

định phương pháp này đáp ứng tốt kỳ vọng của người bệnh. Đây cũng là kết luận chung của hầu hết các nghiên cứu về TOETVA,⁵ là yếu tố quan trọng giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng (TOETVA) là phương pháp an toàn, hiệu quả và có tính thẩm mỹ cao, có thể áp dụng rộng rãi tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp cho các bệnh nhân được lựa chọn phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abrihami G, Emadzadeh M, Bakhshi A, Moeinipour Y, Taghavi G, Hasani S.** Prevalence and predictors of thyroid nodules among adults: analyzing the association with metabolic syndrome in a cross-sectional study. *BMC Endocrine Disorders*. 2025;25(1):40. doi:10.1186/s12902-025-01869-5
2. **Xu J, Lau P, Ma Y, et al.** Prevalence and Associated Factors of Thyroid Nodules Among 52,003 Chinese “Healthy” Individuals in Beijing: A Retrospective Cross-Sectional Study. *RMHP*. 2024;17:181-189. doi:10.2147/RMHP.S442062
3. **Arora A, Swords C, Garas G, et al.** The perception of scar cosmesis following thyroid and parathyroid surgery: A prospective cohort study. *Int J Surg*. 2016;25:38-43. doi:10.1016/j.ijssu.2015.11.021
4. **Anuwong A.** Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*. 2016;40(3): 491-497. doi:10.1007/s00268-015-3320-1
5. **Xuan Nguyen H, Nguyen HX, Thi Hoang H, Van Le Q.** Quality of Life and Surgical Outcome of Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA) versus Open Thyroid Surgery: Experience from a Single Center in Vietnam. *J Thyroid Res*. 2022;2022:2381063. doi:10.1155/2022/2381063
6. **Nguyen HX, Nguyen HX, Nguyen TN, Luu LH, Van Le Q.** Male Thyroid Cancer Patients Treated by Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA): Surgical Outcomes and Distinct Experiences. *Indian J Surg Oncol*. Published online April 2, 2025. doi:10.1007/s13193-025-02284-x
7. **Thống LX, Thương PV, Hưng NQ.** Kết quả sớm phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng điều trị u tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa. *TCNCYH*. 2023;167(6):246-252. doi:10.52852/tcncyh.v167i6.1722
8. **Fernández-Ranvier GG, Guevara D, Alawwa G, Meknat A, Lieberman B, Inabnet WB.** Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA): Treatment for Benign Thyroid Diseases. *J Endocr Surg*. 2021;21(1):13. doi:10.16956/jes.2021.21.1.13
9. **Kim SY, Kim SM, Makay O, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy using the vestibular approach with an endoscopic retractor in thyroid cancer: experience with the first 132 patients. *Surg Endosc*. Published online January 13, 2020. doi:10.1007/s00464-019-07336-2

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM RUỘT MẠN CÓ NHIỄM KHUẨN

Lương Thanh Lâm¹, Trần Ngọc Ánh^{1,2},
Nguyễn Trường Sơn³, Ngô Gia Mạnh²

TÓM TẮT

Bệnh viêm ruột mạn (Inflammatory Bowel Disease – IBD) đang có xu hướng gia tăng ở các nước đang phát triển. Nhiễm khuẩn là một trong những yếu tố gia tăng gánh nặng nhập viện và kém đáp ứng điều trị của bệnh nhân viêm ruột mạn tính với thuốc đặc hiệu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn và 169 bệnh nhân không có tình trạng nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (55%), trong đó nhóm bệnh nhân > 65

tuổi chiếm 10,4%, thời gian nằm viện trung bình là 14,5 ± 8,2 ngày. Nhiễm khuẩn tiêu hóa thường gặp nhất ở cả hai nhóm bệnh Crohn và VLĐTTCM có tỉ lệ lần lượt là 22,5 % và 26,1%, với các biểu hiện thường gặp là sốt (100%), đau bụng (71%),... Bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh nặng có tỉ lệ nhiễm khuẩn cao nhất (33,3%). Nguy cơ nhiễm khuẩn gia tăng khi điều trị thuốc ức chế TNF – alpha hoặc điều trị kết hợp hai nhóm thuốc. Số lượng bạch cầu, máu lắng, CRPhs và PCT đều cao hơn ở nhóm bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn. **Từ khóa:** Bệnh viêm ruột mạn, tình trạng nhiễm khuẩn, thuốc ức chế miễn dịch.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ASSOCIATED WITH INFECTION

Inflammatory Bowel Disease (IBD) is a chronic inflammatory condition of the gastrointestinal tract, with a rising prevalence in developing countries.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thanh Lâm

Email: thanhmlamhp98@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

Infection represents a major determinant of increased hospitalization and suboptimal therapeutic outcomes in IBD. We conducted a cross-sectional study involving 62 infected and 169 non-infected patients at Hanoi Medical University Hospital and Bach Mai Hospital. The cohort was predominantly male (55%), with 10,4% aged over 65 years, and a mean hospital stay of $14,5 \pm 8,2$ days. The most common gastrointestinal infection in both Crohn's disease and ulcerative colitis was observed at rates of 22,5% and 26,1%, respectively, with the predominant clinical manifestations being fever (100%) and abdominal pain (71%). Infection was most frequent in severe disease (33,3%) and strongly associated with TNF- α inhibitors or combination therapy. Infected patients showed elevated leukocyte count, ESR, hs-CRP, and PCT compared with non-infected cases.

Keywords: Inflammatory Bowel Disease; Infection; Immunosuppressive therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm ruột mạn (Inflammatory Bowel Disease - IBD) được đặc trưng bởi hai bệnh cảnh lâm sàng là viêm loét đại trực tràng chảy máu (VLĐTTTCM) và bệnh Crohn.

Cùng với sự gia tăng về số lượng bệnh nhân IBD, gánh nặng kinh tế trong điều trị, vấn đề chẩn đoán nguyên nhân và giảm thiểu các đợt diễn biến cấp tính của bệnh ngày càng được quan tâm. Đặc biệt trong những thập kỷ qua, các thuốc điều hòa miễn dịch, ức chế miễn dịch được sử dụng nhiều hơn giúp giảm tỉ lệ nhập viện, giảm tỉ lệ phẫu thuật cắt bỏ đại tràng nhưng cũng đặt ra những lo ngại và thách thức về gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Nhiễm khuẩn là một trong những yếu tố thúc đẩy đợt cấp, kém đáp ứng điều trị với thuốc đặc hiệu, kéo dài thời gian điều trị và gia tăng gánh nặng chi phí y tế. Tỷ lệ nhiễm khuẩn dao động từ 10 đến 100 trên 1000 bệnh nhân/năm với thời gian nằm viện trung bình ở nhóm bệnh nhân có nhiễm khuẩn dài hơn 2,3 ngày so với nhóm bệnh nhân không có nhiễm khuẩn.¹ Một nghiên cứu tại Anh trên nhóm 18829 bệnh nhân IBD và nhóm chứng gồm 73316 bệnh nhân không mắc bệnh IBD ghi nhận tỉ lệ nhiễm khuẩn ở nhóm bệnh nhân IBD là 46% cao hơn so với nhóm chứng là 37%.² Do đó việc xác định tình trạng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân viêm ruột mạn có vai trò quan trọng trong kiểm soát bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm ruột mạn có nhiễm khuẩn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang với 231 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh VLĐTTTCM và bệnh Crohn trong đó 62 bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn và 169 bệnh

nhân không có tình trạng nhiễm khuẩn thực hiện tại khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Trung tâm Tiêu hóa Gan mật Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2021 đến 5/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Crohn hoặc VLĐTTTCM³

• Chẩn đoán bệnh Crohn:

Triệu chứng lâm sàng: đau bụng, rối loạn phân, sốt, mệt mỏi, gầy sút cân, thiếu máu, rò hậu môn, loét miệng họng, thực quản, viêm khớp, viêm móng mắt, viêm da mủ hoại tử,...

Cận lâm sàng: hình ảnh nội soi: ranh giới giữa vùng niêm mạc tổn thương và vùng niêm mạc lành rõ ràng, niêm mạc sung huyết, phù nề, loét, lỗ rò, tổn thương giả polyp,... CT và MRI ruột non: hình ảnh dày thành ruột dày >2cm, áp xe hoặc khối trong ổ bụng, các lỗ rò quanh ống hậu môn, tổn thương ruột từng đoạn.

Giải phẫu bệnh: hình ảnh xâm nhập nhiều tế bào viêm, u hạt, thay đổi cấu trúc tuyến, loét,...

• Chẩn đoán bệnh VLĐTTTCM:

Triệu chứng lâm sàng: đau bụng, rối loạn phân (đại tiện phân lỏng hoặc có nhày máu nhiều lần trong ngày), sốt, gầy sút cân, thiếu máu, rối loạn điện giải,...

Cận lâm sàng: hình ảnh nội soi: niêm mạc xung huyết đỏ, phù nề, không rõ mạng lưới mao mạch, có thể loét chảy máu, loét sâu đến lớp dưới niêm mạc, tổn thương giả polyp,... X quang đại tràng trong giai đoạn bệnh tiến triển nặng: đại tràng dạng ống chì, hình ảnh giả polyp, hẹp đại tràng, phình giãn đại tràng. CT ổ bụng: thành đại tràng dày liên tục, thường tập trung quanh trực tràng và đại tràng sigma.

Giải phẫu bệnh: tổn thương chỉ ở lớp niêm mạc, dưới niêm mạc, không tổn thương đến lớp cơ, biểu mô phủ bong tróc, cấu trúc khe tuyến bất thường, tương bào thâm nhập xuống lớp mô đệm, áp xe khe hốc, xuất huyết niêm mạc,

- Tiêu chuẩn tình trạng nhiễm khuẩn: sốt > 38 độ C, có triệu chứng lâm sàng và bằng chứng vi sinh nhiễm khuẩn tại các cơ quan: nhiễm khuẩn tiêu hóa, nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn thận – tiết niệu, nhiễm khuẩn da, mô mềm, nhiễm khuẩn huyết theo hướng dẫn chẩn đoán của Bộ Y tế và/hoặc xét nghiệm chỉ số Procalcitonin (PCT) máu $\geq 0,5$ ng/mL.⁴

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh IBD đồng mắc cùng HIV/AIDS (hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải), thiếu hụt miễn dịch bẩm sinh, ghép tạng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận

tiện, lựa chọn toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Các biến số nghiên cứu:

- Phân loại mức độ hoạt động bệnh: Bệnh nhân Crohn được đánh giá theo thang điểm CDAI: Bệnh không hoạt động CDAI < 150 điểm, hoạt động mức độ nhẹ: CDAI 150 - 220 điểm, hoạt động mức độ trung bình: CDAI 220 - 450 điểm, hoạt động mức độ nặng: CDAI > 450 điểm. Bệnh nhân VLĐTTTCM được đánh giá theo thang điểm Mayo: Bệnh không hoạt động: Mayo 0 - 2 điểm, hoạt động mức độ nhẹ: Mayo 3 - 5 điểm, hoạt động mức độ trung bình: Mayo 6 - 10 điểm, hoạt động mức độ nặng: 11 - 12 điểm

Xử lý số liệu:

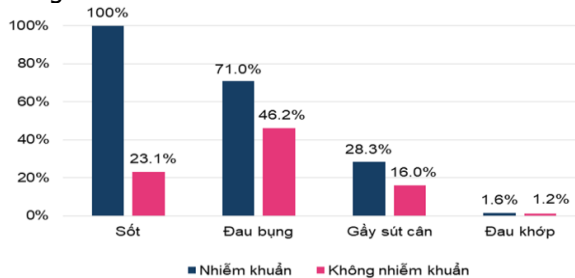
- Số liệu sau khi được thu thập sẽ được nhập và xử lý thông qua phần mềm SPSS 26.0.

- Mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm với các biến định tính, dạng trung bình hoặc trung vị, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất với các biến định lượng. So sánh các tỉ lệ bằng test khi bình phương (χ^2) (hoặc Fisher-exact test nếu giá trị mong đợi trong các ô nhỏ hơn 5). Xác định mối liên quan giữa hai biến định tính bằng tỉ suất chênh odds ratio (OR). Thuật toán có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2025 chúng tôi thu thập được 231 bệnh nhân IBD, trong đó có 62 bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn tại khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Trung tâm Tiêu hóa Gan mật Bệnh viện Bạch Mai.

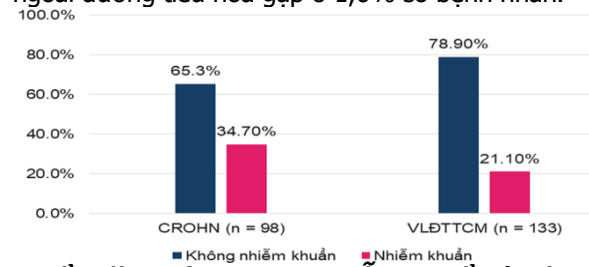
Đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là nam giới (55%). Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $44 \pm 16,7$, trong đó nhóm bệnh nhân > 65 tuổi chiếm 10,4%. Thời gian nằm viện trung bình là $14,5 \pm 8,2$ ngày. 55% số bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ hoạt động trung bình.



Biểu đồ 1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong nhóm bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn, sốt gặp ở 100% số bệnh nhân, các triệu chứng thường gặp khác là đau bụng (71%), gầy

sút cân (28,3%), đau khớp là triệu chứng lâm sàng ngoài đường tiêu hóa gặp ở 1,6% số bệnh nhân.



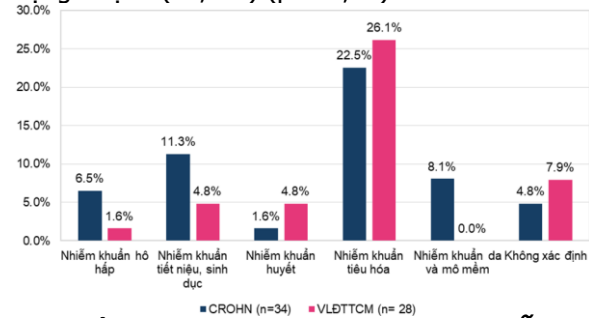
Biểu đồ 2. Tình trạng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân IBD

Tỉ lệ nhiễm khuẩn chung ở bệnh nhân IBD là 26,8%, bệnh nhân bệnh Crohn có tỉ lệ nhiễm khuẩn cao hơn bệnh nhân bệnh VLĐTTTCM (34,7% so với 21,1%) với $p = 0,056$.

Bảng 1. Tình trạng nhiễm khuẩn và mức độ hoạt động bệnh

	Không nhiễm khuẩn	Nhiễm khuẩn	Tổng	p
Bệnh không hoạt động – nhẹ	47 72,3%	18 27,7%	65 100%	0,02
Bệnh mức độ trung bình	96 75,6%	31 24,4%	127 100%	
Bệnh mức độ nặng	26 66,7%	13 33,3%	39 100%	
Tổng	169 73,2%	62 26,8%	231 100%	

Bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh nặng có tỉ lệ nhiễm khuẩn cao nhất (33,3%) khi so sánh với nhóm mức độ hoạt động trung bình (24,4%) và nhóm bệnh không hoạt động – hoạt động nhẹ là (27,7%) ($p = 0,02$).



Biểu đồ 3. Sự phân bố cơ quan nhiễm khuẩn theo chẩn đoán bệnh

Nhiễm khuẩn tiêu hóa thường gặp nhất ở cả hai nhóm bệnh Crohn và VLĐTTTCM với tỉ lệ lần lượt là 22,5 % và 26,1%, trong đó căn nguyên nhiễm khuẩn tiêu hóa thường gặp nhất là *Clostridium difficile* (81,8%). Có 4,8% bệnh nhân Crohn và 7,9% bệnh nhân VLĐTTTCM có tình trạng nhiễm khuẩn không xác định được cơ quan nhiễm khuẩn.

Bảng 2. Môi liên quan giữa phương pháp điều trị và tình trạng nhiễm khuẩn

	Không nhiễm khuẩn	Nhiễm khuẩn	OR (95% CI)	p
Ức chế TNF – alpha*	18	15	3.63 1,56-8,4	0,005
Ustekinumab	0	2		
Steroid đường toàn thân	61	18	1.28 0,63-2,63	0,58
Điều trị kết hợp**	3	7	10.2 2,41-42,7	0,001
Không điều trị/ Các phương pháp điều trị khác**	87	20		

*Ức chế TNF – alpha: Adalimumab/ Infiximab, **Không ức chế miễn dịch hoặc ức chế miễn dịch mức độ nhẹ (Aminosalicylates, Steroid đường dùng tại chỗ, Azathioprine liều < 3mg/kg/ngày), ***Điều trị kết hợp thuốc ức chế TNF – alpha hoặc steroid đường toàn thân với Aminosalicylates hoặc Azathioprine.⁵

Nhóm dùng thuốc ức chế TNF – alpha có nguy cơ nhiễm khuẩn cao gấp 3,63 lần (95% CI: 1,56 – 8,4) so với nhóm bệnh nhân không điều trị hoặc điều trị bằng các phương pháp điều trị khác không có tác dụng ức chế miễn dịch hoặc ức chế miễn dịch mức độ nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,005.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

	Không nhiễm khuẩn (Trung bình ± SD) (n=169)	Nhiễm khuẩn (Trung bình ± SD) (n=62)	p
Albumin (g/L)	34,5 ± 5,6	31,6 ± 6,8	0,005
Bạch cầu (G/L)	9,7 ± 3,7	11 ± 6,7	0,111
Máu lắng (mm/h)	43,4 ± 23,7	47,3 ± 22,1	0,339
CRPhs (mg/dL)	5,4 ± 5,1	11,6 ± 12,9	0,001
PCT (ng/mL)	0,21 ± 0,12	3,2 ± 14,6	0,022

Giá trị Albumin trung bình ở nhóm bệnh nhân có nhiễm khuẩn là 31,6 ± 6,8, thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không có nhiễm khuẩn (p < 0,05). Giá trị trung bình số lượng bạch cầu, máu lắng, CRPhs và PCT đều cao hơn ở nhóm bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn, trong đó có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị CRPhs và PCT giữa hai nhóm (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nam giới gặp nhiều hơn nữ giới (55% so với 45%), kết quả này không tương đồng với kết quả từ phân tích gộp của Wang và cộng sự về dịch tễ học bệnh lý IBD trong giai đoạn từ năm 1990 đến 2019, tỷ lệ hiện mắc và tỷ lệ mắc mới qua từng năm ở nữ giới đều cao hơn nam giới.⁶ Trong nghiên cứu của Shailja và cộng sự về sự khác biệt giới tính ở bệnh nhân IBD, nữ giới có nguy cơ mắc bệnh Crohn cao hơn, đặc biệt nữ giới trong nhóm tuổi từ 25–29 và trên 35 tuổi. Giả thiết được đưa ra bao gồm các locus trên nhiễm sắc thể giới tính X, việc sử dụng thuốc tránh thai và hormone thay thế ở nữ giới làm gia tăng tỷ lệ IBD. Trong khi đó, tỷ lệ mắc bệnh VLĐTTTCM không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới, tuy nhiên ở nhóm bệnh nhân lớn hơn 45 tuổi, nam giới có tỷ lệ cao hơn đáng kể so với nữ giới.⁷

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 44 ± 16,7, thấp nhất là 16, cao nhất là 88 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân > 65 tuổi chiếm 10,4%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn ở

bệnh nhân > 65 tuổi cao gấp 1,42 lần so với nhóm bệnh nhân ≤ 65 tuổi (95% CI: 0,52 – 3,7), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,48). Có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn nên kết quả này khác với các nghiên cứu khác có tuổi > 65 là yếu tố nguy cơ độc lập với nhiễm khuẩn ở bệnh nhân IBD.¹

Theo nghiên cứu của chúng tôi, 26,8% bệnh nhân IBD nhập viện có tình trạng nhiễm khuẩn, trong đó bệnh Crohn có tỷ lệ nhiễm khuẩn cao hơn bệnh VLĐTTTCM (34,7% so với 21,1%), tỷ lệ này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ashwin và cộng sự ở Hoa Kỳ với 27,5% tổng số bệnh nhân IBD nhập viện có liên quan đến nhiễm khuẩn.¹ Trong nhóm bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn, các triệu chứng thường gặp là sốt (100%), đau bụng (71%), gầy sút cân (28,3%), tỷ lệ các triệu chứng này đều cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có tình trạng nhiễm khuẩn. Nhóm bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh nặng có tỷ lệ nhiễm khuẩn cao nhất (33,3%) khi so sánh với nhóm mức độ hoạt động trung bình (24,4%) và nhóm bệnh không hoạt động – hoạt động nhẹ là (27,7%) (p = 0,02).

Nhiễm khuẩn tiêu hóa là cơ quan nhiễm khuẩn thường gặp nhất ở cả hai nhóm bệnh Crohn và VLĐTTTCM với tỷ lệ lần lượt là 22,5% và 26,1%, trong đó căn nguyên nhiễm khuẩn tiêu hóa thường gặp nhất là Clostridium difficile (81,8%). Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ

lệ nhiễm khuẩn tiêu hóa cao nhất, dao động 30,2% – 59,5%.⁸ Nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiêu hóa tăng cao có thể liên quan đến rối loạn vi khuẩn đường ruột, suy giảm khả năng phục hồi hàng rào biểu mô ruột, rối loạn điều hòa miễn dịch và viêm ruột mạn tính. Các nhiễm khuẩn thường gặp khác là nhiễm khuẩn tiết niệu, da, mô mềm và nhiễm khuẩn hô hấp. Nhiễm khuẩn huyết là một nhiễm khuẩn nặng chiếm tỉ lệ 6,4%, cao hơn tỉ lệ nhiễm khuẩn huyết ghi nhận trong nghiên cứu hồi cứu của Idan và cộng sự là 1,3%, tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày ở nhóm đối tượng này lên đến 13,7%.⁹

Nhóm dùng thuốc ức chế TNF – alpha có nguy cơ nhiễm khuẩn cao gấp 3,63 (95% CI: 1,56 – 8,4) so với nhóm bệnh nhân không điều trị hoặc điều trị bằng các phương pháp điều trị khác không có tác dụng ức chế miễn dịch hoặc ức chế miễn dịch mức độ nhẹ ($p = 0,005$). Trong nhóm bệnh nhân điều trị kết hợp hai nhóm thuốc nguy cơ nhiễm khuẩn cao gấp 10,2 lần (95% CI: 2,41 – 42,7), kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Kirchesner và cộng sự ghi nhận điều trị thuốc ức chế TNF – alpha có liên quan đến việc tăng nguy cơ tăng nhiễm khuẩn gấp 2,38 lần (CI: 1,23–4,58).¹⁰ Nghiên cứu Toruner và cộng sự cho thấy steroid dùng đường toàn thân, thiopurine và các thuốc ức chế TNF – alpha đều làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn ở bệnh nhân IBD, đặc biệt nguy cơ nhiễm khuẩn tăng từ 2,9 (khi dùng một nhóm thuốc ức chế miễn dịch) lên 14,5 lần (khi kết hợp từ hai nhóm thuốc).¹¹

Số lượng bạch cầu, máu lắng, CRPhs và PCT đều cao hơn ở nhóm bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn, giá trị CRPhs và PCT có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Nghiên cứu Sook Hee Chung và cộng sự, ở nhóm bệnh nhân có nhiễm khuẩn, đặc biệt là sepsis, sốc nhiễm khuẩn, giá trị PCT trung bình là 3,46, cao gấp 49 lần nhóm bệnh nhân IBD không có tình trạng nhiễm khuẩn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.⁸ Nghiên cứu của Momhammad và cộng sự về giá trị của các chỉ số viêm trong chẩn đoán nhiễm khuẩn do *Clostridium difficile*, một trong những căn nguyên thường gặp ở bệnh nhân IBD cho kết quả tương tự với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị máu lắng, CRPhs, PCT đều cao hơn so với nhóm không có nhiễm khuẩn. Dù vậy, các tác giả vẫn nhấn mạnh sự hạn chế của máu lắng, CRPhs trong chẩn đoán tình trạng nhiễm khuẩn, bởi hai chỉ số viêm này có thể tăng trong đợt tiến triển của bệnh và CRP có thể bị ảnh hưởng bởi corticoid và các thuốc ức chế miễn

dịch khác. Ngược lại, PCT không bị ảnh hưởng bởi đợt tiến triển bệnh và liệu pháp ức chế miễn dịch, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn, là chỉ số có ý nghĩa trong chẩn đoán tình trạng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân IBD.

V. KẾT LUẬN

26,8% bệnh nhân IBD nhập viện có tình trạng nhiễm khuẩn, trong đó bệnh nhân bệnh Crohn có tỉ lệ nhiễm khuẩn cao hơn bệnh nhân bệnh VLĐTTTCM (34,7% so với 21,1%). Nhiễm khuẩn tiêu hóa là cơ quan nhiễm khuẩn thường gặp nhất ở cả hai nhóm bệnh Crohn và VLĐTTTCM với tỉ lệ lần lượt là 22,5% và 26,1%, song thường gặp khó khăn trong chẩn đoán do biểu hiện tương tự về mặt triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm, đặc biệt khi căn nguyên nhiễm khuẩn gặp nhất là *Clostridium difficile* (81,8%). Do đó, chẩn đoán sớm tình trạng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân IBD có vai trò quan trọng góp phần làm giảm tỉ lệ các biến chứng nghiêm trọng như nhiễm khuẩn huyết, sepsis, giảm thời gian nằm viện, chi phí chăm sóc y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ananthakrishnan AN, McGinley EL.** Infection-related hospitalizations are associated with increased mortality in patients with inflammatory bowel diseases. *J Crohns Colitis*. 2013;7(2):107-112. doi:10.1016/j.crohns.2012.02.015
2. **Irving PM, de Lusignan S, Tang D, Nijher M, Barrett K.** Risk of common infections in people with inflammatory bowel disease in primary care: a population-based cohort study. *BMJ Open Gastroenterol*. 2021;8(1):e000573. doi:10.1136/bmjgast-2020-000573
3. **Trần Ngọc Anh.** Cấp Cứu Nội Tiêu Hóa.; 2021. <https://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/202306091537-865727e4-cdfb-44cf-920c-ce864fcbcf31//FullPreview&TotalPage=427&ext=jpg#page/1/mode/2up>
4. **Delévaux I, André M, Colombier M, et al.** Can procalcitonin measurement help in differentiating between bacterial infection and other kinds of inflammatory processes? *Ann Rheum Dis*. 2003;62(4):337-340. doi:10.1136/ard.62.4.337
5. **Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, et al.** ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2021;15(6):879-913. doi:10.1093/ecco-jcc/jjab052
6. **Wang R, Li Z, Liu S, Zhang D.** Global, regional and national burden of inflammatory bowel disease in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019. *BMJ Open*. 2023;13(3):e065186. doi:10.1136/bmjopen-2022-065186
7. **Shah SC, Khalili H, Gower-Rousseau C, et al.** Sex-Based Differences in Incidence of Inflammatory Bowel Diseases—Pooled Analysis of Population-Based Studies From Western

- Countries. *Gastroenterology*. 2018;155(4):1079-1089.e3. doi:10.1053/j.gastro.2018.06.043
8. **Chung SH, Lee HW, Kim SW, et al.** Usefulness of Measuring Serum Procalcitonin Levels in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Gut Liver*. 2016;10(4):574-580. doi:10.5009/gnl15209
 9. **Risk of bacteremia in hospitalised patients with inflammatory bowel disease: A 9-year cohort study.** doi:10.1177/2050640619874524
 10. **Kirchgesner J, Lemaitre M, Carrat F, Zureik M, Carbonnel F, Dray-Spira R.** Risk of Serious and Opportunistic Infections Associated With Treatment of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2018;155(2):337-346.e10. doi:10.1053/j.gastro.2018.04.012

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG VÀ HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT ĐƯỜNG SAU ĐIỀU TRỊ MẤT VỮNG ĐA TẦNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Trung¹, Hoàng Gia Du²,
Nguyễn Đức Hoàng¹, Vũ Xuân Phước¹, Lê Đăng Tân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt đường sau điều trị mất vững đa tầng cột sống thắt lưng cùng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 60 bệnh nhân được phẫu thuật cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt đường sau đa tầng (từ hai tầng trở lên) điều trị bệnh nhân mất vững cột sống thắt lưng – cùng do thoái hóa tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2021 đến 7/2023, thời gian theo dõi sau mổ tối thiểu 06 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,4 tuổi, tỷ lệ nữ/nam = 4, thời gian khởi phát bệnh trung bình là 21,58 tháng. Điểm VAS lưng, VAS chân, JOA trước mổ trung bình lần lượt là: 5,57, 4,57, 10,95 điểm. Thời điểm khám lại sau mổ, điểm VAS lưng, VAS chân, JOA giảm xuống lần lượt là: 1,41, 0,53, 24,63 điểm. Bệnh nhân dưới 60 tuổi, nữ giới và có phân loại ASA 1,2 là các yếu tố tiên lượng kết quả hồi phục thần kinh tốt hơn tại thời điểm khám lại. **Kết luận:** Phẫu thuật cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt đa tầng điều trị mất vững cột sống là phẫu thuật an toàn, ít biến chứng. Bệnh nhân dưới 60 tuổi, nữ giới và có phân loại ASA 1,2 là các yếu tố tiên lượng mức độ hồi phục tốt hơn sau mổ trên 6 tháng. **Từ khóa:** Cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt, mất vững đa tầng cột sống thắt lưng, mất vững cột sống do thoái hóa.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF POSTERIOR LUMBAR SPINAL FIXATION AND INTERBODY FUSION IN THE TREATMENT OF MULTILEVEL LUMBAR INSTABILITY AT BACH MAI HOSPITAL

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Vinmec Smart City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trung

Email: trung32ptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025

Objective: To assess the outcomes of posterior spinal fixation and interbody fusion surgery for the treatment of multilevel lumbar-sacral instability.

Subjects and Methods: This retrospective cross-sectional study was conducted on 60 patients diagnosed with lumbar-sacral spinal instability due to degeneration. These patients underwent posterior multilevel spinal fixation and interbody fusion (involving two or more levels) at the Department of Orthopedic Trauma and Spine Surgery, Bach Mai Hospital, between January 2021 and July 2023. The minimum postoperative follow-up period was six months. **Results:** The average age of patients was 59.43 years, with a female-to-male ratio of 4:1. The average duration from onset to surgery was 21.58 months. Preoperative mean scores for back pain (VAS), leg pain (VAS), and JOA were 5.57, 4.57, and 10.95 points, respectively. These scores significantly decreased at the follow-up to 1.41, 0.53, and 24.63 points, respectively. Patients under 60 years old, females, and those classified as ASA (American Society of Anesthesiologists) 1 or 2 were found to have better neurological recovery outcomes at follow-up. **Conclusion:** Posterior spinal fixation and interbody fusion surgery for the treatment of lumbar instability is a safe procedure with a low intraoperative complication rate. Postoperative pain levels decrease over time. Patients under 60, females, and those with ASA classifications 1 or 2 are associated with better recovery outcomes after more than six months of follow-up. **Keywords:** Posterior spinal fixation and interbody fusion; multilevel lumbar spinal instability; degenerative spinal instability

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1982, Harm và Rolinger đã phát triển kỹ thuật cố định cột sống (CĐCS) và hàn xương liên thân đốt (HXLTD) đường sau qua lỗ liên hợp, giúp giảm nguy cơ tổn thương rễ thần kinh.¹ Phẫu thuật này được ứng dụng rộng rãi do có nhiều ưu điểm như: giải ép rộng rãi lỗ liên hợp và các rễ thần kinh, phục hồi chiều cao đĩa đệm, nắn trượt đốt sống, chỉnh sửa các biến dạng vẹo và gù cột sống, tỷ lệ liên xương cao và