

ĐẶC ĐIỂM VIÊM THÂN SỐNG ĐĨA ĐỆM NHIỄM TRÙNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Cao Thanh Ngọc^{1,2}, Bùi Đăng Khoa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm thân sống đĩa đệm nhiễm trùng (VTSDĐNT) chiếm 3-5% tất cả nguyên nhân viêm xương tuỷ xương, tỷ lệ này gia tăng theo tuổi [1]. Nếu không điều trị kịp thời, VTSDĐNT có thể dẫn đến phá hủy đốt sống, tổn thương tuỷ không hồi phục, biến chứng thần kinh (dị cảm, tê, yếu chi, mất cảm giác), nhiễm trùng huyết và tử vong, tỷ lệ tử vong có thể thay đổi tùy theo nghiên cứu trong khoảng 4-29% [2, 3]. Chẩn đoán sớm và điều trị kháng sinh sớm giúp cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân (BN), hầu hết các trường hợp VTSDĐNT điều trị bằng kháng sinh. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu (NC) về VTSDĐNT tuy nhiên các kết quả nghiên cứu thường không đồng nhất. Ở Việt Nam, số liệu về VTSDĐNT còn hạn chế. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm bệnh viêm thân sống đĩa đệm nhiễm trùng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC hồi cứu, mô tả thực hiện trên 42 bệnh nhân (BN) (≥ 18 tuổi) VTSDĐNT điều trị tại, bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 11 năm 2018 đến tháng 11 năm 2022. Các BN được ghi các thông lâm sàng, xét nghiệm sinh hoá và cấy máu, cấy dịch sinh thiết, hình ảnh MRI cột sống theo bảng soạn sẵn từ hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. **Kết quả:** NC thu thập được 42 BN, có độ tuổi trung bình là $68,1 \pm 11,91$, trong đó nữ giới chiếm ưu thế với 69,05%. Về bệnh đồng, ghi nhận tỷ lệ mắc tăng huyết áp 78,57%, đái tháo đường 47,62%, bệnh thận mạn 16,67%, xơ gan 2,38%, bệnh tư miễn 11,9%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau lưng được mô tả hầu hết các BN với tỷ lệ 97,6%, thời gian khởi phát bệnh trung bình là 14 ngày, 83,33% BN có sốt, 78,81% BN có triệu chứng tê bì, 14,2% có triệu chứng yếu cơ và 11,9% BN rối loạn tiêu tiểu. NC ghi nhận dấu ấn viêm tăng cao trong đa số các trường hợp, tăng CRP với giá trị trung bình 103 [34 – 171] mg/L, máu lắng giờ đầu tăng với giá trị trung bình là 89,5 [70 -116] mm. Đặc điểm trên trên cộng hưởng từ (Magnetic resonance imaging:MRI) trong NC chúng tôi ghi nhận, tổn thương cột sống thắt lưng chiếm phần lớn các trường hợp với tỷ lệ 83,33%. Các dấu hiệu tổn MRI khác ghi nhận 92,86% BN có phù tuỷ xương, 52,38% giảm chiều cao thân sống, 47,62% hẹp ống sống, 19,2% có áp xe ngoài màng cứng, 85,71% áp xe cạnh sống, 61,90% có áp xe cơ thắt lưng chậu, 57,14% hủy đĩa đệm. Trong NC ghi nhận tác nhân thường gặp nhất là Staphylococcus aureus với 8

trường hợp chiếm 53,33% tổng số BN cấy dương. **Kết luận:** NC của chúng tôi mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN VTSDĐNT có độ tuổi trung bình mắc bệnh cao, ưu thế là nữ. Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là 2 bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất. Triệu chứng thường gặp nhất là đau lưng, sốt và tê chân, ít gặp hơn là triệu chứng yếu liệt và rối loạn tiêu tiểu. CRP và VS thường tăng cao ở BN, đây có thể là một dấu hiệu gợi ý chẩn đoán. VTSDĐNT ảnh hưởng chủ yếu ở cột sống thắt lưng. NC ghi nhận các tổn thương thường gặp trên MRI bao gồm phù tuỷ xương, áp xe cạnh sống, áp xe cơ thắt lưng chậu. Tác nhân chủ yếu gây VTSDĐNT thường gặp nhất là Staphylococcus aureus.

Từ khóa: viêm thân sống đĩa đệm nhiễm trùng, nhiễm trùng thân sống

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PYOGENIC VERTEBRAL OSTEOMYELITIS PATIENTS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Background: Pyogenic vertebral osteomyelitis (PVO) accounts for 3-5% of all causes of musculoskeletal infections. The incidence of PVO is increasing with ages (1). If PVO is not treated promptly, this could lead to vertebral destruction, irreversible spinal cord injury, neurological complications (paresthesia, limb weakness, loss of sensation, numbness), sepsis, and also death in some cases. Early diagnosis and antibiotic treatment improve the prognosis for patients, most cases of PVO are managed successfully with antibiotics. There are many studies on PVO around the world, but the research results are often inconsistent. In Vietnam, no research PVO has been published. **Objectives:** To investigate the clinical, laboratory test, radiological and microbiological characteristics of PVO. **Methods:** A retrospective, descriptive study was carried out on 42 patients (≥ 18 years old) with treated as inpatients at University Medical Center Ho Chi Minh City from November 2018 to November 2022. The patients were recorded demographic information, clinical symptoms, clinical examination, blood test results, blood cultures, cultured biopsies, and MRI images of the spine. Data were collected through review of medical records. **Results:** Among 42 patients enrolled in the study, the median age was 68.1 ± 11.91 years and females was predominates with 69.05%. Regarding co-morbidities in the study, we recorded the prevalence of hypertension at 78.57%, diabetes at 47.62%, chronic kidney disease 16.67%, cirrhosis 2.38%, and autoimmune disease 11.9%. The most common clinical symptom is back pain, which was described in most of the patients 97.6%, the mean onset time was 14 days, 83.33% of patients had fever 78.81% had numbness, 14.2% had symptoms of muscle weakness, and 11.9% of patients had dysuria. The study

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đăng Khoa

Email: khoa.bd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2023

Ngày duyệt bài: 2.10.2023

recorded an elevated inflammatory marker in most cases, an increase in CRP with an average value of 103 [34 - 171] mg/L, an increase in the first-hour erythrocyte sedimentation rate with an average of 89.5 [70 -116] mm. Our study's Characteristics of MRI recorded in patients with lumbar spine injury accounted for the majority of cases with 83.33%. 92.86% of patients had bone marrow edema, 52.38% had decreased vertebral height, 47.62% had spinal stenosis, 19.2% had epidural abscess, 85.71% had abscess vertebral column, 61.90% had pelvic lumbosacral abscess, 57.14% disc destruction. In the study, the most common agent was Staphylococcus aureus with 8 cases accounting for 53.33% of the total number of positive cultured patients. **Conclusion:** Our study reported the characteristics of patients had PVO with high mean ages and female predominance. Hypertension and diabetes are the two most common comorbidities. The most common symptoms were back pain, fever, and numbness in the legs, less commonly weakness and dysuria. CRP and VS were elevated in patients with PVO, which could be diagnostic signs. MRI showed lumbar vertebrae were affected. PVO affects mainly the lumbar spine. Our study recorded common lesions on MRI including bone marrow edema, paravertebral abscess, lumbosacral abscess. The dominant pathogen of PVO was Staphylococcus aureus.

Keywords: Pyogenic vertebral osteomyelitis, Vertebral osteomyelitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VTSDĐNT là bệnh lý nhiễm trùng của thân sống có thể liên quan tới đĩa đệm. Triệu chứng thường gặp nhất của tình trạng này là đau lưng kéo dài không đáp ứng điều trị thông thường, có hoặc không kèm với sốt và tăng các dấu hiệu viêm như CRP hoặc tăng tốc độ lắng máu. Những dấu hiệu không đặc hiệu này thường làm chậm trễ trong chẩn đoán. Nếu không điều trị kịp thời, VTSDĐNT có thể dẫn đến phá hủy đốt sống, tổn thương tủy sống không hồi phục, biến chứng thần kinh (dị cảm, yếu chi, mất cảm giác, tê), nhiễm trùng huyết và tử vong, tỷ lệ tử vong có thể thay đổi tùy theo nghiên cứu trong khoảng 4 - 29% [2, 3]. VTSDĐNT chiếm 3-5% tất cả nguyên nhân viêm xương tủy xương, tỷ lệ này gia tăng theo tuổi [1].

Nguyên nhân của VTSDĐNT thường có thể do nhiễm trùng máu từ một cơ quan khác như viêm nội tâm mạc nhiễm trùng [4]. Tác nhân thường gặp nhất là Staphylococcus aureus[5]. Chẩn đoán sớm và điều trị kháng sinh sớm giúp cải thiện tiên lượng cho người bệnh, hầu hết các trường hợp điều trị thành công bằng kháng sinh. Phẫu thuật được chỉ định cho những trường hợp bệnh dai dẳng, thất bại điều trị kháng sinh, hoặc có tổn thương thần kinh tiến triển. Trên thế giới có nhiều NC VTSDĐNT tuy nhiên các kết quả

nghiên cứu thường không đồng nhất. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu về VTSDĐNT được công bố. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, vi sinh VTSDĐNT. Kết quả có được hy vọng đóng góp thêm kinh nghiệm về việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh nhân VTSDĐNT cho các bác sĩ lâm sàng và là tiền đề của các nghiên cứu chuyên sâu VTSDĐNT.

Mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm thân sống đĩa đệm nhiễm trùng*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán VTSDĐNT từ 11/2018 – 11/2022

Tiêu chuẩn nhận vào: bệnh nhân được chẩn đoán VTSDĐNT do vi trùng lần đầu dựa vào lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh học

Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm thân sống do lao, nấm, sau phẫu thuật cột sống, ung thư, nhiễm trùng xương ở nơi khác, phụ nữ có thai

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát, hồi cứu

Cỡ mẫu: 30 bệnh nhân

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục.

Phương pháp thực hiện

+ Chúng tôi tiến hành phân tích hồi cứu tất cả bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm điều trị tại BV ĐHYD TPHCM trong thời gian từ 11/2018 đến 11/2022.

+ Các bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu sẽ được đưa vào nghiên cứu. Nghiên cứu viên thu thập dữ liệu: lâm sàng, xét nghiệm sinh hoá và cấy máu, cấy dịch sinh thiết, hình ảnh MRI cột sống theo bảng soạn sẵn từ hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh viện ĐHYD TP.HCM.

Biến số chính của nghiên cứu

- Tuổi: là biến định lượng, tính tròn năm = năm hiện tại - năm sinh.

- Giới: là biến định danh gồm nam, nữ

- Tiền căn bệnh lý: biến định danh, các tiền căn bệnh lý của bệnh nhân đã được chẩn đoán trước đó bao gồm bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn, các bệnh lý tự miễn.

- Đo chiều cao (m), cân nặng (kg). BMI = Cân nặng/(chiều cao)² = kg/m².

Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 17. Các biến định tính được mô tả bằng bảng phân phối tần suất, tỉ lệ. Các biến định lượng được kiểm tra có phân phối chuẩn hay không bằng phép kiểm Shapiro-Wilk,

mô tả dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn đối thứ 25 và 75) đối với phân phối không chuẩn. với phân phối chuẩn hoặc trung vị (bách phân vị

Biến số	Định nghĩa biến số	Loại biến, cách trình bày
Sốt	Sốt là khi nhiệt độ > 38 độ C đo ở nách	Biến định tính, tỷ lệ %
Yếu chi (sức cơ)	0/5: không có sự co cơ 1/5: co cơ nhìn thấy được nhưng không hoặc gây ra cử động chi rất nhỏ 2/5: Có cử động chi nhưng không thắng được trọng lực 3/5: Động tác chống lại được trọng lực nhưng không chống được lực đối kháng 4/5: Cử động thắng được phần nào sức cản của người khám 5/5: Cơ lực bình thường	Biến định tính, tỷ lệ %
Tê bì	Cảm giác tê hoặc nóng rát, hoặc châm chích, kiến bò dọc theo vùng da được chi phối theo thần kinh tổn thương	Biến định tính, tỷ lệ %
Rối loạn tiêu tiểu	Bí tiểu, tiểu không tự chủ	Biến định tính, tỷ lệ %
Thời gian khởi phát	Tính từ lúc khởi phát triệu chứng đau lưng đến lúc nhập viện	Biến định lượng Trung bình \pm SD
CRP (mg/L)	Được thực hiện tại khoa Xét nghiệm, bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, định lượng theo phương pháp đo độ đục. Nồng độ CRP > 5mg/L được gọi là tăng	Biến định lượng, Trung bình \pm SD
Tốc độ máu lắng	Đo tốc độ lắng máu sau 1 giờ bằng phương pháp Westergren, được coi là tăng khi tốc độ máu lắng giờ đầu > 40mm	Biến định lượng, Trung bình \pm SD
Cấy máu	Cấy máu 2 mẫu, trước khi cho kháng sinh	Biến định tính, tỷ lệ %
Sinh thiết cột sống	Bệnh nhân được làm sinh thiết cột sống	Biến định tính, tỷ lệ %
Kết quả cấy mô sinh thiết	Kết quả vi sinh cấy mô sinh thiết	Biến định tính, tỷ lệ %
Hình ảnh MRI cột sống		
Số lượng đốt sống bị tổn thương	Số lượng tổn thương thân sống trên phim MRI	Biến định lượng, Trung bình \pm SD
Phù tủy xương	Hình ảnh thân sống tăng tín hiệu trên T2-stir/ T1 gado, giảm tín hiệu trên T1.	Biến định tính, Tỷ lệ %
Vị trí tổn thương đốt sống cột sống	1. Cột sống cổ 2. Cột sống ngực 3. Cột sống thắt lưng 4. Khác	Biến định tính, Tỷ lệ %
Áp xe ngoài màng cứng	Khối choán chỗ ngoài màng cứng, giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2, T2-stir, bắt thuốc cản tử nhiều dạng (đồng nhất, không đồng nhất, dạng vòng)	Biến định tính, Tỷ lệ %
Áp xe cạnh sống	Khối choán chỗ cạnh sống, giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2, T2-stir, bắt thuốc cản tử nhiều dạng (đồng nhất, không đồng nhất, dạng vòng)	Biến định tính, Tỷ lệ %
Áp xe cơ psoas	Khối choán chỗ cơ psoas, giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2, T2-stir, bắt thuốc cản tử nhiều dạng (đồng nhất, không đồng nhất, dạng vòng)	Biến định tính, Tỷ lệ %
Chèn ép tủy	Giảm đường kính tại chỗ hoặc di lệch tủy, tăng tín hiệu trên xung T2W và xung FS	Biến định tính, Tỷ lệ %

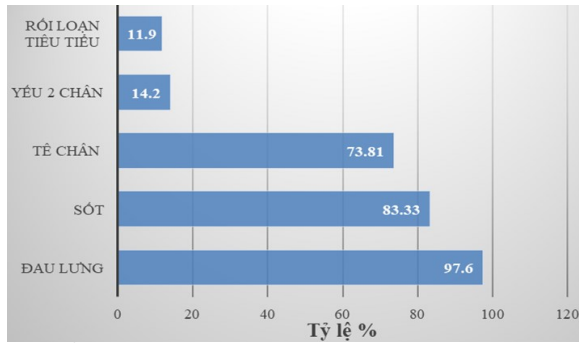
Y đức. Nghiên cứu chỉ quan sát đơn thuần, không can thiệp vào quá trình điều trị của BN và đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh học bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 42 bệnh nhân. Tuổi trung bình là $68 \pm 11,91$ tuổi. Nữ giới chiếm đa số với 29 bệnh nhân (69,05%).

Bảng 1. Đặc điểm chung (n=42)

	n	%
Thói quen		
Hút thuốc lá	13	30,95
Uống rượu bia	12	30,07
Sử dụng thuốc		
Glucocorticoid	14	33,33
Ức chế miễn dịch	2	4,76
Bệnh lý		
Đái tháo đường	20	47,62
Tăng huyết áp	33	78,57
Hội chứng Cushing	14	33,33
Bệnh thận mạn	7	16,67
Xơ gan	1	2,38
Viêm gan tự miễn	1	2,38
Nhược cơ	1	2,38
Lupus	1	2,38
Viêm khớp dạng thấp	1	2,38
Can thiệp thủ thuật vùng cột sống	3	7,14
	Trung bình, trung vị	Độ lệch chuẩn, khoảng tứ phân vị
Cân nặng (kg)	57,76	8,12
Chiều cao (cm)	159,31	5,70
BMI (kg/m ²)	22,78	3,22
Thời gian nằm viện (ngày)	31,80	12,34 (nhỏ nhất: 12, lớn nhất: 60)
Thời gian khởi phát bệnh	14	[10 – 30]



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng (n=42)

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng (n=42)

Đặc điểm	Kết quả
CRP (mg/L)	103 [34 – 171]
WBC (G/L)	13,24 ± 5,35
Máu lắng 1 giờ (VS)	89,5 [70 – 116]
HGB (g/dL)	116,30 ± 18,33
Creatinine (mg/dL)	0,82 [0,73 – 1,03]
Albumin (g/L)	30,65 [27,00 – 33,30]

Bảng 3: Đặc điểm vi sinh (n=42)

	n	%
Cấy mẫu sinh thiết dương tính	5	11,90

Cấy máu dương tính	15	35,71
Staphylococcus aureus	8	53,33
E.coli	3	20,00
Salmonella	1	6,67
Klebsiella pneumoniae	1	6,67
Streptococcus agalactiae nhóm B	1	6,67
Burkholderia pseudomallei	1	6,67

Bảng 4: Đặc điểm hình ảnh học (n=42)

	n	%
Tổn thương cột sống thắt lưng	35	83,33
Tổn thương cột sống ngực	5	11,90
Tổn thương cột sống cổ	2	4,76
Số lượng đốt sống tổn thương		
1	4	9,52
2	26	61,90
3	10	23,81
4	1	2,38
5	1	2,38
Phù tủy xương	39	92,86
Giảm chiều cao thân sống (xẹp đốt sống)	22	52,38
Hẹp ống sống	20	47,62
Ap xe ngoài màng cứng	8	19,05
Ap xe cạnh sống	36	85,71
Ap xe cơ psoas	26	61,90
Hủy đĩa đệm	24	57,14
Chèn ép tủy	14	33,33
Sinh thiết cột sống	19	45,2

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong NC của chúng tôi là 68 ± 11,91 tuổi, kết quả này tương tự với NC của tác giả Jorge Juan Fragío Gi khảo sát đặc điểm VTSDĐNT trên 116 BN có tuổi trung bình là 62,75 ± 14,89 [6]. Điều này cho thấy đối tượng tuổi cao là đối tượng dễ bị tổn thương và mắc những bệnh lý nhiễm trùng. NC ghi nhận nữ giới chiếm ưu thế với 69,05%. Trong khi NC của tác giả Jorge Juan Fragío Gi thì nam giới chiếm ưu thế [6]. Sự khác biệt này có thể do về mặt dịch tễ bệnh học của từng quốc gia.

Về bệnh đồng mắc trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc THA 78,57%, ĐTD 47,62%, bệnh thận mạn 16,67%, xơ gan 2,38%, bệnh tự miễn (viêm gan tự miễn, nhược cơ, lupus, hội chứng thận hư, viêm khớp dạng thấp) 11,9%. Tỷ lệ BN sử dụng thuốc lá 30,95%, rượu bia 30,77%, sử dụng glucocorticoid 33,33% và có can thiệp thủ thuật vào cột sống 7,14%. So sánh với kết quả ghi nhận của tác giả Jorge Juan Fragío Gi [6] ghi nhận THA 53,45%, ĐTD 21,55%, bệnh thận mạn 16,87%, bệnh lý tự miễn 6,03%, có can thiệp thủ thuật cột sống 18,1% cho thấy không có khác biệt nhiều.

VTSDĐNT chủ yếu ở các đối tượng lớn tuổi, đa phần trong đó đều có các bệnh đồng mắc như ĐTĐ, ĐTĐ suy thận, suy gan. THA, dường như có liên quan tới VTSDĐNT có lẽ vì THA thường gặp ở đối tượng người cao tuổi.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau lưng được mô tả hầu hết các BN 97,6%, thời gian khởi phát bệnh trung bình là 14 ngày, 83,33% BN có sốt, 78,81% bệnh có triệu chứng tê bì, 14,2% có triệu chứng yếu cơ, và 11,9 % BN rối loạn tiêu tiểu. So sánh với NC của tác giả Jorge Juan Fragío Gi [6] triệu chứng đau lưng thường gặp nhất ở 99,14%, thời gian khởi phát trung bình là 30 ngày, 34,48 BN có triệu chứng tê bì, sốt gặp ở 38,79%, rối loạn tiêu tiểu gặp ở 18,1%, yếu chân gặp 19,10% bệnh nhân. Cho thấy triệu chứng đau lưng là triệu chứng phổ biến và cần lưu ý ở BN VTSDĐNT. Triệu chứng sốt gặp cũng khá nhiều, tuy nhiên đây là triệu chứng không đặc hiệu, trong NC ghi nhận nhiều BN VTSDĐNT nặng mà không có triệu chứng sốt.

Hầu hết các BN đều tăng CRP cao với giá trị trung bình 103 [34 – 171] mg/L, máu lắng tăng với giá trị trung bình 1 giờ là 89,5 [70 – 116] mm, tại thời điểm chẩn đoán, kết quả này cũng tương đồng với NC của tác giả Jorge Juan Fragío Gi [6] giá trị trung bình là CRP là 79,35 mg/L [31,35– 134,05], chỉ số máu lắng trung bình là 67,47 mm, cho thấy đây là 2 chỉ số quan trọng gợi ý chẩn đoán viêm thân sống đĩa đệm.

Thời gian nằm viện trung bình trong NC chúng tôi ghi nhận 31,8 ngày so với nghiên cứu tác giả Jorge Juan Fragío Gi [6] là 21,5 ngày. 45,2% người bệnh được sinh thiết cột sống thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả G. Mendez [7] là 75%, cho thấy đây là một thực tế tại các bệnh viện tại Việt Nam khi tỷ lệ được sinh thiết cột sống còn chưa được cao.

Đặc điểm hình ảnh học trên MRI trong NC chúng tôi ghi nhận, BN tổn thương cột sống thắt lưng chiếm phần lớn các trường hợp với 83,33%, tổn thương cột sống ngực 11,9% ít gặp hơn là tổn thương cột sống cổ 4,76%. So sánh với NC của tác giả G. Mendez [7] cột sống thắt lưng 67%, ngực 17%, cổ 16%, trong khi tác giả Jorge Juan Fragío Gi [6] ghi nhận cột sống thắt lưng 50,86%, ngực 38,79%, và ở cổ là 10,34%. Đa phần các trường hợp trong NC của chúng tôi được chẩn đoán bằng MRI, cho thấy đây vẫn là phương tiện quan trọng trong chẩn đoán sớm VTSDĐNT trong những trường hợp nghi ngờ nên cho bệnh nhân chụp MRI sớm để xác định chẩn đoán.

Trên MRI NC của chúng tôi ghi nhận 92,86% bệnh nhân có phù tủy xương, 52,38% giảm

chiều cao thân sống, 47,62% hẹp ống sống, 19,2% có áp xe ngoài màng cứng, 85,71% áp xe cạnh sống, 61,90% có áp xe cơ thắt lưng chậu, 57,14% hủy đĩa đệm. So với NC của tác giả Jorge Juan Fragío Gi [6] ghi nhận 54,31 % BN có phù tủy xương, 33,62% chèn ép tủy. 92,24% BN có áp xe cạnh sống.

Đặc điểm vi sinh, tỷ lệ cấy dương tính trong NC của chúng tôi là 37,75% BN cấy máu dương tính, 11,9% cấy mẫu sinh thiết dương tính, tỷ lệ này thấp hơn so với các NC của tác giả Jorge Juan Fragío Gi [6] là 57,14%, NC của tác giả G. Mendez [7] là 65%. Điều này có thể do đa phần BN ở bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh là tuyến trên nên trước đó đã sử dụng kháng sinh điều trị, do đó làm âm tính giả kết quả cấy.

Trong NC ghi nhận tác nhân thường gặp nhất là *Staphylococcus aureus* với 8 trường hợp chiếm 53,33% tổng số BN cấy dương, tiếp theo là các tác nhân *E.coli* 20%, *Streptococcus agalactiae* nhóm B 6,67%, *Salmonella* 6,67%, *Klebsiella pneumoniae* 6,67%, *Burkholderia pseudomallei* 6,67%, tương tự như 2 NC giả G. Mendez [7] Jorge Juan Fragío Gi [7] chủ yếu là *Staphylococcus aureus* với tỷ lệ lần lượt là 66% và 73,86%. Điều này khá tương đồng trong y văn. Do đó trong điều trị VTSDĐNT nên khởi đầu bằng các kháng sinh phổ rộng có tác dụng ức chế vi khuẩn gram dương, trong khi chờ đợi kết quả vi sinh.

V. KẾT LUẬN

VTSDĐNT thường ở gặp ở người cao tuổi (chủ yếu là nữ), THA và ĐTĐ là 2 bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất. Triệu chứng thường gặp nhất là đau lưng, sốt, ít gặp hơn là triệu chứng tê, yếu liệt và rối loạn tiêu tiểu. CRP và VS thường tăng cao ở BN VTSDĐNT, đây có thể là một dấu hiệu gợi ý chẩn đoán. Tổn thương trên MRI thường ghi nhận đốt sống thắt lưng là chủ yếu. Tác nhân chủ yếu gây viêm thân sống đĩa đệm chiếm tỷ lệ cao nhất là *Staphylococcus aureus* do đó điều trị khởi đầu khi chưa có bằng chứng vi sinh nên sử dụng kháng sinh phủ nhóm vi khuẩn này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fantoni, M., et al.**, Epidemiological and clinical features of pyogenic spondylodiscitis. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, 2012. 16.
2. **Boody, B.S., D.A.** Tarazona, and A.R. Vaccaro, Evaluation and management of pyogenic and tubercular spine infections. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 2018. 11: p. 643-652.
3. **Issa, K., et al.**, The epidemiology of vertebral

- osteomyelitis in the United States from 1998 to 2013. *Clinical Spine Surgery*, 2018. 31(2): p. E102-E108.
4. **Yu, D., S.W. Kim, and I. Jeon**, Antimicrobial therapy and assessing therapeutic response in culture-negative pyogenic vertebral osteomyelitis: A retrospective comparative study with culture-positive pyogenic vertebral osteomyelitis. *BMC Infectious Diseases*, 2020. 20: p. 1-8.
 5. **Kim, J., et al.** Outcome of culture-negative pyogenic vertebral osteomyelitis: comparison with microbiologically confirmed pyogenic vertebral osteomyelitis. in *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2014. Elsevier.
 6. **Gil, J.J.F., et al.**, Vertebral osteomyelitis: Clinical, microbiological and radiological characteristics of 116 patients. *Medicina Clínica*, 2020. 155(8): p. 335-339.
 7. **Mendez, G., et al.**, Acute vertebral osteomyelitis a descriptive study of a series of 40 cases in a tertiary care hospital. *International Journal of Infectious Diseases*, 2018. 73: p. 150.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, PHIM CẮT LỚP VI TÍNH CỦA BỆNH NHÂN GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC 2018-2023

Nguyễn Quốc Trung¹, Nguyễn Hồng Hà², Đặng Triệu Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính (CLVT) của bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại khoa phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình- Thẩm mỹ bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2018-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị gãy xương hàm dưới tại khoa phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình-Thẩm mỹ bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ 1/2018-1/2023. Tiến hành thu thập đầy đủ hồ sơ bệnh nhân gãy xương hàm dưới và phim CLVT, phân loại gãy xương hàm dưới theo vị trí giải phẫu, số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Tổng số 505 bệnh nhân được lựa chọn, độ tuổi từ 18-73, tuổi trung bình là 31,83, tỉ lệ nam/nữ là 5,82; nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 92,48%. Đặc điểm lâm sàng ở những bệnh nhân này phát hiện dấu hiệu bầm tím sưng nề tổ chức phần mềm chiếm 97,62%, đau chói 98,61%, di lệch xương-cung răng chiếm 97,23%, sai khớp cắn chiếm 90,5%, há miệng hạn chế 75,84%. Phân loại gãy xương hàm dưới theo vị trí giải phẫu thông dụng nhận thấy có 66,14% bệnh nhân có gãy vùng cằm, cạnh ngang và lồi cầu khoảng hơn 25%, mỏm vẹt là 0,99%, trên cùng một bệnh nhân có thể gãy ở một vị trí hoặc nhiều vị trí của xương hàm dưới. Các tổn thương vùng hàm mặt phối hợp phân bố như sau: bệnh nhân có kèm gãy xương hàm trên 49,11%, gò má cung tiếp 31,29%, ngoài ra còn kèm theo tổn thương khác hiếm gặp như chấn thương mắt 2,18%, tổn thương thần kinh VII 0,4%. Các chấn thương các cơ quan khác cũng được quan tâm với chấn thương sọ não chiếm 30,3%, chấn thương chi thể 14,65%, chấn thương ngực, bụng, cột sống được ghi nhận nhưng ít gặp hơn đáng kể. **Kết luận:** Gãy xương hàm dưới gặp ở nam là chủ yếu tuổi

từ 18 đến 73, nguyên nhân phổ biến nhất là tai nạn giao thông chiếm đến 92,48%. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân không hoàn toàn đồng nhất tuy nhiên được chẩn đoán đầy đủ qua phim CLVT. Các chấn thương phối hợp vùng hàm mặt gặp ở những bệnh nhân này có thể là gãy xương hàm trên (49,11%), gò má cung tiếp (31,29%), chấn thương mắt (2,18%), tổn thương thần kinh VII (0,4%). Một số cơ quan khác bị chấn thương kèm theo với gãy xương hàm dưới có thể kể đến là chấn thương sọ não (30,3%), bụng, ngực, chi thể, cột sống. **Từ khóa:** gãy xương hàm dưới, bệnh viện Việt Đức

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, COMPUTER TOMOGRAPHY IN PATIENTS WITH MANDIBULAR FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2018-2023

Objectives: To describe clinical features, CT-scanner of patients with mandibular fractures at the Department of Maxillofacial Surgery, Plastic, and Aesthetics, Viet Duc University Hospital in 2018-2023. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of patients with mandibular fractures were diagnosed and treated at the Department of Maxillofacial Surgery, Plastic, and Aesthetics, Viet Duc University Hospital from 01/2018-01/2023. We collected the medical record and the data was analysed by SPSS software. **Result:** The sample included a total of 505 subjects and the average age of all subjects was 31,83, the range of age was from 18 to 73 years old, and the male-to-female ratio of 5,82; the major reason for mandibular fractures is motor vehicle accidents with 92,48%. Clinical features: bruising and swelling of trauma region (97,62%), sharp pain at the fracture site (98,61%), malposition of fractures across dental arch (97,23%) that all of them are the most common signs, followed by malocclusion (90,5%) and trismus (75,84%). The classification of mandibular fractures by injury regions identified by the CT-scanner: symphysis fracture (66,14%), body fracture and angle fracture (more than 25%), coronoid (0,99%), the patient may have one or some fractures at the mandible. The associated

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Trung

Email: quoctrungnguyen1231997@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.9.2023

Ngày duyệt bài: 28.9.2023