

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ BỊ VIÊM XƯƠNG TỦY TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Mai Phương¹, Nguyễn Thành Nam², Nguyễn Thị Thu Hà²,
Phạm Diệu Linh¹, Trần Thị Vân Anh¹, Phạm Văn Đэм^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ bị viêm xương tủy. Đánh giá kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến bệnh như tiền sử bệnh tật, chấn thương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang thực hiện trên 46 bệnh nhân viêm xương tủy, tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái là 2,1:1. Tuổi trung bình là 11,3. Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là đau (97,8%), sưng tại vị trí tổn thương (78,3%), hạn chế vận động (80,4%). Xương chày và xương đùi là các xương thường bị tổn thương nhất. Căn nguyên gây bệnh phổ biến nhất là tụ cầu vàng. Các cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định là tăng bạch cầu (69,6%), tăng CRP (59,1%), chẩn đoán hình ảnh: tổn thương xương xuất hiện trên MRI sớm hơn X-quang. Tất cả các trẻ đều được điều trị kháng sinh. Kháng sinh toàn thân được sử dụng theo kháng sinh đồ để điều trị viêm xương tủy chủ yếu là Vancomycin, chiếm 76,1%. Linezolid 30,4% được sử dụng khi trẻ có triệu chứng dị ứng sau khi sử dụng Vancomycin. 02 trường hợp chỉ sử dụng kháng sinh đường uống. 44 bệnh nhân còn lại được điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch trung bình 24,7 ngày. Thời gian nằm viện điều trị viêm xương tủy trung bình là 25,61 ± 12,63; ít nhất là 6 ngày và nhiều nhất là 62 ngày. Can thiệp ngoại khoa được áp dụng cho 13 trẻ, chiếm 28,3%. **Kết luận:** Viêm xương tủy thường xuất hiện với những triệu chứng không đặc hiệu như sốt, đau, sưng nề và hạn chế vận động chi tổn thương. Chẩn đoán đúng và kịp thời là cần thiết để ngăn ngừa viêm xương tủy cấp tính chuyển thành mãn tính và các biến chứng. Cần có các nghiên cứu đa trung tâm sâu hơn để phân tích sự khác biệt theo khu vực về sinh vật gây bệnh, cách điều trị và đặc điểm của bệnh viêm tủy xương ở trẻ em nhằm có thông tin đầy đủ hơn.

Từ khóa: Viêm xương tủy, trẻ em, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị, nhi khoa

SUMMARY

CLINICAL, PRECLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF CHILDREN WITH OSTEOMYELITIS AT PEDIATRICS CENTER, BACH MAI HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of children with osteomyelitis. Evaluate

treatment results and factors related to the disease such as medical history and injury. **Subjects and methods:** Prospective, descriptive, cross-sectional study conducted on 46 osteomyelitis patients, at the Pediatric Center, Bach Mai Hospital. **Results:** The ratio of boys/girls is 2,1:1. The average age is 11.3 years old. The most common clinical manifestations are pain (97.8%), swelling at the injury site (78.3%), and limited movement (80.4%). The tibia and femur are most commonly injured bones. The most common pathogen is *Staphylococcus aureus*. Tests that help confirm the diagnosis are leukocytosis (69.6%), increased CRP (59.1%), and diagnostic imaging (bone lesions appear on MRI earlier than X-ray). All children received antibiotic treatment. Parenteral antibiotics used according to the antibiogram are mainly Vancomycin, accounting for 76.1%. Linezolid (30.4%) is used when children have allergic symptoms (rash) after using Vancomycin. 02 cases received solely oral treatment. The remaining 44 patients received intravenous antibiotic therapy for an average of 24.7 days. The average length of hospital stay was 25.61 ± 12.63; at least 6 days and at most 62 days. 13 children had surgical intervention, accounting for 28.3%. **Conclusion:** Osteomyelitis often appears in boys with non-specific symptoms such as fever, pain, swelling and restricted mobility of the affected limb. Timely diagnosis is necessary to prevent complications and stop acute osteomyelitis from turning into chronic. Additional multicenter studies are required to examine geographical variations in the causative organism, therapy, and features of pediatric osteomyelitis in order to provide clinical practice guidelines.

Keywords: Osteomyelitis, children, clinical, paraclinical, treatment, pediatrics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm xương tủy hay còn gọi là cốt tủy viêm là một bệnh nhiễm trùng cơ xương phổ biến ở trẻ em, căn nguyên thường do *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenzae* type B. Theo Nike Walter, tỷ lệ trẻ bị viêm xương tủy đã tăng 10,44% trong thập kỷ qua và tỷ lệ hiện mắc bệnh vào khoảng 16,7 đến 20/100.000 trẻ. Tỷ lệ mắc hay gặp trẻ trên 6 tuổi, tỷ lệ nam: nữ (1,4:1) [1]. Viêm xương tủy còn là vấn đề sức khỏe lớn có tác động đối với chất lượng cuộc sống và học tập của trẻ em bao gồm thời gian nằm viện kéo dài, thời gian sử dụng kháng sinh dài ngày, các di chứng về vận động ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của trẻ. Hiện nay tại Việt Nam nói chung và tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Bạch Mai nói riêng, các nghiên cứu về bệnh lý

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai 78 Giải Phóng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Đэм

Email: dempv.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024

viêm xương tuỷ chưa được đầy đủ, do vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân mắc viêm xương tuỷ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 46 trẻ được chẩn đoán xác định viêm xương tuỷ nhập viện và điều trị tại Trung tâm Nhi khoa - Bệnh Viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 03 năm 2021 đến tháng 03 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân là trẻ bị viêm xương tuỷ nhập viện điều trị trong tại Trung tâm Nhi khoa trong thời gian từ tháng 03 năm 2021 đến tháng 03 năm 2024. Chẩn đoán trẻ mắc viêm xương tuỷ: lâm sàng có sưng nóng, đỏ tại chỗ xương viêm, xét nghiệm có bạch cầu tăng, máu lắng tăng, chỉ số viêm CPR tăng, Xquang xương có hình ảnh tổn thương từ màng xương, tuỷ xương, cộng hưởng từ có hình ảnh ổ viêm xương hoặc tiêu xương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, viêm xương tuỷ do các nguyên nhân không do nhiễm trùng: ung thư xương, rối loạn chuyển hoá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả. Lấy số liệu hồi cứu từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 03 năm 2022, tiến cứu từ tháng 03 năm 2022 đến tháng 03 năm 2024.

2.3. Chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân là trẻ bị viêm xương tuỷ nhập viện điều trị trong thời gian 02 năm từ ngày 01 tháng 03 năm 2021 đến 30 tháng 02 năm 2023. Lấy mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.4. Chỉ số, biến số nghiên cứu. Bệnh nhân sẽ được thu thập thông tin qua một bệnh án nghiên cứu thống nhất riêng. Các chỉ số nghiên cứu bao gồm: số liệu về đặc điểm nhân trắc học, lâm sàng, cận lâm sàng được thu thập theo bệnh án nghiên cứu, dựa vào nghiên cứu hồi cứu lại các bệnh án của bệnh nhân. Các chỉ số cận lâm sàng bao gồm công thức máu, CRP (C-reactive protein: protein C phản ứng), máu lắng, cấy máu, chụp Xquang xương tại chỗ, cộng hưởng từ phần mềm và xương. Kết quả các biến số, chỉ số được so sánh với bảng hằng số sinh học trẻ em Việt Nam [2]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Trong số 46 trẻ được chẩn đoán viêm xương tuỷ có 31 trẻ trai chiếm 67,4%; 15 trẻ gái chiếm 32,6%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 11,32 ± 2,63 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ

cao nhất là nhóm >10 tuổi.

Bảng 1. So sánh phân bố nhóm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Nam (N=31)		Nữ (N=15)		Tổng		p, χ^2
	n	%	n	%	n	%	
<5 tuổi	1	2,2%	1	2,2%	2	4,3%	p = 0,862 $\chi^2 = 0,297$
5-10 tuổi	9	19,6%	4	8,7%	13	28,3%	
>10 tuổi	21	45,7%	10	21,7%	31	67,4%	
Tổng	31	67,4%	15	32,6%	46	100%	
$\bar{X} \pm SD$	11,32 ± 2,63		10,47 ± 2,9		11,04 ± 2,72		p = 0,161

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi mắc trung bình ở hai nhóm trẻ trai và trẻ gái, nhóm tuổi hay gặp nhất là nhóm trên 10 tuổi.

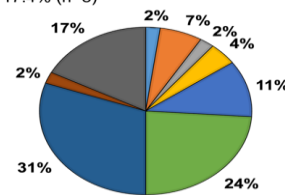
Bảng 2. Các biểu hiện lâm sàng của trẻ bị viêm xương tuỷ

Kết quả	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Sốt	27	57,7
Sưng đau tại chỗ	45	97,8
Hạn chế vận động	36	80,4
Có tiền sử chấn thương	30	65,3
Có ổ nhiễm trùng ngoài da	26	56,5
Tiền sử nhiễm trùng cơ xương khớp	16	34,7

Nhận xét: Triệu chứng phổ biến nhất khi nhập viện là sưng đau (97,8%) và hạn chế vận động chi tổn thương (80,4%). Triệu chứng sốt chỉ gặp ở 58,7% bệnh nhân, 65,3 % trẻ bị viêm xương tuỷ có tiền sử chấn thương, 34,7% trẻ có các tiền sử mắc các bệnh lý nhiễm trùng cơ xương khớp.

Có 25 trường hợp (chiếm 54,3%) đến viện trên 1 tuần kể từ khi có triệu chứng đau tại ổ viêm.

- Xương đòn 2.2% (n=1)
- Xương trụ 2.2% (n=1)
- Xương chấu 10.9% (n=5)
- Xương chày 30.4% (n=14)
- Xương bàn chân 17.4% (n=8)
- Xương cánh tay 6.5% (n=3)
- Cột sống 4.3% (n=2)
- Xương đùi 23.9% (n=11)
- Xương mác 2.2% (n=1)



Biểu đồ 1. Phân bố vị trí xương viêm

Nhận xét: Vị trí tổn thương hay gặp nhất là xương chày (30,4%), xương đùi (23,9%), các xương bàn chân (17,4%). Các xương chi trên, xương ngắn nhỏ đẹt chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3. Các biểu hiện cận lâm sàng của trẻ bị viêm xương tuỷ

Kết quả	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Bạch cầu tăng >10 G/L	32	69,6

Thiếu máu	15	30,4
Tăng CRP	28	60,1
Máu lắng tăng	46	100
Tổn thương trên Xquang lúc vào	13	29,4
Tổn thương trên phim cộng hưởng từ	19	41,9

Nhận xét: Tất cả trẻ viêm xương tủy có máu lắng tăng, bạch cầu tăng gấp 69,6%, thiếu máu gấp trong 30,4% trường hợp, 59,1% trường hợp có tăng CRP, 29,47% trường hợp có hình ảnh tổn thương trên phim X-quang, 41,9% có tổn thương trên phim MRI thấy hình ảnh tổn thương xương viêm và phần mềm xung quanh.

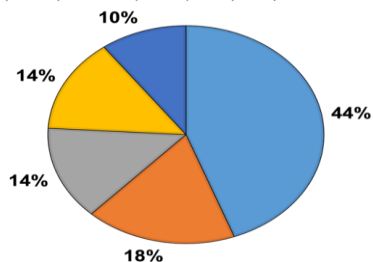
Có 29 trường hợp được thực hiện cấy máu trước khi dùng kháng sinh, 18 mẫu bệnh phẩm (63%) cho kết quả dương tính, tất cả đều phân lập được vi khuẩn Staphylococcus aureus.

Bảng 4. Kết quả cấy máu (n=46)

Kết quả	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Không được cấy máu	17	37
Được cấy máu	29	63
- Dương tính	18	39,1
- Âm tính	11	23,9
Dương tính với tụ cầu vàng	18	100

3.2. Kết quả điều trị

■ Vancomycin (n = 35) ■ Linezolid (n = 14) ■ Clindamycin (n = 11)
 ■ Amikacin (n = 11) ■ Cephalosporin (n = 8)



Biểu đồ 2. Tỷ lệ kháng sinh sử dụng

Nhận xét: Các loại kháng sinh tiêm tĩnh mạch được sử dụng thường xuyên nhất là Vancomycin (76,1%) và Linezolid (30,4%).

45 bệnh nhân nhập viện được bắt đầu điều trị bằng liệu pháp kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch, 01 bệnh nhân được sử dụng kháng sinh đường uống. Thời gian điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch của bệnh nhân viêm xương tủy trung bình là 24,74 ± 13,44; ít nhất là 0 ngày và nhiều nhất là 62 ngày. Có 13 trường hợp (28,3%) cần phối hợp điều trị ngoại khoa. Thời gian nằm viện trung bình là 25,61 ± 12,63 ngày [6-62], Biến chứng tại chỗ thường gặp nhất là viêm nhiễm mô mềm liên kề với ổ nhiễm trùng (61,3%), tiếp theo là áp xe xương (41,9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm

sàng. Tuổi trung bình của nhóm trẻ tham gia nghiên cứu là 11,04 ± 2,72, nhỏ nhất là 3, lớn nhất là 16. Như vậy, viêm xương tủy là bệnh thường gặp ở lứa tuổi học sinh và tuổi thanh thiếu niên. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 31 trẻ trai (67,4%) và 15 trẻ gái (32,6%). Các nghiên cứu đều chỉ ra tỷ lệ mắc viêm xương tủy cao nhất là ở nhóm từ 10 tuổi trở lên; trẻ trai luôn chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ gái. [1], [3], [4]. 65,3% trẻ có tiền sử chấn thương, 34,7% trẻ có các tiền sử mắc các bệnh lý nhiễm trùng cơ xương khớp. Các nguyên nhân khác bao gồm chấn thương, nhiễm trùng ngoài da, viêm đường hô hấp trên, tim bẩm sinh chiếm tỷ lệ thấp hơn. Phần lớn bệnh nhân đến viện muộn sau 1 tuần chiếm tỉ lệ 54,3%. Những bệnh nhân đến viện muộn thường khi đến đã được điều trị tại nhà hoặc các cơ sở y tế khác nhưng do chẩn đoán không chính xác và điều trị không đúng nên bệnh thường không thuyên giảm. Do đó, họ đến với chúng tôi ở thời điểm muộn của bệnh. Tương tự như các nghiên cứu trước đây [5], [6], [8], chúng tôi nhận thấy các triệu chứng phổ biến khi nhập viện là sưng đau, hạn chế vận động chi tổn thương. Chỉ 58,7% bệnh nhi có triệu chứng sốt. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả của Shuang Wang năm 2023 (40,7%) [6]. Xương chày chiếm tỉ lệ cao nhất 30,4%, sau đó đến xương đùi 23,9%, xương bàn chân 17,4%. Các tác giả đều đồng thuận rằng các xương thuộc chi dưới có tỉ lệ mắc cao nhất. [3], [5], [6]. Kết quả cận lâm sàng trong bảng 3 cho thấy 100% trẻ viêm xương tủy có máu lắng tăng, tốc độ máu lắng, bạch cầu tăng gấp 69,6%, thiếu máu gấp trong 30,4% trường hợp, 59,1% trường hợp có tăng CRP, 29,47% trường hợp có hình ảnh tổn thương trên phim X-quang, 41,9% có tổn thương trên phim MRI thấy hình ảnh tổn thương xương viêm và phần mềm xung quanh. CRP đều có ý nghĩa hỗ trợ chẩn đoán xác định viêm xương tủy trẻ em. Trong đó, CRP được làm phổ biến nhất vì dễ thực hiện, giá thành rẻ, kết quả nhanh và độ đặc hiệu khá cao, xét nghiệm tốc độ máu lắng có độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu thấp. Chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân nghi ngờ viêm xương tủy trên lâm sàng, hình ảnh X-quang không điển hình nhưng trên phim MRI thấy hình ảnh tổn thương xương viêm và phần mềm xung quanh. Như vậy, nếu chụp MRI có thể giúp chẩn đoán viêm xương tủy sớm hơn chụp X-quang. Có 29 trường hợp được cấy máu trong đó, 18 mẫu bệnh phẩm (63%) cho kết quả dương tính, tất cả đều phân lập được vi khuẩn Staphylococcus aureus. Các nghiên cứu trước đây [7], [8] đều có kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của

chúng tôi, cho thấy tụ cầu vàng là căn nguyên gây nhiễm khuẩn phổ biến..

4.2. Kết quả điều trị. Các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cho thấy sự đa dạng trong kháng sinh được sử dụng. So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trước đây [5], [7], [9], chúng tôi không nhận thấy sự tương đồng trong kháng sinh được sử dụng để điều trị viêm xương tủy trẻ em. Sự khác biệt này được lý giải bởi đặc điểm dịch tễ tại mỗi khu vực: vi khuẩn và tính kháng kháng sinh là khác nhau. Mặt khác, trên lâm sàng, kháng sinh điều trị ban đầu thường được kê theo kinh nghiệm của bác sĩ trước khi có kết quả kháng sinh đồ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số ngày điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch của bệnh nhân tại Trung tâm Nhi khoa, bệnh viện Bạch Mai dài hơn các bệnh viện ở châu Âu. Nghiên cứu của Elise Evja Thingsaker: Thời gian điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch trung bình tại CCUH là 15 ngày, dao động từ 5 đến 35 ngày. Tại SSK, thời gian điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch trung bình là 10 ngày, dao động từ 2 đến 65 ngày [4] Nghiên cứu của Elena Chiappini: thời gian trung bình điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch là 20 ngày [5] Tuy nhiên, khi so sánh với nghiên cứu tại khu vực châu Á, chúng tôi thấy có sự tương đồng. Nghiên cứu của Jiun-An Chen: Số ngày điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch trung bình là 27 ngày. [7]

Trong số 46 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, có 13 trẻ được điều trị phẫu thuật, chiếm 28,3%. Vai trò của phẫu thuật trong bệnh viêm tủy xương tuân theo nguyên tắc phẫu thuật đối với các bệnh nhiễm trùng: nạo vét mô viêm. Kết quả này tương tự với kết quả tại bệnh viện SSK tại Na Uy (10,3%) [4] và bệnh viện Anna Meyer Children's University Hospital tại Ý (16,5%) [5]. Thời gian nằm viện của bệnh nhân viêm xương tủy tại Trung tâm Nhi khoa, bệnh viện Bạch Mai trung bình là $25,61 \pm 12,63$; ít nhất là 6 ngày và nhiều nhất là 62 ngày. Thời gian nằm viện trung bình ở một số nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam là nghiên cứu của Elise Evja Thingsaker năm 2021 tại Na Uy trên 29 trẻ (14,3 ngày), tại Latvia trên 102 trẻ (13 ngày) [4]; nghiên cứu của Thái Văn Bình năm 2016 tại Việt Nam trên 92 trẻ (15 ngày) [10]. So sánh kết quả của chúng tôi với các nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai, là nơi tiếp nhận và điều trị những ca bệnh nặng từ các bệnh viện khác chuyển tới, nên tình trạng bệnh nặng và cần điều trị dài ngày hơn.

V. KẾT LUẬN

Viêm tủy xương ở trẻ em thường có tiền sử chấn thương rõ ràng và các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu như đau, sưng cục bộ, hạn chế cử động chi tổn thương và sốt. Nhận biết và chẩn đoán sớm là điều cần thiết để điều trị kịp thời và ngăn ngừa viêm tủy xương mãn tính dẫn đến biến dạng chi. Cần có các nghiên cứu đa trung tâm sâu hơn để phân tích sự khác biệt theo khu vực về sinh vật gây bệnh, phương thức điều trị và đặc điểm của bệnh viêm tủy xương ở trẻ em nhằm đưa ra hướng dẫn thực hành lâm sàng.

VI. LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành bài báo nay chúng tôi xin cảm ơn bệnh nhân, nhóm nghiên cứu đề tài cấp cơ sở mã số BM-2023-264 tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Bạch Mai đã cung cấp thông tin và dữ liệu hoàn thành bài báo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Walter N., Bärtil S., Alt V., et al.** (2021). The Epidemiology of Osteomyelitis in Children. *Children*, 8(11), 1000.
2. **BỘ Y TẾ** (1975), Hăng số sinh học người Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Popescu B., Tevanov I., Carp M., et al.** (2020). Acute hematogenous osteomyelitis in pediatric patients: epidemiology and risk factors of a poor outcome. *J Int Med Res*, 48(4), 0300060520910889.
4. **Thingsaker E.E., Urbane U.N., and Pavare J.** (2021). A Comparison of the Epidemiology, Clinical Features, and Treatment of Acute Osteomyelitis in Hospitalized Children in Latvia and Norway. *Medicina*, 57(1), 36.
5. **Chiappini E., Camposampiero C., Lazzeri S., et al.** (2017). Epidemiology and Management of Acute Haematogenous Osteomyelitis in a Tertiary Paediatric Center. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 477.
6. **Wang S., Wang M., Ning B., et al.** (2023). Clinical characteristics, pathogenesis, treatment and prognosis of osteomyelitis in children: a retrospective study from a single center. *World J Emerg Med*, 14(4), 312–316.
7. **Chen J.-A., Lin H.-C., Wei H.-M., et al.** (2021). Clinical characteristics and outcomes of culture-negative versus culture-positive osteomyelitis in children treated at a tertiary hospital in central Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 54(6), 1061–1069.
8. **Chang Y., Chen T.M., Guo L.Y., et al.** (2022). [Analysis of clinical features and poor prognostic factors of acute hematogenous osteomyelitis in children]. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*, 60(8), 756–761.
9. **Wang X.B., Samant N., Searns J., et al.** (2023). Epidemiology and clinical characteristics of pediatric osteomyelitis in northern California. *World J Pediatr*, 19(6), 609–613.
10. **Thái Văn Bình** (2016), Nghiên cứu điều trị viêm xương tủy xương đường máu trẻ em, Luận văn tiến sĩ, Học viện Quân Y.

TỶ LỆ LIỆT DÂY THẦN KINH THANH QUẢN QUẶT NGƯỢC SAU MỔ CẮT THỰC QUẢN, NẠO VẾT HẠCH 3 VÙNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ VẢY THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Trịnh Doãn Đông²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN) sau mổ ở người bệnh được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 20 người bệnh ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng, nạo vét hạch 3 vùng. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình 59.75 ± 6.96 . Nam giới chiếm tỷ lệ 100%. Vị trí u: 1/3 giữa chiếm 56.2%, 1/3 dưới chiếm 48.2%. Giai đoạn IIB và IIIB chiếm tỷ lệ nhiều nhất 31.5%, giai đoạn IA, IB, IIA đều chiếm 12.5%. Tỷ lệ liệt dây TKTQQN có 7 trường hợp chiếm tỷ lệ 35%. Trong đó tỷ lệ hồi phục hoàn toàn 1 tháng sau mổ có 4 trường hợp chiếm 57.1%, tỷ lệ liệt không hoàn toàn có 1 trường hợp chiếm 14.3% và tỷ lệ liệt hoàn toàn sau mổ có 2 trường hợp chiếm 28.6%. **Kết luận:** Tỷ lệ liệt dây TKTQQN trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao chiếm 35%. Trong đó tỉ lệ liệt hoàn toàn sau mổ 1 tháng là 28,6%, còn lại 71% là liệt không hoàn toàn và hồi phục hoàn toàn sau mổ. **Từ khóa:** Ung thư thực, nạo vét hạch 3 vùng, tỷ lệ liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược.

SUMMARY

THE RATE OF RECURRENT LARYNGEAL NERVE PARALYSIS IN ESOPHAGECTOMY WITH THREE FIELD LYMPHADENECTOMY FOR ESOPHAGEAL CARCINOMA AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY

Objectives: To describe the clinical, paraclinical and rate of recurrent laryngeal nerve paralysis in patients undergoing esophagectomy with three field lymphadenectomy for esophageal carcinoma at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study on 16 patients with esophageal carcinoma who underwent thoracoscopic-laparoscopic esophagectomy and three field lymphadenectomy. **Results and discussion:** Mean age 59.75 ± 6.96 . All of the patients are male. The middle third of the tumor accounted for 56.2%, the lower third accounted for 48.2%. Stages IIB and IIIB accounted for the most 31.5%, stages IA, IB, IIA all accounted for 12.5%. The rate of recurrent laryngeal nerve paralysis was 7

patients, accounting for 35%. Of which, the rate of complete recovery 1 month after surgery had 4 cases, accounting for 57.1%, the rate of incomplete paralysis had 1 case, accounting for 14.3%, and the rate of complete paralysis after had 2 cases, accounting for 28.6%. **Conclusions:** The rate of recurrent laryngeal nerve paralysis in our research is a quite high, accounting 35%. The rate of complete paralysis after one month surgery was 28.6%, the remaining 71% are incomplete paralysis and totally recovered after surgery. **Keywords:** esophageal carcinoma, recurrent laryngeal nerve paralysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) đứng hàng thứ 6 về tỷ lệ tử vong do các bệnh lý ung thư và là một trong các loại ung thư tiến triển nặng và điều trị phức tạp nhất. Cho đến nay phẫu thuật cắt thực quản đóng vai trò quan trọng trong bức tranh tổng thể điều trị đa mô thức đối với UTTQ. Tuy nhiên tỷ lệ tai biến, biến chứng vẫn còn cao, trong đó biến chứng liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN) là một biến chứng hay gặp. Nguy cơ biến chứng về hô hấp sẽ tăng lên rất cao ở những bệnh nhân có tổn thương dây TKTQQN¹. Liệt dây TKTQQN được coi là biến chứng nặng sau mổ phẫu thuật cắt thực quản. Biến chứng liệt dây TKTQQN phụ thuộc vào mức độ nạo vét hạch và tỷ lệ gặp tổn thương từ 8.3-40.9% tùy từng thông báo².

Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật cắt thực quản điều trị ung thư thực quản, cũng như các nghiên cứu về tỷ lệ tai biến và biến chứng sau mổ. Tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu nào chỉ nói riêng về tai biến này. Vì vậy chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô vảy thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

2. *Đánh giá tỷ lệ liệt dây TKTQQN sau mổ ở nhóm người bệnh trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các người bệnh có đủ tiêu chuẩn sau: (1) Người bệnh được phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng nạo vét hạch 3 vùng từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. (2) Người bệnh có giải phẫu bệnh

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024