

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy VX do Aspergillus có các triệu chứng lâm sàng, dịch mũi ở sàn và khe mũi thường gặp hơn VX do các loại nấm khác. Về các dấu hiệu CLVT, tổn thương VX do Aspergillus có thể gặp ở hai bên, gặp ở xoang bướm, đám mờ xoang có thể một phần và vôi hóa đám mờ xoang có thể ở dạng hỗn hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agarwal S, Kanga A, Sharma V et al.** Invasive aspergillosis involving multiple paranasal sinuses-a case report. Indian J Med Microbiol 2005; 23 (3): 195-197
2. **Safirstein BH.** Allergic bronchopulmonary aspergillosis with obstruction of the upper respiratory tract. Chest 1976; 70: 788-790.
3. **Jones JR.** Paranasal aspergillosis, a spectrum of disease. J Laryn Otol 1993; 108: 773-4.
4. **Mauriello JA, Yopez N, Mostafavi R, Barofsky J, Kapila R, Baredes S et al.** Invasive rhinosino-orbital aspergillosis with preeipituous visual loss. Ophthalmol 2005;30: 124-130.
5. **Adler SC, Isaacson G et al.** Invasive aspergillosis. J Oto Laryngol 1997; 18: 230-234.
6. **Chen JC, Ho CY.** The significance of computed tomographic findings in the diagnosis of fungus ball in the paranasal sinuses. Am J Rhinol Allergy. 2012 Mar-Apr;26(2):117-9.
7. **Ho CF, Lee TJ, Wu PW, Huang CC, Chang PH, Huang YL, et al.** Diagnosis of a maxillary sinus fungus ball without intralesional hyperdensity on computed tomography. Laryngoscope. 2019 May;129(5): 1041-5.
8. **Dhong HJ, Jung JY, Park JH.** Diagnostic accuracy in sinus fungus balls: CT scan and operative findings. Am J Rhinol. 2000 Jul-Aug;14(4): 227-31.
9. **Lê Đức Đông.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Của Viêm Mũi Xoang Do Nấm. luận văn CK cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2019.
10. **Khan AR, Ali F, Imran N, Khan NS, Din S.** Invasive sino-orbital aspergillosis in immunocompetent host. J Med Sci 2009; 17(2):87-91.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG VIÊM TỦY CẮT NGANG HẬU NHIỄM HIẾM GẶP VÀ ĐỐI CHIẾU Y VĂN

Trần Thanh Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Viêm tủy cắt ngang cấp là một tổn thương tủy do viêm, khu trú, mắc phải, hiếm gặp. Bệnh thường có biểu hiện lâm sàng là tình trạng yếu liệt cơ kèm khiếm khuyết cảm giác diễn tiến nhanh và rối loạn chức năng cơ vòng. Bệnh thường xảy ra đơn độc, thường là do hậu nhiễm. Tuy nhiên, đây cũng có thể là một biểu hiện của các rối loạn thần kinh do viêm khác như: bệnh xơ cứng rải rác, rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh, bệnh viêm hệ thống... Hiệu quả của điều trị phụ thuộc vào việc chẩn đoán chính xác và nhanh chóng tình trạng viêm tủy cắt ngang và phân biệt giữa viêm tủy cắt ngang vô căn với viêm tủy cắt ngang thứ phát do một nguyên nhân xác định khác. Cận lâm sàng quan trọng giúp chẩn đoán bao gồm chụp MRI tủy sống và chọc dò dịch não tủy. Tuy nhiên kết quả chụp MRI tủy sống và chọc dò dịch não tủy có thể bình thường, nhất là trong giai đoạn sớm và để chẩn đoán xác định có thể phải tiến hành chụp MRI tủy sống và chọc dò dịch não tủy kiểm tra lại sau đó. Chúng tôi trình bày một trường hợp lâm sàng viêm tủy cắt ngang hậu nhiễm với MRI tủy sống và dịch não tủy

bình thường ở ngày nhập viện. Tuy nhiên, MRI tủy sống sau đó cho thấy hình ảnh bất thường phù hợp với viêm tủy cắt ngang cấp tính. Bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị thuốc kháng viêm corticoid liều cao và hồi phục gần như bình thường sau đó.

Từ khóa: viêm tủy cắt ngang hậu nhiễm, MRI tủy sống, xét nghiệm dịch não tủy.

SUMMARY

A RARE CASE OF POSTINFECTIOUS TRANSVERSE MYELITIS AND LITERATURE REVIEW

Acute transverse myelitis is an uncommon inflammatory condition that affects a specific area of the spinal cord. It is typically acquired and localized, causing symptoms such as progressive muscle weakness, sensory impairment, and dysfunction of the sphincter muscles. While it often occurs as an isolated condition following an infection, it can also manifest as part of other inflammatory neurological disorders like multiple sclerosis, neuromyelitis optica spectrum disorder, or systemic inflammatory diseases. The effectiveness of treatment for transverse myelitis relies on an accurate and timely diagnosis, as well as distinguishing between idiopathic transverse myelitis and secondary transverse myelitis caused by another underlying condition. Key diagnostic tests include magnetic resonance imaging (MRI) of the spinal cord and a lumbar puncture. However, it is important to note that normal results on these tests, especially in the early stages of the disease, do not exclude the diagnosis. In some cases, repeating the spinal cord

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân 115, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hùng

Email: tranthanhhungmd@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

MRI and lumbar puncture at a later time may be necessary to confirm the diagnosis. We present a clinical case of postinfectious transverse myelitis where the initial spinal cord MRI and cerebrospinal fluid (CSF) analysis on admission appeared normal. However, subsequent spinal cord MRI revealed abnormalities consistent with acute transverse myelitis. The patient responded positively to high-dose corticosteroid anti-inflammatory therapy and experienced significant recovery, regaining near-normal muscle strength.

Keywords: postinfectious transverse myelitis, spinal cord MRI, cerebrospinal fluid (CSF) analysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tủy cắt ngang hậu nhiễm là một tình trạng hiếm gặp. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng có diễn tiến nhanh của tình trạng yếu liệt cơ, thiếu hụt cảm giác và rối loạn cơ vòng. Bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng trước đó, kết hợp với hình ảnh bất thường trên MRI tủy sống và phản ứng viêm trong dịch não tủy. Nếu kết quả MRI tủy sống và dịch não tủy không ghi nhận bất thường ở giai đoạn sớm thì nên tiến hành chụp lại MRI tủy sống và/hoặc chọc dò dịch não tủy sau đó để xác định chẩn đoán.³ Việc chẩn đoán sớm và chính xác giúp cải thiện tiên lượng của bệnh viêm tủy cấp ngang cấp tính cũng như giúp hướng dẫn theo dõi về sau cho những trường hợp có khả năng tái phát để giúp chọn lựa điều trị phù hợp.⁶

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 39 tuổi, nhập viện khoa nội thần kinh tổng quát, bệnh viện Nhân Dân 115 thành phố Hồ Chí Minh vì: tê dị cảm tứ chi. Bệnh nhân không có tiền căn gì đặc biệt ngoại trừ tăng huyết áp.

- Cách nhập viện 1 tuần, bệnh nhân sốt, không rõ nhiệt độ, tự mua thuốc paracetamol uống, sau 3 ngày thì hết. Cách nhập viện 19 giờ, bệnh nhân đột ngột tê kiểu dẹt cảm châm chích ở gốc chi tay phải sau đó lan đến ngọn chi và lan xuống chân phải. Cách nhập viện 7 giờ, bệnh nhân tê thêm chân trái, lan lên tay trái kèm yếu hai chân nên nhập viện.

- Tình trạng lúc nhập viện: Bệnh tình, dấu màng não âm tính.

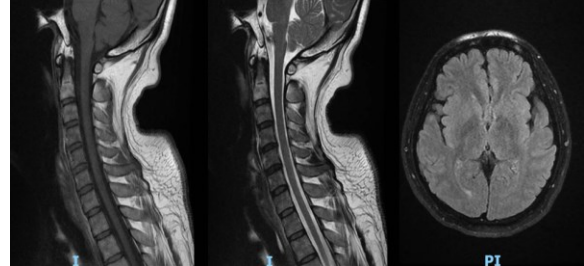
Sức cơ 2 chi trên: 5/5; 2 chi dưới: sức cơ gốc chi 3/5, ngọn chi: 5/5. Giảm trương lực cơ và phản xạ gân cơ ở hai chi dưới. Giảm cảm giác sờ thô sơ tay phải, mất cảm giác sờ thô sơ và cảm giác nhiệt từ khoeo tủy D10 xuống 2 chân, mất cảm giác định vị ngón và vị thể khớp ở hai chi dưới. Babinski (+) 2 bên, mất phản xạ da bụng 2 bên, bí tiểu.

- Sau nhập viện 8 giờ, bệnh nhân liệt 2 chi dưới, sức cơ 0/5.

Cận lâm sàng ngày nhập viện: Với triệu chứng lâm sàng gợi ý tổn thương tủy cổ cấp tính, có khả năng do viêm tủy cấp hoặc chèn ép tủy cấp, bệnh nhân được chụp MRI cột sống cổ ngay ngày nhập viện. Kết quả MRI cột sống cổ ngày nhập viện chưa ghi nhận bất thường. Ngoài ra, MRI sọ não cũng chưa ghi nhận bất thường.

Sau khi loại trừ chèn ép tủy cổ, bệnh nhân được chọc dò dịch não tủy ngày nhập viện, ghi nhận có 1 tế bào /mm³, đa số lymphocyte; protein dịch 34 mg/dL, glucose dịch/glucose máu: 4,5/5,9 mg/dL; vi nấm soi tươi âm tính; ADA dịch não tủy âm tính.

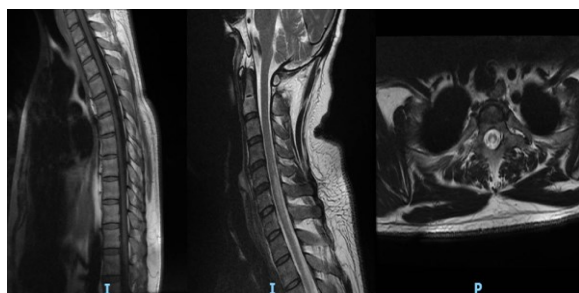
Ngoài ra, xét nghiệm máu có bạch cầu tăng 27,93 x 10⁹/L, Neutrophils 67%, lymphocyte 21%. Xét nghiệm độ lọc cầu thận, men gan AST, ALT, điện giải đồ Na⁺, K⁺, Cl⁻ máu bình thường.



Hình 1. MRI tủy cổ xung T1W, T2W và MRI não xung FLAIR ngày nhập viện bình thường

- Sau nhập viện 24 giờ: Bệnh tình, tiếp xúc được, sốt cao liên tục, dấu màng não âm tính. Cận lâm sàng lúc này: Công thức máu bạch cầu 27 x 10⁹/L, Neutrophils 67%, Lymphocytes 21%. Nước tiểu không có bạch cầu và Xquang ngực chưa ghi nhận bất thường. Do chưa loại trừ tình trạng nhiễm trùng cấp tính nên bệnh nhân bắt đầu được điều trị kháng sinh Ceftriaxone 2g/ngày.

- Ngày thứ 7 sau nhập viện: bệnh nhân giảm sốt, tăng dị cảm phần ngực, hồi phục 1 phần cảm giác nóng, lạnh phần bụng. Sức cơ 2 chi dưới cải thiện, bên phải 1/5, trái 3/5, Cận lâm sàng lúc này ghi nhận có xét nghiệm máu bạch cầu máu giảm còn 20 x 10⁹/L. Huyết thanh chẩn đoán siêu vi CMV IgM âm tính, EBV IgM âm tính. Test nhanh SARS-CoV-2 âm tính. MRI cột sống cổ lần 2 ghi nhận hình ảnh tổn thương tăng tín hiệu trên T2 kéo dài từ tủy cổ C5 đến tủy ngực D3, phù hợp với viêm tủy cổ-ngực C5-D3. Trên mặt phẳng ngang, tổn thương chiếm gần như toàn bộ tủy sống nhưng ưu thế ở phía cột sau. Điện cơ tứ chi ngày thứ 7 sau nhập viện không ghi nhận tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc bệnh cơ.



Hình 2. MRI tủy cổ mặt cắt dọc giữa xung T1W, T2W và mặt cắt ngang xung T2W ngày thứ 7 sau nhập viện

Bệnh nhân tiếp tục được điều trị kháng sinh Ceftriaxon 2g /ngày x 10 ngày và thêm kháng viêm Methylprednison 500mg x 02 lọ + NaCl 0,9% 500ml truyền tĩnh mạch/ngày x 5 ngày.

- Ngày thứ 11 sau nhập viện: bệnh nhân hết sốt, giảm dị cảm phần ngực, giảm tê tứ chi. Sức cơ chi dưới: phải 3/5, trái 4/5, phản xạ gân cơ (++) , cải thiện cảm giác sờ thô sơ 2 chi dưới. Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tiếp tục giảm còn $12 \times 10^9/L$.

- Tái khám sau 1 tháng, bệnh nhân hồi phục tốt, đi lại được, còn dị cảm vùng ngực và 2 chi dưới.

- Chẩn đoán cuối cùng: Viêm tủy cổ-ngực hậu nhiễm

III. BÀN LUẬN

Chẩn đoán: Lâm sàng ca này gợi ý viêm tủy cắt ngang không hoàn toàn với triệu chứng vận động, cảm giác kiểu trung ương với dấu thập và rối loạn cơ vòng, diễn tiến trong vòng vài ngày và tiền căn nhiễm trùng không rõ tác nhân 1 tuần trước. MRI cột sống không có chất tương phản và xét nghiệm dịch não tủy là những xét nghiệm được lựa chọn để loại trừ nguyên nhân do chèn ép, đồng thời tìm dấu chứng của tổn thương tủy và chẩn đoán viêm tủy cấp. Ở bệnh nhân này, kết quả MRI giúp loại trừ chèn ép tủy. Xét nghiệm dịch não tủy không ghi nhận tăng bạch cầu, kể cả protein trong dịch não tủy cũng không tăng, vốn lần lượt gặp trong hơn 50% và 40% số ca viêm tủy cắt ngang,¹ nhất là trong giai đoạn sớm.

Bệnh nhân này không có tiền căn viêm thần kinh thị giác hay tổn thương hệ thần kinh trước đó, hơn nữa MRI não của bệnh nhân không ghi nhận bất thường, vì vậy không nghĩ đến bệnh xơ cứng rải rác (Multiple sclerosis) hay rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh (Neuromyelitis optica spectrum disorder). Do đó chẩn đoán nhiều khả năng nhất vẫn nghĩ đến bệnh viêm tủy cấp ngang hậu nhiễm, do có tiền căn sốt trước đó một tuần. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tủy cắt

ngang của Hội thần kinh Hoa Kỳ năm 2002 yêu cầu phải có:³

- Triệu chứng lâm sàng phù hợp viêm tủy cắt ngang

- Triệu chứng hai bên, không nhất thiết phải đối xứng

- Mất cảm giác theo khoanh tủy

- Loại trừ chèn ép tủy

- Tình trạng viêm trong tuỷ sống gây ra tăng tế bào bạch cầu trong dịch não tủy, tăng chỉ số IgG hoặc tổn thương tăng tín hiệu trên MRI có gadolinium. Nếu không có những dấu chỉ này tại thời điểm nhập viện, cần làm lại MRI hoặc xét nghiệm dịch não tủy sau 2 đến 7 ngày từ thời điểm khởi phát

- Diễn tiến triệu chứng đạt đỉnh điểm sau 4 giờ - 21 ngày

- Loại trừ các nguyên nhân khác: bệnh viêm hệ thống (sarcoidosis, bệnh Behçet, Lupus ban đỏ, hội chứng Sjögren...), nhiễm trùng (giang mai, bệnh Lyme, HIV, HTLV-1, Mycoplasma), siêu vi (HSV-1, HSV-2, VZV, EBV, CMV, HHV-6, enteroviruses), xơ cứng rải rác, viêm thần kinh thị, nhồi máu tủy, dị dạng động tĩnh mạch, bệnh tủy sau xạ trị,...

Vì vậy, trường hợp này chẩn đoán nhiều khả năng nhất là viêm tủy cắt ngang với kết quả MRI âm tính trong giai đoạn sớm, vốn gặp ở khoảng 10% bệnh nhân.²

Các nguyên nhân khác của viêm tủy cắt ngang có MRI bình thường bao gồm: lupus ban đỏ hệ thống (Systemic lupus erythematosus), viêm tủy hậu nhiễm SARS-CoV-2, bệnh MOGAD (Myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody-associated disease), xơ cứng rải rác, viêm mạch.⁵

Bệnh nhân này có diễn tiến lâm sàng cấp tính, lần đầu tiên, không kèm tổn thương não trên MRI, không có dấu hiệu tổn thương các cơ quan khác, kèm theo có sốt 1 tuần không rõ nguyên nhân trước đó, vì vậy chẩn đoán phù hợp nhất là viêm tủy cắt ngang hậu nhiễm.

Đến ngày nhập viện thứ 7, bệnh nhân được chụp lại MRI cột sống cổ ngực không chất tương phản. Kết quả lần này có tổn thương tín hiệu cao trên T2, phù hợp với viêm tủy cắt ngang kéo dài (longitudinally extensive transverse myelitis) từ tủy cổ C5 đến tủy ngực D3. Các xét nghiệm tìm nguyên nhân khác gồm: huyết thanh chẩn đoán siêu vi CMV IgM âm tính, EBV IgM âm tính. Test nhanh SARS-CoV-2 âm tính. Vì vậy, chẩn đoán xác định của bệnh nhân là viêm tủy cổ-ngực hậu nhiễm.

Điều trị. Với chẩn đoán viêm tủy cổ-ngực

hậu nhiễm, bệnh nhân được điều trị bằng kháng viêm corticoid liều cao 1g/ngày đường tĩnh mạch trong 5 ngày và đáp ứng tốt với điều trị. Sau 5 ngày kháng viêm tĩnh mạch, sức cơ bệnh nhân trở về 3-4/5, cảm giác trở về gần như bình thường. Bệnh nhân được xuất viện và điều trị với corticoid uống 1mg/kg/ngày, giảm liều nhanh trong vòng một tháng. Một tháng sau, bệnh nhân tái khám với sức cơ hồi phục gần như bình thường, tự đi lại được, cảm giác hồi phục gần bình thường, chỉ còn dị cảm ít ở hai bàn chân.

Theo dõi và tiên lượng. Do viêm tủy cắt ngang vô căn có thể là biểu hiện lâm sàng đầu tiên của một tổn thương tủy do các nguyên nhân khác như: bệnh xơ cứng rải rác, rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh, các bệnh tự miễn,...⁷ Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái phát chung của bệnh nhân viêm tủy cắt ngang vô căn là khoảng 30%,⁴ vì vậy việc tái khám và theo dõi là cần thiết để thực hiện kịp thời các xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân bệnh cũng như dự phòng tái phát.

IV. KẾT LUẬN

Chẩn đoán viêm tủy cắt ngang hậu nhiễm dựa vào lâm sàng, MRI tủy sống và xét nghiệm dịch não tủy. Nếu MRI lần đầu bình thường, nên xem xét chụp lại lần thứ hai kiểm tra nhằm phát

hiện tổn thương. Việc chẩn đoán sớm và chính xác là quan trọng vì bệnh đáp ứng tốt với điều trị kháng viêm corticoid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barreras P, Fitzgerald KC, Mealy MA, et al.** Clinical biomarkers differentiate myelitis from vascular and other causes of myelopathy. *Neurology*. 2018;90(1):e12-e21.
2. **Goh C, Desmond PM, Phal PM.** MRI in transverse myelitis. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*. 2014;40(6):1267-1279.
3. **Group* TMCW.** Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis. *Neurology*. 2002;59(4):499-505.
4. **Kimbrough DJ, Mealy MA, Simpson A, et al.** Predictors of recurrence following an initial episode of transverse myelitis. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*. Jun 2014;1(1):e4.
5. **Monahan RC, Beart HJ, Fronczek R, et al.** Suspected transverse myelitis with normal MRI and CSF findings in a patient with lupus: what to do? A case series and systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2020;3173-3186.
6. **Tisavipat N, Flanagan EP.** Current perspectives on the diagnosis and management of acute transverse myelitis. *Expert review of neurotherapeutics*. 2023;23(4):389-411.
7. **Zalewski NL, Flanagan EP, Keegan BM.** Evaluation of idiopathic transverse myelitis revealing specific myelopathy diagnoses. *Neurology*. 2018; 90(2):e96-e102.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM TRỊ LIỆU KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP BẮM HUYỆT TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN

Trần Thị Yến¹, Hoàng Thị Cúc¹, Nguyễn Doãn Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp can thiệp lâm sàng, tiền cứu, so sánh trước và sau điều trị, có đối chứng trên 60 bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. **Kết quả:** Sau 10 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt và khá của nhóm I chiếm 93,3%, trung bình chiếm 6,7%, không có trường hợp nào xếp loại kém. **Kết luận:** Siêu âm trị liệu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm

huyệt có tác dụng tốt trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. **Từ khóa:** Viêm quanh khớp vai, siêu âm trị liệu, điện châm, xoa bóp bấm huyệt.

SUMMARY

EVALUATE THE TREATMENT EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND THERAPY COMBINED WITH ELECTRO-ACUPUNCTURE AND ACUPRESSURE MASAGE ON PATIENTS WITH SIMPLE SHOULDER PERIARTHRITIS

Objective: Evaluate the treatment effectiveness of ultrasound therapy combined with electro-acupuncture and acupressure massage on patients with simple shoulder periarthritis. **Subjects and methods:** Clinical intervention method, prospective, comparison before and after treatment, controlled on 60 patients with simple shoulder periarthritis. **Results:** After 10 days of treatment, the proportion of patients achieving good and fair treatment results in group I was 93.3%, an average of 6.7%, with no case

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Yến

Email: tranyen3009@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024