

mô bệnh viêm lao đến 22,8%. Sự khác biệt này có thể liên quan đến việc lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu, trước khi nội soi màng phổi chúng tôi đã thực hiện các xét nghiệm vi sinh dịch màng phổi (AFB, PCR lao) và sinh thiết màng phổi kín, đã chẩn đoán được khá nhiều bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao. Ngoài ra, tỉ lệ tràn dịch màng phổi do lao cũng đã giảm, liên quan đến hoạt động chặt chẽ của Chương trình chống lao Quốc gia. Trong nghiên cứu này, có đến 14,29% bệnh nhân chỉ có chẩn đoán mô bệnh viêm mạn tính không đặc hiệu. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây, với tỉ lệ bệnh nhân TDMP không được chẩn đoán xác định kể cả đã thực hiện kỹ thuật nội soi màng phổi. Trong nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016), tỉ lệ không chẩn đoán chính xác được nguyên nhân là 9,3% [4], trong khi Đỗ Hương Giang và cộng sự (2022) cũng không chẩn đoán được nguyên nhân ở 8,6% bệnh nhân nghiên cứu [5]. Nghiên cứu của Kiani A. và cộng sự (2015) không chẩn đoán được nguyên nhân ở 13% bệnh nhân nghiên cứu [7].

Các tai biến, biến chứng trong nghiên cứu thấp, hay gặp đau tại vết mổ (71,43%), tràn khí dưới da (21,43%). Không có bệnh nhân tử vong. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, kỹ thuật nội soi màng phổi ống bán cứng an toàn. Nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016) chỉ gặp 3 biến chứng đau ngực (60,8%), sốt (4,6%), chảy máu (3,1%) [4]. Nghiên cứu của Đỗ Hương Giang và cộng sự (2022) cũng gặp tỉ lệ đau tại chỗ cao nhất (62,3%), nhưng có 1 bệnh nhân (1,5%) phải đặt nội khí quản sau thủ thuật [5]. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự [6], [7]. Các tai biến, biến chứng đều được xử lý ổn định, hiếm có bệnh nhân tử vong

liên quan đến kỹ thuật.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân có tổn thương màng phổi thành (97,62%). Hình ảnh hay gặp nhất là thâm nhiễm (90,48%), tiếp theo là sung huyết (73,81%). U sùi chỉ chiếm 7,14%.

- Tỷ lệ ung thư di căn từ phổi cao nhất (71,43%), 11,9% bệnh nhân ung thư trung biểu mô màng phổi, 2,38% bệnh nhân có kết quả mô bệnh viêm lao.

- Kỹ thuật an toàn, không có bệnh nhân tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Quyết** (2013). Bệnh màng phổi. Sách chuyên khảo, Nhà xuất bản Y học.
2. **Michaud G., Berkowitz D. M., Ernst A.** (2010). Pleuroscopy for diagnosis and therapy for pleural effusions. Chest, 138(5), 1242-6.
3. **Bộ Y tế** (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Hô hấp, 62-72.
4. **Vũ Khắc Đại** (2016). Nghiên cứu vai trò của nội soi màng phổi ống mềm trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Đỗ Hương Giang, Phan Thu Phương** (2022). Nhận xét kết quả nội soi màng phổi bằng ống nội soi bán cứng trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết. Tạp chí Y học Việt nam, Số 2, Tháng 10, 236-240.
6. **Mootha, V.K., Agarwal R., Singh N., et al.** (2011). Medical thoracoscopy for undiagnosed pleural effusions: experience from a tertiary care hospital in north India. Indian J Chest Dis Allied Sci, 53(1): 21-4.
7. **Kiani A., Abedini A., Karimi M., et al.** (2015). Diagnostic Yield of Medical Thoracoscopy in Undiagnosed Pleural Effusion. Tanaffos, 14(4): 227-31.
8. **Rozman, A., Camlek L., Kern I., et al.** (2014). Semirigid thoracoscopy: an effective method for diagnosing pleural malignancies. Radiol Oncol, 48(1): 67-71.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC VIÊM TỦY CẮT NGANG

Lê Văn Minh¹, Trác Mỹ Hương¹, Lý Ngọc Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh viêm tủy cắt ngang. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt trường hợp, gồm 32

bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 12/2021 đến 04/2024. **Kết quả:** 32 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $49,22 \pm 15,52$; trong đó nữ chiếm 59,4%. Thời gian khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện trung bình là 6 ngày. Bệnh nhân vào viện chủ yếu là do rối loạn cảm giác chiếm 100%. Tổn thương tủy sống kéo dài trung bình $5,22 \pm 0,49$; tổn thương hay gặp ở vị trí cột sống ngực. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi về bệnh viêm tủy cắt ngang thì triệu chứng rối loạn cảm giác là thường gặp nhất. Tỷ lệ mắc bệnh viêm tủy cắt ngang ở nữ giới nhiều hơn so với nam giới trong cùng một độ

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng

Chịu trách nhiệm chính: Trác Mỹ Hương

Email: tracmyhuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024

tuổi. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là tủy ngực chiếm 53,13%; tổn thương lớn hơn ba đốt sống chiếm 65,6%. **Từ khóa:** viêm tủy cắt ngang, cộng hưởng từ.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND IMAGING CHARACTERISTICS OF TRANSVERSE MYELITIS

Objectives: Study the clinical features and imaging characteristics of transverse myelitis. **Method:** Case series, including 32 patients diagnosed and treated at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from December 2021 to April 2024. **Results:** 32 patients were diagnosed with transverse myelitis, where the compressive cord lesion and other symptoms were excluded. The average age of the study was 49.22 ± 15.52 years, with women accounting for nearly 59.4%. The average duration of onset of symptoms to hospital admission was 6 days. Approximately 100% of patients presented to the hospital with symptoms of sensory disorder. In this study, spinal cord damage in patients lasted an average of 5.22 ± 0.49 , with damage commonly occurring in the thoracic spine. **Conclusion:** Sensory disorder is one of the most common clinical diagnostic criteria for transverse myelitis in this study. Women are found to be more vulnerable to transverse myelitis than men at the same age. The percentage of lesions in the thoracic spinal cord was 53.13% and lesions longer than 2 vertebral segments accounted for 65.6%. **Keywords:** transverse myelitis, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tủy cắt ngang (Transerve myelitis) là một thuật ngữ chung cho các quá trình viêm ảnh hưởng đến tủy sống, xảy ra trong tình trạng cấp tính hoặc bán cấp gây nên sự thiếu hụt thần kinh khu trú như yếu liệt hai chi dưới hoặc tứ chi, rối loạn cảm giác, rối loạn hệ thần kinh tự chủ. Viêm tủy cắt ngang có thể xảy ra riêng lẻ hoặc trong bối cảnh của một bệnh truyền nhiễm toàn thân hay phản ứng dị ứng hoặc bệnh khử men [6]. Viêm tủy cắt ngang cũng có thể là biểu hiện đầu tiên của bệnh xơ cứng rải rác hoặc bệnh viêm thị thần kinh.

Viêm tủy cắt ngang có thể ảnh hưởng ở bất kỳ mức độ nào của tủy sống. Chụp cộng hưởng từ (MRI – Magnetic resonance imaging) cột sống có hoặc không có bơm thuốc cản từ là cận lâm sàng tốt nhất để đánh giá các tổn thương nhu mô tủy sống. Trên MRI cột sống, dựa vào tổn thương theo chiều ngang có thể giúp ta xác định được là viêm tủy cắt ngang hoàn toàn hay một phần. Dựa theo chiều dọc, viêm tủy cắt ngang có lan tỏa theo chiều dọc (LETM - Longitudinally Extensive Transverse Myelitis) khi có tổn thương tủy sống từ ba đốt sống trở lên.

Viêm tủy cắt ngang là nguyên nhân chính

dẫn đến tàn tật ở người trẻ, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ. Theo Bhat A. và cộng sự (2010), nghiên cứu bệnh viêm tủy cắt ngang thì tỷ lệ mắc mới mỗi năm từ 1 – 8 trường hợp/1.000.000 người, bệnh thường gặp ở độ tuổi 10-19 hoặc 30-39. Trong đó, có khoảng một phần ba bệnh nhân điều trị không để lại di chứng, một phần ba bị tàn tật ở mức độ trung bình và một phần ba có thể bị tàn tật nặng [4].

Ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về bệnh viêm tủy cắt ngang. Đó là lý do chúng tôi nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học viêm tủy cắt ngang” nhằm góp phần chẩn đoán và điều trị sớm bệnh lý viêm tủy cắt ngang, hạn chế tỷ lệ tàn tật và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: những bệnh nhân được chẩn đoán viêm tủy cắt ngang và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 12/2021 đến 04/2024.

Tiêu chuẩn chọn: Khi bệnh nhân có đầy đủ tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng sau:

Lâm sàng:

- Rối loạn vận động: yếu/liệt hai chi dưới, yếu/liệt tứ chi
- Tính chất yếu/liệt kiểu trung ương
- Rối loạn cảm giác theo khoanh tủy
- Triệu chứng hệ thần kinh tự chủ: bí tiểu, táo bón

Cận lâm sàng:

- Chụp cộng hưởng từ cột sống: T1 không thay đổi hoặc giảm tín hiệu, T2 tăng tín hiệu, tổn thương có thể bắt thuốc hoặc không bắt thuốc gadolinium [5].
- Dịch não tủy: có thể tăng số lượng tế bào, tăng protein.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, tổn thương tủy do chèn ép, tổn thương tủy do bệnh lý mạch máu, tổn thương tủy sau xạ trị.

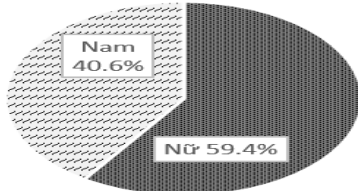
2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả hàng loạt trường hợp.
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.
- Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0. Giá trị các trị số được trình bày dưới dạng trung bình (\pm độ lệch chuẩn), tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

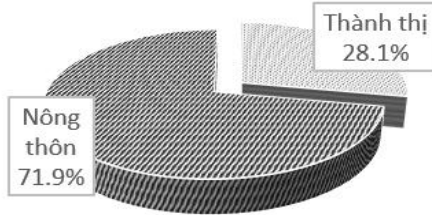
Có 32 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thỏa các tiêu chuẩn và có các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân viêm tủy cắt ngang. Độ tuổi trung bình khởi phát bệnh là $49,22 \pm 15,52$; tuổi khởi phát sớm nhất ở 23 tuổi và trễ nhất là 80 tuổi. Trong tổng số 32 bệnh nhân thì nữ chiếm 59,4% (19/32) và nam chiếm 40,6% (13/32).



Biểu đồ 1: Phân bố giới tính

Tỷ lệ bệnh nhân cư trú tại thành thị chiếm 28,1% (9/32) và nông thôn chiếm 71,9% (23/32).



Biểu đồ 2: Phân bố theo nơi cư trú

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm tủy cắt ngang. Thời gian khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng đến khi nhập viện trung bình là $6,13 \pm 3,83$ ngày. Bệnh nhân nhập viện sớm nhất là 1 ngày và muộn nhất là 14 ngày.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khởi phát	Đột ngột	21	65,6
	Từ từ	11	34,4
Triệu chứng lâm sàng	Rối loạn vận động	31	96,9
	Rối loạn cảm giác	32	100,0
	Rối loạn cơ vòng	29	90,6

Nhận xét: Lâm sàng khởi phát đột ngột của bệnh viêm tủy cắt ngang chiếm tỷ lệ cao là 65,6%; rối loạn cảm giác là triệu chứng thường gặp nhất. Trong rối loạn vận động, thì có khoảng 18 bệnh nhân yếu/liệt hai chi dưới chiếm 58,1% và 13 bệnh nhân yếu/liệt tứ chi chiếm 41,9%.

3.3. Đặc điểm hình ảnh tủy sống của bệnh viêm tủy cắt ngang

Bảng 2. Các kỹ thuật hình ảnh chụp tủy sống

Kỹ thuật chụp MRI	Không bơm thuốc		Bơm thuốc	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đoạn tủy cổ	3	9,4	12	37,5
Đoạn tủy ngực	1	3,1	16	50,0
Đoạn tủy thắt lưng	2	6,3	0	0

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chụp MRI cột sống. Trong 32 bệnh nhân viêm tủy thì có 28 bệnh nhân được chụp MRI cột sống có bơm thuốc cản từ.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương tủy sống

Đặc điểm tổn thương tủy sống		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí tổn thương	Tủy cổ	15	46,87
	Tủy ngực	17	53,13
	Tủy thắt lưng	2	6,3
Tính chất liên tục	Liên tục	29	90,6
	Không liên tục	3	9,4
Mặt cắt ngang	Toàn bộ	18	56,3
	Một phần	14	43,7
Phù tủy	Có	27	84,4
	Không	5	15,6

Nhận xét: Vị trí tổn thương thường gặp nhất là tủy ngực chiếm 53,13%, có 2 bệnh nhân tổn thương ở tủy thắt lưng chiếm 6,3%. Các tính chất tổn thương tủy sống thường gặp: tính liên tục chiếm 90,6% và không liên tục chiếm 9,4%; tổn thương toàn bộ mặt cắt ngang 56,3% và tổn thương một phần chiếm 43,7%; có phù tủy chiếm 84,4% và không có phù tủy chiếm 15,6%.

Bảng 4. Số đốt sống tổn thương

Số đốt sống bị tổn thương	Nhỏ nhất	2
	Lớn nhất	13
	Trung bình	$5,22 \pm 2,77$
	Lớn hơn 3 đốt	21/32 (65,6%)
	Nhỏ hơn hoặc bằng 3 đốt	11/32 (34,4%)

Nhận xét: Số đốt sống trung bình tổn thương là $5,22 \pm 2,77$. Trong đó tổn thương ít nhất là 2 đốt sống, tổn thương nhiều nhất là 13 đốt sống. Tổn thương lớn hơn 3 đốt sống chiếm 65,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân viêm tủy cắt ngang. Theo kết quả nghiên cứu, độ tuổi trung bình chẩn đoán bệnh viêm tủy cắt ngang là $49,22 \pm 15,52$; đáng chú ý là độ tuổi phát hiện bệnh sớm nhất là 23 tuổi và trễ nhất là 80 tuổi. Bên cạnh đó, độ tuổi trung bình mắc bệnh viêm tủy cắt ngang là $37,0 \pm 11,8$ tuổi; tuổi khởi phát sớm nhất là 18 tuổi và trễ nhất là 64 tuổi theo nghiên cứu của Alvarenga M P và cộng sự (2010) [3]. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Hồng Quân và cộng sự (2020) là $44,8 \pm 13,4$ [1]. Nhìn chung độ tuổi mắc bệnh viêm tủy cắt ngang của những nghiên cứu trên đều trong độ tuổi lao động.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân cư trú tại thành thị chiếm 28,1% (9/32) và nông thôn chiếm 71,9% (23/32). Số liệu gần tương đồng

với nghiên cứu của Ali A và cộng sự (2019), tỷ lệ bệnh nhân viêm tủy cư trú tại thành thị và nông thôn lần lượt là 31% và 69% [2]. Từ số liệu nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân chẩn đoán viêm tủy cắt ngang ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao có thể là do ở nông thôn bệnh nhân chưa tiếp cận được chăm sóc y tế, cũng như cơ sở vật chất tại khu vực chưa đáp ứng được nhu cầu chẩn đoán bệnh viêm tủy cắt ngang như ở thành thị.

Trong tổng số 32 bệnh nhân thì nữ chiếm 59,4% (19/32) và nam chiếm 40,6% (13/32). Điều này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Quân và cộng sự (2020) và Smith E và cộng sự (2020), nữ lần lượt chiếm 52% và 62% [1], [7]. Theo nghiên cứu của Alvarenga M P và cộng sự (2010), trong 41 bệnh nhân viêm tủy cắt ngang thì nữ chiếm 68,3% (28/41) và nam chiếm 31,7% (13/41) [3]. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ là như nhau nhưng những năm gần đây có sự thay đổi chênh lệch về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ. Trong đó nữ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nam [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm tủy cắt ngang. Thời gian khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng đến khi nhập viện trung bình là $6,13 \pm 3,83$ ngày. Bệnh nhân nhập viện sớm nhất là 1 ngày và muộn nhất là 14 ngày. Số liệu gần tương tự với nghiên cứu của Shahbaz Naila N và cộng sự (2012), thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện là 5,04 ngày; bệnh nhân đến sớm nhất là 1 ngày và muộn nhất là 28 ngày [8].

Biểu hiện rối loạn cảm giác là triệu chứng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ là 100%, tiếp đến là triệu chứng vận động và rối loạn cơ vòng lần lượt là 96,9% và 90,6%. Số liệu này gần tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Quân và cộng sự (2020) là 96%, 96% và 84% [1]. Theo nghiên cứu của Shahbaz Naila N và cộng sự (2012), nhận thấy rối loạn vận động chiếm nhiều nhất 100% trong đó yếu hai chi dưới (69,4%) nhiều hơn so với yếu/liệt tứ chi (30,5%), kể đến là rối loạn cảm giác chiếm 90% cuối cùng là rối loạn cơ vòng chiếm 84,7% [8]. Như vậy kết quả của chúng tôi gần tương đồng với các tác giả khác.

Các triệu chứng thần kinh được liệt kê ở trên không phải tất cả bệnh nhân đều có hết, tùy thuộc vào vị trí tổn thương mà sẽ biểu hiện lâm sàng khác nhau. Viêm tủy cắt ngang hoàn toàn có thể biểu hiện tất cả các triệu chứng vận động, cảm giác hệ thần kinh tự chủ đối xứng hai bên. Viêm tủy cắt ngang một phần có thể có các triệu

chứng không đối xứng hoặc tổn thương đặc trưng cho từng vùng giải phẫu cụ thể, các biểu hiện có thể bao gồm hội chứng Brown-Sequard, hội chứng trung tâm tủy, hội chứng cột sau [5].

4.3. Đặc điểm hình ảnh tủy sống của bệnh viêm tủy cắt ngang. Trong 32 bệnh nhân viêm tủy thì có khoảng 28 bệnh nhân được chụp MRI cột sống có bơm thuốc cản từ.

Vị trí tổn thương cổ chiếm 46,86%, tủy ngực chiếm 53,13% kể đến là tổn thương tủy thắt lưng 6,3%. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Quân và cộng sự (2020), tổn thương tủy cổ, tủy ngực lần lượt là 38,1%, 61,9% [1]. Khác biệt so với nghiên cứu của Shahbaz Naila N và cộng sự (2012), tổn thương tủy cổ chiếm 25,03%, tủy ngực chiếm 73,5% và tủy thắt lưng 1,47% [8]. Số liệu nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác, nhưng tổn thương vẫn gặp nhiều ở hai vị trí là tủy cổ và tủy ngực.

Các tính chất tổn thương thường gặp: tính liên tục chiếm 90,6%; tổn thương toàn bộ mặt cắt ngang 56,3%; tổn thương một phần tủy sống 43,7% và có kèm phù tủy chiếm 84,4%. Gần tương đồng với nghiên cứu của Smith E và cộng sự (2020), tổn thương toàn bộ mặt cắt ngang chiếm 57,1% và tổn thương không toàn bộ chiếm 42,9% [7]. Có sự khác biệt với nghiên cứu của Shahbaz Naila N và cộng sự (2012), tổn thương toàn bộ mặt cắt ngang chiếm 88,8%, tổn thương một phần chiếm 11,2%; phù tủy sống chiếm 43,05% [8]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể là do cỡ mẫu chúng tôi còn nhỏ và tổn thương rất đa dạng của bệnh viêm tủy cắt ngang.

Trong nghiên cứu, số đốt sống trung bình tổn thương là $5,22 \pm 2,77$. Trong đó tổn thương ít nhất là 2 đốt sống, tổn thương nhiều nhất là 13 đốt sống. Tổn thương lớn hơn 3 đốt sống chiếm 65,6% và tổn thương nhỏ hơn hoặc bằng ba đốt sống chiếm 34,4%. Gần giống với số liệu của tác giả Alvarenga M P và cộng sự, tổn thương lớn hơn ba đốt sống chiếm 61% và tổn thương nhỏ hơn ba đốt sống chiếm 39% [3]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hồng Quân và cộng sự (2020), số đốt tổn thương trung bình $5,1 \pm 1,3$; tổn thương ít nhất là 1 đốt sống và nhiều nhất là 9 đốt sống. Độ dài tổn thương từ ba đốt sống trở lên chiếm 90,5% và dưới ba đốt sống chiếm 9,5% [1]. Có sự khác biệt giữa các số liệu là do trong nghiên cứu của chúng tôi, chưa có đủ cỡ mẫu để phân tích và các xét nghiệm về miễn dịch để tìm nguyên nhân gây ra viêm tủy cắt ngang.

V. KẾT LUẬN

Viêm tủy cắt ngang là một bệnh hiếm gặp nhưng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Biểu hiện lâm sàng của viêm tủy cắt ngang đa dạng tùy thuộc vào vị trí tổn thương của cột sống. Chụp cộng hưởng từ cột sống là cận lâm sàng vô cùng quan trọng góp phần phát hiện bệnh và điều trị kịp thời cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Quân, Nguyễn Cao Vinh, Phạm Cẩm Diệu Linh, "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan tái phát của bệnh nhân viêm tủy ngang", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 15 (2), 2020.
2. Ali A, Bareeqa S B, Riaz A, Ahmed S I, et al, "Assessment of Clinical Outcomes in Patients Presenting with Transverse Myelitis: A Tertiary Care Experience from a Developing Country", Cureus, 11 (3), 2019, pp. e4342.
3. Alvarenga M P, Thuler L C, Neto S P, Vasconcelos C C, et al, "The clinical course of idiopathic acute transverse myelitis in patients from Rio de Janeiro", J Neurol, 257 (6), 2010, pp. 992-998.
4. Bhat A, Naguwa S, Cheema G, Gershwin M E, "The epidemiology of transverse myelitis", Autoimmun Rev, 9 (5), 2010, pp. A395-399.
5. Borchers A T, Gershwin M E, "Transverse myelitis", Autoimmun Rev, 11 (3), 2012, pp. 231-248.
6. Marrodan M, Hernandez M A, Köhler A A, Correale J, "Differential diagnosis in acute inflammatory myelitis", Mult Scler Relat Disord, 2020, pp. 102481.
7. Smith E, Jaakonmäki N, Nylund M, Kupila L, et al, "Frequency and etiology of acute transverse myelitis in Southern Finland", Mult Scler Relat Disord, 2020, 46 pp. 102562.
8. Shahbaz N N, Amanat S, Soomro S R, Hasan Y, et al, "Idiopathic transverse myelitis: an experience in a tertiary care setup", Journal of the Dow University of Health Sciences, 2012, pp. 12-16.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN CHẨN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC THẮT LƯNG TRONG PHÂN LOẠI A3, A4 THEO AO SPINE TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trần Đình Toàn¹, Vũ Văn Cường¹,
Đinh Thế Hưng¹, Lê Đức Anh¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Điều trị chấn thương cột sống ngực - thắt lưng (T11 – L2) loại A3, A4 theo phân loại AO Spine mà không có tổn thương thần kinh vẫn còn gây tranh cãi. Điều trị bảo tồn bằng dụng cụ chỉnh hình cột sống là một lựa chọn điều trị hợp lý. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bảo tồn chấn thương cột sống ngực thắt lưng trong phân loại A3, A4 theo AO Spine tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu và tiền cứu trên 45 bệnh nhân CTCS ngực – thắt lưng (từ T11 đến L2) trong phân loại A3, A4 theo AO Spine và được điều trị bảo tồn tại khoa Phẫu thuật cột sống - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $41,3 \pm 11,4$ tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1,8/1. Sau 6 tháng theo dõi có sự cải thiện đáng kể về mức độ đau (VAS: $0,93 \pm 0,84$ điểm), chức năng (ODI: $12,5 \pm 12,9\%$) và chất lượng cuộc sống (SF-36). Góc gù thân đốt sống và góc gù vùng sau điều trị bảo tồn thay đổi không đáng kể. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn là một lựa chọn an toàn và đem lại kết quả khả quan.

Từ khóa: Chấn thương cột sống ngực - thắt lưng, phân loại A3 và A4 theo AOSpine, điều trị bảo tồn.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF THORACIC SPINE INJURY IN CLASSIFICATION A3, A4 ACCORDING TO AO SPINE AT VIET DUC HOSPITAL

Background: Treatment of thoracolumbar spine injuries (T11 – L2) types A3, A4 according to the AO Spine classification without neurological damage is still controversial. Conservative treatment with a spinal orthosis is a reasonable treatment option. **Objectives:** Evaluate the results of conservation of thoracolumbar spine injuries in the A3 and A4 classification according to AO Spine. **Subjects and methods:** Retrospective and prospective description of 45 patients with thoracolumbar spinal cord injury (from T11 to L2) in classification A3, A4 according to AO Spine and treated conservatively at the Department of Spinal Surgery - Viet Duc Hospital from April 2023 to April 2024. **Results:** Mean age was 41.3 ± 11.4 years old, male/female ratio was 1.8/1. After 6 months of follow-up, there was a significant improvement in pain level (VAS: 0.93 ± 0.84 points), function (ODI: $12.5 \pm 12.9\%$), and quality of life (SF-36). The vertebral body kyphosis angle and regional kyphosis angle after conservative treatment did not change significantly. **Conclusions:** Conservative treatment is a safe option and produces positive results. **Keywords:** thoracolumbar burst fractures, A3 and A4 spinal fractures, AOSpine classification, conservative therapy, functional outcome.

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Cường

Email: vucuong884@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024