

đồng nhiễm với các vi sinh vật khác giúp tiên lượng và lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boyd, K.** Back to the Basics: Community-Acquired Pneumonia in Children. *Pediatric annals* 46, e257-e261, doi:10.3928/19382359-20170616-01 (2017).
2. **Kumar, S.** Mycoplasma pneumoniae: A significant but underrated pathogen in paediatric community-acquired lower respiratory tract infections. *The Indian journal of medical research* 147, 23-31, doi:10.4103/ijmr.IJMR_1582_16 (2018).
3. **Nguyễn Thị Thanh Hà.** Đặc điểm lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng trẻ em tại khoa quốc tế bệnh viện nhi trung ương. *Nghiên cứu y học* 131, 67-73 (2020).
4. **Nguyễn Thị Thanh Bình.** Căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi tập trung ở trẻ em và kết quả điều trị theo căn nguyên vi khuẩn. *Tạp chí Y học Việt Nam* 138, 265-268 (2022).
5. **Zhao, M. C. et al.** Impact and clinical profiles of Mycoplasma pneumoniae co-detection in childhood community-acquired pneumonia. *BMC infectious diseases* 19, 835, doi:10.1186/s12879-019-4426-0 (2019).
6. **Zhang, L. et al.** Analysis of mycoplasma pneumoniae infection among children with respiratory tract infections in hospital in Chengdu from 2014 to 2020. *Translational pediatrics* 10, 990-997, doi:10.21037/tp-21-139 (2021).
7. **Chiu, C. Y. et al.** Impact of bacterial and viral coinfection on mycoplasmal pneumonia in childhood community-acquired pneumonia. *Journal of microbiology, immunology, and infection = Wei mian yu gan ran za zhi* 48, 51-56, doi:10.1016/j.jmii.2013.06.006 (2015).
8. **Zhang, X. et al.** Viral and bacterial co-infection in hospitalised children with refractory Mycoplasma pneumoniae pneumonia. *Epidemiology and infection* 146, 1384-1388, doi:10.1017/s0950268818000778 (2018).

NANG SÁN NỘI TỬY VÙNG CỘT SỐNG CỔ: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Nguyễn Ngọc Khang¹, Trần Huy Hùng², Nguyễn Khắc Hiếu²,
Lê Thị Thúy Hương², Bùi Thị Thanh Vân²

Từ khóa: nang sán dưới màng tủy, chèn ép tủy, bệnh lý nang sán.

TÓM TẮT

Nang sán ký sinh là bệnh lý gây ra bởi các ký sinh trùng sán dây, trong đó chủ yếu là sán kim (Echinococcus Granulus). Bệnh lý này hiếm gặp ở các nước Tây Âu, Bắc Mỹ nhưng lại khá phổ biến ở các nước có điều kiện vệ sinh kém phát triển. Nang sán ký sinh cột sống chỉ chiếm khoảng 1% các trường hợp có nang sán. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nam giới, 38 tuổi, với chẩn đoán nang nội tủy cột sống cổ C7. Vào viện trong tình trạng liệt gần hoàn toàn hai chân, rối loạn tiểu tiện. MRI cột sống cổ có hình ảnh khối cản quang hình bầu dục, viền ranh giới rõ ngang mức C7. Đã được phẫu thuật cắt bỏ cung sau, lấy nguyên khối toàn bộ nang, làm giải phẫu bệnh lý. Kết quả giải phẫu bệnh lý là nang sán dây lợn (Echinococcus Cysticercosis). Sau mổ bệnh nhân đã giảm triệu chứng rối loạn tiểu tiện, phục hồi cảm giác hai chân, sức cơ hai chân cải thiện, đỡ cảm giác đau mỏi vùng cổ. Bệnh nhân ra viện tiếp tục dùng thuốc Albendazole trong vòng 3 tháng. Kết quả khám lại sau 01 năm cho thấy cải thiện gần hoàn toàn vận động, cảm giác hai chân; tiểu tiện tự chủ; chưa phát hiện nang sán tái phát. Bệnh lý nang sán tủy cổ rất hiếm gặp, triệu chứng không đặc hiệu và rất dễ tái phát.

SUMMARY

PRIMARY INTRAMEDULLARY HYDATID CYST IN CERVICAL SPINE: A RARE CASE REPORT

Hydatid cyst is a parasitic disease caused by tapeworms, mainly Echinococcus Granulus. It is rare in Western Europe and North America but common in countries with poor sanitation. Hydatid cysts of the spine account for only about 1% of all hydatid cysts. We report a case of a 38-year-old male with a diagnosis of intramedullary hydatid cyst at C7. He presented with near-complete paraplegia and urinary retention. Cervical spine MRI showed an ovoid, well-defined contrast-enhancing lesion at the C7 level. The patient underwent posterior decompression, complete resection of the cyst, and pathological examination. The pathology confirmed the diagnosis of hydatid cyst (Echinococcus cysticercosis). After surgery, the patient's urinary retention improved, sensation in his legs returned, leg strength improved, and neck pain and stiffness decreased. The patient was discharged from the hospital and continued to take Albendazole for 3 months. Follow-up at 1 year showed near-complete recovery of motor and sensory function in his legs, urinary continence, and no evidence of recurrent hydatid cyst. Intramedullary hydatid cyst of the cervical spine is rare, symptoms are nonspecific, and recurrence is common. **Keywords:** Intramedullary hydatid cyst, spinal cord compression, hydatid disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hydatid trong tủy Hy Lạp nghĩa là nang

¹Bệnh viện Gia An 115 HCM

²Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Hùng

Email: hungth.ss108@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

nước. Bệnh lý nang sán nguyên nhân gây ra bởi ký sinh trùng sán dây (Echinococcus), trong đó chủ yếu là sán kim (E. granulosus). Khác với sán kim có vùng dịch tễ chủ yếu ở các nước vùng Địa trung hải, Trung đông, vùng Baltic và rất hiếm gặp ở vùng Tây Âu, Bắc Mỹ; Sán dây lợn (E. cysticercosis) lại rất phổ biến ở vùng châu Á, nhất là Đông Nam Á và Nam Trung Quốc.

Vùng sán ký sinh chủ yếu nhất là ở gan (75%), phổi (15%), não (2-4%) và một số vùng khác (2-3%). Chỉ có khoảng 0.5 – 3% có tồn thương ở xương, trong đó một nửa là ở cột sống. Ở cột sống, cư trú chủ yếu ở cột sống ngực (52%), thắt lưng (37%) và tiếp đến là cổ và cùng cụt [1]. Nang sán trong cột sống chỉ chiếm khoảng 1% các trường hợp có nang sán ký sinh. Trường hợp đầu tiên được ghi nhận là báo cáo của Carrea và Murphy; thứ hai là của Sharma và cs. Năm 1991, Medjek và cs báo cáo 14 trường hợp nang sán dưới màng cứng [2].

Các nang sán ký sinh trong cột sống được chia làm 5 loại theo tác giả Braithwaite và Lees: loại trong tủy, loại ngoài tủy dưới màng cứng, loại ngoài màng cứng trong ống sống, loại trong thân đốt sống và loại ngoài đốt sống. Trong đó thì loại nang sán ký sinh dưới màng cứng là vô vùng hiếm [3].

Lựa chọn điều trị chính là phẫu thuật giải chèn ép, loại bỏ nang sán. Ở các vùng lưu hành dịch, chẩn đoán và điều trị sớm trước phẫu thuật là vô cùng quan trọng bởi trong quá trình phẫu thuật có thể gây rách hoặc không loại bỏ được hoàn toàn nang sán là nguyên nhân gây bệnh tái phát trở lại [4].

Trong bài viết này, chúng tôi giới thiệu một trường hợp có nang sán trong tủy cổ (C7).

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

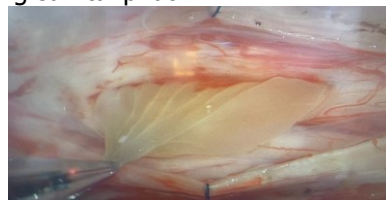
Bệnh nhân (BN) nam, 38 tuổi, sinh sống ở vùng núi phía bắc Việt Nam, nhập viện trong tình trạng liệt gần hoàn toàn hai chân, sức cơ hai chân 3/5; mất cảm giác nông từ đùi trở xuống, bí tiểu tiện. BN than phiền cách đây gần 02 tháng, xuất hiện tình trạng đau mỏi âm ỉ vùng cổ, tê bì và yếu nhẹ hai chân; không điều trị gì. Bệnh tiến triển nhanh chóng, đến khi liệt gần hoàn toàn hai chân và bí tiểu mới được đưa đến chúng tôi. Được chụp X-Quang cột sống cổ, ngực; siêu âm ổ bụng không phát hiện bất thường nào. Chụp cộng hưởng từ (MRI) thắt lưng hoàn toàn bình thường. MRI cột sống cổ thì phát hiện khối cản quang, hình thoi, ranh giới rõ nằm ở vùng tủy ngang mức C7 (Hình 1a.b). Khối tăng tín hiệu rõ rệt trên T2W. Chụp tiêm thuốc đối quang từ không thấy tăng tín hiệu trên T1W.

Các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu hoàn toàn bình thường. Xét nghiệm miễn dịch kháng nguyên sán dây dương tính.



Hình 1. Hình ảnh MRI cột sống cổ

Bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi nang sán nội tủy C7. Đã được phẫu thuật lối sau, cắt bỏ một phần cung sau C7, mở màng cứng, mở tủy phía sau trên đường giữa, lấy bỏ toàn bộ nang (hình 2) và gửi làm giải phẫu bệnh lý. Kết quả giải phẫu bệnh là nang sán dây lợn (Echinococcus cysticercis) (hình 4ab). Bệnh nhân sau phẫu thuật đã cải thiện cảm giác đau mỏi vùng cổ, phục hồi cảm giác, tiểu tiện cải thiện một phần còn sức cơ chưa cải thiện nhiều. Tuy nhiên, khả năng đi lại đã cải thiện. Bệnh nhân ra viện sau 01 tuần và tiếp tục tập phục hồi chức năng cũng như dùng thuốc điều trị ký sinh trùng (albendazole) kết hợp. Sử dụng thuốc albendazole 03 đợt, mỗi đợt 4 tuần; với liều lượng là 15mg/kg/ ngày. Khám lại BN sau 01 năm thấy đã phục hồi hoàn toàn chức năng thần kinh, đi lại được, vận động, cảm giác hai chân phục hồi, tiểu tự chủ. Kiểm tra MRI cũng chưa thấy nang sán tái phát.



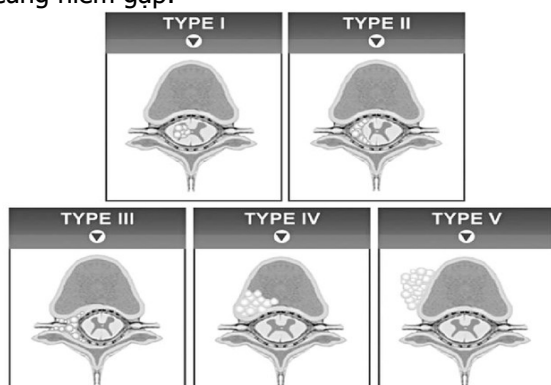
Hình 2. Hình ảnh nang sán trong tủy ngang mức C7

III. BÀN LUẬN

Bệnh lý ký sinh trùng sán nguyên nhân chính là do nhiễm ký sinh trùng sán dây (Echinococcus). Con người có thể bị lây nhiễm qua việc ăn phải trứng của ký sinh trùng. Bệnh lý này rất hiếm gặp ở các nước phát triển như Tây Âu, Bắc Mỹ; chủ yếu xuất hiện ở các nước có điều kiện vệ sinh kém phát triển [5]. Gan và phổi là hai cơ quan bị ký sinh nhiều nhất, do ký sinh trùng nở ra trong hệ tiêu hóa và xâm nhập đến qua vòng tuần hoàn của máu. Nang sán trong cột sống chỉ chiếm khoảng 1% các trường hợp có nang sán [6] [7]. Bệnh lý này xâm nhập

chủ yếu vào cột sống thông qua việc tiếp xúc trực tiếp từ các tạng như phổi, gan và các nhiễm trùng vùng khung chậu. Tác giả Muslum G. và cộng sự, cho rằng cơ chế lan truyền của nang tới vùng khác nhau của cột sống là di chuyển trong dịch não tủy sau khi đã xâm nhập từ phổi di chuyển qua lỗ ghép vào trong các đốt sống ngực. Bất cứ vùng nào của cột sống cũng có thể bị ký sinh, và tồn tại dưới dạng nang đơn độc hoặc nhiều nang [8].

Đặc điểm lâm sàng của bệnh lý này khá đa dạng, bao gồm liệt nửa người (62%), liệt hoàn toàn hai chân (26%), đau lưng hoặc đau kiểu rễ thần kinh (55%), tê bì hoặc mất cảm giác (36%) và các rối loạn cơ tròn (30%). Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu và liên quan đến các triệu chứng chèn ép tủy sống. Triệu chứng sớm nhất thường là đau lưng, đau cổ, đau kiểu rễ thần kinh. Nang sán cột sống được chia làm 05 loại theo tác giả Braithwaite và Lees: nang nội tủy, nang ngoài tủy dưới màng cứng, nang ngoài màng cứng, nang trong thân đốt sống và nang ngoài thân đốt sống (hình 3). Loại nang sán trong tủy và ngoài tủy dưới màng cứng là vô cùng hiếm gặp.

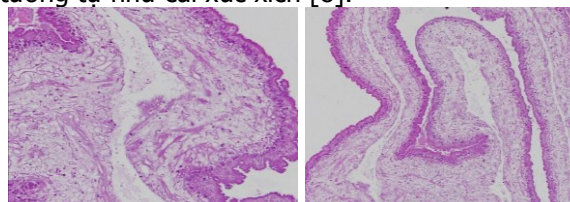


Hình 3. Phân loại của Braithwaite và Lees

Theo Islekel và cộng sự, tổn thương xương được Bidloo mô tả lần đầu tiên vào năm 1728, ca mô tả đầu tiên về bệnh sán tủy sống được Churrier báo cáo vào năm 1807 và ca can thiệp phẫu thuật đầu tiên được Reydelle báo cáo vào năm 1819. Theo Dew, năm 1928, đã chỉ ra khả năng theo lý thuyết của các tổn thương ngoài màng cứng hoặc trong màng cứng nguyên phát. Năm 1948, Deve tuyên bố rằng trong y văn không có trường hợp nào được ghi chép rõ ràng mà tổn thương không liên quan đến cột sống. Đối với ca bệnh đầu tiên, được báo cáo bởi Carrea và Murphy, các tác giả lưu ý rằng vẫn còn tranh cãi liệu nang sán có thể dẫn đến chèn ép tủy sống nhanh chóng hay không [2]. Trong các đánh giá gần đây nhất của Kalkan và cộng sự,

26 trường hợp nang sán dưới màng cứng ngoài tủy sống đã được ghi nhận trong y văn [8].

Nang sán có hình dạng độc đáo trên MRI. Nang có 02 đầu tận cùng hình vòm. Trên ảnh T1W, các nang còn sống dường như chứa dịch có tỷ trọng thấp được bao quanh bởi các vỏ tăng tín hiệu. Trên ảnh T2W xuất hiện dưới dạng viền tín hiệu thấp, bao quanh nang tín hiệu cao. Sự xuất hiện của nang trên hình ảnh T2W cho thấy khả năng tồn tại của chúng, vì sự giảm cường độ tín hiệu của chất bên trong nang và sự gia tăng tín hiệu của vỏ nang cho thấy nang sắp chết. MRI là phương tiện chẩn đoán bệnh lý nang sán tốt nhất bởi vì có thể cho chúng ta thấy mối tương quan giữa các tổ chức bình thường, tủy sống và các mô mềm xung quanh nang. Hình ảnh nang sán trên MRI khá đặc trưng, với tận cùng hai bên là 2 đường cong hình vòm, không có mảnh rời hay vách ngăn bên trong, nhìn tương tự như cái xúc xích [8].



Hình 4. Hình ảnh mô bệnh học nang sán dây lợn

Việc điều trị triệt để hoàn toàn bệnh lý nang sán vẫn là một thách thức cho đến nay. Phẫu thuật lấy bỏ triệt để nang là lựa chọn đầu tiên và hiệu quả nhất [8]. Mục tiêu phẫu thuật là lấy bỏ hoàn toàn nguyên cả khối nang, nhưng đây là một thách thức tương đối khó khăn bởi đặc tính mỏng manh của nang, lại kết dính với các tổ chức mỏng, mềm, dễ bị đứt rách như dây rễ thần kinh, tủy sống; đồng thời diễn ra trong một không gian chật hẹp. Do vậy bệnh lý này rất dễ tái phát. Tỷ lệ tái phát cao là một thách thức hiện nay đối với bệnh lý này, theo y văn là 50-100%. Thông thường hiện nay, nếu trong quá trình lấy bỏ nang sán mà bị đứt, rách nang làm dịch trong nang chảy ra ngoài thì sẽ sử dụng dung dịch muối ưu trương, betadine iod để lau rửa bổ sung. Tác giả Hooper và Mc Lean đề xuất phương pháp dùng curet để lấy bỏ nang và sử dụng dung dịch hoá học lau rửa, dẫn lưu sau đó như formalin, nitrate bạc, cồn betadine, nước muối ưu trương. Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát vẫn rất cao [8].

Hiện nay, tiên lượng về hiệu quả điều trị phụ thuộc vào vị trí ký sinh của nang, trong đó tệ nhất là nhóm nội tủy và ngoài tủy dưới màng cứng. Đồng thời là khả năng xâm nhập vào tổ chức tủy cũng như các ngoài tủy của các thuốc

diệt trừ sán còn khá yếu, chủ yếu qua cơ chế khuếch tán thụ động. Các biện pháp hoá trị bổ trợ cũng là cần thiết để kiểm soát bệnh tại chỗ, tránh lây lan toàn thân và ngăn ngừa tái phát. Mebendazole hấp thu kém qua đường uống nên nếu sử dụng phải dùng liều khá cao; còn albendazole thì hấp thu tốt qua đường uống và đạt nồng độ cao hơn trong dịch nang. Hiện nay, có những kết quả khả quan về điều trị bằng thuốc diệt giun sán nhưng vẫn không thể ngăn chặn sự lây lan qua đường máu.

Trong trường hợp của chúng tôi, tái khám sau 01 năm vẫn chưa phát hiện các nang sán tái phát. Kết quả này có thể là do bệnh nhân phát hiện sớm do các triệu chứng chèn ép thần kinh sớm, đã được phẫu thuật lấy bỏ triệt để hoàn toàn nang và dùng thuốc albendazole sớm, đủ liều. Tuy vậy, vẫn cần phải khám và theo dõi định kỳ hàng năm cũng như thay đổi hoàn toàn cách chủ động vệ sinh cá nhân để phòng tránh lây nhiễm thứ phát.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh lý nang sán ký sinh cột sống là hiếm gặp, đặc biệt là nang sán nội tủy cột sống cổ; các triệu chứng không đặc hiệu, việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào MRI. Mục tiêu điều trị là lấy bỏ triệt để và toàn vẹn tổ chức nang, kết hợp với

điều trị thuốc diệt sán (Albendazole). Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát của bệnh lý này còn khá cao, do vậy các biện pháp phòng ngừa và diệt trừ giun sán chủ động vẫn là ưu tiên hàng đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Iraj L, Sima S, et al,** "Intradural extramedullary primary hydatid cyst of the spine: a case report and review of literature," *Eur Spine J*, vol. 22, no. 3, pp. 329-336, 2013
2. **Sertac I., Mehmet Z., et al.,** "Intradural spinal hydatid cysts," *Eur Spine J*, no. 7, pp. 162-164, 1998
3. **Nilgun Senol, Memdud K., Alaattin Ozurk, Ergun Ucmakli,** "A rare parasitic infection: primary intradural extramedullary hydatid cyst," *Journal of Turkish Neurosurgery*, vol. 3, no. 460-462, p. 26, 2016.
4. **Muddassir R., Sanna Kirmani, Mubashir R,** "Giant intradural extramedullary spinal hydatid cyst--a rare presentation," *Clinical Imaging*, vol. 6, no. 881-883, p. 36, 2012.
5. **Schnepper GD, Johnson WD,** "Recurrent spinal hydatidosis in North America: case report and review of the literature," *Neurosurg*, no. 17, p. E8, 2004.
6. **Kahilogullari G, Tuna H, Aydin Z, et al.,** "Primary intradural extramedullary hydatid cyst," *Am J Med Sci*, vol. 3, no. 29, pp. 202-204, 2005.
7. **Pandey M, Chadudhari MP,** "Primary hydatid cysts of sacral spinal canal: case report," *Neurosurgery*, no. 40, pp. 407-409, 1997.
8. **Muslum G., Hidayet A., Bekir T., et al.,** "Multiple intradural spinal hydatid disease," *SPINE*, vol. 34, no. 9, pp. E346-E350, 2009

LO LẮNG TRƯỚC PHẪU THUẬT CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI MỘT SỐ KHOA HỆ NGOẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thị Thùy Linh¹, Lê Thị Ngọc Ánh², Khánh Thị Loan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ lo lắng trước phẫu thuật và phân tích một số yếu tố liên quan tới mức độ lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại một số khoa hệ Ngoại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện tại hai khoa Phẫu thuật Tiêu hoá - Gan mật Tụy và khoa Phẫu thuật Lồng ngực và Mạch máu, Bệnh viện Bạch Mai từ ngày 01/02/2023 đến ngày 15/ 04/ 2023 sử dụng thang đo The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận trên tổng số 125 người bệnh có phẫu thuật có kế hoạch tham gia vào nghiên cứu thu về kết quả như

sau: Điểm trung bình lo lắng trước phẫu thuật là 11,48± 3,62 điểm, với tỷ lệ người bệnh có lo lắng nhiều là 36% (APAIS-A >13). Các đặc điểm về giới, trình độ học vấn, bệnh lý kèm theo, số lần từng phẫu thuật trước đó, thời gian chờ phẫu thuật và sự hỗ trợ từ nhân viên y tế có liên quan đến mức độ lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật. **Kết luận:** Nghiên cứu này nhấn mạnh sự ảnh hưởng của các yếu tố đến tâm lý của người bệnh trước phẫu thuật và tập trung hơn vào nhóm đối tượng có nguy cơ cao nhằm mục đích can thiệp hiệu quả, để làm giảm sự lo lắng trước phẫu thuật. **Từ khóa:** lo lắng, lo lắng trước phẫu thuật, APAIS, vấn đề lo lắng

SUMMARY

PREOPERATIVE ANXIETY AMONG PATIENTS IN SELECTED SURGICAL DEPARTMENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To describe the level of pre-operative anxiety and associated factors among patients with schedule surgery at certain surgical departments of Bach Mai Hospital. **Methods:** A cross-sectional study

¹Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thùy Linh

Email: thuylinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025