

NSAID kéo dài. Nhận diện sớm giảm eGFR giúp lựa chọn thuốc giảm đau an toàn hơn.

Nghiên cứu có giới hạn do thiết kế cắt ngang, cỡ mẫu còn khiêm tốn, thực hiện tại một trung tâm và chưa kết hợp albumin niệu, biomarker viêm, thang điểm WOMAC hoặc dữ liệu hình ảnh học chi tiết. Tuy vậy, đề tài có giá trị thực hành vì sử dụng các chỉ số dễ áp dụng trong khám ngoại trú.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 70 bệnh nhân thoái hóa khớp gối điều trị ngoại trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản giai đoạn 2025-2026 cho thấy người bệnh chủ yếu là nữ, tuổi cao, sống ở nông thôn, lao động chân tay, có thời gian mắc bệnh kéo dài, nhiều bệnh kèm theo và sử dụng NSAID khá phổ biến. Biểu hiện lâm sàng nổi bật là đau khi vận động, cứng khớp buổi sáng, khó leo cầu thang và hạn chế vận động. eGFR thấp hơn có liên quan rõ với mức độ đau cao hơn: nhóm đau nặng có eGFR thấp hơn, tỷ lệ đau nặng tăng dần theo phân độ KDIGO, VAS tương quan nghịch với eGFR và eGFR vẫn còn liên quan độc lập với VAS sau hiệu chỉnh nhiều yếu tố. Kết quả này cho thấy đau trong thoái hóa khớp gối cần được đặt trong bối cảnh toàn thân, trong đó chức năng thận là yếu tố nên được đánh giá thường quy để hỗ trợ quản lý đau an toàn và hợp lý.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần lòng ghép đánh giá creatinine huyết thanh và eGFR trong tiếp cận bệnh nhân thoái hóa khớp gối, nhất là người cao tuổi, có tăng huyết áp, đái tháo đường, thừa cân - béo phì hoặc sử dụng NSAID thường xuyên. Việc điều trị đau nên được cá thể

hóa, ưu tiên phối hợp biện pháp không dùng thuốc, theo dõi chức năng thận định kỳ và cân nhắc thận trọng nguy cơ - lợi ích khi sử dụng NSAID kéo dài. Các nghiên cứu tiếp theo nên có cỡ mẫu lớn hơn và bổ sung albumin niệu, hình ảnh học và thang điểm chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ - Xương - Khớp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2024)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn (ban hành kèm Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 15/5/2024), Hà Nội.
3. **Đỗ Chí Hùng và cộng sự (2024)**, "Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoái hóa khớp gối đến điều trị tại khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện E năm 2022-2023", Tạp chí Y học Việt Nam, 536(1), tr. 88-93.
4. **Huỳnh Thanh Hiền, Lưu Hồ Bình Yên, Trần Diệu Hiền (2025)**, "Tỷ lệ và đặc điểm hình ảnh học ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối sớm điều trị tại khoa khám bệnh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và một số yếu tố liên quan", Tạp chí Y học Việt Nam, 550(3), tr. 112-118.
5. **Caravaca F, Martínez del Viejo C, Villa J, et al (2016)**, "Musculoskeletal pain in patients with chronic kidney disease", Nefrología, 36(4), pp. 433-440.
6. **Da Costa BR, Nüesch E, Kasteler R, et al (2021)**, "Effectiveness and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioids for knee and hip osteoarthritis: network meta-analysis", Osteoarthritis and Cartilage, 29(6), pp. 751-763.
7. **Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, et al (2011)**, "Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain and other pain instruments", Arthritis Care & Research, 63(S11), pp. S240-S252.
8. **Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S (2019)**, "Osteoarthritis", The Lancet, 393(10182), pp. 1745-1759.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG SỌ MẶT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Hạnh Uyên¹, Trần Anh Bích¹, Nguyễn Tri Thức¹, Trần Minh Trường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá về triệu chứng lâm sàng, nguyên nhân, kết quả điều trị của 53 ca viêm xương hoại tử tại bệnh viện Chợ Rẫy sau đợt dịch Covid 19.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hạnh Uyên

Email: uyenent@gmail.com

Mã bài: N725

Ngày nhận bài: 6/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 5/5/2026

Ngày duyệt bài: 6/6/2026

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu là tiến cứu gồm 53 bệnh nhân: 25 nam (47%) và 28 nữ (53%) viêm hoại tử xương vùng sọ mặt tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ 8/2021 đến 8/2023. Các triệu chứng lâm sàng chính là đau vùng mặt và xương sọ âm ỉ kéo dài, dò mủ ra da, lung lay xương hàm trên, hoại tử xương khẩu cái, hầu hết bệnh nhân có kèm theo bệnh đái tháo đường trong tình trạng không ổn định.

Phẫu thuật nhằm mục đích lấy bỏ các xương bệnh lý và dẫn lưu áp xe thực hiện 49/53 ca sử dụng các đường mổ ngoài, nội soi hay kết hợp. 27 ca dùng 1 đường phẫu thuật,

19 ca dùng 2 đường phẫu thuật và 3 ca dùng 3 đường phẫu thuật kết hợp với sử dụng kháng sinh và kháng nấm. Thời gian theo dõi hậu phẫu tối thiểu là 1 năm không có ca tử vong hay tái phát.

Kết quả: 4 ca đầu tiên tử vong do chỉ điều trị nội khoa đơn thuần. 49 ca được phẫu thuật đều xuất viện khỏe mạnh, không có trường hợp nào tử vong.

Kết luận: Viêm xương hoại tử có liên quan đến dịch Covid 19, đặc biệt hay xảy ra trên người có cơ địa đài tháo đường và giảm miễn dịch. Bệnh dễ bị bỏ sót do nhầm với viêm xoang thông thường. Phẫu thuật lấy hết xương viêm kết hợp điều trị nội khoa, thuốc chống nấm cho lại kết quả tốt.

Từ khóa: viêm xương sọ mặt,

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF CRANIOFACIAL OSTEOMYELITIS AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: To evaluate the clinical symptoms, causes, and treatment outcomes of 53 cases of necrotizing osteomyelitis at Cho Ray Hospital after the Covid-19 pandemic.

Subjects and methods: The research method was a prospective study of 53 patients: 25 males (47%) and 28 females (53%) with necrotizing osteomyelitis of the craniofacial region at the Department of Otolaryngology, Cho Ray Hospital from August 2021 to August 2023. The main clinical symptoms were persistent dull pain in the face and skull, pus fistule to the skin, maxillary bone mobility, necrotizing and perforation of the palatal bone. Most of patients had concomitant diabetes mellitus and in an unstable upon admission.

Surgery aimed at removing pathological bone and draining abscesses was performed in 49/53 cases using external, endoscopic, or combined approaches. 27 cases used a single surgical approach, 19 cases used two surgical approaches, and 3 cases used three surgical approaches in combination with antibiotics and antifungals. The minimum postoperative follow-up period was one year with no deaths patient.

Results: Except for the first 4 cases that did not undergo surgery and resulted in death. The remaining 49 cases have undergone surgery, have had good results and were discharged from the hospital.

Conclusion: Necrotizing osteomyelitis is associated with COVID-19, particularly common in individuals with diabetes and weakened immune systems. The condition is easily overlooked due to confusion with common sinusitis. Surgical removal of the necrotic bone combined with medical and antifungal medication treatment yields good results.

Keywords: osteomyelitis of facial and skull base

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm hoại tử xương sọ mặt là bệnh lý nguy hiểm trước đây thường do lan rộng của các ổ nhiễm trùng vùng đầu mặt như viêm tai xương chũm, viêm ống tai ngoài hay viêm mũi xoang. Sau đợt dịch Covid-19, Y văn thế giới đã ghi nhận tăng bất thường số ca bị viêm hoại tử xương vùng sọ mặt xảy ra ở nhiều quốc

gia trên thế giới như Ấn độ, một số nước Đông nam Á và Việt Nam cũng ghi nhận xuất hiện bệnh^{3,8}. Nguyên nhân bệnh được cho là do nấm Mucormycosis và thường xảy ra ở những bệnh nhân có tiểu đường hoặc suy giảm miễn dịch^{3,4,5,7}. Nhằm mục tổng kết, rút kinh nghiệm quá trình điều trị những ca bệnh đã được khám và điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy thời gian qua chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Điều trị viêm xương sọ mặt bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Bệnh nhân có chẩn đoán là viêm hoại tử xương vùng sọ mặt đến khám tại bệnh viện Chợ Rẫy và được nhận để điều trị.

- Đánh giá lâm sàng, có các xét nghiệm cận lâm sàng, CTscan, MRI

- Khám Răng hàm mặt và Ngoại thần kinh đối với những trường hợp bệnh có liên quan.

- Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu là tiền cứu

Phương pháp tiến hành

Vai trò của các tác giả: Xây dựng thiết kế nghiên cứu, lập phiếu thu thập số liệu tương ứng với từng bệnh nhân.

Ghi nhận kết quả nội soi tai mũi họng, CTscan, MRI, XN vi sinh; Kết quả giải phẫu bệnh trong Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

Thực hiện phẫu thuật: Hội chẩn trước phẫu thuật để có kế hoạch cụ thể điều trị cho từng bệnh nhân. Giải thích cho bệnh nhân và người nhà. Tiến hành phẫu thuật lấy bỏ xương chết, dẫn lưu hố mổ. Điều trị nội khoa kháng sinh. Mô bệnh phẩm gửi xét nghiệm tìm vi trùng, vi nấm và xét nghiệm Giải phẫu bệnh lý.

Số liệu được lấy từ các Hồ sơ trong kho lưu trữ của Bệnh viện Chợ Rẫy. Đề tài được Hội đồng Đạo đức và Hội đồng Khoa học bệnh viện chấp thuận thực hiện.

Viết báo cáo và nghiệm thu

III. KẾT QUẢ

4/53 là những ca bệnh đầu tiên chỉ điều trị nội khoa đơn thuần tử vong. 49 trường hợp tiếp theo là những bệnh nhân được điều trị kết hợp phẫu thuật và nội khoa (31 ca phẫu thuật lần đầu và 18 ca đã từng được phẫu thuật ở các bệnh viện khác).

1. Tuổi của bệnh nhân:

Tuổi từ 30-70, trung bình là 58,4 tuổi. Tuổi 60 - 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao (36%).

2. Giới tính

Số bệnh nữ nhiều hơn nam (47% nam và 53% nữ), tỷ lệ Nữ/Nam là 1,12/1.

3. Bệnh lý nền

47 (89%) trường hợp có bệnh khác đi kèm: bệnh đái tháo đường 46 ca (87%), tăng huyết áp 28 ca (53%), từng nhiễm Covid-19 30 ca (57%), suy giảm miễn dịch khác 4 ca (8%), không rõ nhiễm Covid-19 là 7 ca (13%).

4. Đặc điểm lâm sàng

Khoảng thời gian từ khi phát hiện đến khi nhập viện

< 1 tháng	14 ca (26%)
1-3 tháng	11 ca (21%)
3-6 tháng	20 ca (38%)
> 6 tháng	8 ca (15%)

Như vậy, nhóm bệnh nhân có thời gian từ lúc khởi phát đến lúc vào viện từ 3 đến 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 38%, thấp nhất là nhóm phát hiện bệnh trên 6 tháng (15%).

5. Lý do nhập viện

Đau vùng mặt hay đau đầu có tỷ lệ cao nhất 38 ca (72%), viêm xoang vùng cạnh mũi 36 ca (68%), đau răng hay lung lay răng (17%), hơi thở có mùi hôi 18 ca. Sưng nề vùng mặt, mí mắt hay sưng vùng trán (9%) và chảy mủ, rò mủ ra da hay niêm mạc (6%).



Hình 1:
Sưng nề vùng trán



Hình 2:
Sưng vùng gò má, thái dương

(nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy)

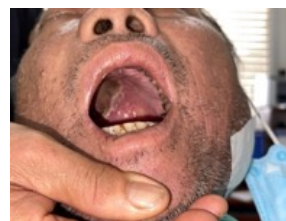


Hình 3: Dò mủ dưới da mí mắt

(nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy)

Những trường hợp viêm xương sọ, nền sọ sẽ khó xác định hơn nên thường cần có hình ảnh của CT scan hay MRI.

6. Tổn thương các xương vùng mặt



Hình 4: Loét thủng khẩu cái (nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy)

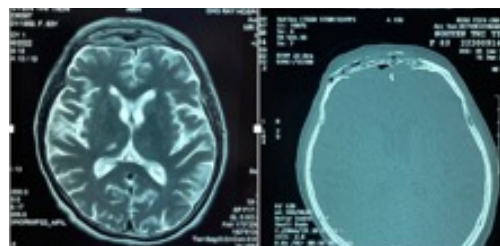
Bảng 6: Tổn thương của xương mặt

Xương hàm trên	40 (75%)
Xương khẩu cái	25 (47%)
Xương gò má	12 (23%)
Xương thành hốc mắt	13 (25%)
Xương hốc mũi	8 (15%)

Xương hàm trên thường bị tổn thương nhất (75%), xương ít bị tổn thương là xương hốc mũi và xương gò má.

7. Tổn thương xương sọ

Xương bướm	15 ca (28%)
Xương thái dương	10 ca (19%)
Xương trán	10 ca (19%)
Xương bản vuông	5 ca (9%)
Xương sàng	4 ca (8%)
Xương chũm	2 ca (4%)



Hình 5: Huỷ xương sọ trán, viêm xoang trán.



Hình 6: Tổn thương xương thái dương, xương bản vuông, xương hàm (nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy)

8. Bạch cầu trong máu

Số lượng bạch cầu trung bình là $11,14 \pm 4,98$. Trong đó, 23 ca (43%) có số lượng bạch cầu bình thường lúc nhập viện, số bệnh nhân có lượng bạch cầu từ 5-20 G/L là 6 bệnh nhân (11%), và có 3 bệnh nhân (6%) có lượng bạch cầu tăng rất cao trên 20 G/L.

9. Đông máu

Có 7/53 trường hợp (13%) thời gian đông máu PT > 13s. \V Có 1/53 trường hợp có thời gian đông máu APPT > 37s (2%).

10. Vi khuẩn

45/53 trường hợp cấy có vi trùng mọc, tổng cộng định danh được 39 loại vi khuẩn gồm 31 mẫu (80%) vi khuẩn gram âm và 8 mẫu (20%) vi trùng gram dương, 7 trường hợp không có vi trùng mọc có thể do bệnh nhân dùng quá nhiều thuốc trước đó. 6 ca có mọc 2 loại vi khuẩn còn lại là mọc nhiều loại vi khuẩn. Vi khuẩn thường gặp nhất là Klebsiella pneumoniae với 11 mẫu (28%), Pseudomonas aeruginosa là vi khuẩn thường gặp thứ hai 7 mẫu (18%), Streptococcus spp. có 5 mẫu (13%) và Escherichia coli có 4 mẫu (10%).

11. Nấm

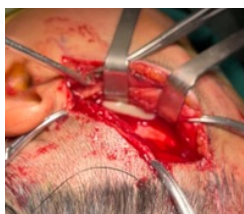
13/53 ca định danh được vi nấm (25%). Trong đó 10 ca là nhóm Candida (77%), Aspergillus 1 ca và Mucormycosis 1 ca.

12. Phẫu thuật

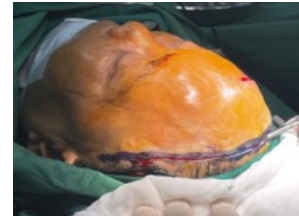
Trong 49 bệnh nhân được chúng tôi phẫu thuật:

- Các đường phẫu thuật đã sử dụng:

Cadwell-Luc	39 ca (52%)
Nội soi mũi xoang	22 ca (29,3%)
Đường Trước tai - dưới thái dương	5 ca (6,7)
Liên thái dương	3 ca (4%)
Phẫu thuật xương chũm	2 ca (2,7%)
Đường Pterion	2 ca (2,7%)
Đường Weber-Ferguson	1 ca (1,3%)
Đường thành ngoài ổ mắt	1 ca (1,3%)



Hình 7: Đường trước tai dưới thái dương (nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy)



Hình 8: Đường rạch da Bicornal lấy xương trán (nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy)

Số đường phẫu thuật / 1 bệnh nhân:

- 1 đường phẫu thuật: 27 trường hợp
- 2 đường phẫu thuật: 19 trường hợp
- 3 đường phẫu thuật: 3 trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

1. Giới tính

Nghiên cứu của chúng tôi có 53 bệnh nhân gồm 25 nam (47%) và 28 nữ (53%). Viêm xương mặt đơn thuần là 35 trường hợp, viêm xương sọ (có hay không kèm theo xương mặt khác) là 18 trường hợp. Đa số bệnh nhân sống ở thành phố Hồ Chí Minh và ở một số tỉnh phía Nam.

Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nữ/nam là 11,1/1 so sánh với Park JY tỉ lệ này 1,11:1 cũng tương tự của chúng tôi. Tuy nhiên theo Ahmed tỉ lệ này có thay đổi là 2,5; hay nghiên cứu của Amal Suresh là 4,57/1³. Trong thời gian trước dịch số liệu của Đại học California Irvine từ 1990 đến 2000 có tỷ lệ nam/nữ là 1:1 ở 820 bệnh nhân^{4,7}

2. Tuổi

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $58,40 \pm 11,95$ tuổi. Trong đó, lứa tuổi bị nhiều nhất là từ 60 trở lên (49%). Đây cũng là khoảng tuổi có nhiều bệnh lý nền đi kèm cùng với khuyến cáo nằm trong nhóm nguy cơ có tỷ lệ tử vong cao trong đợt dịch Covid 19, tương tự với nghiên cứu của Al-Mahalawy trên 19 ca có tuổi trung bình là 57,0 tuổi. Theo Amal Suresh trên 39 bệnh nhân viêm hoại tử xương hàm trên bệnh nhân có tuổi trung bình là 50,69 tuổi, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi³

3. Bệnh nền

Người bệnh có bệnh đái tháo đường đi kèm là 46 (87%). So sánh với các tác giả khác cho thấy bệnh đái tháo đường cũng là bệnh đồng mắc thường gặp nhất. Ahmed và cộng sự báo cáo có 14 trường hợp viêm hoại tử xương hàm trên do nấm Mucormycosis có 100% bệnh nhân có mắc bệnh đái tháo đường, báo cáo của Amal Suresh là 90% (35/39 bệnh nhân), của Al-Mahalawy là 84% (16/19).^{4,7}

Hầu hết bệnh nhân nhập viện chưa được điều trị

tốt cụ thể chỉ số đường huyết luôn cao và phải điều trị về mức dưới 180mg % trước khi can thiệp phẫu thuật. Bệnh nhân có các bệnh nền hay suy giảm miễn dịch như bị ung thư, các bệnh máu, bệnh gan thận mãn tính là những nguyên nhân thuận lợi khác giúp bệnh tiến triển nên cần kiểm soát tốt trong quá trình điều trị ^{1,4,7}.

4. Cơ chế bệnh

Y văn thế giới sau dịch Covid 19 khoảng năm 2020-2021 đã ghi nhận có sự tăng đột biến của các trường hợp viêm xương hoại tử vùng đầu mặt xảy ra trên thế giới đặc biệt ở Ấn Độ và nấm Mucormycosis được ghi nhận là nguyên nhân gây bệnh chính ^{1,2,5,6}



Hình 9: Hoại tử của xương sọ trán (nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy)

Hầu hết bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng sốt, đau dữ dội vùng đầu mặt thường cùng hoặc quanh khoảng thời gian bị Covid 19, sau khi khỏi Covid các triệu chứng này vẫn diễn tiến kéo dài và là nguyên nhân chính để người bệnh phải đi khám. Một số người bệnh khác đi khám vì được chẩn đoán là viêm xoang nhưng sau mổ xoang triệu chứng bệnh vẫn không giảm. Qua nghiên cứu y văn và theo dõi lâm sàng, khi nhiễm Covid 19, quá trình viêm ở xương sọ - mặt đã làm tăng các phản ứng viêm và các Interleukin, các nội và ngoại độc tố của vi trùng nhất là Staphylococcus và Streptococcus làm tăng đông, tắc các mạch máu và gây đau ở vùng liên quan ^{5,7}. Các vi trùng, vi nấm được tìm thấy trong các bệnh phẩm cho thấy có khả năng đây là những vi sinh vật cơ hội thường trú ở mũi họng bệnh nhân hoặc trong môi trường không khí gặp điều kiện thuận lợi bùng phát tạo nên những ổ bội nhiễm, áp xe trong sâu và xì rò mủ ra da thường là vùng mi mắt trên. Điều này giúp chúng tôi giải thích việc xuất hiện các triệu chứng đau mà người bệnh gặp trong thời gian bị Covid ^{5,7,8}

5. Thời gian khởi phát bệnh:

Thống kê cho thấy khoảng thời gian xác định mắc bệnh dao động từ dưới 1 tháng cho tới 6 tháng, nguyên nhân là do người bệnh chưa biết và nhân viên y tế cũng chưa cập nhật nhiều thông tin về bệnh

lý này. So sánh với 2 tác giả Amal Suresh (2020) và Al-Mahalawy (2022) với thời gian khởi phát bệnh trung bình dưới 3 tháng cho thấy tình trạng tiến triển của bệnh có tính chất cấp tính ^{1,6}

6. Triệu chứng lâm sàng

- Các triệu chứng nổi bật là đau vùng cổ mặt, sưng vùng mặt, trán, hoại tử lung lay xương hàm. So sánh thấy triệu chứng đau trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Al-Mahalawy và tương đồng với tác giả Suresh. Nhóm bệnh nhân có triệu chứng răng/lung lay răng, sưng vùng mặt, mắt hay trán trong nghiên cứu thấp hơn so với số liệu của Suresh và cao hơn của Al-Mahalawy. ^{1,5,6}

Viêm xoang là hậu quả trực tiếp của viêm xương hoại tử. Do đó, nếu mổ xoang mà không có kế hoạch giải quyết các xương hoại tử lân cận sẽ dẫn đến thất bại. Thực tế sau khi chúng tôi lấy sạch xương chết trong khi phẫu thuật thì người bệnh cũng không còn triệu chứng đau nữa.

Những ổ áp xe có thể nằm sâu ở vùng thái dương, xương gò má, mũ tích tụ làm sưng nề, khuôn mặt mất cân đối, da trên bề mặt có thể viêm đỏ thậm chí có rò mủ ra ngoài. Mủ cũng có thể chảy theo trọng lực chảy xuống phía dưới và tụ lại gây sưng của mi mắt trên ở một bên hay cả hai bên, những trường hợp này cần nhanh chóng rạch dẫn lưu giải thoát mủ tránh để nhiễm trùng lan rộng vào bên trong ổ mắt. ⁶ Mủ cũng có thể đi qua các khe, lỗ thông của nền sọ gây áp xe ngoài màng cứng hay áp xe não và cần phát hiện sớm.

Khám miệng để tìm những loét, hoại tử, thủng của màn hầu, khẩu cái hay trong mũi để phát hiện viêm hoại tử của các cuốn mũi, vách ngăn. Các triệu chứng này cũng tương tự ghi nhận của Park JY, Al-Mahalawy H, ^{9,10,11}

7. Hình ảnh học:

Có vai trò quan trọng đánh giá những thương tổn sâu dựa vào hình ảnh những ổ viêm, khuyết xương hay viêm xoang trên phim CT scan hay MRI. Cũng đồng thời có ý nghĩa quan trọng trong giai đoạn đánh giá theo dõi và lành bệnh của bệnh nhân

8. Vi nấm

Các mẫu bệnh phẩm đều được chúng tôi gửi nuôi cấy và định danh tại khoa Vi sinh của bệnh viện Chợ Rẫy phòng Xét nghiệm chuyên khoa về nấm Nam khoa. So sánh cho thấy kết quả thu được tương đồng nhau giữa 2 đơn vị và cho thấy nguyên nhân chủ yếu là nhiều loại vi trùng, nấm tìm thấy chủ yếu Candida spp (10 ca), nấm Mucor chỉ có 1 trường hợp. So sánh với kết quả của Amal Suresh cho thấy nấm Mucorales spp chiếm 30/39 trường hợp (77%),

của Al-Mahalawy 17/19 trường hợp tại Ai Cập. Kết quả này cho thấy có sự khác biệt so với kết quả của các nghiên cứu khác. Điều này có thể lý giải nhiều nguyên nhân như kỹ thuật phát hiện nấm, nấm Mucor không phải là nguyên nhân chính gây bệnh hoặc cũng có giả thuyết vi trùng, vi nấm chỉ là những yếu tố cơ hội gây bội nhiễm trên những bệnh nhân viêm xương trước đó^{6,8}.

9. Điều trị nội khoa

Ngay sau khi nhập viện, ngoài việc kiểm tra điều trị cân bằng nước điện giải, ổn định đường huyết, và kiểm soát các bệnh lý nền mãn tính nếu có của bệnh nhân thì việc sử dụng kháng sinh ngay là cần thiết. Do khả năng dễ bị nhiễm nhiều loại vi khuẩn nên việc chọn kháng sinh theo kinh nghiệm, phổ rộng, đường tĩnh mạch và liều tối đa được bắt đầu sớm càng tốt cho đến khi có kết quả kháng sinh đồ. Lựa chọn khởi đầu của chúng tôi thường là Cephalosporin, Quinolone, Vancomycine và Metronidazole.

Khi bệnh nhân xuất viện, kháng sinh sẽ được tiếp tục chỉ định dùng tại bệnh viện địa phương và khuyến cáo người bệnh phải sử dụng kéo dài trong 6-10 tuần.^{3,4,5}

Theo Johnson và Batra khoảng 55% bệnh nhân sẽ cần dùng kháng sinh truyền từ 6-9 tuần. Việc sử dụng thuốc chống nấm phải được xem xét chỉ định bởi các bác sĩ chuyên khoa. Chúng tôi nhận thấy sử dụng thuốc chống nấm cần cân nhắc vì có nhiều tác dụng phụ dẫn đến việc người bệnh không tuân thủ theo phác đồ. Chỉ sử dụng thuốc chống nấm khi có kết quả cấy bệnh phẩm có nấm và xác định được loại nấm gây bệnh và không dùng thuốc chống nấm thường qui. Tới hiện nay, chỉ ghi nhận 2 trường hợp tái phát và tiến triển cần tiếp tục phẫu thuật lại.

10. Điều trị phẫu thuật:

Để phẫu thuật hiệu quả cần thành lập một đội (Team work) gồm các bác sĩ Tai mũi họng, Phẫu thuật Thần kinh, Răng hàm mặt, Bệnh Nhiệt đới, Phẫu thuật thẩm mỹ.

Đường phẫu thuật có thể là đường mổ mở ngoài, đường mổ nội soi hoặc kết hợp nhằm lấy hết xương hoại tử mô viêm xung quanh.

Tổn thương có thể một hay nhiều xương do vậy khi phẫu thuật ngoài làm sạch dẫn lưu ổ viêm còn cần nạo bỏ xương hoại tử cho đến phần xương lành chảy máu. Chúng tôi ghi nhận tình trạng lâm sàng luôn được cải thiện sau mổ, cụ thể người bệnh hết đau, hết khó chịu vì thở hôi thối. Phần khuyết hổng sau khi lấy xương bệnh ra chúng tôi sẽ không tái tạo ngay mà chờ sau này nếu tình trạng bệnh ổn không tiến triển và bệnh nhân có nhu cầu thì sẽ phẫu thuật

tái tạo lại, Những trường hợp mất chất của màng não sẽ được tái tạo ngay trong khi phẫu thuật.

Đường phẫu thuật Caldwell - Luc thường được sử dụng nhất để vào giải quyết các xương viêm vùng mặt. Đường ngoài liên thái dương (Bicoronal) được sử dụng với những tổn thương vùng xương trán. Sau mổ đặt ống dẫn lưu trán mũi và rút ra sau 2-3 tuần.

Đường Trước tai dưới thái dương (Preauricular sub temporal) dành cho những tổn thương ở vùng thái dương ưu điểm bộc lộ được rộng phẫu trường cũng như cho phép vào sâu vùng chân bướm, cánh bướm hay thành ngoài vùng đỉnh ổ mắt. Đường Pterion cũng thường được các bác sĩ phẫu thuật thần kinh lựa chọn với mục đích tương tự.^{6,8}

V. KẾT LUẬN

Viêm hoại tử xương vùng sọ mặt mặc dù hiếm tuy nhiên sau dịch Covid 19 số ca mắc bệnh tăng cao đột ngột ở nhiều nước quốc gia trên thế giới đặc biệt là ở Ấn Độ mà nguyên nhân bệnh được xác định là có liên quan đến Covid 19 và nấm Mucormycosis. Lâm sàng có biểu hiện của viêm xương vùng xương sọ và xương mặt, điều trị phẫu thuật lấy bỏ xương chết và dẫn lưu áp xe kết hợp điều trị kháng sinh và kháng nấm có hiệu quả và không ca nào tử vong. Theo dõi mặc dù trong thời gian ngắn nhưng chưa thấy trường hợp nào tái phát.

Đây là bệnh ít gặp và có khả năng tai biến thậm chí ảnh hưởng tính mạng người bệnh cao nếu không được điều trị sớm và thích hợp. Vì vậy, việc phát hiện sớm ca bệnh trên lâm sàng, giải thích cho thân nhân và bệnh nhân hiểu và chấp nhận điều trị đóng vai trò quan trọng trong việc chữa bệnh. Các bác sĩ khi khám bệnh nhân bị viêm xoang cần chú ý đánh giá kỹ không chỉ các xoang mà còn tình trạng các xương vùng lân cận, đặc biệt trên những bệnh nhân đã mổ nhiều lần nhưng bệnh vẫn tiến triển âm ỉ để tránh bỏ sót bệnh viêm xương hoại tử sau Covid 19.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. **Suresh A, Joshi A, Desai AK, et al.** Covid-19-associated fungal osteomyelitis of jaws and sinuses: An experience-driven management protocol. Medical mycology. Feb 2022;60(2)doi:10.1093/mmy/myab082
2. **Said Ahmed WM, Elsherbini AM, Elsherbiny NM, El-Sherbiny M, Ramzy NI, Arafa AF.** Maxillary Mucormycosis Osteomyelitis in Post COVID-19 Patients: A Series of Fourteen Cases. Diagnostics (Basel, Switzerland). Nov 5 2021;11(11)doi:10.3390/diagnostics11112050
3. **Mañón VA, Balandran S, Young S, Wong M, Melville JC.** COVID-Associated Avascular Necrosis of the Maxilla-A Rare, New Side Effect of COVID-19. Journal

of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Jul 2022;80(7):1254-1259. doi:10.1016/j.joms.2022.04.015

4. **Boymuradov SA, Rustamova DA, Bobamuratova DT, et al.** Aspects of maxillar osteomyelitis in patients who had COVID-19 in Uzbekistan. *Advances in Oral and Maxillofacial Surgery*. 2021 July-September;3:100106. doi: 10.1016/j.adoms.2021.100106. Epub 2021 Jun 7.
5. **Gupta G, Gupta D, Gupta P, Gupta N.** Osteonecrosis of Jaw as an Oral Manifestation of COVID-19: A Case Report. *Acta Scientific Dental Sciences*. 03/06 2021;5:21-25. doi:10.31080/ASDS.2021.05.1059
6. **Al-Mahalawy H, El-Mahallawy Y, Dessoky NY, et al.** Post-COVID-19 related osteonecrosis of the

jaw (PC-RONJ): an alarming morbidity in COVID-19 surviving patients. *BMC infectious diseases*. Jun 14 2022;22(1):544. doi:10.1186/s12879-022-07518-9

7. **Pauli MA, Pereira LM, Monteiro ML, de Camargo AR, Rabelo GD.** Painful palatal lesion in a patient with COVID-19. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. Jun 2021;131(6):620-625. doi:10.1016/j.oooo.2021.03.010
8. **Park JY.** Post-acute infection syndrome after COVID-19: effects on the oral and maxillofacial region and the recent publication trends. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. Jun 30 2022;48(3):131-132. doi:10.5125/jkaoms.2022.48.3.131

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ THIỂU ỒI TẠI BỆNH VIỆN ĐỒNG NAI 2 NĂM 2025

Lâm Đức Tâm¹, Sơn Thị Lam Thùy², Đoàn Thanh Điền¹, Lê Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bất thường về nước ối, bao gồm cả đa ối và thiếu ối, đều có thể làm tăng nguy cơ bệnh tật và tử vong đối với mẹ và thai nhi. Trong đó, thiếu ối là yếu tố nguy cơ nghiêm trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của thai nhi và góp phần làm gia tăng khả năng đẻ khó hoặc cần phải mổ lấy thai. Thiếu ối được định nghĩa là tình trạng giảm thể tích nước ối so với tuổi thai.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và đánh giá kết cục thai kỳ ở sản phụ thiếu ối tại Bệnh viện Đồng Nai 2 từ năm 2025-2026.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 650 sản phụ trong đó có 77 sản phụ thiếu ối.

Kết quả: Tuổi mẹ trung bình $29,25 \pm 5$ tuổi với 82,5% phụ nữ tuổi 20-35 tuổi; mang thai lần đầu (62,92%), chưa sinh lần nào (62,31%), cân nặng trước mang thai là 50kg; tăng cân bình thường chiếm 74,46%; ngôi chằm chậu chiếm ưu thế 92%. Bề cao tử cung $29,45 \pm 2,6$ cm. Vòng bụng $92,6 \pm 6,0$ cm. Tim thai trung bình $141 \pm 5,13$ nhịp/phút. Ngôi đầu chiếm 95%, chỉ số ối trung bình $3,76 \pm 1,24$ cm. Đường kính lưỡng đỉnh thai nhi là $8,88 \pm 0,52$ cm. Chiều dài xương đùi là $6,93 \pm 0,39$ cm. Mổ lấy thai là

phương pháp sinh thường gặp của thiếu ối (90%). Sau mổ nước ối bình thường chiếm 89,27% và cân nặng trẻ sơ sinh trung bình là $2972,5 \pm 500,17$ gram; tình trạng bé lúc mang sinh có chỉ số Apgar tốt là 99,37%.

Kết luận: Các trường hợp thiếu ối đều có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trong giới hạn bình thường nhưng kết quả điều trị chủ yếu là phẫu thuật mổ lấy thai, không có trường hợp nào khởi phát chuyển dạ theo dõi sinh ngã âm đạo.

Từ khóa: Thiếu ối, mổ lấy thai.

SUMMARY

STUDY ON THE PREVALENCE, CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND PREGNANCY OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH OLIGOHYDRAMNIOS AT DONG NAI 2 HOSPITAL IN 2025

Background: Abnormalities of amniotic fluid volume, including both polyhydramnios and oligohydramnios, may increase maternal and perinatal morbidity and mortality. Among these, oligohydramnios is a significant risk factor that directly affects fetal development and contributes to a higher likelihood of labor complications or the need for cesarean delivery. Oligohydramnios is defined as a reduction in amniotic fluid volume relative to gestational age.

Objectives: To determine the prevalence, clinical and paraclinical characteristics, causes of oligohydramnios, and to evaluate pregnancy outcomes in women with oligohydramnios at Dong Nai 2 Hospital from 2025 to 2026.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 650 pregnant women, including 77 cases of oligohydramnios.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đồng Nai

Tác giả chính và liên hệ: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Mã bài: N605

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 28/4/2026