

- biological properties of a tissue conditioner: An in-vitro study. *Adv Pharm Bull.*;7(3). doi:10.15171/apb.2017.059
- Kavda S, Golfomitsou S, Richardson E.** (2023). Effects of selected solvents on PMMA after prolonged exposure: unilateral NMR and ATR-FTIR investigations. *Herit Sci.*;11(1):63. doi:10.1186/s40494-023-00881-z
 - Nejatian T, Pezeshki S, Syed AU.** (2019) Acrylic denture base materials. In: *Advanced Dental Biomaterials.*; doi:10.1016/B978-0-08-102476-8.00005-0
 - Kerosenewala J, Vaidya P, Ozarkar V, Shirapure Y, More AP.** (2023). Eugenol: extraction, properties and its applications on incorporation with polymers and resins—a review. *Polymer Bulletin.*;80(7): 7047-7099. doi:10.1007/s00289-022-04414-9
 - Ganokwalai N, Chotprasert N, Choonharuangdej S, Shrestha B, Srithavaj T.** (2024) Mechanical properties of dental tissue conditioner containing lemongrass essential oil. *Journal of Prosthetic Dentistry.* doi:10.1016/j.prosdent.2024.07.014

ĐẶC ĐIỂM CỘNG HƯỞNG TỪ PHÂN BIỆT VIÊM THÂN SỐNG ĐĨA ĐỆM DO VI TRÙNG LAO VÀ VI TRÙNG SINH MỦ

Âu Dương Mỹ Vân¹, Huỳnh Quang Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các đặc điểm hình ảnh học cộng hưởng từ trong phân biệt viêm thân sống đĩa đệm do vi trùng lao và vi trùng sinh mủ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca, so sánh các đặc điểm cộng hưởng từ trên 35 bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm do vi trùng lao và 32 bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm do vi trùng sinh mủ từ tháng 06 năm 2019 đến hết tháng 06 năm 2024 tại Bệnh viện Nhân Dân 115. **Kết quả:** Ở nhóm bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm do vi trùng lao, vị trí tổn thương nhiều ở cột sống ngực, mất đường cong sinh lý cột sống, phá hủy nghiêm trọng thân đốt sống, tổn thương nhiều hơn 2 thân sống, áp xe cạnh sống có thành mỏng và bắt thuốc đều. Ngược lại ở nhóm bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm do vi trùng sinh mủ, chúng tôi ghi nhận vị trí tổn thương nhiều ở cột sống thắt lưng, phần lớn bảo tồn đường cong sinh lý cột sống, bảo tồn tốt thân đốt sống, thành áp-xe dày không đều. Các đặc điểm này khác nhau giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Riêng đặc điểm độ hủy đĩa đệm ghi nhận nhóm bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm do vi trùng lao có độ hủy đĩa đệm cao so với nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Cộng hưởng từ cột sống là một phương pháp hình ảnh học cung cấp các dữ liệu quan trọng giúp phân biệt hai tác nhân gây bệnh viêm thân sống đĩa đệm.

Từ khóa: viêm thân sống đĩa đệm, cộng hưởng từ, cột sống, lao, vi trùng sinh mủ

SUMMARY

MRI CHARACTERISTICS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN TUBERCULOUS AND

¹Bệnh viện Nhân Dân 115

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

PYOGENIC SPONDYLODISCITIS

Objective: Identify the MRI characteristics in differentiating between tuberculous and pyogenic spondylodiscitis. **Methods:** We performed retrospective analysis of MR images obtained from 35 patients with tuberculosis spondylitis and 32 patients with pyogenic spondylitis. Data acquisition was performed at 115 People's Hospital, Ho Chi Minh City, from June 2019 to June 2024. **Results:** Characteristic features of tuberculous spondylodiscitis included: involvement of the thoracic spine, spine deformity, severe destruction of the vertebral body, involvement of more than two vertebral bodies, thin abscess walls. Prevailing features of pyogenic spondylodiscitis included: involvement of the lumbar spine, spine alignment maintained, low-grade destruction of vertebral bodies, thick abscess walls. These MRI findings were significantly different between two groups ($p < 0.05$). Particularly for the degree of intervertebral discs destruction, we found the increased discs destruction in the patients with tuberculous spondylodiscitis compared to the other group, without significant difference. **Conclusion:** Spinal MRI is an imaging method that provides important data to help in the differential diagnosis between these two entities, tuberculous and pyogenic spondylodiscitis.

Keywords: Spondylodiscitis, MRI, Spine, Tuberculous, Pyogenic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng nhiễm trùng đốt sống và đĩa đệm, thường được gọi là viêm thân sống đĩa đệm (VTSDĐ). Căn nguyên có thể là quá trình sinh mủ (do vi khuẩn), u hạt (do lao, brucellar, nấm) hoặc ký sinh trùng. VTSDĐ có thể phát sinh từ quá trình lây lan do tác nhân sinh bệnh trong máu, lây lan liên tục từ nhiễm trùng ở các mô mềm lân cận hoặc lây nhiễm trực tiếp trong quá trình phẫu thuật hoặc thủ thuật cột sống, ví dụ như gây tê ngoài màng cứng.

Chẩn đoán phân biệt tác nhân gây tổn thương VTSDĐ luôn là một thách thức đối với

các bác sĩ lâm sàng do diễn biến lâm sàng không rõ ràng, không đặc hiệu. Điều trị bệnh nhân có hiệu quả chỉ khi xác định được nguyên nhân gây bệnh. Trước khi tìm được căn nguyên chính xác dựa trên hoặc sinh thiết hoặc cấy máu, bệnh có thể tiến triển đến mức việc điều trị trở nên khó khăn và tiên lượng không thuận lợi. Do đó, chẩn đoán sớm cho phép thực hiện điều trị thích hợp và bảo vệ bệnh nhân khỏi những di chứng không thể phục hồi như rối loạn thần kinh, biến dạng đốt sống và hậu quả là tàn tật.

Sự tiến bộ đáng kể trong việc sử dụng hình ảnh học cộng hưởng từ đã nâng cao kỳ vọng của các bác sĩ lâm sàng về khả năng phân biệt VTSDĐ theo căn nguyên gây bệnh. Trong nhiều trường hợp, hình ảnh này có ý nghĩa quyết định cho việc quyết định điều trị kháng lao kéo dài.

Trên thế giới cũng như trong nước, mặc dù có rất nhiều nghiên cứu về bệnh lý VTSDĐ cũng như đặc điểm hình ảnh học của bệnh lý này, nhưng có rất ít nghiên cứu phân tích so sánh các đặc điểm cộng hưởng từ giúp phân biệt VTSDĐ do vi trùng (VT) lao và do VT sinh mủ. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định các đặc điểm hình ảnh học cộng hưởng từ trong phân biệt hai thể loại căn nguyên này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán VTSDĐ do VT lao và VT sinh mủ được điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân 115 thời gian từ tháng 06 năm 2019 đến hết tháng 06 năm 2024, được chụp cộng hưởng từ cột sống.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào mẫu nghiên cứu

- Bệnh nhân VTSDĐ do lao có kết quả tường trình phẫu thuật hoặc kết quả giải phẫu bệnh xác định lao cột sống
- Bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ có kết quả cấy máu hoặc cấy mủ vết thương dương tính với vi trùng sinh mủ.
- Có chụp cộng hưởng từ chẩn đoán trong bệnh viện. Hình ảnh được lưu trữ trong hệ thống PACS của bệnh viện

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu

- Hình nhiễu xạ ảnh gây khó khăn khảo sát các biến số.
- Bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật cột sống trước đó tại vùng bị tổn thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử

lý trên phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng các thuật toán để thống kê phân tích. Các tỷ lệ được so sánh bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm chính xác Fisher, độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khi thực hiện nghiên cứu tại bệnh viện Nhân Dân 115 trong thời gian từ tháng 06 năm 2019 đến hết tháng 06 năm 2024, chúng tôi thu thập được 67 trường hợp bệnh nhân VTSDĐ, trong đó 35 trường hợp VTSDĐ do vi trùng lao và 32 trường hợp VTSDĐ do vi trùng (VT) sinh mủ.

Bảng 1. Vị trí thương tổn: Có 2 bệnh nhân VTSDĐ do lao có tổn thương ở 2 vị trí khác nhau

Vị trí thương tổn	VTSDĐ do VT lao	VTSDĐ do VT sinh mủ	Giá trị p
Cột sống cổ	6(16,2%)	3(9,4%)	Fisher Exact test p=0,04
Cột sống ngực	19(51,4%)	6(18,7%)	
Cột sống thắt lưng	12(32,4%)	23(71,9%)	
Tổng	37(100%)	32(100%)	

Nhận xét: Vị trí thương tổn ở cả hai nhóm đều có ở 3 vị trí, cột sống cổ, cột sống ngực và cột sống thắt lưng. Trong nhóm bệnh nhân VTSDĐ do lao, thương tổn xảy ra nhiều nhất ở cột sống ngực với tỷ lệ 51,4%. Ngược lại trong nhóm VTSDĐ do VT sinh mủ, thương tổn xảy ra nhiều nhất ở cột sống thắt lưng với tỷ lệ 71,9%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí tổn thương giữa hai nhóm (p < 0,05).

Bảng 2. Đường cong sinh lý cột sống

Đường cong sinh lý cột sống	VTSDĐ do VT lao	VTSDĐ do VT sinh mủ	Giá trị p
Còn	19(54,3%)	30(93,8%)	Chi square test p<0,001
Mất	16(45,70%)	2(6,2%)	
Tổng	35(100%)	32(100%)	

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT lao, gần phân nửa bệnh nhân (45,7%) bị biến dạng cột sống, bị mất đường cong sinh lý. Trong khi đó ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều với 93,8% bệnh nhân vẫn giữ được độ cong sinh lý của cột sống. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng biến dạng cột sống giữa hai nhóm với p<0,001

Bảng 3. Số thân sống bị tổn thương

Số thân sống bị tổn thương	VTSDĐ do VT lao	VTSDĐ do VT sinh mủ	Giá trị p
2 thân sống	20(57,1%)	29(90,6%)	Chi square test p=0,02
Trên 2 thân sống	15(42,9%)	3(9,4%)	
Tổng	35(100%)	32(100%)	

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân bị tổn

thương 2 thân sống. Số lượng bệnh nhân bị tổn thương trên hai thân sống có tỷ lệ cao trên nhóm bệnh nhân VTSDĐ do lao (42,9%) so với nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ (9,4%). Sự khác biệt về số lượng thân sống bị tổn thương có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$).

Bảng 4. Độ hủy thân sống

Độ hủy thân sống	VTSDĐ do VT lao	VTSDĐ do VT sinh mủ	Giá trị p
Thấp < 25% chiều cao	9(25,7%)	25(78,1%)	Chi square test $p<0,001$
Trung bình: 25%-75% chiều cao	11(31,4%)	4(12,5%)	
Cao > 75% chiều cao	15(42,9%)	3(9,4%)	
Tổng	35(100%)	32(100%)	

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân VTSDĐ do lao, gần phân nửa bệnh nhân (42,9%) có độ hủy thân sống cao, trên 75% chiều cao. Trong khi đó ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ tỷ lệ này rất thấp, chỉ chiếm 9,4%. Có tới 78,1% bệnh nhân có độ hủy thân sống thấp, dưới 25% chiều cao thân sống. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng biến dạng cột sống giữa hai nhóm với $p<0,001$.

Bảng 5. Độ hủy đĩa đệm

Độ hủy đĩa đệm	VTSDĐ do VT lao	VTSDĐ do VT sinh mủ	Giá trị p
Thấp <25% chiều cao	9(25,7%)	16(50,0%)	Chi square test $p=0,1$
Trung bình: 25%-75% chiều cao	12(34,3%)	9(28,1%)	
Cao >75% chiều cao	14(40,0%)	7(21,9%)	
Tổng	35(100%)	32(100%)	

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân VTSDĐ do lao, gần phân nửa bệnh nhân (40,0%) có độ hủy đĩa đệm cao, trên 75% chiều cao. Trong khi đó ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ tỷ lệ này thấp hơn nhiều, chỉ chiếm 21,9%. Ngược lại có phân nửa bệnh nhân (50,0%) có độ hủy đĩa đệm thấp, dưới 25% chiều cao đĩa đệm. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,1$).

Bảng 6. Tính chất bắt thuốc thành áp-xe phần mềm cạnh sống

	VTSDĐ do VT lao	VTSDĐ do VT sinh mủ	Giá trị p
Thành mỏng, bắt thuốc đều	14(66,7%)	7(29,2%)	Fisher Exact test $p=0,017$
Thành dày không đều	7(33,3%)	17(70,8%)	
Tổng	21(100%)	24(100%)	

Nhận xét: Có 21 bệnh nhân VTSDĐ do VT

lao có áp-xe phần mềm cạnh sống, trong đó khoảng 2/3 (66,7%) có thành áp-xe mỏng và bắt thuốc đều. Có 24 bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ có áp-xe phần mềm cạnh sống, trong đó ngược lại với nhóm trên, trên 2/3 bệnh nhân (70,8%) có đặc điểm ổ áp-xe là thành dày không đều. Sự khác biệt về tính chất bắt thuốc thành áp-xe giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p=0,017$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Vị trí thương tổn. Trong nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT lao thương tổn xảy ra nhiều nhất ở cột sống ngực, ngược lại trong nhóm VTSDĐ do VT sinh mủ xảy ra nhiều nhất ở cột sống thắt lưng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu (NC) của chúng tôi khá tương đồng với nhiều tác giả trong y văn. Trong NC của Frel và cộng sự¹, bệnh nhân VTSDĐ do VT lao tổn thương xảy ra ở cột sống ngực chiếm 75%, trong khi đó ở nhóm VTSDĐ do VT sinh mủ, vị trí thương tổn ở cột sống thắt lưng chiếm 66,7%. Trong NC Chang² và cộng sự cũng có phát hiện tương đồng với tỉ lệ thương tổn ở cột sống ngực chiếm đa số ở nhóm VT lao và ngược lại thương tổn ở cột sống thắt lưng chiếm ưu thế trên bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ.

Hiện tại chưa có giải thích chính xác về sự khác nhau này. Một giả thuyết được đưa ra là cột sống ngực ít di động nhất, dễ gặp các vi chấn thương, tạo điều kiện cho vi khuẩn lao trú ngụ. Một giả thuyết khác liên quan đến đặc điểm giải phẫu do cột sống ngực là nơi lan truyền gần nhất của lao phổi, dạng lao phổ biến nhất, thông qua đường máu.³

4.2. Số thân sống bị tổn thương. Số lượng bệnh nhân bị tổn thương trên hai thân sống có tỷ lệ cao trên nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT lao so với nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ. Sự khác biệt về số lượng thân sống bị tổn thương có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$). Kết quả NC của chúng tôi khá tương đồng với Chang² với tổn thương trên hai thân sống có tỷ lệ cao trên nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT lao (30%) so với nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ (15%), Naselli⁴ (60% do lao và 16,7% do sinh mủ). Trần Thị Mai Thùy cũng ghi nhận 54,1 % bệnh nhân VTSDĐ do VT lao có tổn thương mô mềm trên 2 đốt sống.⁵ Điều này có thể giải thích là do vi khuẩn lao có khả năng phát triển chậm, do tính chất "âm thầm" xâm nhập sâu vào xương và tủy xương, gây ra tình trạng viêm mạn tính kéo dài, dẫn đến hủy hoại xương từ từ, khi phát hiện tổn thương đã lan rộng nhưng lan rộng. Trái lại, nhiễm trùng do vi khuẩn

sinh mủ gây phản ứng cấp tính các vi khuẩn sinh mủ phát triển nhanh chóng, quá trình hủy mô mạnh mẽ nên thường được phát hiện sớm. Ngoài ra, ở VTSDĐ do VT lao có hiện tượng lan dọc dây chằng dọc trước và dọc sau, nên dẫn đến tổn thương nhiều chỗ các thân không liền kề.³

4.3. Đường cong sinh lý và độ hủy thân sống. Trong nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT lao, gần phân nửa bệnh nhân có độ hủy thân sống cao trên 75% chiều cao. Trong khi đó ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ có tới 2/3 bệnh nhân có độ hủy thân sống thấp, dưới 25% chiều cao thân sống, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả NC của chúng tôi giống với công bố của Frel với nguyên nhân do VT lao thì hủy > 50% thân sống chiếm tỷ lệ cao nhất 75%, với nguyên nhân do sinh mủ thì hủy < 50% thân sống chiếm tỷ lệ cao nhất 83%.¹ Sự khác nhau về độ hủy thân sống giữa hai nhóm tác nhân gây bệnh dẫn đến sự khác nhau về biến dạng đường cong sinh lý cột sống. Trong nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT lao, gần phân nửa bệnh nhân bị biến dạng cột sống, mất đường cong sinh lý. Trong khi đó ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều với 93,8% bệnh nhân vẫn giữ được độ cong sinh lý của cột sống. Cung Văn Công và cộng sự cũng ghi nhận 80% bệnh nhân lao cột sống trong nhóm NC có thay đổi đường cong sinh lý cột sống.⁶ VTSDĐ do VT lao thường gây hủy xương dữ dội vì đặc tính âm thầm của vi khuẩn lao và cách mà hệ miễn dịch phản ứng với nhiễm trùng này. Vi khuẩn lao gây ra phản ứng viêm mạn tính, quá trình viêm kéo dài này dẫn đến sự phá hủy mô xương từ từ nhưng nghiêm trọng. Vi khuẩn lao thường bị hệ miễn dịch "bao vây" bằng các tế bào đại thực bào tạo thành các nang lao. Tuy nhiên, quá trình này không tiêu diệt hoàn toàn vi khuẩn mà chỉ cô lập chúng. Nang lao có thể hoại tử, gây ra tình trạng hủy mô và xương quanh vùng nhiễm, dẫn đến tổn thương nặng nề hơn so với các vi khuẩn khác. Ngược lại với do vi trùng sinh mủ thường tạo phản ứng viêm cấp nên thường ảnh hưởng mô mềm trước, hủy xương hơn ít gặp hơn. Ngoài ra cũng do tính chất âm thầm ít gây triệu chứng triệu chứng lâm sàng, nên khi phát hiện, bệnh nhân VTSDĐ do VT lao thường đã có diễn tiến lâu dài.

4.4. Độ hủy đĩa đệm. Việc thiếu các enzyme phân giải protein ở vi khuẩn lao so với các tác nhân gây nhiễm trùng sinh mủ đã được đề xuất là nguyên nhân giúp bảo tồn tương đối các đĩa đệm.^{3,7} Tuy nhiên, kết quả NC của chúng tôi, trong nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT lao, gần phân nửa bệnh nhân có độ hủy đĩa đệm cao, trên

75% chiều cao. Trong khi đó ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ tỷ lệ này thấp hơn nhiều, chỉ chiếm 21,9%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0.1$). Kết quả NC của chúng tôi khác với NC của Chang² và Naselli⁴ có độ hủy đĩa đệm thấp hơn ở nhóm do tác nhân lao so với nhóm tác nhân VT sinh mủ. Sự khác biệt này có thể giải thích do khác nhau về cỡ mẫu, ảnh hưởng của những bệnh lý đi kèm dẫn đến giảm chiều cao đĩa đệm như thoái hóa cột sống.

4.5. Tính chất bắt thuốc thành áp-xe phần mềm cạnh sống. Trong NC của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân VTSDĐ có áp-xe phần mềm cạnh sống, tỉ lệ cao hơn ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ (chiếm 75,0%), thấp hơn một chút ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT lao (chiếm 60,0%). Trong số này ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT lao có 66.7% bệnh nhân có thành áp-xe mỏng và bắt thuốc đều, ngược lại ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ có 70.8% bệnh nhân có đặc điểm ổ áp-xe là thành dày không đều. Sự khác biệt về tính chất bắt thuốc thành áp-xe giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p=0,017$. Kết quả NC của chúng tôi khá tương đồng với NC của Naselli, trong đó với nguyên nhân do lao thì tính chất bắt thuốc thành áp xe là thành mỏng, bắt thuốc đều chiếm tỷ lệ lên đến 100% khác với nguyên nhân do sinh mủ thì tính chất bắt thuốc thành áp xe thành dày không đều chiếm tỷ lệ 86,4% (khác biệt có ý nghĩa thống kê).⁴ Kanna và cộng sự cũng ghi nhận ở bệnh nhân VTSDĐ do VT lao có thành áp-xe mỏng mịn.⁸ Tính chất thành áp-xe mỏng và bắt thuốc đều ở lao được tìm thấy nhiều hơn so với vi trùng sinh mủ khả năng là do chúng có quá trình hình thành mô hạt trong lao.

V. KẾT LUẬN

Viêm thân sống đĩa đệm nếu không điều trị kịp thời hoặc điều trị không đầy đủ sẽ tiến triển thành mạn tính rất khó điều trị dứt bệnh. Vì vậy việc xác định tác nhân gây bệnh là cần thiết để có chiến lược điều trị thích hợp. Trong NC của chúng tôi ghi nhận các đặc điểm cộng hưởng từ khác biệt giữa hai nhóm. Ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT lao, vị trí tổn thương nhiều ở cột sống ngực, mất đường cong sinh lý cột sống, phá hủy nghiêm trọng thân đốt sống, tổn thương nhiều hơn 2 thân sống, áp xe cạnh sống có thành mỏng và bắt thuốc đều. Ngược lại ở nhóm bệnh nhân VTSDĐ do VT sinh mủ, chúng tôi ghi nhận vị trí tổn thương nhiều ở cột sống thắt lưng, phần lớn bảo tồn đường cong sinh lý cột sống, bảo tồn tốt thân đốt sống, thành áp-xe dày không đều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frel M, Bialecki J, Wiczorek J, et al. Magnetic resonance imaging in differential diagnosis of pyogenic spondylodiscitis and tuberculous spondylodiscitis. Polish Journal of Radiology. 2017;82:71-87.
2. Chang MC, Wu HTH, Lee CH, et al. Tuberculous spondylitis and pyogenic spondylitis: comparative magnetic resonance imaging features. Spine. 2006;31(7):782-788.
3. Leowattana W, Leowattana P, Leowattana T. Tuberculosis of the spine. World Journal of Orthopedics. 2023;14(5):275.
4. Naselli N, Facchini G, Lima GM, et al. MRI in differential diagnosis between tuberculous and pyogenic spondylodiscitis. European Spine Journal. 2022; 31(2):431-441.
5. Thùy TTM, Vinh TQ. Vai trò của cộng hưởng từ trong phân biệt lao với di căn cột sống Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh. 2014;18 (Phụ bản của Số 1):269 - 277.
6. Công CV, Quyên VN. So sánh đặc điểm hình ảnh x quang thường qui, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ lao cột sống trên 60 bệnh nhân lao cột sống được phẫu thuật tại bệnh viện phổi trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 1A:339-345.
7. Gouliamos A, Kehagias DT, Lahanis S, et al. MR imaging of tuberculous vertebral osteomyelitis: pictorial review. European Radiology. 2001;11:575-579.
8. Kanna RM, Babu N, Kannan M, et al. Diagnostic accuracy of whole spine magnetic resonance imaging in spinal tuberculosis validated through tissue studies. European Spine Journal. 2019;28:3003-3010.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Phạm Văn Dương¹, Dương Trung Kiên¹

TÓM TẮT

35 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi lồi sau tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà nội từ 01/2023 - 12/2023. Trong quá trình khảo sát có 05 trường hợp bệnh nhân không đến khám lại. Kết quả khảo sát được đánh giá sau mổ sớm và sau mổ 3 tháng. Tỷ lệ hồi phục được đánh giá dựa theo thang điểm JOA và tỷ lệ hồi phục RR thu được nhiều kết quả khả quan ở cả 2 nhóm bệnh nhân có chẩn đoán bệnh lý rễ và bệnh lý tủy. Tỷ lệ RR trước và sau mổ diễn tiến khá tốt sau mổ sớm là 2,8% bệnh nhân tái khám sau 3 tháng tỷ lệ này là 13,4%. **Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, phẫu thuật lồi sau.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF FULL ENDOSCOPIC SURGICAL TREATMENT FOR CERVICAL DISC HERNIATION AT SAINT PAUL HOSPITAL

35 patients were diagnosed and treated with endoscopic spine surgery at the cervical spine posterior approach discectomy at Saint Paul General Hospital 01/2023 - 12/2023. The survey results were rated early postoperative rates and 3-month postoperative recovery rate was evaluated based on a scale of JOA recovery, rate RR gained many positive results in both the 2 groups of patients with pathologic roots and pathological spinal cord, rate before and

after surgery RR good progress early postoperative follow-up of 2.8% of patients after 3 months was 13.4%. **Keywords:** Endoscopic cervical discectomy, cervical disc herniation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý do đĩa đệm cột sống cổ thoái hóa thoát vị nhân nhày đĩa đệm, các gai xương do quá trình thoái hóa tạo nên chèn ép vào tủy cổ hoặc rễ thần kinh làm giảm một số chức năng thần kinh, từ đó làm giảm khả năng làm việc, giảm chất lượng cuộc sống.

Việc điều trị bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống cổ nhằm mục đích phục hồi các chức năng thần kinh, làm giảm hay hết đau, trả bệnh nhân về với cuộc sống bình thường có chất lượng. Các phương pháp điều trị cũng rất đa dạng như vật lý trị liệu, kéo giãn cột sống cổ, sử dụng các thuốc giảm đau, kháng viêm, giãn cơ... Khi điều trị nội khoa thất bại hay bệnh nhân có xuất hiện dấu hiệu thần kinh bệnh lý tủy hoặc bệnh lý rễ thì sẽ tiếp tục điều trị bằng ngoại khoa. Có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau được áp dụng trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.

Tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà nội, trước đây phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thường sử dụng dụng cụ nhân tạo như Cespace, PEEK cho phẫu thuật cột sống cổ lồi trước khá phổ biến ở Việt Nam. Phẫu thuật lồi sau đặt dụng cụ tạo hình bằng sống cổ theo phương pháp của tác giả Hybarashi, không đặt dụng cụ như tạo hình bằng

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Dương

Email: dr.duongpham@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024