viêm màng bồ đào gai thị, viêm màng bồ đào màng não. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Cách thức tiến hành nghiên cứu: Người làm nghiên cứu thu thập các thông tin về nhân trắc học, bệnh sử, khám lâm sàng trực tiếp, kết quả khám chuyên khoa mắt hoặc thông qua hồ sơ bệnh án vào bệnh án nghiên cứu, thu thập số liệu các kết quả cận lâm sàng giúp chẩn đoán bệnh: đo thị lực, soi đáy mắt, chụp cộng hưởng từ sọ não – hốc mắt có tiêm thuốc đối quang từ, ghi điện thế gọi kích thích thị giác, chọc dò dịch não tủy, xét nghiệm kháng thể AQP4 – IgG; MOG – IgG, oligoclonal bands.

2.3. Phân tích số liệu Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0, sử dụng các test thống kê phù hợp. Khi so sánh mức khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu thu thập được 62 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm nhân trắc học của nhóm nghiên cứu là: Tuổi trung bình là $45,45 \pm 15,28$, nhỏ tuổi nhất là 17, cao tuổi nhất là 73. Nữ giới chiếm 64,5%.

3.1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Bảng 0.1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giảm/ mất thị lực	62	100
Rối loạn sắc giác	41	66,1
Đau trong hốc mắt, đau tăng lên khi vận động nhãn cầu	26	41,9
Đau đầu	20	32,3
Dấu hiệu thần kinh khu trú khác	9	14,5

Nhận xét: 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có giảm/mất thị lực. Tiếp đến là triệu chứng rối loạn sắc giác chiếm 66,1%.

3.1.2. Đặc điểm thị lực và tổn thương đáy mắt lúc nhập viện

Trong số 62 bệnh nhân nghiên cứu, 16 bệnh nhân có tổn thương cả 2 mắt, 46 bệnh nhân tổn thương chỉ ở 1 mắt.

Bảng 0.2. Đặc điểm thị lực và tổn thương đáy mắt lúc nhập viện

		Số mắt tổn thương	Tỉ lệ (%)
Mức thị lực	<1/10	31	39,7
	≥1/10 đến <5/10	26	33,3
	≥ 5/10	21	26,9
	Tổng số mắt bệnh	78	100
Đặc điểm tổn thương trên soi đáy mắt	Phù gai	45	57,6
	Gai thị nhạt màu, teo gai	10	12,9
	Bình thường	23	29,5
	Tổng số mắt bệnh	78	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân tại thời điểm nhập viện có thị lực <5/10 (chiếm 73,1%). Tổn thương đáy mắt thường gặp nhất là phù gai thị (chiếm 57,6%).

Bảng 0.4. Mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương trên CHT sọ não – hóc mắt và Oligoclonalbands

Tiêu chí CLS		OCBs(+)	OCBs (-)	p
Thần kinh thị tăng kích thước	Có	4 (7,8%)	47 (92,2%)	1,00
	Không	1 (9,1%)	10 (90,9%)	
Thần kinh thị tăng tín hiệu trên FLAIR hoặc STIR	Có	6 (13,3%)	39 (86,7%)	0,662
	Không	1 (5,9%)	16 (94,1%)	
Tổn thương giao thoa thị giác	Có	2 (13,3%)	13 (86,7%)	0,587
	Không	3 (6,4%)	44 (93,6%)	
Tổn thương chất trắng (phi-value=0,414)	Có	5 (23,8%)	16 (76,2%)	0,003
	Không	0	41 (100%)	
Dây thị ngấm thuốc đối quang tử	Có	4 (7,4%)	50 (92,6%)	0,511
	Không	1 (12,5%)	7 (87,5%)	

Nhận xét: Bệnh nhân có OCBs (+) có tỷ lệ tổn thương chất trắng cao hơn so với nhóm OCBs (-) (23,8% so với 0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,003<0,05, các đặc điểm khác chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với OCBs.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của viêm thị thần kinh. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,45 ± 15,28. Bệnh nhân có tuổi cao nhất là 73, bệnh nhân trẻ nhất là 17. Nữ giới chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi với 64,5% trường hợp. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng về tuổi và giới với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Tất cả trường hợp thăm khám đều có triệu chứng giảm hoặc mất thị lực. Triệu chứng thường gặp tiếp đến là rối loạn sắc giác với 41 bệnh nhân (chiếm 66,1%). Bệnh nhân có thể ghi nhận rằng mắt bệnh của họ nhìn các màu sắc mờ nhạt hơn, có vẻ không chân thực, sống động so với bên mắt lành (nếu bị 1 mắt) hoặc so với bình thường (nếu bị 2 mắt). Kết quả về lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng các với nghiên cứu khác. Nguyễn Thị

3.2. Đặc điểm các tự kháng thể của viêm thị thần kinh

3.2.1. Kháng thể huỷ myelin của hệ thần kinh trung ương

Bảng 0.3. Kháng thể bệnh huỷ myelin hệ thần kinh trung ương (n=62)

Xét nghiệm	AQP4 – IgG	MOG – IgG	Oligoclonal bands
Dương tính (%)	22,6	11,3	8,1
Tổng (n=62)	100	100	100

Nhận xét: AQP4-IgG có tỷ lệ dương tính cao nhất với 22,6%. Tiếp đến là MOG-IgG và Oligoclonal bands với tỷ lệ lần lượt là 11,3% và 8,1%.

Bích Thủy và cs ghi nhận tỷ lệ suy giảm thị lực lên đến 100%, triệu chứng đau hốc mắt được ghi nhận với tỷ lệ 51,1% (cả lúc bình thường và lúc vận động mắt).³ Về rối loạn sắc giác, nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương tự thử nghiệm đa trung tâm Optic Neuritis Treatment Trial Multicentre Co-operative Research Group-ONMRG, thực hiện tại 30 trung tâm tại Nhật Bản đều ghi nhận tỷ lệ từ 65% trở lên.⁴

Đánh giá mức giảm thị lực lúc vào viện của nhóm nghiên cứu cho thấy, mức giảm nặng có tỷ lệ cao nhất với 39,7% các trường hợp. Soi đáy mắt lúc vào viện cho thấy, đa số mắt thăm khám ghi nhận triệu chứng phù gai thị với 57,6% trường hợp. Giảm thị lực nặng lúc vào viện chiếm đa số cũng được báo cáo trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy và cs, với 83,3% trường hợp bệnh nhân. Tổn thương phù gai thị trong nghiên cứu này ghi nhận thấp hơn với 31,2% trường hợp. Triệu chứng gai thị bạc màu cũng ghi nhận thấp hơn với 7,3%.³ Tác giả Sreng Huang và cs cũng ghi nhận giảm thị lực nặng ở mức cao với 68,1% trường hợp bệnh nhân.⁵ Tỷ lệ thị lực giảm nặng trong thử nghiệm ONMRG là 35,9%, tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.⁴

4.2. Đặc điểm các tự kháng thể của viêm thị thần kinh. Về kháng thể liên quan tình trạng huỷ myelin, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ dương tính AQP4-ab cao nhất với 22,6% trường hợp. Tiếp đến là MOG-ab với 11,3% và thấp nhất là OCBs với 8,1%. AQP-4 là một kênh protein vận chuyển nước, có mặt nhiều ở màng tế bào vùng chân tế bào thần kinh hình sao. Lúc này khi kháng thể liên kết với các thụ thể AQP-4 sẽ thâm nhiễm bạch cầu hạt, chết các tế bào sao ít nhánh và cuối cùng là các tế bào thần kinh khác. Do tổn thương đặc trưng bởi sự hoại tử các tế bào thần kinh, thể bệnh AQP4-ab thường liên quan đến ảnh hưởng nghiêm trọng trên lâm sàng và khả năng hồi phục kém.⁸ MOG là một protein xuyên màng được tìm thấy trên bề mặt ngoài của myelin hệ thần kinh trung ương và là một dấu hiệu của các tế bào ít nhánh (oligodendrocytes) trưởng thành. Hiệu giá cao của các tự kháng thể nhắm MOG được xác định trong các bệnh mất myelin khác nhau, bao gồm viêm dây thần kinh thị giác, viêm tủy ngang, viêm não tủy lan tỏa cấp tính (ADEM). Khả năng tự miễn dịch trong MOGAD bắt đầu ở ngoại vi bằng cách kích hoạt các tế bào T (thường là T-CD4) và sản xuất các tự kháng thể, các tế bào miễn dịch và kháng thể này qua hàng rào máu não và cuối cùng tiến hành opsonin hoá các tế bào có thụ thể MOG, kích hoạt bổ thể.⁹ Một phân tích tổng quan của tác giả Elia Sechi và cs cho thấy có sự khác biệt tương đối về tỷ lệ dương tính của các kháng thể trong quần thể dân số nói chung, cũng như trong quần thể bệnh nhân VTTK nói riêng, tùy thuộc vào khu vực địa lý, chủng tộc, kỹ thuật lấy mẫu.¹⁰ AQP4-ab có tỷ lệ cao hơn ở quần thể châu Á, trong khi đó MOG-ab có xu hướng cao hơn ở nhóm Mỹ gốc Phi hoặc Caribe gốc Phi. Một nghiên cứu của tác giả de Mol và cs dựa trên tổng số 1414 mẫu được phòng thí nghiệm tham chiếu trung tâm tại Hà Lan vào tháng 2/2014 đến 12/2017 cho thấy, 7% mẫu (+) với MOG-IgG.¹⁰ Tuy vậy cần phải bàn luận thêm rằng, khác với AQP4-ab tương đối hằng định về tần suất dịch tễ học, MOG-ab có những hạn chế trong việc đánh giá tiêu chí này. Đầu tiên là ở giai đoạn lui bệnh, có thể có nhiều trường hợp âm tính giả với MOG-ab do nồng độ kháng thể này xuống thấp dưới mức có thể phát hiện được. Bên cạnh đó, việc sàng lọc trên quần thể lớn mà không có chọn lọc từ trước lại có một tỷ lệ lớn nguy cơ dương tính giả. Với các đối tượng được xét nghiệm MOG-ab nhằm đánh giá dịch tễ của kháng thể trong quần thể bệnh nhân VTTK, điều quan trọng là cần kết hợp với CHT

trước xét nghiệm để sàng lọc các đối tượng nguy cơ thấp, nhằm hạn chế MOG-ab (+) trên đối tượng không có VTTK. Một nghiên cứu trên 1260 bệnh nhân được xét nghiệm MOG-ab liên tục trong hơn 2 năm tại Mayo Clinic đã cho kết quả dương tính giả lên đến 28%, tương ứng với dự báo dương tính là 72% mặc dù độ đặc hiệu của xét nghiệm là 98%. Sau khi phân tầng với CHT, giá trị dự báo dương tính cao hơn đáng kể với nhóm nguy cơ cao là 85%, và nhóm nguy cơ thấp là 12%.¹⁰ Mặt khác do sự tồn tại lâu trong mẫu máu người bệnh kể cả khi lui bệnh và tỷ lệ dương tính giả do kỹ thuật xét nghiệm, AQP4-ab dường như là xét nghiệm cho kết quả có độ tin cậy cao hơn. Một nghiên cứu tại bệnh viện quốc gia ở Sri Lanka nhằm đánh giá tần suất tự kháng thể trong 726 mẫu huyết thanh nghi ngờ bệnh huỷ myelin hệ thống thần kinh trung ương do viêm (CNS IDD) cho thấy, 17% bệnh nhân có kết quả (+) với MOG-ab so sánh với chỉ 5% (+) với AQP4-ab. Về kết quả OCBs, có thể thấy trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thấp hơn so với các nghiên cứu khác.^{4,12} Có thể do sự khác biệt về kỹ thuật xét nghiệm và quần thể nghiên cứu, trong đó với IEF hiện nay được coi là kỹ thuật tiên tiến nhất để xác định OCBs ở hầu hết các nghiên cứu cho độ nhạy cao hơn trong việc xác định OCBs (+). Bên cạnh đó, các nghiên cứu thực hiện trên quần thể bệnh nhân có tỷ lệ phát triển MS cao, do đó tỷ lệ OCB (+) cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Về OCBs, quan sát thấy tỷ lệ OCBs (+) cao hơn ở nhóm có tổn thương chất trắng (23,8% so với 0%), và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,003$. Các yếu tố còn lại chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Nguy cơ cao xuất hiện MS ở nhóm OCBs (+) đã được nhiều nghiên cứu chứng minh. Mặt khác, tổn thương chất trắng là một dấu hiệu cận lâm sàng tương đối đặc trưng của MS.^{1,2} Do vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mối liên quan giữa OCBs (+) và tổn thương chất trắng trên CHT tương tự với các nghiên cứu khác. Chỉ số Phi = 0,414 cho thấy sự tương quan thuận ở mức vừa giữa 2 yếu tố, trong đó tỷ lệ OCBs (+) càng cao thì khả năng tổn thương chất trắng trên CHT và ngược lại. Các mối liên quan đến đặc điểm cận lâm sàng khác chưa quan sát thấy trên kết quả của nhóm nghiên cứu có thể do số lượng OCBs (+) thấp trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Viêm thị thần kinh là bệnh lý hiếm gặp, thường có thị lực giảm nặng tại thời điểm khởi

phát. Tỷ lệ OCBs (+) cao hơn ở nhóm có tổn thương chất trắng trên CHT sọ não – hốc mắt so với nhóm không có tổn thương chất trắng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Newman NJ.** The Optic Neuritis Treatment Trial. *Ophthalmology*. 2020;127(4):S172-S173. doi:10.1016/j.ophtha.2019.09.046
2. **Dalton CM, Brex PA, Miszkiel KA, et al.** Spinal cord MRI in clinically isolated optic neuritis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(11):1577-1580. doi:10.1136/jnnp.74.11.1577
3. **Nguyễn Thị Bích Thủy.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm dây thần kinh thị giác. Published online 2011.
4. **Woung LC, Chung HC, Jou JR, Wang KC, Peng PH.** A Comparison of Optic Neuritis in Asian and in Western Countries. *Neuro-Ophthalmol*. 2011;35(2):65-72. doi:10.3109/01658107.2011.557851
5. **Sreng Huong.** Nghiên cứu tác dụng của solu-medrol trong điều trị viêm thị thần kinh. Published online 2013.
6. **Klistorner A, Arvind H, Nguyen T, et al.** Axonal loss and myelin in early ON loss in postacute optic neuritis. *Ann Neurol*. 2008;64(3):325-331. doi:10.1002/ana.21474
7. **Balcer LJ.** Optic Neuritis. *N Engl J Med*. 2006;354(12):1273-1280. doi:10.1056/NEJMcp053247
8. **Papadopoulos MC, Verkman AS.** Aquaporin 4 and neuromyelitis optica. *Lancet Neurol*. 2012;11(6):535-544. doi:10.1016/S1474-4422(12)70133-3
9. **Corbali O, Chitnis T.** Pathophysiology of myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody disease. *Front Neurol*. 2023;14:1137998. doi:10.3389/fneur.2023.1137998
10. **Sechi E, Cacciaguerra L, Chen JJ, et al.** Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Antibody-Associated Disease (MOGAD): A Review of Clinical and MRI Features, Diagnosis, and Management. *Front Neurol*. 2022;13:885218. doi:10.3389/fneur.2022.885218

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: VẬT MẠCH XUYÊN CÁNH TAY SAU TÁI TẠO TỔN KHUYẾT NÁCH DO LOÉT XẠ TRỊ NHIỄM TRÙNG

Phạm Ngọc Minh¹, Lưu Phương Lan¹, Nguyễn Đình Huy²

TÓM TẮT

Khuyết tổn vùng nách là dạng tổn thương ít gặp tại Việt Nam. Bài báo thông báo ca lâm sàng: bệnh nhân nữ 81 tuổi bị loét nhiễm trùng vùng nách trên nền bệnh nhân ung thư vú phải cách 30 năm đã phẫu thuật triệt căn, nạo vét hạch nách, xạ trị rộng vùng nách và ngực phải. Chụp cắt lớp vi tính ngực đánh giá độ sâu tổn thương và sinh thiết loại trừ ung thư. Kế hoạch điều trị đưa ra: điều trị nhiễm khuẩn theo kháng sinh đồ, chăm sóc tại chỗ, cắt lọc, đặt hệ thống hút áp lực âm, khi tổ chức sạch và tổ chức hạt tốt phẫu thuật tái tạo tổn khuyết. Theo bậc thang tạo hình nhiều kỹ thuật tái tạo được đặt ra, lựa chọn tối ưu trong trường hợp này là sử dụng vật mạch xuyên cánh tay sau. Sau mổ, vật cánh tay sau có sức sống tốt, vết mổ liền thương sau 3 tuần. Nơi cho vật gặp tình trạng phù mềm cánh cẳng bàn tay, do sử dụng vật kích thước lớn, vết mổ cánh tay gây hạn chế hồi lưu tĩnh mạch; tuy nhiên sau 3 tuần hết sưng phù hoàn toàn. Kết luận của bài báo khẳng định vật mạch xuyên cánh tay sau rất thích hợp trong che phủ vùng nách, nên được xem xét trong số các lựa chọn chính để tái tạo vùng nách.

Từ khóa: Vật mạch xuyên cánh tay sau, vật cánh tay sau (PAF), khuyết vùng nách

SUMMARY

CASE REPORT: POSTERIOR ARM PERFORATOR FLAP FOR RECONSTRUCTION OF AXILLARY DEFECT AFTER INFECTED RADIATION-INDUCED ULCERS

Axillary defect is one of the rare injury in Vietnam. The article reports the clinical case: an 81-year-old female patient with an infected ulcer in the axillary, who had history of right breast cancer 30 years ago and underwent radical surgery, axillary lymphadenectomy, extensive radiation therapy to the right axillary and chest. Computed tomography scan of the chest assessed the deep of injury and biopsy ruled out cancer. The treatment plan was given: treatment of infections according to the antibiogram, local injury care, debridement, using negative pressure wound therapy; when the injury was clean and the granulation tissue was good, reconstructive surgery had been carried out. According to the reconstruction ladder, many reconstructive techniques were offered, the optimal choice in this case was to use the posterior arm perforator flap. After surgery, the posterior arm flap had good vitality, the incisions was healed after 3 weeks. The donor site had soft edema of the arm, forearm and hand, because of using the large flap, the arm incision caused limited venous return, but after 3 weeks, the edema and swelling was completely gone. Report's conclusion confirms that the posterior arm perforator flap are well suited for axillary coverage and should be considered among the main options for axillary reconstruction.

Keywords: Posterior arm perforator flap, posterior arm flap (PAF), axillary defect.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Minh

Email: minhphamngoc81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023