

6. Zhao L, Chen J, Zhu R. The relationship between frailty and community-acquired pneumonia in older patients. 2023;35(2):349-355. doi:10.1007/s40520-022-02301-x
7. Koivula I, Sten M, Mäkelä P. Risk factors for pneumonia in the elderly. Am J Med. 2004; 96 (4):313-320. doi:10.1016/0002-9343 (94)90060-4
8. Iwai-Saito K, Shobugawa Y, Aida J, Kondo K. Frailty is associated with susceptibility and severity of pneumonia in older adults (A JAGES multilevel crosssectional study). Sci Rep. 2021; 11(1):7966. doi:10.1038/s41598-021-86854- 3

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SINH HOÁ VÀ CT-SCAN TRONG VIÊM THÂN SỐNG ĐĨA ĐỆM DO LAO VÀ VI KHUẨN SINH MŨ

Lê Bảo Lệ¹, Phạm Huỳnh Tường Vy¹, Cao Thanh Ngọc^{1,2},
Bùi Đăng Khoa¹, Nguyễn Đông Lập¹,
Hồ Ngọc Tú³, Nguyễn Đoàn Duy Quang³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm thân sống đĩa đệm là bệnh lý nhiễm trùng ít gặp nhưng có thể gây biến chứng nặng nếu chẩn đoán và điều trị chậm trễ. Việc phân biệt nguyên nhân lao và vi khuẩn sinh mũ còn gặp nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học có sự chồng lấp. **Mục tiêu:** Khảo sát sự khác biệt giữa biểu hiện lâm sàng, các chỉ số sinh hóa và hình ảnh trên chụp cắt lớp vi tính (Computed tomography scan, CT-scan) giữa bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm do trực khuẩn lao và do vi khuẩn sinh mũ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu quan sát, phối hợp hồi cứu và tiền cứu trên 73 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thân sống đĩa đệm tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (8/2023 – 8/2025), gồm 24 trường hợp lao thân sống và 49 trường hợp viêm thân sống do vi khuẩn sinh mũ. Chúng tôi so sánh đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa và tổn thương trên CT-scan giữa hai nhóm. **Kết quả:** Các triệu chứng lâm sàng xuất hiện với tỷ lệ tương tự giữa hai nhóm lao thân sống và viêm thân sống do vi khuẩn sinh mũ: yếu liệt (12,5% so với 12,2%), tê bì (25,0% so với 32,7%), sốt (37,72°C so với 37,73°C); bí tiểu (0,0% so với 14,3%). Ở nhóm viêm thân sống do vi khuẩn sinh mũ, CRP (132,68 so với 80,94 mg/L, $p = 0,035$), procalcitonin (0,54 so với 0,14 ng/mL, $p = 0,031$), HbA1C (7,64% so với 5,91%, $p = 0,036$) đều cao hơn có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, tỷ lệ IGRA dương tính cao hơn ở nhóm lao thân sống (53,8% so với 7,1%; $p = 0,001$). Trên CT-scan, các đặc điểm phá hủy xương và áp xe mô mềm xuất hiện với tỷ lệ cao ở hai nhóm nhưng không khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng và đặc điểm tổn thương trên CT-scan có độ chồng lấp lớn giữa hai nhóm lao thân sống và viêm thân sống do vi khuẩn sinh mũ, phản ánh chủ yếu mức độ tổn thương hơn là tác nhân gây bệnh. Các

xét nghiệm CRP, procalcitonin và IGRA có giá trị gợi ý nguyên nhân tốt hơn, nên được kết hợp với CT-scan để nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán.

Từ khóa: Viêm thân sống đĩa đệm; Lao cột sống; Vi khuẩn sinh mũ; CT-scan; CRP; Procalcitonin; IGRA.

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY, AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING CHARACTERISTICS OF TUBERCULOUS AND PYOGENIC SPONDYLODISCITIS

Background: Spondylodiscitis is an uncommon infectious disease that can lead to severe complications if diagnosis and treatment are delayed. Differentiating between tuberculous and pyogenic etiologies remains challenging due to overlapping clinical and imaging features. **Objective:** To compare the clinical presentation, biochemical markers, and computed tomography (CT) findings between patients with tuberculous and pyogenic spondylodiscitis. **Methods:** This observational study, combining retrospective and prospective data, included 73 patients diagnosed with spondylodiscitis at the University Medical Center Ho Chi Minh City between August 2023 and August 2025. Among them, 24 cases were due to *Mycobacterium tuberculosis* and 49 were due to pyogenic bacteria. Clinical features, biochemical parameters, and CT characteristics were analyzed and compared between the two groups. **Results:** Clinical manifestations were similar between tuberculous and pyogenic spondylodiscitis, including weakness (12.5% vs. 12.2%), paresthesia (25.0% vs. 32.7%), fever (37.72°C vs. 37.73°C), and urinary retention (0.0% vs. 14.3%; $p = 0.088$). In the pyogenic group, CRP (132.68 vs. 80.94 mg/L; $p = 0.035$), procalcitonin (0.54 vs. 0.14 ng/mL; $p = 0.031$), and HbA1C (7.64% vs. 5.91%; $p = 0.036$) were significantly higher, whereas IGRA positivity was more frequent in the tuberculous group (53.8% vs. 7.1%; $p = 0.001$). CT findings such as bone destruction and paraspinal abscesses were common in both groups without significant differences. **Conclusion:** Clinical and CT features of tuberculous and pyogenic spondylodiscitis show substantial overlap, reflecting disease severity rather than etiology. In contrast, biochemical markers—particularly CRP, procalcitonin, and IGRA—

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

²Trường Y, Đại học Y Dược TP HCM

³Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Lệ

Email: le.lb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

provide greater discriminatory value. Combining laboratory and imaging assessments can enhance diagnostic accuracy and guide appropriate management. **Keywords:** Spondylodiscitis; spinal tuberculosis; pyogenic spondylitis; computed tomography; CRP; procalcitonin; IGRA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thân sống đĩa đệm là bệnh lý nhiễm trùng ít gặp nhưng có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng như hủy thân sống, gù vẹo cột sống, áp xe ngoài màng cứng và tổn thương tủy dẫn đến yếu liệt hoặc thậm chí tử vong[1]. Nguyên nhân thường gặp nhất là trực khuẩn lao và các vi khuẩn sinh mủ, trong đó phổ biến nhất là *Staphylococcus aureus*. Việc chẩn đoán sớm và phân biệt chính xác giữa hai nhóm nguyên nhân này đóng vai trò quan trọng trong điều trị, giúp hạn chế biến chứng và cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

Tại Việt Nam, lao thân sống vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể trong nhóm bệnh lý viêm thân sống đĩa đệm. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu, chủ yếu là đau lưng, sốt nhẹ và mệt mỏi kéo dài, khiến việc chẩn đoán sớm gặp nhiều khó khăn. Các chỉ số sinh hóa như CRP, procalcitonin hay tốc độ lắng máu có thể tăng ở cả hai nhóm, dẫn đến sự chồng lấp trong định hướng nguyên nhân. CT-scan hiện là phương tiện chẩn đoán được sử dụng rộng rãi nhờ khả năng đánh giá chi tiết tổn thương xương và mức độ phá hủy thân sống, song nhiều nghiên cứu cho thấy CT-scan đơn thuần khó phân biệt rõ nguyên nhân khi bệnh ở giai đoạn tiến triển[2]. Ngược lại, cộng hưởng từ (magnetic resonance imaging, MRI) có độ nhạy cao trong phát hiện tổn thương mô mềm, tủy sống và lan rộng nhiễm trùng, nhưng chi phí cao và hạn chế về khả năng tiếp cận ở tuyến cơ sở. Do đó, việc phối hợp giữa thăm khám lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa và CT-scan vẫn là hướng tiếp cận thực tế và hiệu quả tại nhiều cơ sở y tế hiện nay.

Mục tiêu: Khảo sát sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, các chỉ số sinh hóa và hình ảnh CT-scan giữa lao thân sống đĩa đệm và viêm thân sống đĩa đệm do vi khuẩn sinh mủ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu quan sát, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Thời gian và địa điểm. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2025.

Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán viêm thân sống đĩa đệm do trực khuẩn lao hoặc do vi khuẩn sinh

mủ, có chụp CT-scan ngực hoặc bụng bao quát vùng tổn thương tại thời điểm chẩn đoán.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp viêm thân sống đĩa đệm do nguyên nhân khác (như *Brucella*, nấm, ung thư), bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật cột sống hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành phân tích tất cả bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm do lao hoặc vi trùng sinh mủ được chẩn đoán ở bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, có chụp CT-scan ngực hoặc bụng chậu, trong thời gian từ nghiên cứu. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử, bao gồm thông tin hành chính, triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm sinh hóa, cấy máu và cấy mô bệnh học (nếu có). Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính được trích xuất từ hệ thống PACS CARESTREAM và được hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm về cơ xương khớp đánh giá độc lập. Trong trường hợp có bất đồng, kết quả cuối cùng được thống nhất thông qua thảo luận chung.

Định nghĩa tiêu chuẩn chẩn đoán. Viêm thân sống do vi trùng sinh mủ được xác định khi thỏa một trong các tiêu chí sau:

- Kết quả cấy mô sinh thiết cột sống dương tính với vi khuẩn sinh mủ.
- Cấy máu dương tính với vi khuẩn sinh mủ.
- Cấy máu âm tính nhưng bệnh nhân đáp ứng lâm sàng và cận lâm sàng hoàn toàn sau 2–3 tháng điều trị kháng sinh phổ rộng.

Viêm thân sống do lao được chẩn đoán khi thỏa một trong các tiêu chí sau:

- Mẫu mô hoặc dịch sinh thiết dương tính với Hain test (Line Probe Assay).
- Mô bệnh học có hình ảnh đặc trưng của lao (viêm hạt bã đậu, tế bào bán liên, tế bào khổng lồ Langhans...).
- Bệnh nhân được bác sĩ chuyên khoa lao xác định chẩn đoán lâm sàng và đáp ứng tốt, khỏi bệnh sau điều trị kháng lao kéo dài 9 – 12 tháng.

Xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được kiểm tra phân phối chuẩn bằng phép Shapiro–Wilk và được mô tả dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị (bách phân vị 25–75) (nếu phân phối không chuẩn). So sánh giữa hai nhóm được thực hiện bằng kiểm định Chi-bình phương đối với biến định tính, T-test đối với biến định lượng có phân phối chuẩn, và Mann–Whitney U test đối với biến không phân phối chuẩn. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

Y đức. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 76/2023/HĐ-ĐHYD, ký ngày 30/03/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng liên quan đến viêm thân sống do lao và vi trùng sinh mủ

Đặc điểm	Nhóm VTS do lao (n=24)	Nhóm VTS do vi trùng thường (n=49)	Giá trị p
Yếu liệt, n(%)	3 (12,5)	6 (12,2)	1,000 ^a
Bí tiểu, n(%)	0 (0)	7 (14,3)	0,088 ^a
Sốt (độ C)*	37,72±0,92	37,73±0,69	0,961
Tê bì, n (%)	6 (25)	16 (32,7)	0,594

*: trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn; a: phép kiểm Fisher's exact

VTS: Viêm thân sống

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng khá tương đồng giữa hai nhóm. Bí tiểu chỉ xuất hiện ở nhóm do vi khuẩn sinh mủ với tỷ lệ 14,3%, gợi ý khả năng liên quan đến tổn thương tủy hoặc đuôi ngựa cấp do tiến triển nhanh, nhưng cỡ mẫu chưa đủ để đạt ý nghĩa thống kê.

Bảng 2: Đặc điểm xét nghiệm sinh hóa liên quan đến viêm thân sống do lao và vi trùng thường

	Nhóm VTS do lao (n=24)	Nhóm VTS do vi trùng thường (n=49)	Giá trị p
Xét nghiệm sinh hóa, huyết học			
Bạch cầu (G/L)	10,46 ± 5,44	12,8 ± 6,1	0,107
Neutrophil (G/L)	8,05 ± 5,03	10,47 ± 5,14	0,061
Lympho (G/L)	1,39 ± 0,52	1,26 ± 0,62	0,379
Hemoglobin (g/L)	113,75 ± 20,15	112,41 ± 21,94	0,802
Tiểu cầu (G/L)	332,45 ± 132,88	183,9 ± 147,32	0,177
CRP (mg/dL)	80,94 ± 65,62	132,68 ± 107,86	0,035
Procalcitonin (ng/mL)	0,14 [0,03–0,25]	0,54 [0,20–2,74]	0,031
Máu lắng (mm)	78,79 ± 44,08	69,49 ± 35,22	0,389
Albumin (g/L)	31,46 ± 4,91	29,75 ± 5,32	0,288
HbA1c (%)	5,91 ± 3,03	7,64 ± 2,09	0,036
Xét nghiệm miễn dịch			
IGRA dương, n (%)	2 (7,1)	7 (53,8)	0,001 ^a

*: trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn; a: phép kiểm Fisher's exact

CRP: C-reactive protein, IGRA: Interferon-Gamma Release Assay, VTS: viêm thân sống

Nhận xét: Nồng độ CRP (C-reaction protein: Protein phản ứng C) và Procalcitonin ở nhóm do vi khuẩn sinh mủ cao hơn rõ rệt, phản ánh phản ứng viêm cấp tính mạnh hơn. HbA1c cao hơn ở nhóm viêm sinh mủ, cho thấy mối liên quan với bệnh nhân đái tháo đường và khả năng nhiễm trùng cấp. Xét nghiệm IGRA (Interferon gamma release assay) dương tính chủ yếu ở nhóm lao, cho thấy giá trị gợi ý nguyên nhân rất cao. Các chỉ số máu thường quy như bạch cầu, Neutrophil, Albumin không khác biệt có ý nghĩa.

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính (phân tích trên 141 đốt sống tổn thương)

	Nhóm VTS do lao	Nhóm VTS do vi trùng thường	p
Số lượng đốt sống ngực tổn thương**	0,42 ± 0,50	0,18 ± 0,44	0,06
Số lượng đốt sống thắt lưng tổn thương**	0,83 ± 0,76	1,00 ± 0,74	0,372
Hủy đốt sống liên tiếp, n (%)	16 (66,7)	38 (77,6)	0,397
Hủy thân sống, n (%)	23 (95,8)	47 (95,9)	0,685
Hủy ngoài thân sống, n (%)	6 (13,3)	7 (7,3)	0,167
Số lượng đốt sống hủy, n (%)	2,36 ± 1,19	2,23 ± 0,79	0,519
Mất liên tục vỏ xương, n (%)	40 (88,9)	85 (88,5)	0,83
Tầng bề xương, n (%)	25 (55,6)	59 (61,5)	0,475
Giảm bề xương, n (%)	35 (77,8)	70 (73,7)	0,69
Phản ứng màng xương, n (%)	4 (8,9)	7 (7,3)	0,744
Mảnh xương chết, n (%)	25 (55,6)	38 (39,6)	0,102
Xẹp thân sống, n (%)	23 (51,1)	52 (54,2)	0,857
Gù cột sống, n (%)	2 (4,4)	6 (6,3)	1 ^a
Vôi hóa cạnh sống, n (%)	31 (68,9)	56 (58,3)	0,268
Hạch bệnh lý, n (%)	4 (8,9)	16 (16,7)	0,302 ^a
Áp xe, n (%)	35 (77,8)	65 (67,7)	0,24
Mức độ rõ ràng trên CT-scan, n (%)	35 (77,8)	71 (74)	0,297

*: trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn; a: phép kiểm Fisher's exact

** : trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, được tính dựa trên trung bình số đốt sống ngực hoặc đốt sống thắt lưng tổn thương trên 24 VTS do lao và 49 ca VTS vi khuẩn

VTS: viêm thân sống

Nhận xét: Các tổn thương trên CT-scan xuất hiện phổ biến ở cả hai nhóm, không có khác biệt thống kê đáng kể. Hầu hết bệnh nhân

đều có hủy thân sống và áp xe cạnh sống. Như vậy, CT-scan chủ yếu phản ánh mức độ phá hủy xương, ít giá trị trong phân biệt căn nguyên.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 73 bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm cho thấy biểu hiện lâm sàng giữa hai nhóm nguyên nhân, trực khuẩn lao và vi khuẩn sinh mủ, có nhiều điểm tương đồng, hầu như không có triệu chứng đặc hiệu nào giúp phân biệt tác nhân gây bệnh. Các triệu chứng phổ biến như sốt, đau lưng, yếu liệt và tê bì gặp với tỷ lệ tương đương ở cả hai nhóm. Kết quả này phù hợp với nhận định của Gouliouris rằng biểu hiện lâm sàng của viêm thân sống thường không đặc hiệu, đặc biệt ở giai đoạn sớm[3]. Tình trạng bí tiểu chỉ được ghi nhận ở nhóm viêm thân sống do vi khuẩn sinh mủ (14,3%), tuy không đạt ý nghĩa thống kê nhưng có thể phản ánh diễn tiến cấp tính và lan rộng của quá trình viêm gây chèn ép tủy. Quan sát này tương tự mô tả của Nazirov, các trường hợp viêm thân sống do vi khuẩn sinh mủ thường khởi phát nhanh, gây chèn ép sớm và có xu hướng hình thành áp xe ngoài màng cứng.[4].

Về xét nghiệm sinh hóa, nồng độ CRP và procalcitonin tăng cao rõ rệt ở nhóm do vi khuẩn sinh mủ, trong khi IGRA dương tính chủ yếu ở nhóm lao thân sống. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Liu, cho thấy các chỉ dấu viêm như CRP, tốc độ máu lắng và fibrinogen thường tăng cao trong viêm do vi khuẩn sinh mủ, trong khi albumin giảm và IGRA dương tính lại hướng nhiều đến nguyên nhân lao[2]. Các chỉ số viêm tăng cao ở nhóm vi khuẩn sinh mủ phản ánh đáp ứng viêm cấp tính do vi khuẩn sinh mủ như *Staphylococcus aureus*, vốn là tác nhân hàng đầu gây viêm thân sống đĩa đệm ở người cao tuổi và bệnh nhân đái tháo đường [3].

Về đặc điểm hình ảnh học, hầu hết các dấu hiệu tổn thương xương quan sát được trên CT-scan trong nghiên cứu của chúng tôi, bao gồm hủy thân sống, mất liên tục vỏ xương, phản ứng màng xương, mảnh xương chết và áp xe cạnh sống, đều gặp ở cả hai nhóm với tỷ lệ tương đương, không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cho thấy không có dấu hiệu hình ảnh đơn lẻ nào trên CT-scan đủ mạnh để phân biệt nguyên nhân lao và vi khuẩn sinh mủ, mà chủ yếu phản ánh mức độ phá hủy xương và phạm vi lan rộng của quá trình viêm. Kết quả này khác với một số nghiên cứu trước đó, như trong nghiên cứu của Rivas-Garcia cho thấy các đặc điểm gợi ý lao bao gồm tổn thương nhiều đốt sống liên tiếp, áp xe cạnh sống lớn có vôi hóa,

và gù cột sống[5]. Tương tự, Ansari cho rằng hình ảnh vôi hóa trong khối áp xe hoặc hình ảnh hủy xương dạng mảnh rời là dấu hiệu khá đặc trưng của lao cột sống[6]. Gần đây, Xiaoyang Liu đề xuất mô hình kết hợp giữa đặc điểm hình ảnh (tổn thương đốt ngực, áp xe cạnh sống, chèn ép tủy) và các chỉ số sinh hóa (albumin, máu lắng) giúp phân biệt hai nhóm căn nguyên với độ chính xác tới 85%[7]. Mặc dù vậy, nghiên cứu của chúng tôi, các đặc điểm trên không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm bệnh. Nguyên nhân có thể do đa số bệnh nhân được chụp CT-scan ở giai đoạn tiến triển, khi tổn thương xương và mô mềm ở cả hai thể bệnh đều lan rộng và tương tự nhau. Ngoài ra, khác biệt trong tiêu chí chọn bệnh, kỹ thuật chụp và độ phân giải cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng nhận diện các dấu hiệu đặc trưng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Nazirov, khi tác giả cũng nhận định rằng các đặc điểm trên CT-scan có độ chồng lấp cao giữa lao và vi khuẩn sinh mủ, đặc biệt ở giai đoạn muộn[2].

Một số nghiên cứu gần đây cũng khẳng định CT-scan vẫn giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán viêm thân sống đĩa đệm, đặc biệt trong bối cảnh hạn chế tiếp cận MRI. CT-scan giúp xác định rõ phạm vi hủy xương, phát hiện xương chết, vôi hóa và định hướng vị trí sinh thiết, hỗ trợ quan trọng trong chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị[6]. Tuy nhiên, MRI vẫn vượt trội hơn trong đánh giá mô mềm, chèn ép tủy và lan rộng trong ống sống, do đó được khuyến nghị kết hợp với CT-scan để tăng độ chính xác chẩn đoán[5].

Từ góc độ cơ chế bệnh học, sự khác biệt chủ yếu giữa hai nhóm nguyên nhân chủ yếu phản ánh mức độ viêm và tốc độ tiến triển bệnh lý. Viêm thân sống đĩa đệm do vi khuẩn sinh mủ thường diễn tiến nhanh, gây phản ứng viêm mạnh và phá hủy xương sớm, trong khi viêm thân sống do lao tiến triển chậm hơn, đặc trưng bởi hoại tử bã đậu và lan dọc theo dây chằng dọc trước hoặc sau, dẫn đến tổn thương nhiều đốt liên tiếp và gù cột sống giai đoạn muộn. Những đặc điểm này giải thích vì sao các chỉ số sinh hóa (CRP, procalcitonin, IGRA) có giá trị phân biệt cao hơn so với các dấu hiệu hình ảnh đơn thuần.

Từ góc nhìn thực hành lâm sàng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng CT-scan vẫn là công cụ hữu ích trong đánh giá mức độ phá hủy xương và hướng dẫn sinh thiết, trong khi các xét nghiệm viêm (CRP, procalcitonin) và miễn dịch (IGRA) giúp củng cố chẩn đoán nguyên nhân. Việc phối hợp các yếu tố lâm sàng,

cận lâm sàng và hình ảnh học sẽ giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán, đặc biệt trong điều kiện hạn chế về MRI tại các cơ sở y tế.

Hạn chế nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, cỡ mẫu còn hạn chế và được tiến hành tại một trung tâm, do đó khả năng khái quát kết quả cho quần thể lớn hơn có thể bị ảnh hưởng. Thứ hai, một số trường hợp được xác định nguyên nhân dựa trên đáp ứng điều trị thay vì mô bệnh học hoặc vi sinh học, có thể làm giảm độ chính xác trong phân loại chẩn đoán. Thứ ba, phần lớn bệnh nhân được chụp CT-scan ở giai đoạn tiến triển của bệnh, khiến nghiên cứu chưa đánh giá được đầy đủ vai trò của CT-scan trong phát hiện sớm các tổn thương đặc trưng. Trong tương lai, cần có nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn, kết hợp CT-scan, MRI và các chỉ dấu sinh học để xây dựng mô hình chẩn đoán tích hợp có độ chính xác cao và khả năng ứng dụng cao hơn trong thực hành lâm sàng. Ngoài ra, việc ứng dụng các kỹ thuật phân tích hình ảnh định lượng và trí tuệ nhân tạo có thể mở ra hướng tiếp cận mới trong việc phát hiện các đặc điểm hình ảnh đặc hiệu cho từng căn nguyên, từ đó nâng cao hiệu quả chẩn đoán và định hướng điều trị sớm.

V. KẾT LUẬN

Biểu hiện lâm sàng và đặc điểm hình ảnh trên CT-scan của viêm thân sống đĩa đệm do lao và do vi khuẩn sinh mủ có mức độ chồng lấp cao, khiến việc phân biệt nguyên nhân trở nên khó khăn nếu chỉ dựa trên hình ảnh học. Ngược lại, các chỉ số sinh hóa như CRP, procalcitonin và

IGRA cho thấy giá trị gợi ý cao hơn trong chẩn đoán phân biệt giữa hai nhóm bệnh. Việc kết hợp đánh giá lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa và hình ảnh CT-scan giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán, hỗ trợ lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp và kịp thời cho từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Issa K, Diebo BG, Faloony M, Naziri Q, Pourtaheri S, Paulino CB, Emami A: The epidemiology of vertebral osteomyelitis in the United States from 1998 to 2013. *Clinical Spine Surgery* 2018, 31(2):E102-E108.
2. Liu YX, Lei F, Zheng LP, Yuan H, Zhou QZ, Feng DX: A diagnostic model for differentiating tuberculous spondylitis from pyogenic spondylitis: a retrospective case-control study. *Scientific Reports* 2023, 13(1):10337.
3. Gouliouris T, Aliyu SH, Brown NM: Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2010, 65(suppl_3):iii11-iii24.
4. Nazirov P, Fakhrudinova A, Makhmudova Z, Djuraev B: Differentiated approach to the diagnosis and treatment of tuberculous spondylitis in adults. *Acta Medica Iranica* 2021:191-196.
5. Rivas-Garcia A, Sarria-Estrada S, Torrents-Odin C, Casas-Gomila L, Franquet E: Imaging findings of Pott's disease. *European Spine Journal* 2013, 22(Suppl 4):567-578.
6. Ansari S, Amanullah MF, Ahmad K, Rauniyar RK: Pott's spine: diagnostic imaging modalities and technology advancements. *North American journal of medical sciences* 2013, 5(7):404.
7. Liu X, Zheng M, Sun J, Cui X: A diagnostic model for differentiating tuberculous spondylitis from pyogenic spondylitis on computed tomography images. *European Radiology* 2021, 31(10):7626-7636.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH UNG THƯ VÒM HỌNG TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ 1.5 TESLA

Hoàng Văn Hưng¹, Ngô Quang Lập¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư vòm trên cộng hưởng từ 1.5 tesla. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân ung thư vòm được chụp cộng hưởng từ tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Kết quả:** Nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ

60-80, tỷ lệ nam/nữ là 3.6/1. Vị trí u thường gặp ở thành trái của vòm, thể tích khối u trung bình là $24.3 \pm 13.68 \text{ cm}^3$. Khối u đa số tăng tín hiệu trên T2W (78.1%) và giảm tín hiệu trên chuỗi xung T1W (81.2%), sau tiêm ngấm thuốc chiếm 93.8%, khối u chủ yếu giới hạn trong vòm, 27 bệnh nhân có di căn hạch (84.4%) sau tiêm có 92.6% ngấm thuốc, vị trí hạch hay gặp nhất là hạch sau hầu (37%) và góc hàm (29.6%).

Từ khóa: ung thư vòm, hạch cổ, cộng hưởng từ

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF NASOPHARYNGEAL CANCER ON 1.5 TESLA MAGNETIC RESONANCE IMAGING

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Hưng
Email: hungleehehu@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025